

IEDZĪVOTĀJU REPRODUKTĪVĀ VESELĪBA



Pārskats par situāciju Latvijā (1997– 2003)



Iedzīvotāju reproduktīvā veselība

AIDS PROFILAKSES CENTRS
Reģ.Nr. 90000031940
Klijānu iela 7
Rīga, LV-1012, Latvija



Pārskats sagatavots ANO Iedzīvotāju fonda (UNFPA) un
LĢPSVA *Papardes zieds* projekta
Seksuālās un reproduktīvās veselības stratēģijas ieviešanas efektivitātes novērtējums 1997–2002 ietvaros.

Autore un redaktore
Aivita Putniņa

Autoru kolektīvs
Iveta Ķelle, Inese Birzule, Zane Krastiņa

Starptautiskā konsultante
prof. *Gunta Lazdāne*

Recenzentes
Daina Stukuls Eglītis, Ieva Stokenberga

Projekta vadītāja
Ilze Jēkabsone

Projekta koordinatore
Gundega Grāvīte

Pārskata redaktore un autoru kolektīvs pateicas par sadarbību projekta konsultatīvajai darba grupai, anketas sastādītājiem un pētījumu centram SIA *SKDS*.

Pārskatā sniegtā analīze un ieteikumi politikas jomā ne vienmēr atspoguļo ANO Iedzīvotāju fonda (UNFPA) viedokli. Izdevuma autortiesības nav aizsargātas, to gan pilnīgi, gan daļēji drīkst izmantot bez iepriekšējas UNFPA un tās sadarbības partneru atļaujas, taču obligāti jānorāda izmantotais avots.

Pārskats latviešu un angļu valodā, kā arī ANO Iedzīvotāju fonda (UNFPA) un LĢPSVA *Papardes zieds* 2003. gada pētījums par iedzīvotāju reproduktīvo veselību (SPSS formātā) ir atrodams internetā: http://www.un.lv

Korektore *Dzintra Auziņa*
Dizains *Inga P.*
Fotogrāfijas *Gundega Grāvīte*
Iespiests a/s *Preses nams*

ISBN 9984-684-25-3

Priekšvārds



Pašlaik mēs esam sasnieguši viduspunktu, ieviešot dzīvē 20 gadu garo Starptautiskās konferences par iedzīvotājiem un attīstību Rīcības programmu – nozīmīgu starptautiskās politikas instrumentu, kas pieņemts 1994. gadā Kairā. Šī programma pauž 179 valstu saskaņu uzskatā, ka seksuālā un reproduktīvā veselība, tiesības uz dzimumu līdztiesību un sievietes lomas stiprināšana ir svarīgi jautājumi plašākā attīstības jēdziena kontekstā. 2000. gadā starptautiskā sabiedrība tiesības uz reproduktīvo veselību pacēla jaunā līmenī, pieņemot *Tūkstošgades deklarāciju*, ko parakstīja 191 ANO dalībvalsts. Šī deklarācija uzsver dzimumu līdztiesību un sievietes lomas stiprināšanu, mātes veselības veicināšanu, HIV/AIDS un citu infekciju ierobežošanu un bērnu mirstības mazināšanu četros no septiņiem galvenajiem attīstības mērķiem. Šogad, 10 gadus pēc *Kairas*, valstis visā pasaulē atskatās uz paveikto, lai izvērtētu sasniegto un dalītos pieredzē.

Desmit gadi ir atnesuši ievērojamas pārmaiņas arī Latvijas dzīvē, ir sasniegts galvenais ārpolitikas mērķis – Latvija ir Eiropas Savienības dalībvalsts. Šīs pārmaiņas ir ievērojami ietekmējušas ekonomiskās un sociālās politikas veidošanos valstī, tai skaitā veselības politiku un tās īstenošanai atvēlēto resursu daudzumu. Tomēr, kā tika atzīmēts 2004. gada ANO Attīstības programmas Latvijas tautas attīstības pārskatā, Latvijas iedzīvotājus īpaši uztrauc veselības aprūpe – tās kvalitāte un pieejamība. Pārmaiņu laiks ir bijis smags pārbaudījums tautas attīstībai. Padziļinājusies nevienlīdzība dažādu sabiedrības grupu vidū, kā arī pieaugusi nevienlīdzība starp dažādiem reģioniem. Iedzīvotājiem ir bažas par vienlīdzīgu un iedzīvotāju ienākumu līmenim atbilstošas veselības aprūpes un izglītības pieejamību.

Pēc garām diskusijām politiķu, sabiedrības un reliģisko līderu starpā ir pieņemts *Reproduktīvās veselības likums*. Arvien vairāk nevalstiskais sektors piedalās sabiedrībai svarīgu jautājumu, arī reproduktīvās un seksuālās veselības jomā, risināšanā. Šajā kontekstā pārskats tika veidots, lai analizētu pārmaiņas Latvijas iedzīvotāju reproduktīvajā veselībā kopš 1997. gada. Jaunākais pārskats atklāj iemeslus indivīda reproduktīvās veselības problēmām, kas ietver ievērojamas pārmaiņas ģimenes lomas uztverē, joprojām nepietiekamām zināšanām profilakses jautājumos, kā arī veselības tiesību jautājumos. Pārskats sniedz rekomendācijas valsts un pašvaldības politikas veidotājiem un informāciju turpmākām diskusijām sabiedrībā.

Es gribu pateikties visiem, kuri piedalījās šā pārskata tapšanā un īpaši mūsu partneriem Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijai *Papardes zieds* par plašu ieskatu reproduktīvās veselības situācijas analīzē Latvijā. Es esmu pārliecināta, ka šis pārskats kalpos par atskaites punktu jaunu mērķu izvirzīšanai nākotnē.

Gabriele Kēlere,
ANO Iedzīvotāju fonda pārstāve

Priekšvārds

2004. gads iezīmē desmit gadu robežšķirtni pēc Starptautiskās konferences par iedzīvotājiem un attīstību (ICPD + 10), kad desmit pastāvēšanas gadus svin arī LĢPSVA *Papardes zieds*. Šogad mēs atskatāmies uz paveikto reproduktīvās veselības jomā gan pasaules mērogā, veicinot ICPD mērķu sasniegšanu, gan arī Latvijā, cenšoties uzlabot situāciju reproduktīvajā veselībā.

Neraugoties uz pozitīvo virzību reproduktīvās un seksuālās veselības problēmu risināšanā, Latvijā joprojām ir daudz darāmā, lai sasniegtu ICPD mērķus. Kā viena no būtiskākajām problēmām ir informācijas un kvalitatīvu pakalpojumu pieejamība. Joprojām netiek veltīta pietiekama uzmanība un nodrošināti resursi reproduktīvās veselības plānošanā un īstenošanā vienai no vissvarīgākajām mērķu grupām – jauniešiem.

Lai arī dažādās stratēģijās pausta labā griba sadarboties ar nevalstisko sektoru, vērojams kūtrums veiksmīgai sadarbībai gan valsts, gan pašvaldību līmenī. Reproduktīvās un seksuālās veselības jomā nepietiekami tiek izmantots māsu un vecmāšu potenciāls.

Cerot, ka šis pētījums mums visiem palīdzēs izprast un kopā risināt neatliekamos jautājumus reproduktīvās un seksuālās veselības jomā,

Iveta Ķelle,
Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas
Papardes zieds prezidente

Saturs



IEVADS

Latvijas demogrāfisko situāciju un iedzīvotāju reproduktīvo veselību raksturojošie rādītāji 8
Pārskata sagatavošana 9
Projekta darba grupa 9
Pārskata struktūra 9

1. NODAĻA. Reproduktīvās veselības politika starptautiskā kontekstā 10
1.1. Apvienoto Nāciju Organizācijas ietekme uz reproduktīvo un seksuālo veselību 11
1.2. Reproduktīvā un seksuālā veselība Eiropas Savienības kontekstā 12

2. NODAĻA. Reproduktīvās veselības politika Latvijā 14
2.1. Valdības politikas virzieni seksuālās un reproduktīvās veselības jomā 15
2.1.1. Ģimenes un dzimstības veicināšanas politika 16
2.1.2. Veselības veicināšana un izglītība 16
2.1.3. HIV/AIDS ierobežošana 17
2.1.4. Genoma izpēte 17
2.2. Veselības aprūpes sistēma 17
2.2.1. Aprūpes sistēmas reforma 17
2.2.2. Māsu un vecmāšu loma 17
2.2.3. Privātā sektora pakalpojumi 17
2.2.4. Dzemdībpalīdzība 18
2.3. Pašvaldību sektora loma 18
2.4. Nevalstiskā sektora līdzdalība 18
2.5. Secinājumi 18
2.6. Ieteikumi 19

3. NODAĻA. Reproduktīvā veselība un dzimumu līdztiesība 20
3.1. Dzimumu līdztiesība publiskajā telpā 21
3.1.1. Dzimumu līdztiesības problēmas 21
3.1.2. Nodarbinātība un sociālās garantijas 21
3.2. Dzimumu līdztiesība ģimenē 22
3.3. Izpratne par dzimumu lomu reproduktīvajā veselībā 22
3.3.1. Tiesības pieņemt lēmumus par reproduktīvo veselību 22
3.3.2. Dzimstības plānošana 23
3.3.3. Mākslīgā grūtniecības pārtraukšana 23
3.3.4. Vīriešu reproduktīvā veselība 23
3.3.5. Jauniešu izpratne par līdzdalību ģimenes plānošanā, grūtniecībā un dzemdībās 23
3.4. Secinājumi 24
3.5. Ieteikumi 24

4. NODAĻA. Seksuālā un reproduktīvā veselība cilvēku attiecībās: ģimene, seksuālās attiecības un vardarbība 26
4.1. Demogrāfiskā situācija Latvijā 27
4.2. Ģimenes institūcijas pārmaiņas Latvijā 28
4.2.1. Partnerattiecības 28
4.2.2. Bērni ģimenē 29
4.2.3. Ģimenes plānošana 30
4.2.4. Ar dzimstību saistītu lēmumu pieņemšana 31
4.3. Seksuālās attiecības 32
4.3.1. Apmierinātība ar seksuālo dzīvi 32
4.3.2. Seksuālo attiecību raksturojums 32
4.3.2.1. Seksuālo attiecību uzsākšanas vecums 32
4.3.2.2. Seksuālo attiecību uzsākšanas motivācija 33
4.3.2.3. Dzimumpartneru raksturojums 33
4.3.2.4. Seksuālo attiecību biežums 34

4.3.2.5. Homoseksuālas attiecības 35
4.4. Izglītošana par reproduktīvās veselības jautājumiem ģimenē 35
4.5. Vardarbība 36
4.6. Secinājumi 36
4.7. Ieteikumi 37

5. NODAĻA. Reproduktīvās veselības situācija: iedzīvotāji un aprūpes sistēma 38
5.1. Veselības stāvoklis 39
5.1.1. Veselības pašvērtējums 39
5.2. Saslimstība un priekšstati par to 40
5.2.1. Dzimumorgānu iekaisumi un STI 40
5.2.1.1. Aprūpes iespējas dzimumorgānu iekaisumu un STI gadījumā 41
5.2.1.2. Zināšanas par STI 41
5.2.1.3. Rīcība dzimumorgānu iekaisumu aizdomu gadījumā 42
5.2.2. HIV infekcija un AIDS 42
5.2.2.1. Zināšanas un priekšstati par HIV/AIDS 42
5.2.2.2. Attieksme pret HIV inficētiem un AIDS slimniekiem 45
5.2.2.3. HIV testa veikšana 45
5.2.3. Neauglība 46
5.2.4. Grūtniecības un dzemdību medicīniskie aspekti 46
5.3. Veselības aprūpe 47
5.3.1. Ārstu apmeklējums 47
5.3.2. Sieviešu profilaktiskās apskates 48
5.3.3. Krūts dziedzeru profilaktiskā izmeklēšana 49
5.3.4. Vīriešu reproduktīvās veselības aprūpe 50
5.3.5. Vīriešu dzimumorgānu pašizmeklēšana 51
5.3.6. Ārsta apmeklēšanas paradumi jauniešiem 51
5.3.7. Speciālista izvēle 51
5.3.8. Maksas un slimokases apmaksāto pakalpojumu izvēle 52
5.3.9. Pakalpojumu pieejamība 52
5.4. Kontraceptīvo līdzekļu un metožu lietošana 53
5.4.1. Informācija par kontracepcijas līdzekļiem 53
5.4.2. Kontracepcijas līdzekļi un metodes: priekšstati un lietošana 53
5.4.2.1. Sterilizācija 54
5.4.2.2. Vīriešu prezervatīvi 55
5.4.2.3. Hormonālie kontracepcijas līdzekļi 56
5.4.2.4. Pārtrauktais dzimumakts 57
5.4.2.5. Kalendārā metode 57
5.4.2.6. Dzemdes spirāle 57
5.4.2.7. Avārijas kontracepcija 57
5.4.3. Izsargāšanās metodes izvēle 57
5.4.4. Kontraceptīvo līdzekļu lietošana pirmo dzimumattiecību laikā 58
5.4.5. Kontraceptīvo līdzekļu lietošana gadījuma dzimumsakaros 59
5.4.6. Kontraceptīvo līdzekļu iegādes ekonomiskie aspekti 59
5.5. Neplānota grūtniecība un aborts 60
5.5.1. Grūtniecības pārtraukšanas izvēles biežums 61
5.5.2. Pusaudžu neplānota grūtniecība 62
5.5.3. Aborta lēmumu ietekmējoši faktori 62
5.5.4. Attieksme pret abortiem 63
5.6. Grūtniecība un dzemdības 64
5.6.1. Grūtnieču aprūpe 64
5.6.2. Ģimenes dzemdības 66
5.6.3. Partneru savstarpējais atbalsts 66

5.6.4. Krūts barošana	66
5.6.5. Mājas dzemdības	67
5.7. Secinājumi	68
5.8. Ieteikumi	69
6. NODAĻA. Reproduktīvā veselība un izglītība	**72**
6.1. Veselības mācība skolā	73
6.1.2. Veselību veicinošo skolu tīkls	73
6.1.3. Riska grupas	73
6.1.4. Izglītības reformas nākotnes perspektīvas	74
6.1.5. Vienaudžu izglītība	74
6.2. Veselības veicināšanas centra izglītojošā funkcija	74
6.3. Izglītošana veselības aprūpes iestādēs	74
6.4. Vīriešu izglītošana	74
6.5. Secinājumi	75
6.6. Ieteikumi	75
7. NODAĻA. Jaunieši	**76**
7.1. Reproduktīvā veselība un to ietekmējošie paradumi	77
7.2. Nevēlama grūtniecība	77
7.3. Zināšanas un informācijas iegūšanas avoti	77
7.4. Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi	77
7.5. Secinājumi	78
7.6. Ieteikumi	78
NOBEIGUMS	**80**
PIELIKUMS. Reproduktīvās veselības indikatori	**83**
PVO reproduktīvās veselības novērtēšanas indikatori	83
Eiropas Savienības reproduktīvās veselības novērtēšanas indikatori	83
Valsts līmeņa pamatindikatori ANO Ģenerālās Asamblejas Deklarācijas ieviešanas izvērtēšanai	84
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	**85**
PAPILDINOŠĀ INFORMĀCIJA	
1. Seksuālā veselība	9
2. Reproduktīvā veselība	9
1.1. Reproduktīvās un seksuālās veselības tiesības	11
1.2. Eiropas Padomes dokumenti seksuālās un reproduktīvās politikas jomā	12
2.1. Seksuālā un reproduktīvā veselība politikas dokumentos	15
2.2. Sievietes tiesības veikt abortu	15
2.3. Ģimenes un dzimstības veicināšanas politika	16
2.4. Ginekologs kā primārās aprūpes ārsts	17
5.1. Veselību ietekmējošie paradumi jauniešiem	40
7.1. Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi	77

	1996	2002
Iedzīvotāju skaits (milj.)	2,5	2,3
Iedzīvotāju dzimumsadalījums (%)		
Vīrieši	46	46
Sievietes	54	54
Iedzīvotāju vecumstruktūra (%)		
0–14 gadu	20,5	16,6
Darbspējas vecumā (15–59 gadi)	57,2	60,8
tai skaitā fertilā vecumā (15–49 gadi)	48,6	50,1
Vecāki par darbspējas vecumu	22,3	22,6
Iedzīvotāju dzimstība (uz 1000 iedzīvotājiem)	7,9	8,6
Iedzīvotāju mirstība (uz 1000 iedzīvotājiem)	14,0	13,9
Dabiskais pieaugums	-5,9	-5,3
Summārais dzimstības koeficients (vidējais bērnu skaits sievietes mūžā)	1,16	1,23
Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados)		
Abiem dzimumiem	69,3	71,1
Vīriešiem	63,9	65,4
Sievietēm	75,6	76,8
Zīdaiņu mirstība (uz 1000 dzimušajiem)	15,6	9,9
Māšu mirstība (uz 100 000 dzīvi dzimušajiem)	40,3	5,0
Mākslīgo abortu skaits (uz 1000 dzimušajiem)	1225	734
Saslimstība ar sifilisu (uz 100 000 iedzīvotājiem)	124,9	29,0
Valsts izdevumi veselībai (% no visiem valsts izdevumiem)	10,3	11,1
Kopējie izdevumi veselībai (% no iekšzemes kopprodukta)	3,9	3,5



Šis pārskats tapis 10 gadus pēc Starptautiskās konferences *Par iedzīvotājiem un attīstību*, kas norisinājās Kairā 1994. gadā. Kairas konferencē iedzīvotāju veselības un tiesību jautājumi tika aplūkoti ilglaicīgas nāciju un vides attīstības kontekstā, uzsverot, ka "(..) iedzīvotāji, nabadzība, ražošana, patēriņš un vide ir tik cieši saistīti, ka neviens no tiem nav aplūkojams izolēti".[1] Konferencē pieņemtajā rīcības programmā no jauna tika izvērtēts reproduktīvās veselības termins, tika paredzēti ieteikumi ģimenes plānošanā, seksuāli transmisīvo slimību un cilvēka imūndeficīta vīrusa profilaksē, valstis tika aicinātas iespējami drīz nodrošināt iedzīvotāju reproduktīvo veselību un tiesības.[2]

Šis pārskats kalpo par atskaiti Latvijā paveiktajam kopš Kairas konferences un nosprauž tālākus mērķus iedzīvotāju reproduktīvās veselības uzlabošanai.

1. informācijas logs

Seksuālā veselība

Seksuālā veselība ir cilvēciskas būtnes somatisko, emocionālo, intelektuālo un sociālo aspektu kopums, kas pozitīvi bagātina un veicina personību, saskarsmi un mīlestību... Tādējādi seksuālās veselības jēdziens nozīmē pozitīvu skatījumu uz cilvēku veselību un seksuālās veselības aprūpe jāsaprot kā dzīves un personisko attiecību veicināšana, bet ne tikai padomu sniegšana un aprūpe, kas saistīta ar dzemdībām vai seksuāli transmisīvajām slimībām (Pasaules veselības organizācija, 1975).[3]

2. informācijas logs

Reproduktīvā veselība

Reproduktīvā veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība jebkurā aspektā, kas saistīta ar reproduktīvo sistēmu, tās funkcijām un procesiem. Reproduktīvā veselība nozīmē, ka cilvēki vada atbildīgu, apmierinājumu sniedzošu un drošu seksuālo dzīvi, ka cilvēkiem ir atražošanas spēja un brīvība izlemt, vai, kad un cik bieži to izmantot. Šis jēdziens ietver vīriešu un sieviešu tiesības būt informētiem un lietot drošas, efektīvas, pieejamas un pieņemamas dzimstības regulēšanas metodes, ko viņi paši ir izvēlējušies, kā arī izmantot tādus piemērotus veselības aprūpes pakalpojumus, kas ļautu sievietēm droši piedzīvot grūtniecību un dzemdības un pāriem iegūt vislabāko iespēju tikt pie vesela bērna (Pasaules veselības organizācija, 1994).[4]

Pārskata sagatavošana

Pārskats tapis Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas *Papardes zieds* projekta *Seksuālās un reproduktīvās veselības stratēģijas ieviešanas efektivitātes novērtējums 1997–2002* rezultātā ar Apvienoto Nāciju Iedzīvotāju fonda un Apvienoto Nāciju pastāvīgā koordinatora Latvijā finansiālu atbalstu.

Projekta ietvaros tika veikta kvantitatīva reproduktīvā vecuma iedzīvotāju aptauja un kvalitatīvs pētījums par jauniešu reproduktīvās veselības aspektiem. Pētījuma mērķis bija izvērtēt Latvijas iedzīvotāju reproduktīvo veselību ietekmējošas zināšanas, paradumus un uzvedību, kā arī izvērtēt veselības aprūpes pieejamību iedzīvotājiem. Anonīmu un konfidenciālu aptauju veica socioloģisko pētījumu centrs *SKDS*, 2003. gada augustā un septembrī aptaujājot 1251 sievieti un 1201 vīrieti vecumā no 15 līdz 49 gadiem. Izlasei tika izmantota stratificētā nejaušā izlase ar papildu kvotu jauniešiem vecumā no 15 līdz 24 gadiem. Aptauja aptvēra visus Latvijas reģionus. Paralēli tam tika veiktas četras fokusgrupu diskusijas ar latviski un krieviski runājošajiem jaunajiem vīriešiem un sievietēm vecumā no 18 līdz 23 gadiem. Kvalitatīvais pētījums tika veikts 2003. gada novembrī. Pētījuma anketa tika izveidota, par pamatu ņemot 1997. gadā veiktas līdzīgas aptaujas anketu, lai varētu izvērtēt pārmaiņas iedzīvotāju uzskatos un paradumos pēdējo sešu gadu laikā. Taču anketa tika papildināta un piemērota atbilstoši 2003. gada situācijai, kā arī lai iegūtu starptautiski salīdzināmus rādītājus. Jāņem arī vērā, ka 1997. gadā veiktā pētījumā lietota atšķirīga aptaujas metode un izvēlēts cits izlases veidošanas princips, līdz ar to abu pētījumu dati pārskatā būs salīdzināti ar atrunām. 1997. gadā veiktajā pētījumā kopumā tika aptaujātas 2990 sievietes un 1578 vīrieši vecumā no 15 līdz 45 gadiem.

Papildu informācija, pētījuma materiāli un datu masīvs ir pieejami tālākai analīzei ANO Attīstības programmas pārstāvniecībā un LĢPSVA *Papardes zieds* birojā.

Projekta ietvaros organizēts rekomendāciju izstrādes seminārs, kurā dažādu jomu reproduktīvās un seksuālās veselības eksperti izvērtēja situāciju un sprieda par turpmāko politikas virzību. Ekspertu atziņas ir iekļautas pārskata nodaļās, norādot atbilstošas atsauces.

Projekta darba grupa

Projekta īstenošanai tika izveidota ekspertu darba grupa ar pārstāvjiem no ANO aģentūrām, Veselības un labklājības ministrijas un tās pakļautībā esošām institūcijām, Latvijas Universitātes, Rīgas Stradiņa universitātes, profesionālām asociācijām un vairākām nevalstiskām organizācijām. Ekspertu darba grupa aktīvi tika iesaistīta anketas izveidē, pētījuma rezultātu apspriešanā un rekomendāciju izstrādē. Pētījuma rezultātu izvērtēšanā piedalījās Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālā biroja eksperte, lai sniegtu ieskatu par starptautiskiem aspektiem reproduktīvās veselības jautājumu risināšanā.

Pārskata struktūra

Ziņojums aptver visus Kairas konferencē Latvijai aktuālos reproduktīvās veselības aspektus. Pētījuma dati ļauj atklāt jaunākās tendences reproduktīvā vecuma iedzīvotāju veselības uzturēšanas paradumos, to ietekmējošos faktorus, reproduktīvās veselības uzturēšanas pieejamību, tai skaitā valsts nodrošinātās veselības aprūpes sistēmas kvalitāti. Pētījums kopā ar statistikas datiem ļauj spriest par seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli Latvijā. Pārskatā analizēta un vērtēta seksuālās un reproduktīvās veselības politika Latvijā, kā arī sniegts ieskats reproduktīvās veselības starptautiskajos jautājumos. Īpaša vērība pievērsta tādām reproduktīvās veselības politikas prioritātēm un mērķa grupām kā ģimene, izglītība, dzimumu līdztiesība un jaunieši. Katras sadaļas beigās sniegts attiecīgās jomas izvērtējums un ieteikumi politikas uzlabošanai. Beigu sadaļā prioritārā secībā apkopoti ieteikumi seksuālās un reproduktīvās veselības politikas uzlabošanai un īstenošanai.

[1] UNFPA starptautiskās konferences *Par iedzīvotājiem un attīstību* rīcības programmas kopsavilkums. – Rīga, SIA *Apgāds Jāņa sēta*, 1998., 8.–29. lpp.
[2] UNFPA starptautiskās konferences *Par iedzīvotājiem un attīstību* rīcības programmas kopsavilkums. – Rīga, SIA *Apgāds Jāņa sēta*, 1998., 29. lpp.
[3] Pasaules veselības organizācijas *Seksuālās un reproduktīvās veselības reģionālā stratēģija 2001* (*WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*). – Pasaules Veselības Organizācijas Eiropas reģionālais birojs, Kopenhāgena, 37. lpp.
[4] Turpat.



Reproduktīvās veselības politika starptautiskā kontekstā

1. nodaļa

Latvija ir atzinusi visus pasaulē nozīmīgākos dokumentus, kuru mērķis ir globāli veicināt cilvēktiesības, dzimumu līdztiesību, bērnu tiesības, tostarp arī tiesības uz pilnvērtīgu reproduktīvo un seksuālo dzīvi. Pēdējos gados Latvija bijusi pārstāvēta visos pasaulē svarīgākajos reproduktīvās un seksuālās veselības forumos, tostarp arī ANO Tūkstošgades galotņu sanāksmē un ANO Ģenerālās Asamblejas speciālajā sesijā par HIV/AIDS.

Kopš 2003. gada Latvijas parlamentārieši darbojas Eiropas parlamentāriešu forumā, sniedzot savu ieguldījumu iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumu risināšanā valsts, Eiropas un visas pasaules līmenī. Ņemot vērā to, ka 2004. gada 1. maijā Latvija kļūst par pilntiesīgu Eiropas Savienības dalībvalsti, Eiropā dominējošā reproduktīvās un seksuālās veselības politika nākotnē arvien vairāk ietekmēs ne tikai nacionālās prioritātes šajā jomā, bet arī Latvijas ārpolitikas virzienus, kļūstot par vienu no palīdzības sniedzējām valstīm.

1.1. Apvienoto Nāciju Organizācijas ietekme uz reproduktīvo un seksuālo veselību

Latvija ir pilntiesīga Apvienoto Nāciju Organizācijas (ANO) dalībvalsts kopš 1991. gada 17. septembra. Tieši ANO ir devusi neatsveramu ieguldījumu cilvēktiesību formulēšanas jomā, pieņemot Universālo cilvēktiesību deklarāciju 1948. gadā[1]. Šī deklarācija ir ikvienai valstij saistošs dokuments, kas prasa nodrošināt galvenās cilvēka brīvības un tiesības, tostarp tiesības uz veselību, izglītību un vienlīdzību sieviešu un vīriešu starpā.

Vairākas ANO konvencijas un starptautiskie līgumi tieši vai netieši nosaka valsts pienākumus ar iedzīvotāju seksuālo un reproduktīvo veselības aizsardzību un veicināšanu saistītās jomās. Ikvienas valsts attieksme pret savu iedzīvotāju reproduktīvo un seksuālo veselību tiek izvērtēta, pamatojoties uz to, vai tā ir ratificējusi šādus starptautiskos dokumentus:

1) Starptautisko līgumu par tiesībām ekonomikā, sociālā jomā un kultūrā (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*,1966);
2) Starptautisko līgumu par civilajām un politiskajām tiesībām (*International Covenant on Civil and Political Rights*, 1966);
3) ANO Konvenciju par visu veidu diskriminācijas novēršanu pret sievietēm (*UN Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*, 1979);
4) ANO Konvenciju par bērna tiesībām *(UN Convention on the Rights of the Child*, 1989).

Latvijas Republika ir ratificējusi visus šos dokumentus, līdz ar to tai regulāri jāatskaitās, kā starptautiski noteiktās normas tiek ieviestas praksē. Eiropas reģionā Andora, Monako, Vatikāns un Kazahstāna nav parakstījušas vai ratificējušas vienu vai vairākus no šiem līgumiem. 1.1. informācijas logā norādītas tās konvencijās un līgumos minētās cilvēktiesības, ko eksperti visbiežāk saista ar reproduktīvās un seksuālās veselības jomu.

1.1. informācijas logs

Reproduktīvās un seksuālās veselības tiesības

Reproduktīvās un seksuālās veselības jomā **visbiežāk** minētās cilvēktiesības:
- personas tiesības uz dzīvību, brīvību un drošību;
- tiesības uz veselību, reproduktīvo veselību un ģimenes plānošanu;
- tiesības izlemt par bērnu skaitu un laiku starp divām sekojošām grūtniecībām;
- tiesības uz privāto dzīvi;
- tiesības būt brīvam no diskriminācijas;
- tiesības mainīt tradīcijas vai paradumus, kuri ierobežo sievietes tiesības;
- tiesības nebūt pakļautam spīdzināšanai vai citām necilvēcīgām vai pazemojošām darbībām vai sodiem;
- tiesības būt brīvam no seksuālās varmācības;
- tiesības uz izglītību.

Kā svarīgākais un lielākais pasaules forums reproduktīvās un seksuālās veselības jomā jāmin starptautiskā konference *Par iedzīvotājiem un attīstību (International Conference on Population and Development (ICPD)*), kas notikusi Kairā 1994. gadā. Tajā pārrunāja tiesiskās normas un noteica tālākos uzdevumus reproduktīvās un seksuālās veselības jomā. Reproduktīvās veselības un tiesību jautājums tika analizēts un tālāk attīstīts arī nākamajās ANO konferencēs un asamblejās – 4. Pasaules sieviešu konferencē Pekinā 1995. gadā, Hāgas konferencē *ICPD+5* 1999. gadā, ANO Ģenerālajā Asamblejā *Kaira+5* 1999. gadā un *Pekina+5* (*Beijing+5*) 2000. gadā. Katrā no šiem forumiem tika pieņemtas rezolūcijas vai darbības programmas, kurām piekrita arī Latvija. Tomēr ANO dokumentiem atšķirībā no starptautiskajiem līgumiem un konvencijām ir tikai rekomendējošs raksturs un to īstenošana ir atkarīga no valsts intereses risināt dokumentos analizētās problēmas.

Lai arī ir vērojams progress iedzīvotāju reproduktīvo un seksuālo tiesību nodrošināšanā, kopš 1994. gada pasaulē radušies jauni draudi: turpinājis strauji izplatīties HIV/AIDS, pieaugusi saslimstība ar citām seksuāli transmisīvām infekcijām, īpaši pusaudžu vidū; nav vērojams liels uzlabojums māšu mirstības un saslimstības rādītājos. Austrumeiropas reģionā, tostarp arī Latvijā, īpaša uzmanība jāpievērš straujam vīriešu dzīves ilguma samazinājumam pēdējā desmitgadē.

2004. gada janvārī ANO Eiropas Ekonomiskā komisija (*UNECE*)[2] kopā ar Šveices valdību un ANO Iedzīvotāju fondu rīkoja *Eiropas iedzīvotāju forumu 2004*, kurā piedalījās eksperti no visām *UNECE* dalībvalstīm, arī no Latvijas[3]. Foruma mērķis bija analizēt demogrāfiskās problēmas un reproduktīvo veselību Eiropā 10 gadus pēc Kairas Rīcības programmas pieņemšanas. Forums iezīmēja galvenos nākotnes virzienus, kuros vajadzētu strādāt ikvienai Eiropas valstij, lai nodrošinātu iedzīvotāju attīstību un reproduktīvās un seksuālās veselības tiesības.
Tie ir:
- izvirzīt jauniešu seksuālās un reproduktīvās veselības tiesības kā prioritāro virzienu valsts politikā;
- pilnībā integrēt HIV profilaksi un ārstēšanu reproduktīvās veselības programmās;
- veicināt kvalitatīvas veselības aprūpes attīstību, tai skaitā kvalitatīvu mātes un bērna aprūpi;
- stiprināt nacionālās institūcijas, lai savlaikus būtu iespējams saņemt un analizēt veselības statistikas datus;
- ieviest politiku, kas veicinātu vīriešu līdzdalību bērnu audzināšanā un aprūpē;
- pievērst lielāku uzmanību migrācijas problēmai un veidot pārskatāmu imigrācijas un sociālās integrācijas politiku valstī.

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas reģionālais birojs 2001. gadā ir pieņēmis *Seksuālās un reproduktīvās veselības aizsardzības stratēģiju*[4], ko daudzas no 52 PVO Eiropas reģiona dalībvalstīm ir izmantojušas un turpina izmantot savas nacionālās seksuālās un reproduktīvās veselības stratēģijas un programmu izveidošanā un izvērtēšanā.

Atsevišķi jāmin *Tūkstošgades deklarācija (Millennium Declaration)*, ko 2000. gadā pieņēma ANO Tūkstošgades galotņu sanāksmē Ņujorkā. Tā skaidri iezīmēja, ka reproduktīvo un seksuālo tiesību ievērošanai ir būtiska loma valsts attīstības nodrošināšanā[5].

[1] Universal Declaration of Human Rights. – UN GA Resolution 217 A(III) of 10 December 1948.

[2] *UNECE (United Nations Economic Commission for Europe)* apvieno 52 valstis, t. sk. arī ASV un Kanādu; aktīvi darbojas jomās, kas saistītas ar ekonomiskās situācijas analīzi, vides un iedzīvotāju attīstību, demogrāfisku problēmu risinājumu.

[3] www.unece.org/ead/pau/epf/

[4] Regional Sexual and Reproductive Health Strategy. – WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int).

[5] Apvienoto Nāciju Organizācijas *Tūkstošgades deklarācija*. – Tūkstošgades galotņu sanāksme Ņujorkā, 2000. gada 6.–8. septembrī.

ANO Ģenerālās Asamblejas speciālās sesijas par HIV/AIDS gala dokuments *Atbildības deklarācija par HIV/AIDS* (*The Declaration of Commitment on HIV/AIDS*)[6] rekomendē ikvienas valsts valdībai uzņemties HIV infekcijas izplatības ierobežošanu gan valstiskā, gan arī starptautiskā mērogā. Tā aicina veicināt HIV profilaksi, uzlabot HIV inficēto ārstēšanu un aprūpi, neierobežot HIV inficēto tiesības. Deklarācija aicina pievērst pastiprinātu uzmanību īpašām riska grupām: sievietēm, jauniešiem un bāreņiem, kuri zaudējuši vecākus, kā arī iedzīvotājiem bruņotu konfliktu un katastrofu zonās. Ņemot vērā faktu, ka pasaulē vēl joprojām nav efektīvu HIV/AIDS izārstēšanas līdzekļu, deklarācija uzsver arī nepieciešamību turpināt pētījumus šajā jomā. Lai arī deklarācijai ir tikai rekomendējošs raksturs, līdzīgi kā ar citiem ANO dokumentiem, ikvienai valstij ir regulāri jāziņo par veiktajiem pasākumiem HIV izplatības ierobežošanā.

1.2. Reproduktīvā un seksuālā veselība Eiropas Savienības kontekstā

Latvijai iestājoties Eiropas Savienībā (ES), būtiski ir saskaņot gan savu iekšpolitiku, gan ārpolitiku ar ES politiku. Tuvākajos gados pieaugs Latvijas kā palīdzības sniedzējas loma mazāk attīstītām valstīm, tostarp Latvijai būs iespēja atsaukties uz *Eiropas iedzīvotāju foruma 2004* aicinājumu un veicināt resursu mobilizāciju iedzīvotāju attīstības un reproduktīvās veselības aktivitātēm.

Eiropā ir divas galvenās institūcijas, kam ir vadoša loma šo problēmu risinājumā. **Eiropas Padome (EP)**, kura ir vecākā politiskā organizācija Eiropā un kuras mērķis ir veicināt valstu sadarbību demokrātijas, cilvēktiesību, minoritāšu aizsardzības un kultūras apmaiņas jomā. 1953. gadā tika pieņemta Eiropas Konvencija par cilvēktiesību un fundamentālo brīvību aizsardzību *(The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms).*

Eiropas Padomes institūcijas ir:

- Ministru komiteja *(the Committee of Ministers)* – to veido visu 45 dalībvalstu ārlietu ministri;
- Parlamentārā asambleja (*the Parliamentary Assembly*) – tajā darbojas vairāk nekā 600 dalībvalstu parlamentu deputāti. EP Parlamentārās asamblejas sastāvā ir izveidota Migrācijas, bēgļu un demogrāfijas komiteja, kura savā darbā bieži izskata jautājumus, kas saistīti arī ar Kairas dokumentu īstenošanu (1.2. informācijas logs);
- Eiropas tiesa par cilvēktiesību ievērošanu *(the European Court of Human Rights)* – institūcija, kurā indivīds var tiesāties ar valsti par viņa tiesību neievērošanu.

1.2. informācijas logs

Eiropas Padomes dokumenti seksuālās un reproduktīvās politikas jomā

Eiropas Padomes Parlamentārā asambleja

Rekomendācija 1260 (1995) – aicina visas valdības veicināt sieviešu tiesību ievērošanu un pielikt visas pūles, lai varētu "padarīt ģimenes plānošanas pakalpojumus pieejamus visiem, kam tie ir nepieciešami". Parlamentārā asambleja akcentē sarežģīto situāciju Centrālajā un Austrumeiropā šā mērķa sasniegšanā un lūdz Ministru komiteju palīdzēt šīm valstīm.[7]
Rekomendācija 1515 (2001) – aicina valdības padarīt modernās kontracepcijas metodes pieejamas visiem.[8]
Rīkojums Nr. 581 (2002) – aicina komitejas izskatīt ASV pieņemto likumu (*Mexico City Policy*) ietekmi uz nevalstisko organizāciju darbību Eiropā.[9]
Rezolūcija 1347 (2003) – aicina dalībvalstu valdības novērst ASV pieņemto likumu ietekmi uz brīvu kontracepcijas izvēli Eiropā.[10]

EP ietvaros 2001. gadā tiek nodibināts **Eiropas parlamentāriešu forums par iedzīvotājiem un attīstību** (*Inter–European Paliamentary Forum on Population and Development (IEPFPD)*), kurā no 2003. gada darbojas arī Latvijas Saeimas deputāti. Šī ir brīvprātīga organizācija, kuras mērķis ir nodrošināt dialogu starp Eiropas parlamentiem, veicināt iedzīvotāju seksuālo un reproduktīvo veselību valsts, Eiropas un visas pasaules līmenī.

Neraugoties uz to, ka Eiropas Padomei nav juridisku tiesību attiecībā uz to dalībvalstu politiku, tā var ietekmēt valdības un parlamentus, izskaidrojot un analizējot situāciju reproduktīvās veselības un tiesību jomā Ministru komitejā un masu medijos.

Otra lielākā institūcija ir **Eiropas Savienība (ES)**. Lai arī Eiropas Savienībā nav specifisku dokumentu, kas regulē reproduktīvo veselību un tiesības, ES dibināšanas līguma (*the Treaty on the Establishment of the European Community*) **143. paragrāfā** ir noteikts, ka Eiropas Komisijai katru gadu jāizvērtē demogrāfiskās tendences ES dalībvalstīs un jāziņo par tām atbilstošām ES institūcijām, bet **152. paragrāfā** tiek analizētas sabiedrības veselības problēmas un to risinājuma iespējas.

2002. gadā Eiropas Parlaments pieņēma **Rezolūciju par seksuālo un reproduktīvo veselību un tiesībām**[11] kā atbildes reakciju ASV prezidenta Dž. Buša paustajai politikai par finansējuma samazināšanu ģimenes plānošanas programmām visā pasaulē. Seksuālās un reproduktīvās veselības pasākumi ir netieši skarti arī ES Padomes un Eiropas Parlamenta Sabiedrības darbības programmā sabiedrības veselības jomā 2003.–2008. gadam[12].

[6] Declaration of Commitment on HIV/AIDS. – UN GA Special Session on HIV/AIDS 25 – 27 June 2001, New York, USA.

[7] Council of Europe, Parliamentary Assembly: Recommendation 1260 (1995) on the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994): Follow – up By the Council of Europe and Its Member States, Adopted by the Assembly on February 3rd, 1995.

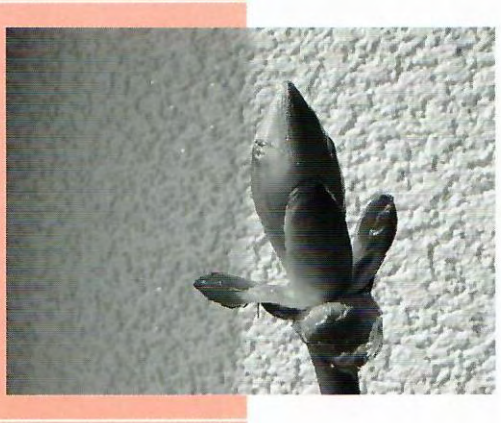
[8] Council of Europe, Parliamentary Assembly: Recommendation 1515 (2001) Demographic Change and Sustainable Development, Adopted by the Assembly on April 27, 2001.

[9] Council of Europe, Parliamentary Assembly: Order No. 581 (2002) on the State of the World Population, Adopted by the Standing Committee, Acting on Behalf of the Assembly, May 29, 2002.

[10] Council of Europe, Parliamentary Assembly: Resolution 1347 (2003) Impact of the "Mexico City Policy" on the free choice of contraception in Europe, September 30, 2003.

[11] European Parliament: Resolution of the European Parliament on Sexual and Reproductive Health and Rights (2001/2128(INI) of July 3rd, 2002.

[12] European Parliament and Council of the European Union: Decision No. 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of September 23rd, 2002 Adopting a Programme of Community Action in the Field of Public Health (2003–2008).



Reproduktīvās veselības politika atbilstoši tās starptautiskajai izpratnei skar daudzas valsts politikas jomas – izglītības, ģimenes, dzimumu līdztiesības, veselības, darba un sociālās politikas jomas. Šajā nodaļā reproduktīvās veselības politika skatīta visos pārvaldības līmeņos, aplūkojot valsts, pašvaldības un sabiedrisko organizāciju lomu šīs politikas definēšanā un īstenošanā. Politiku veido gan dažādu līmeņu normatīvie akti, gan resursu piešķiršana normatīvajos aktos definēto prasību īstenošanai. Efektīva reproduktīvās veselības politika ir ieviešama, tikai koordinējot šo dažādo politikas sektoru un līmeņu darbību.



Reproduktīvās veselības politika Latvijā

2. nodaļa

Latvijas Republikas Satversme garantē Latvijas iedzīvotāju pamattiesības, starp kurām minēta laulības, ģimenes, vecāku un bērna tiesību aizsardzība[1], kā arī iedzīvotāju veselības aizsardzība un medicīniskās palīdzības minimuma garantēšana[2]. Šo pamattiesību aizsardzībai izveidota veselības aprūpes sistēma un tiesiskais nodrošinājums.

Laika posmā kopš iepriekšējā 1997. gadā gatavotā ziņojuma mainījies veselības politikas institucionālais ietvars. 2002. gadā atjaunota Veselības ministrija, atdalot veselības politiku no Labklājības ministrijas kompetences jomas. 2002. gadā izveidots Īpašu uzdevumu ministra bērnu un ģimenes lietās sekretariāts, kas sācis izstrādāt ģimenes un dzimstības veicināšanas politiku. Šajā laika posmā mainījies arī seksuālās un reproduktīvās veselības tiesiskais satvars, pieņemot *Seksuālās un reproduktīvās veselības likumu*. Joprojām turpinās veselības aprūpes reforma.

2.1. Valdības politikas virzieni seksuālās un reproduktīvās veselības jomā

iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšanai pieņemti vairāki politiski dokumenti, kas finansiālu resursu un politikas procesa pēctecības trūkuma dēļ nav pilnībā realizēti. Kā nozīmīga problēma minams tas, ka politikas dokumenti faktiski garantē tiesības uz pilnvērtīgu reproduktīvo un seksuālo veselību, bet ierobežotais finansējums liedz pilnībā īstenot šīs tiesības praksē.

Tikai 2002. gada janvārī pēc sešus gadus ilgas izstrādes tika pieņemts ***Seksuālās un reproduktīvās veselības likums***[3], kas definē seksuālo un reproduktīvo veselību, nosaka tiesiskās attiecības dzemdībpalīdzībā, seksuāli transmisīvo slimību, cilvēka imūndeficīta infekciju (HIV/AIDS), reproduktīvo orgānu slimību ārstēšanā un dzimstības regulēšanā. Likuma 6. pants paredz iedzīvotājiem līdzvērtīgas iespējas rūpēties par reproduktīvo veselību un uzliek par pienākumu plānot grūtniecību, pārbaudīt veselību pirms bērna ieņemšanas un izvairīties no grūtniecības pārtraukšanas. Valsts nodrošina bezmaksas dzemdību palīdzību, kas ietver grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību (42 kalendāra dienas pēc dzemdībām) periodu.

Likums ieviesa un nostiprināja vairākas pārmaiņas attiecībā uz reproduktīvās veselības pakalpojumu piedāvājumu izvēli. Pirmkārt, hormonālie kontracepcijas līdzekļi ir iegādājami tikai ar ārsta recepti, pārtraucot hormonālās kontracepcijas nekontrolētu lietošanu. Kopš 2003. gada bez receptēm pieejama avārijas hormonālā kontracepcija. Otrkārt, tiek noteikta aborta veikšanas kārtība, nosakot, ka tos var veikt stacionāros un ambulatorās iestādēs. Treškārt, likums nosaka, ka dzemdību palīdzības sniegšana tiek atļauta tikai stacionāros. Pēc diskusijām sabiedrībā par mājas dzemdību statusu pēc likuma pieņemšanas 2003. gadā ir sagatavots projekts rīkojumam *Kārtība, kādā nodrošina dzemdībpalīdzību plānotās ārpusstacionāra dzemdībās*[4], kas veidos pamatu mājas dzemdību pilnai legalizācijai Latvijā. Ceturtkārt, likums legalizē neauglības ārstēšanu un mākslīgo apaugļošanu. Tiesa, likums neparedz valsts atbalstu nedz neauglības ārstēšanai, nedz mākslīgās apaugļošanas izdevumu segšanu.

2.1. informācijas logs

Seksuālā un reproduktīvā veselība politikas dokumentos

1996. gadā Ministru kabinets akceptēja ***Latvijas veselības aprūpes attīstības stratēģiju***, kuras mērķis ir izveidot iedzīvotājiem pieejamu, kvalitatīvu un taisnīgu veselības aprūpi.

1999. gadā tika izstrādāta arī ***Primārās veselības aprūpes (PVA) sistēmas stratēģija***, kuras uzdevumos ietilpst veselības veicināšana un slimību profilakse. PVA stratēģija paredz iedzīvotāju izglītošanu par veselības problēmām, slimību profilaksi un to ierobežošanu, mātes un bērna veselības aprūpi, ieskaitot ģimenes plānošanu. Paredzēts, ka aprūpi veic daudzprofesionāla PVA komanda – PVA ārsts un māsa (dažos gadījumos feldšeris vai vecmāte) sadarbībā ar citiem sociālajiem darbiniekiem, sabiedrības veselības māsām, farmaceitiem un citiem profesionāļiem.

Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijā (2001) kā prioritātes ir noteikta pilnvērtīga un vesela nākamā paaudze, dzimstības pieaugums vidēji par 5% gadā, bērnu mirstības samazināšana, labvēlīgu apstākļu nodrošināšana dzimstības pieaugumam, paaugstinot reproduktīvās veselības aprūpes kvalitāti, bērnu un māšu mirstības samazināšana, nodrošinot kvalitatīvu aprūpi, dzemdību un pēcdzemdību palīdzību sievietēm, kā arī jaundzimušo veselības aprūpi, izglītojošais darbs ar iedzīvotājiem.[5] Veselības ministrijā tiek gatavots ***Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas rīcības plāns.***

Sabiedrības veselības stratēģija (2001) kā mērķus paredz dzimstības paaugstināšanu un zīdaiņu un pirmskolas vecuma bērnu veselības uzlabošanu. To plānots sasniegt ar efektīvu un kvalitatīvu iedzīvotāju reproduktīvās veselības aprūpi veselas jaunās paaudzes radīšanai. Stratēģijā noteikts, ka zemās dzimstības iemesli ir nelabvēlīga sociāli ekonomiskā situācija, neauglība, seksuāli transmisīvo un citu reproduktīvo orgānu slimību, alkohola, toksisko un narkotisko vielu lietošanas problēmas. Pirmie soļi jau sperti – ierobežota reklāma legālajām narkotikām (alkoholam[6] un nikotīnam[7]), atsevišķās pašvaldībās un vēlāk arī visā valstī ticis ierobežots alkohola tirdzniecības laiks. Viens no *Sabiedrības veselības stratēģijas* pamatprincipiem mērķu realizācijā ir sabiedrības iesaistīšana – gan valsts, gan privātā, gan pašvaldību, gan nevalstiskā sektora sadarbība.

Speciālas valsts finansētas programmas ir izveidotas sociāli bīstamo slimību ierobežošanai, ieskaitot seksuāli transmisīvo infekciju (STI) ārstēšanu[8], cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS ierobežošanu[9]. *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programma 2003.–2007.* gadam ir pamats dažādu institūciju saskaņotai darbībai HIV/AIDS ierobežošanā un iedzīvotāju izglītībai šajā jomā. Prioritātes HIV infekcijas un AIDS izplatības ierobežošanā ir vērstas uz jauniešu un narkomānu mērķa grupām. Tā kā HIV/AIDS izplatību sekmē daudzi faktori, Latvijā HIV/AIDS problēma ir arī tieši un netieši integrēta *Sabiedrības veselības stratēģijā, Nabadzības novēršanas stratēģijā, Valsts ģimenes politikas koncepcijā* un koncepcijā *Vienādas iespējas visiem.*

2.2. informācijas logs

Sievietes tiesibas veikt abortu

Pieņemot *Seksuālās un reproduktīvās veselības likumu*, sabiedrībā un Saeimā izraisījās debates par aborta aizlieguma nepieciešamību. Līdz likuma pieņemšanai aborts netika definēts neviena cita likuma ietvaros. *Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma* 5. panta otrā daļa un Ministru kabineta noteikumi[10] paredz grūtniecības pārtraukšanas iespējas ārstniecības iestādē, ļaujot sievietei izvēlēties izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju un atsāpināšanas veidu.

Aborta legalizācija ar likumu izraisīja ilgstošas debates sabiedrībā, un vēl joprojām ik pa laikam sabiedrībā saasinās diskusijas par aborta morālajiem un ētiskajiem aspektiem, īpaši ņemot vērā demogrāfisko situāciju Latvijā. Nereti aborts tiek izmantots kā politiskas cīņas ierocis. 2003. gada nogalē

[1] Latvijas Republikas Satversme, 110. pants.
[2] Latvijas Republikas Satversme, 111. pants.
[3] *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*, stājās spēkā 2002. gada 1. jūlijā, www.vm.gov.lv
[4] LR Veselības ministrija 2003.
[5] www.vm.gov.lv
[6] *Alkohola aprites likums*, Saeimā pieņemts 1998. gada 14. oktobrī.
[7] *Likums par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu*, spēkā no 1999. gada 10. decembra, www.vm.gov.lv
[8] Dzimumorgānu infekciju samazināšanas stratēģijas prioritātes Latvijā. – Pasaules Veselības organizācija, Labklājības ministrija, LĢPSVA *Papardes zieds*, 2000.
[9] *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programma 2003.– 2007. gadam.* Apstiprināta Ministru kabinetā 2003. gadā.
[10] Ministru kabineta noteikumi Nr. 590 *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība.* – Rīga, 2003. gada 28. oktobrī (prot. Nr. 56, 9.§), www.likumi.lv – 2003. gada 9. decembrī.

daļa valdības koalīcijas aicināja atkāpties veselības ministri, jo uzskatīja, ka ministrijas vadīšana nav savienojama ar ministres paralēli veikto profesionālo medicīnisko praksi, veicot arī abortus[11].

VM rīkojumā *Par rakstveida informāciju par grūtniecības pārtraukšanas morālajiem aspektiem*[12] ir noteikts, ka pirms aborta veikšanas sieviete jānodrošina ar informāciju par iespējamiem medicīniskajiem sarežģījumiem un iespēju saglabāt topošajam bērnam dzīvību. Savukārt pēc grūtniecības pārtraukšanas ginekologam (dzemdību speciālistam) sieviete jākonsultē par ģimenes plānošanas jautājumiem un viņai jāiesaka piemēroti kontracepcijas līdzekļi. Pretrunīgi sabiedrībā un dzemdību speciālistu vidū tika vērtēta rīkojumā ietvertā informācija par grūtniecības pārtraukšanas morālajiem aspektiem.

2.1.1. Ģimenes un dzimstības veicināšanas politika

Latvijā nav vienotas ģimenes un dzimstības veicināšanas politikas. **Valsts ģimenes politikas koncepcijas** projektā (2001)[13] kā svarīga ģimenes politikas sastāvdaļa minēta veselības aprūpe un tās veicināšana, īpaši uzsverot mātes un bērna jomu. Politika joprojām atrodas koncepcijas līmenī. Dzimstības veicināšana valstī nav definēta kā politika, un atbalsts ģimenēm ar bērniem pārsvarā balstās uz pabalstu piešķiršanu. Pabalstu apjomi ir nelieli un nespēj kliedēt potenciālo vecāku bažas par ģimenes ekonomisko stabilitāti. Pabalstu apmēra pieaugums ir bijis zemāks par patēriņa cenu pieaugumu. 2003. gadā Īpašo uzdevumu ministra bērnu un ģimeņu lietās sekretariāts ir sācis plānot papildu pasākumus dzimstības veicināšanai. Kā viens no plānojamiem pasākumiem paredzēta "māmiņu alga", kas kompensētu ienākumus no darba algas, kura zaudēta, audzinot bērnu līdz gada vecumam.

2.3. informācijas logs

Ģimenes un dzimstības veicināšanas politika

Maternitātes pabalstu[14] sievietei piešķir un izmaksā par visu grūtniecības atvaļinājuma un dzemdību atvaļinājuma laiku. Grūtniecības atvaļinājuma 56 un dzemdību atvaļinājuma 56 kalendārās dienas summē un maternitātes pabalstu piešķir par 112 kalendārajām dienām algas apmērā. Sievietei, kurai sakarā ar grūtniecību medicīniskā aprūpe ārstnieciski profilaktiskajā iestādē uzsākta līdz 12. grūtniecības nedēļai un turpināta visu grūtniecības laiku, piešķir pabalstu par 14 dienu ilgu papildu atvaļinājumu, kas tiek pievienots grūtniecības atvaļinājumam, tādējādi kopā tiek piešķirts pabalsts par 70 kalendārajām dienām.

Valsts izsniedz trīs dažādu veidu pabalstus[15] ģimenēm ar bērniem. **Bērnu piedzimšanas pabalstu** piešķir 98 latu apmērā par katru bērnu. Ja māte stājusies grūtnieču aprūpē līdz 12. grūtniecības nedēļai, pabalsta apmērs tiek divkāršots. **Bērna kopšanas pabalstu**[16] kopš 2003. gada 1. janvāra 30 latu apmērā mēnesī piešķir līdz bērna pusotra gada vecumam. Pēc pusotra gada vecuma bērna kopšanas pabalsts ir 7,5 lati (ar 2006. gada 1. janvāri personai, kura kopj bērnu vecumā no pusotra līdz diviem gadiem, bērna kopšanas pabalsts būs 22 lati mēnesī).

Ģimenes valsts pabalsts[17] tiek piešķirts vienam no vecākiem kopš bērna dzimšanas un tiek maksāts līdz 15 gadu vecumam. Ja bērns pēc 15 gadu vecuma turpina mācības vispārizglītojošā vai profesionālās apmācības skolā un nesaņem stipendiju, pabalstu izmaksā līdz bērna 20 gadu vecumam. Pabalsta ikmēneša apmērs[18] ir atkarīgs no bērnu skaita ģimenē. Par pirmo bērnu maksā 6 latus[19], par otro bērnu ģimene saņem 7,2 latus, par trešo 9,6, par ceturto un katru nākamo bērnu 10,8 latus mēnesī. Ja ģimenē aug bērns invalīds, no 2003. gada 1. oktobra vecāki saņem piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta 30 latu apmērā līdz bērna 18 gadu vecumam.

2004. gadā stājās spēkā izmaiņas likumā *Par maternitātes un slimības apdrošināšanu*, kas paredz **piešķirt un izmaksāt paternitātes pabalstu**. Paternitātes pabalstu piešķirs un izmaksās bērna tēvam par bērna piedzimšanas dēļ piešķirtā atvaļinājuma desmit kalendārajām dienām. Pabalstu piešķir 80% apmērā no bērna tēva vidējās sociālās apdrošināšanas iemaksu algas.

Pabalsti ir tikai viens no veidiem, kā var veicināt dzimstību valstī. Reālā situācija liecina, ka ģimenēm lieli izdevumi ir ne tikai bērna piedzimšanas brīdī, bet arī bērnam uzsākot skolas gaitas. Lai veicinātu dzimstību (sīkāk skatīt 4. nodaļu), ir jādomā par kompleksu pieeju: nodrošinot bērnu aprūpi bērnudārzos un skolās, lai vecākiem būtu iespēja atgriezties darba tirgū, jo nodarbinātība ir viena no iedzīvotāju dzīves kvalitātes uzlabošanas pamatvērtībām.

Palielinoties to ģimeņu skaitam, kuros bērnu audzina viens no vecākiem, par nopietnu problēmu kļuvusi bērna uzturlīdzekļu piedziņa gadījumos, kad ģimeni pametušais partneris izvairās to maksāt. Lai atrisinātu problēmu, izstrādāts konceptuālais risinājums **Uzturlīdzekļu garantiju fonda** likumprojektam, kas paredz izmaksāt uzturlīdzekļus no šā fonda gadījumos, kad nebūs iespējams tiesas piespriestos bērna uzturlīdzekļus piedzīt no personām, kuras izvairās no savu bērnu uzturēšanas vai arī kļuvušas maksātnespējīgas.

2.1.2. Veselības veicināšana un izglītība

Veselības ministrijas sastāvā ir vairākas struktūrvienības, kuras īsteno veselības veicināšanas programmas reproduktīvās veselības jomā. **Veselības veicināšanas centrs** īsteno reproduktīvās veselības veicināšanas programmas: veicot topošo vecāku skolu speciālistu sagatavošanu un mācību materiālu nodrošināšanu, organizējot zīdīšanas veicināšanas pasākumus, koordinējot sievietes veselības un dzīves kvalitātes programmu sievietēm pirms menopauzes, menopauzē un pēcmenopauzes laikā (KONTIA), īstenojot sievietes reproduktīvās veselības veicināšanas projektu[20].

Izglītības un zinātnes ministrija 2003. gadā **veselības mācību** paredz kā obligātu mācību priekšmetu 5. un 8. klasē un kā izvēles priekšmetu vidusskolā. Lai arī veselības mācība kļuvusi obligāta, tās apjoms un kvalitāte nav pietiekama. Reproduktīvās veselības jautājumiem tiek atvēlēta viena vai divas stundas gadā.

---

[11] LETA ziņa 5. novembrī, kurā *Latvijas Pirmās partijas* vadītājs nosoda veselības ministri I. Circeni par abortu veikšanu.

[12] Veselības ministrijas rīkojums Nr. 227 *Par rakstveida informāciju par grūtniecības pārtraukšanas morālajiem aspektiem*, izdots saskaņā ar *Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma* 25. panta 2. punktu.

[13] Ģimenes politikas koncepcijas projekts, 2001, 5. lpp.

[14] Grozījumi likumā *Par maternitātes un slimības pabalstiem*, Saeimā pieņemti 1995. gada 6. novembrī. – *Latvijas Vēstnesis*, 1995. gada 23. novembris. Grozījumi likumā *Par maternitātes un slimības pabalstiem*. – *Latvijas Vēstnesis*, 1998. gada 8. jūlijs.

[15] *Valsts sociālo pabalstu likums*, pieņemts 2002. gada 31. oktobrī. – *Latvijas Vēstnesis*, 2002. gada 19. novembris.

[16] Ministru kabineta noteikumi Nr. 349 *Noteikumi par bērna kopšanas pabalsta apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta piešķiršanas un izmaksas kārtību*, izdoti Rīgā 2003. gada 1. jūlijā saskaņā ar *Valsts sociālo pabalstu likuma* 7. panta pirmo daļu, 15. panta pirmo daļu, 16. panta pirmo daļu un 17. panta pirmo un otro daļu.

[17] *Valsts sociālo pabalstu likums*.

[18] Ministru kabineta noteikumi Nr. 355 *Noteikumi par ģimenes valsts pabalsta un piemaksas pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta un piemaksas piešķiršanas un izmaksas kārtību*, izdoti Rīgā 2003. gada 1. jūlijā.

[19] Līdz 2005. gada 31. decembrim.

[20] Sīkāk skatīt www.esi–vesels.lv

2.1.3. HIV/AIDS ierobežošana

AIDS profilakses centrs Veselības ministrijas pakļautībā īsteno valsts politiku cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas un AIDS epidēmijas ierobežošanas jomā saskaņā ar *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programmu 2003.–2007. gadam.* Centra galvenais uzdevums ir vienotas stratēģijas un taktikas izstrāde, ierobežojot HIV infekcijas un AIDS epidēmijas izplatību un mazinot epidēmijas kaitējumu sabiedrībai, cilvēku veselībai un dzīvībai.

2.1.4. Genoma izpēte

Genoma izpēte jau tuvā nākotnē piedāvās jaunas slimības diagnostikas un medikamentu terapijas metodes. 2003. gadā Latvijā stājās spēkā ***Cilvēka genoma izpētes likums***[21], kas ar 2004. gada janvāri paredz vienotas valsts iedzīvotāju genoma datu bāzes izveidošanu un darbību. Likums paredz datu bāzes ietvaros gūtās informācijas izmantošanu donora interesēs, papildinot Latvijas iedzīvotāju ģenētisko slimību diagnosticēšanas iespējas. Informācijas iegūšana par savu veselības stāvokli ģenētisko prognožu līmenī būtiski ietekmēs cilvēku reproduktīvo izvēli.[22]

2.2. Veselības aprūpes sistēma

2.2.1. Aprūpes sistēmas reforma

Padomju periods mantojumā atstāja izmaksu ziņā dārgu un augsti specializētu medicīnas sistēmu, ko 90. gadu sākumā vajadzēja reformēt. Pirmkārt, tika mainīta veselības pakalpojumu struktūra, radot trīs veselības aprūpes līmeņus. Primārās veselības aprūpes mērķis ir risināt galvenās veselības problēmas, lietojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas tehnoloģijas. Primāro aprūpi sniedz ģimenes ārsts, pediatrs, primārās veselības aprūpes māsa vai ārsta palīgs. 2003. gadā 90% valsts iedzīvotāju bija reģistrējušies pie ģimenes ārsta[23]. Valsts nodrošina katram iedzīvotājam iespēju vērsties pie ģimenes ārsta par minimālu maksu (maksājot pacienta iemaksu par vizīti 0,5 latu apmērā), bet bērniem līdz 18 gadu vecumam, grūtniecēm, onkoloģisko slimību, HIV/AIDS pacientiem un dažām sociālām grupām, piemēram, maznodrošinātām ģimenēm, – bez maksas.

Sekundārais un terciārais aprūpes līmenis piedāvā augstāk specializētu aprūpi. Ģimenes ārsta institūcija pacientiem kalpo kā "vārtu vērēja" augstākam veselības aprūpes līmenim. Šajā grupā ietilpst arī seksuālās un reproduktīvās veselības pakalpojumi, ko sniedz ārsts speciālists (ginekologs, urologs, dermatovenerologs u. c.). Vienīgais izņēmums ir Rīgas pilsēta, kur ginekologs definēts kā tiešās pieejamības speciālists, pie kura nav nepieciešams ģimenes ārsta norīkojums.

2.4. informācijas logs

Ginekologs kā primārās aprūpes ārsts

Primārās veselības aprūpes darbības kārtību Latvijā nosaka Labklājības ministrijas rīkojums Nr. 240 (23.08.2000.) *Par primārās veselības aprūpes organizācijas un apmaksas kārtību*, kas ginekologu neparedz kā fiksēto konsultantu. Fiksētais konsultants šā rīkojuma izpratnē ir ārsts speciālists, kura pakalpojumi pacientiem ir pieejami bez ārsta nosūtījuma.

Savukārt Rīgā darbojas atsevišķs Labklājības ministrijas rīkojums Nr. 128 (01.07.2002.) *Par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kārtības pilota projekta aprobāciju Rīgas pilsētā*, kur noteikts, ka pacients ginekologa pakalpojumus var saņemt bez primārās veselības ārsta nosūtījuma. Abos rīkojumos ir runa tikai par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

2004. gadā norit darbs pie abu modeļu tuvināšanas, lai Latvijā būtu vienots ambulatorās aprūpes kārtības un apmaksas modelis. Jaunajā modelī ginekologs tiek paredzēts kā tiešās pieejamības speciālists. Tuvināto modeli ir paredzēts publiskot 2004. gada beigās, tā iespaidā taptu Ministru kabineta noteikumi.

Līdz ar veselības aprūpes sistēmas reformu un valsts pilnībā apmaksātas medicīnas aprūpes sistēmas likvidēšanu paaugstinājās arī iedzīvotāju atbildība par savas veselības uzturēšanu gan ārsta apmeklēšanas, gan veselības aprūpes pakalpojumu pilnas vai daļējas apmaksas veidā. Atbildību uzņemties var tikai zinoši pacienti. Kā liecina 2001. gadā veikts pētījums[24], veselības aprūpes sistēmas reforma ir vāji skaidrota visiem aprūpes sistēmas dalībniekiem. Pat 58% mediķu uzskata, ka reforma ir īstermiņa kampaņa un vērā ņemamas pārmaiņas nenesīs. Kā atzīmē eksperti, reformai trūkst skaidru mērķu un virzienu[25].

Kā viena no būtiskākajām problēmām veselības aprūpē joprojām saglabājas nepietiekamais veselības aprūpes finansējums un esošā finansējuma racionāla izmantošana. Patlaban Veselības ministrijas dienaskārtībā ir slimnīcu optimizācijas jautājumi, kas ļautu efektīvāk izlietot līdzekļus, veselības aprūpes finanšu plūsmas reforma, kā arī veselības aprūpes darbinieku algas paaugstināšana.

2.2.2. Māsu un vecmāšu loma

Latvijā joprojām nav izmantotas visas iespējas, lai uzlabotu veselības pakalpojumu pieejamību, palielinot māsu un vecmāšu devumu primārās veselības pakalpojumu sniegšanā. Kā atzinusi Eiropas Komisija[26], nav pietiekami nodalītas vecmāšu un ārstu – dzemdību speciālistu – lomas veselības aprūpē, ir ierobežotas vecmāšu tiesības praktizēt patstāvīgi, kas neatbilst ES sektorālajai direktīvai[27]. PVO uzsver vecmātes un māsas lomu, veidojot uz ģimeni un kopienu orientētu veselības aprūpi, tādējādi samazinot izmaksas un mazinot nevienlīdzību veselības pakalpojumu pieejamībā. Lai māsas un vecmātes pilnvērtīgāk iesaistītu veselības aprūpē, jārēķinās arī ar pacientu priekšstatiem par labu veselības aprūpes sistēmu, kas ietekmē pacientu izvēli. Šā ziņojuma sagatavošanai veiktais pētījums parāda, ka sievietes reproduktīvās veselības aprūpē joprojām dod priekšroku ārstam speciālistam – ginekologam.

2.2.3. Privātā sektora pakalpojumi

Kopš 1991. gada veiksmīgi attīstījies privātais medicīnas sektors. Privāti ir pieejami visi reproduktīvās veselības pakalpojumi, ieskaitot operācijas un mākslīgo apaugļošanu. Tādus pakalpojumus kā neauglības ārstēšana un mākslīgā apaugļošana sniedz tikai privātais sektors. Privāto medicīnas pakalpojumu cenu sedz pacients pats vai privātās apdrošināšanas sabiedrības, ja šādu apdrošināšanas polisi pacientam ir iegādājusies darba vieta. Tikai dažas privātās apdrošināšanas sabiedrības dod iespēju pašam cilvēkam iegādāties sev tādu apdrošināšanu, kas sedz privātās medicīnas pakalpojumus. Daļai Latvijas iedzīvotāju šie pakalpojumi nav pieejami to cenas dēļ.

[21] Likums stājas spēkā ar 2003. gada 1. janvāri. www.likumi.lv – 2003. gada 8. decembrī.
[22] Putniņa A. Iedzīvotāju genoma projekts Latvijā: ricībspējas izpausmes (2003) – Population Genome Project in Latvia: Exploring the articulation of Agency. – J. Sandor, ed. Society and Genetic Information. Codes and Laws in Genetic Era, CEU Press, 2003.
[23] Valsts obligātās apdrošināšanas veselības aģentūras VOAVA dati.
[24] Attieksme un informētība par veselības aprūpes sistēmu Latvijā. – Baltijas Datu nams, Baltijas Sociālo zinātņu institūts, 2000–2001.
[25] Eiropas veselības sistēmu novērotāju ziņojums par Latviju (2001). – European Health Systems Observatory, Report on Latvia, 2001.
[26] TAIEX ekspertu rekomendācijas ārstniecības personu izglītības un profesionālās darbības jomā, lai nodrošinātu savstarpēju profesionālo kvalifikāciju atzīšanu ES dalībvalstīs. (29.04.–02.05.2002.).
[27] Article 4 of Sectoral Directive 80/155/EEC.

AIDS PROFILAKSES CENTRS
Reģ.Nr. 90000031940
Klijānu iela 7
Rīga, LV-1012, Latvija

2.2.4. Dzemdībpalīdzība

LR LM rīkojums[28] paredz Eiropas standartiem atbilstošu grūtnieču un jaundzimušo skrīningdiagnostiku visu veidu valsts, pašvaldību un privātās medicīniskās uzņēmējdarbības struktūrās. Rīkojuma ietvaros apstiprināta **Antenatālās aprūpes programma,** kas nosaka sievietes novērošanas un izmeklēšanas kārtību pirms grūtniecības, grūtniecības laikā un pēc dzemdībām, kā arī izglītojošu nodarbību ciklu topošajām māmiņām un tēviem – četras nodarbības pirms dzemdībām un vienu – pēc dzemdībām.

Veselības aprūpi grūtniecības laikā, tai skaitā grūtniecības novērošanu pie ginekologa (Rīgā) vai ģimenes ārsta, valsts nodrošina bez maksas. Vecmātes sniegta aprūpe grūtniecības laikā pieejama tikai par maksu, jo neietilpst valsts apmaksāto grūtniecības aprūpes pakalpojumu klāstā. Maksas grūtniecības aprūpe ir pieejama arī pie privāti praktizējošiem speciālistiem.

Veselības aprūpes apmaksātais minimums paredz tēvu dalību dzemdībās, ja veikta ģimenes sagatavošana dzemdībām. Taču stacionāru telpu stāvoklis nav piemērots ģimenes dzemdībām visās Latvijas slimnīcās. Līdz ar to daļā slimnīcu ģimenes dzemdības tiek piedāvātas tikai kā maksas pakalpojums, lai gūtu papildu ienākumus telpu labiekārtošanai.

Latvijā pārskata sagatavošanas laikā ir sešas **bērniem draudzīgas slimnīcas**, kurās tiek veicināta krūts barošana un sniegts atbalsts māmiņām zīdīšanas laikā.

2.3. Pašvaldību sektora loma

Pašvaldību pārziņā ir iedzīvotāju nodrošināšana ar nepieciešamo medicīnisko palīdzību, tai skaitā dzemdībpalīdzību[29]. Ieguldījums reproduktīvās veselības sekmēšanā Latvijā ir nevienmērīgs un atkarīgs no katras pašvaldības prioritātēm. Tā, piemēram, Rīgas pašvaldība savas pilsētas iedzīvotājiem piešķir bērna piedzimšanas pabalstu 100 latu apmērā. Pašvaldības savu iespēju robežās līdzdarbojas reproduktīvās veselības veicināšanā, atbalstot un iniciējot jauniešu izglītības centru projektus.

Kā nozīmīgākās problēmas, kas atstātas pašvaldību ziņā, ir medicīniskās palīdzības nodrošināšana lauku apvidos. Neatliekamās medicīniskās palīdzības, tai skaitā dzemdībpalīdzības, sniegšana nav iespējama paredzēto standartu robežās[30] novecojušā autoparka un sliktās ceļu infrastruktūras dēļ. Slimnīcu optimizācijas apspriešanas ietvaros uzrādītas tādas problēmas kā medicīnas personāla trūkums reģionos, nepietiekams dzemdību skaits stacionāru nodaļu uzturēšanai. Pašvaldību pārstāvji atzīst, ka pašvaldības nespēj visas tām uzticētās atbildības kvalitatīvi nodrošināt nepietiekamā finansējuma dēļ.

2.4. Nevalstiskā sektora līdzdalība

Nevalstisko organizāciju kapacitāti lielā mērā nosaka ārvalstu finansējums, kas ar katru gadu ievērojami samazinās. Ne visām organizācijām ir atbilstoša kapacitāte, lai piedalītos konkursos Eiropas Savienības līdzekļu piesaistei. NVO centra veiktais nevalstiskā sektora pārskats parāda, ka vairākumam (68%) organizāciju nav algotu darbinieku, 60% organizāciju gada budžets nav pārsniedzis 5000 latu un tikai 10% aptaujāto organizāciju bija pieejami valsts līdzekļi[31]. Pozitīvas pārmaiņas NVO sektora ilglaicīguma nodrošināšanai varētu ieviest *Biedrību un nodibinājumu likums*, kas stājās spēkā 2004. gada 1. aprīlī. Nevalstiskās organizācijas varēs nodarboties ar saimniecisku darbību, lai iegūtu līdzekļus sava mērķa realizēšanai[32]. Nevalstiskās organizācijas darbojas visās pētījumā apskatītajās jomās: ģimeņu atbalsta organizācijas, dzimumu līdztiesības, veselīga dzīvesveida popularizēšanas, profesionālās asociācijas. Ņemot vērā pārskata tematiku, sīkāk tiks analizēta tikai to nevalstisko organizāciju darbība, kas ir tieši saistīta ar reproduktīvās un seksuālās veselības jomu.

Lai arī pastāv atsevišķi pozitīvi valsts, pašvaldību un NVO sadarbības piemēri, kopumā Veselības ministrija un pašvaldības ir kūtras savu funkciju deleģēšanā nevalstiskajam sektoram. Pamatā visu šo organizāciju darbību nosaka starptautisko organizāciju finansējums. Ir tikai daži pozitīvi piemēri, kur nevalstiskās organizācijas saņem arī pašvaldību atbalstu: Dobeles Jauniešu veselības centrs, Smiltenes Jauniešu centrs, Liepājas Jauniešu centrs.

Nevalstiskās organizācijas minimāli piedalās Veselības ministrijas lēmumu izstrādāšanā, pieņemšanā un īstenošanā. Nenoliedzami, šo sadarbību nosaka divi faktori: NVO organizētība un ministrijas departamentu labā griba.[33] Kā veiksmīgu NVO organizētības piemēru var minēt 11 organizāciju parakstītu vēstuli Veselības ministrijai ar uzaicinājumu pārskatīt un labot informatīvā materiāla *Aborta morālie aspekti* saturu.

Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācija *Papardes zieds* (turpmāk tekstā LĢPSVA) šogad atzīmē savas pastāvēšanas desmit gadus. Būdama Starptautiskās ģimenes plānošanas asociācijas biedre, LĢPSVA ir pārstāvējusi Latviju visos nozīmīgākajos starptautiskajos forumos, kas saistīti ar reproduktīvās un seksuālās veselības jomu. Šobrīd kā viens no organizācijas pamatuzdevumiem ir sadarbībā ar Veselības ministriju un Apvienoto Nāciju Attīstības programmu izveidot jauniešiem draudzīgus veselības pakalpojumus reproduktīvajā veselībā. LĢPSVA *Papardes zieds* ir piedalījusies *Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma* izstrādē, kā arī aktīvi piedalās publiskajās debatēs par sabiedrībai joprojām aktuālo tēmu – abortiem. Pateicoties starptautisko donoru atbalstam, ir īstenoti projekti gan profesionāļiem, gan jauniešiem, gan cilvēkiem ar īpašām vajadzībām.

Ilglaicīgi darbojas **Latvijas Krūts ēdināšanas veicināšanas un aizsardzības biedrība**. Tās mērķis ir palielināt bērnu skaitu, kuri pirmajos divos dzīves gados uzturā saņem mātes pienu. Biedrība izglīto un informē sabiedrību par krūts ēdināšanu.

No vairāk nekā 260 organizācijām, kas Nevalstisko organizāciju centra katalogā kā vienu no savām darbības jomām min veselību, par aktīvu reproduktīvās veselības jomā var uzskatīt 51 organizāciju. Šīs organizācijas ir apzinātas ANO Attīstības programmas projekta *Koordinēts atbalsts Latvijas jauniešu veselībai un attīstībai* ietvaros. Rīgā tādas bija 16, Kurzemē – 11, Zemgalē – 7, Latgalē – 7, Vidzemē – 10 organizācijas.
2002. gadā ar Baltijas–Amerikas partnerattiecības programmu finansiālo atbalstu ir izveidota koalīcija *Cita skola* ilgtspējīgai vienotas vienaudžu seksuālās un reproduktīvās izglītošanas nodrošināšanai.

2.5. Secinājumi

1997. gada ziņojums par iedzīvotāju reproduktīvo veselību tika veidots, lai veicinātu vienotas nacionālās politikas un reproduktīvās veselības stratēģijas izveidi Latvijā. Šāda stratēģija sešu gadu laikā nav izveidota. Tomēr jāsecina, ka šajā laika posmā un īpaši pēdējo divu gadu laikā sākušās ievērojamas pārmaiņas.

---

[28] LR Labklājības ministrijas rīkojums Nr. 324 (20.11.1995.) *Par grūtnieču un jaundzimušo aprūpes skrīningdiagnostiku.*
[29] *Likuma par pašvaldībām* 15. un 16. pants. Saeimā pieņemts 1994. gada 19. maijā.
[30] Ministru kabineta noteikumu Nr. 35 *Kārtība, kādā tiek nodrošinātas tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību* 11. pants. Spēkā no 1999. gada 5. februāra.
[31] NVO sektors Latvijā 2000./2001. – Nevalstisko organizāciju centrs, 2002.
[32] *Biedrību un nodibinājumu likums*, izsludināts 2003. gada 14. novembrī, stājas spēkā ar 2004. gada 1. aprīli.
[33] Miezaine Zinta. Valsts pārvalde un NVO līdzdalība – efektīvu sadarbības modeli meklējot. – Sabiedriskās politikas centrs, *Providus*, 2003.

• Likumdošanas jomā: pieņemts *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*. Īpašu uzdevumu ministra bērnu un ģimenes lietās sekretariāts sācis ģimeņu politikas izstrādi, valstī tiek īstenota jauniešiem domātu veselības pakalpojumu pilnveidošanas politika, pieņemta HIV/AIDS programma līdz 2007. gadam, ieviesta obligāta veselības mācība skolās.
• Institucionālā jomā atjaunota Veselības ministrija, izveidots Īpašu uzdevumu ministra bērnu un ģimenes lietās sekretariāts.

Ņemot vērā HIV izplatību Latvijā, tiek īstenota valsts politika HIV/AIDS samazināšanai. Ir pieņemta *Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programma 2003.–2007. gadam*, kas paredz konkrētas aktivitātes katrai riska grupai. Svarīgi saglabāt šādu valsts politiku HIV/AIDS jomā, veicinot HIV profilaksi, kā arī inficēto ārstēšanu.

Eksperti kā traucēkli reproduktīvās veselības politikas īstenošanai min vāju sadarbību starp valsti, pašvaldībām un nevalstisko sektoru. Lai arī nevalstiskajam sektoram ir izveidojusies pieredze reproduktīvās veselības problēmu risināšanā, nav vērojama valsts un pašvaldības funkciju deleģēšana sabiedriskajam sektoram, nevalstiskās organizācijas parasti nesaņem valsts atbalstu.

Kopumā vērojams medicīnas pakalpojumu kvalitātes kāpums, ārstu kvalifikācijas pieaugums un sadzīves apstākļu uzlabošanās medicīnas iestādēs. Līdz ar privātā veselības aprūpes sektora attīstību notiek tehnoloģiju plašāka pieejamība un ieviešana, piemēram, mākslīgās apaugļošanas attīstība. 2004. gadā valsts uzsāk iedzīvotāju genoma izpētes programmu, tās ietvaros veicot ģenētiski noteiktu slimību izplatības un diagnostikas iespēju izpēti.

Kopš 2002. gada Saeimas vēlēšanām politiķi biežāk uzsver dzimstības veicināšanas politikas nepieciešamību. Tai pašā laikā, politikas līmenī nosodot abortus, nepietiekami tiek risināti jautājumi par sievietes reproduktīvās izvēles nodrošināšanu un kontraceptīvo līdzekļu pieejamību. Jāatzīmē, ka izteikti pronatāliskas politikas veidošana var gan ierobežot sievietes reproduktīvās izvēles tiesības, gan veicināt sievietes izstumšanu no sabiedrības.

Joprojām aktuāls jautājums ir veselības aprūpes finansējums. Salīdzinot veselības aprūpei veltīto finansējuma apjomu procentos no IKP 2003. un 1996. gadā (attiecīgi 3,5% un 3,9%), vērojams apjoma kritums par vairāk nekā 10%. Valsts finansējums veselības aprūpei kopumā nav pietiekams, līdz ar to apgrūtināta palīdzības un pakalpojumu sniegšana dažādās jomās, kas saistītas ar reproduktīvo veselību, piemēram, kontraceptīvo līdzekļu nodrošināšana iedzīvotāju riska grupām, maznodrošinātajiem, seksuāli transmisīvo infekciju ārstēšanai u. c.

Eksperti atzīmē vāju politikas veidotāju un īstenotāju darbu ar sabiedrību un sabiedriskās saziņas līdzekļiem, informējot un izglītojot par pārmaiņām izpratnē par veselību un veselības aprūpes sistēmas reformu.

2.6. Ieteikumi

Reproduktīvās veselības pilnveidošanai Latvijā nepieciešami šādi soļi.

1. Izveidot īpašu koordinācijas institūciju vai padomi **reproduktīvās veselības politikas veidošanai**, tās prioritāšu noteikšanai, politikas izvērtēšanai un monitoringam, iesaistot veselības aprūpes darbinieku profesionālās asociācijas un citas sabiedriskās organizācijas. Veidojot politiku, jāievēro šādi pamatprincipi:
   - reproduktīvās veselības politikas izstrādei jābalstās uz lietišķo pētījumu pamata;
   - RV politikā jāparedz valsts, pašvaldības un nevalstiskā sektora funkciju sadalījums un deleģēšana.

2. **Reproduktīvās veselības politikas lobēšana**, padarot seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumus aktuālus gan sabiedrības, gan politikas dienaskārtībā:
   - veicinot vienošanos par ilgtermiņa reproduktīvās veselības politikas prioritāti;
   - veidojot sabiedrisko domu šādas politikas prioritātes nepieciešamībai;
   - valsts demogrāfiskās situācijas uzlabošanas politikā kā prioritāti iekļaut reproduktīvās veselības jautājumu risināšanu;
   - pašvaldībās ieinteresējot sekmēt dzimstības pieaugumu un īstenot vietēja līmeņa ģimeņu politiku – nodrošinot bērnu aprūpes iespējas pirmsskolas iestādēs, izglītību skolās, piešķirot atvieglojumus ģimenēm ar bērniem.

3. **Veselības aprūpes profesionāļu resursu problēmas risinājumi**, nodrošinot pieejamu un kvalitatīvu aprūpes piedāvājumu:
   - pārskatot veselības aprūpes resursu un profesionāļu sagatavošanas plānu;
   - profesionālim nosakot darbvietu noteiktu laiku pēc valsts apmaksātas izglītības iegūšanas;
   - pilnveidojot māsu un vecmāšu izglītību patstāvīgas prakses veikšanai un paaugstinot vecmāšu profesionālās atbildības un pilnvaru jomu;
   - materiāli veicinot veselības aprūpes darbinieku vēlmi strādāt lauku rajonos;
   - ceļot veselības aprūpes darbinieku kvalifikāciju un veicinot papildizglītību.

4. Veselības aprūpes pieejamības problēmu risināt ar veselības aprūpes sistēmas filozofijas maiņu, izglītojot gan sabiedrību, gan veselības aprūpes darbiniekus, **no augsti specializētas veselības aprūpes sistēmas pārejot uz klientu, ģimeni un kopienu vērstu aprūpi**. Tajā ietilpst:
   - ģimenes ārstu un citu medicīnas profesionāļu attieksmes un saskarsmes ar pacientu problēmu risināšana;
   - vecmāšu iesaistīšana dzemdībpalīdzības sniegšanā, profilaksē un izglītības darbā, uzlabojot aprūpes kvalitāti un samazinot izmaksas;
   - vecmāšu un ģimenes ārstu prestiža celšana;
   - vecmāšu un sabiedrības veselības māsu kā patstāvīgu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju iesaistīšana sieviešu un ģimeņu aprūpē, uzlabojot profilakses un izglītības darbu un samazinot veselības aprūpes sistēmas izmaksas;
   - atbalsts mazu, mobilu reproduktīvās veselības aprūpes centru izveidei, kas sadarbībā ar primārās veselības aprūpes struktūrām aktīvi un efektīvi sniedz reproduktīvās veselības pakalpojumus;
   - atbalsts un veicināšana mazai un vidējai uzņēmējdarbībai reproduktīvās veselības jomā.

Sīkāki ieteikumi noteiktu politikas virzienu īstenošanai iekļauti nākamajās nodaļās pēc attiecīgās jomas situācijas izvērtējuma.



Reproduktīvā veselība un dzimumu līdztiesība

3. nodaļa

Dzimumu līdztiesības nodrošināšana uzskatāma par būtisku instrumentu tautas ilgtspējīgai ekonomiskai un sociālai attīstībai. Tā skar visas dzīves jomas un iedzīvotāju grupas un nav atdalāma no politisko, ekonomisko, sociālo un kultūras jomu kopuma. Latvijā notikušās politiskās un ekonomiskās pārmaiņas[1] atšķirīgi skārušas vīriešus un sievietes. Sieviešu vispārējais ekonomiskais stāvoklis ir sliktāks nekā vīriešu. Dzimumu līdztiesība nozīmē, ka gan vīriešiem, gan sievietēm tiek piešķirta vienāda sociālā vērtība, vienādas tiesības un vienāda atbildība, nodrošināta vienāda pieeja resursiem un to izmantošanas iespējām.

Dzimumu aspekts ir būtisks arī reproduktīvās politikas īstenošanā. Pirmkārt, tas izpaužas faktā, ka reproduktīvās veselības joma kā tradicionāla sieviešu interešu joma reti nokļuvusi politiķu redzeslokā. *Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma* astoņu gadu izstrādes un pieņemšanas process, kā arī reproduktīvās veselības stratēģijas trūkums liecina par valsts vāju interesi par šo jautājumu un sabiedrisko organizāciju nespēju to aktualizēt. Gan reproduktīvās veselības pakalpojumu sniedzēju, gan saņēmēju vidū dominē sievietes. Sieviešu pārsvars visu līmeņu medicīniskā personāla vidū ietekmē arī salīdzinoši zemu algu līmeni šajā sektorā, salīdzinot ar vīriešu dominēto medicīnas sektoru Rietumu valstīs. Resursu nevienlīdzīgas sadales starp dzimumiem dēļ Latvijas sievietēm vidēji biežāk nekā vīriešiem jāsaskaras ar ierobežotu pieeju veselības un sociālajiem pakalpojumiem.

Līdzīgi kā konstatēts 1997. gada pētījumā par reproduktīvo veselību, pārskata ietvaros veiktā pētījuma dati liecina, ka vīriešu dalība reproduktīvās veselības uzturēšanā ir problemātiska. Reproduktīvā veselība galvenokārt tiek uzskatīta par sieviešu problēmu un atbildību. Tomēr vērojama tendence, ka arvien vairāk vīriešu iesaistās grūtniecības, dzemdību un bērnu audzināšanas procesos.

Kopumā ir pieaudzis reproduktīvās veselības pakalpojumu klāsts, kā arī aptaujas dati rāda pakalpojumu kvalitātes pieaugumu. Sīkāk pakalpojumu pieejamība pēc dzimuma analizēta 5. nodaļā.

3.1. Dzimumu līdztiesība publiskajā telpā

Lai efektivizētu un nodrošinātu dzimumu līdztiesības jautājumu risināšanu augstākajā līmenī, Latvijā ir izveidota Dzimumu līdztiesības padome[2], ko vada labklājības ministrs. Tās uzdevums ir veicināt vienotas dzimumu līdztiesības politikas izstrādi un koncepcijas par dzimumu līdztiesību īstenošanu.

3.1.1. Dzimumu līdztiesības problēmas

Pirmkārt, sabiedrība dzimumu līdztiesību neuzlūko kā problēmu. 2001. gadā veiktais pētījums[3] par dzimumu līdztiesības izpratni liecina, ka Latvijas vīriešu un sieviešu izpratne par dzimuma līdztiesības jēdzienu būtiski neatšķiras. Dzimumu līdztiesība tiek skatīta šauri, tajā ietverot galvenokārt tiesības, bet ne abiem dzimumiem piedāvātās iespējas. Lielākā daļa jeb 68% Latvijas iedzīvotāju uzskata, ka nekad nav nonākuši situācijā, kad viņu tiesības ierobežotas tieši dzimuma dēļ. Sabiedrības attieksmi pret tiesību ierobežošanas gadījumiem dzimuma dēļ 2001. gada pētījums raksturo kā neelastīgu – tikai katrs desmitais aptaujātais, nonācis šādā situācijā, ir mēģinājis panākt savu interešu ievērošanu.

Otrkārt, dzimumu līdztiesībai ir vājš institucionālais un informatīvais atbalsts. Kā liecina augstāk minētais pētījums, katrs desmitais iedzīvotājs uzskata, ka Latvijā nav institūciju, kurās varētu vērsties dzimumu nelīdztiesības gadījumā, bet katrs ceturtais aptaujātais nevarēja nosaukt nevienu konkrētu institūciju. Kā iestādes, kurās iedzīvotāji vērstos dzimumu diskriminācijas gadījumā, tiek minēti arī masu informācijas līdzekļi un tiesa. Tas liecina par informācijas nepietiekamību sabiedrībā. Cilvēktiesību jautājumu risināšana, tajā skaitā dzimumu līdztiesības pārkāpumu izskatīšana, ir Valsts cilvēktiesību biroja kompetence. Normatīvajos aktos garantētā dzimumu līdztiesība ne vienmēr tiek ievērota. Piemēram, lai gan atsevišķos Latvijas Darba likumu kodeksa pantos pievērsta uzmanība dzimuma aspektam, šīs normas neveicina līdztiesību ekonomiskajā, kā arī citās dzīves jomās *de facto*.

Treškārt, Latvijā ir identificējamas vairākas sociālās atstumtības[4] riskam pakļautās iedzīvotāju grupas, kuras jau pašreiz sastopas ar grūtībām pilnvērtīgi iekļauties darba tirgū, to vidū ir arī sievietes pēc bērna kopšanas atvaļinājuma.

3.1.2. Nodarbinātība un sociālās garantijas

Sievietes biežāk nekā vīrieši saskaras ar nevienlīdzīgām iespējām darba tirgū. Salīdzinoši maz ir sieviešu darba devēju; sieviešu vidējā bruto darba samaksa mēnesī ir zemāka par vīriešu darba samaksu visās profesijās. Mazo un vidējo uzņēmumu vadītāju vidū ir salīdzinoši neliels procents sieviešu. Ņemot vērā prognozi, ka mazie un vidējie uzņēmumi būs tie, kas nodrošinās jaunas darbvietas un reģionu attīstību, nav pieņemama situācija, ka tikai trešo daļu no tiem vada sievietes[5].

Vīrieši biežāk nekā sievietes ieņem augstāku pozīciju darba tirgū. Darba ņēmēju vidū 2002. gadā vīriešu un sieviešu īpatsvars ir attiecīgi 84,2% un 88,2%. Savukārt darba devēju vidū vīriešu un sieviešu attiecība bija 4,8% un 1,5%. Likumdevēju, valsts augstāko amatpersonu un vadītāju vidū bija 11,8% vīriešu un 7,1% sieviešu, savukārt vecāko speciālistu, speciālistu un kalpotāju, pakalpojumu un tirdzniecības darbinieku vidū sieviešu īpatsvars ir divas un vairāk reižu augstāks[6].

Problēmas saistāmas arī ar darba tirgus dzimumu segregāciju – nodarbinātību t. s. "sieviešu nozarēs" – izglītībā, kultūrā, veselības un sociālajā aprūpē. Šajās nozarēs vidējais atalgojums, kā arī izaugsmes iespējas ir mazākas nekā nozarēs, kurās dominē vīrieši[7].

Darba samaksa līdzvērtīga ir tikai valsts pārvaldē un aizsardzības jomā strādājošajiem vīriešiem un sievietēm. Kopumā valstī sieviešu darba samaksa ir 81,5% no vīriešu darba samaksas. Ar nevienlīdzību darba samaksā var izskaidrot arī faktu, ka, kaut arī bezdarbnieku pabalstu saņēmēju skaitā 2002. gadā sieviešu bija gandrīz par trešdaļu vairāk, izmaksāto bezdarbnieka pabalstu vidējais apmērs vidēji mēnesī sievietēm bijis ievērojami mazāks nekā vīriešiem.[8]

Statistikas dati liecina[9], ka lielākā daļa sieviešu izvēlas strādāt valsts/pašvaldību uzņēmumos, kuros ir noteiktas sociālas garantijas, lai arī mazāks atalgojums. Šis ir viens no piemēriem, kur netiešā diskriminācija, kas izpaužas kā nevienlīdzīgi pienākumi starp dzimumiem (sievietēm ir visbiežāk jārūpējas par bērniem, jādomā par sociālajām garantijām ģimenei), pārveidojas netiešajā diskriminācijā ekonomiskajā dzīvē, jo sociālu iemeslu dēļ sievietēm ir mazākas iespējas piekļūt jomām, kur darbs tiek labāk apmaksāts.

---

[1] *Eiropas Kopienas dzimumu līdztiesības pamatstratēģija (2001–2005).* – Labklājības ministrijas mājaslapa www.lm.gov.lv, 2004. gada janvāris.

[2] www.lm.gov.lv, 2003. gada decembris.

[3] Labklājības ministrijas pasūtītais pētījums *Iedzīvotāju izpratne un attieksme pret dzimumu līdztiesības jautājumiem.* – SKDS, 2001. gads.

[4] Labklājības ministrijas mājaslapa par nodarbinātību www.lm.gov.lv, 2003. gada decembris.

[5] ANO Attīstības programmas *Pārskats par tautas attīstību 1998.* Socioloģiskie pētījumi parāda, ka vīriešu aktivitāte darba tirgū palielināsies, jo darba devēji nākotnē plāno nodarbināt vairāk vīriešu nekā sieviešu. Viņi nevēlas pieņemt darbā jaunas sievietes viņu pienākumu dēļ, kas ir saistīti ar ģimeni un bērniem. Tiek uzsvērts, ka sievietes, kurām ir mazi bērni, bez papildu samaksas nav iespējams nodarbināt virsstundu darbā. Tā uzskatāma par klaju sieviešu diskrimināciju darba tirgū.

[6] Sievietes un vīrieši Latvijā. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

[7] Labklājības ministrijas 2001. gadā pasūtītais pētījums *Iedzīvotāju izpratne un attieksme pret dzimumu līdztiesības jautājumiem.* – SKDS, 2001. gads.

[8] Sievietes un vīrieši Latvijā. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

[9] Sievietes un vīrieši Latvijā. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

Sieviešu pozīcija darba tirgū ietekmē arī sieviešu nodrošinātību un sociālās garantijas. Tā izmaksāto pensiju vidējais apmērs 2002. gadā vīriešiem valstī vidēji bija 65 lati, bet sievietēm – 59 lati (2001. gadā attiecīgi 60 un 56 lati).

3.2. Dzimumu līdztiesība ģimenē

Kopumā pārskatam aptaujāto uzskati par līdztiesību ģimenē kā dominējošo uzrāda abu partneru līdztiesīgu ģimenes modeli. Tomēr gandrīz ceturtā daļa aptaujāto sieviešu un vīriešu (22–24%) atbalsta abu dzimumu nevienādu iesaistīšanos bērnu audzināšanā un uzskata, ka rūpēties par bērniem ir galvenokārt sievietes pienākums. Tam nepiekrīt 73% sieviešu un 68% vīriešu. Atbalsts nevienādai dalībai bērnu audzināšanā augstāks ir Latgalē un to respondentu vidū, kuriem ir zemāks izglītības līmenis. Retāk vienādai dalībai piekrīt sievietes 25–34 gadu vecumā, atbalstam pieaugot gan jaunāka, gan vecāka vecuma grupās. Vīriešu vidū atkarībā no vecuma krasu viedokļa atšķirību nav.
Vīrieši gandrīz divreiz biežāk nekā sievietes (attiecīgi 19% sieviešu un 32% vīriešu) piekrīt uzskatam, ka sievietei vajadzētu būt nevainīgai, stājoties laulībā. Pret šādu uzskatu iebilst 66% sieviešu un 47% vīriešu. Biežāk šim uzskatam piekrīt Latgalē, kur to atbalsta 27% sieviešu un 41% vīriešu, bet retāk Rīgā un Vidzemē, kur tā uzskata attiecīgi 15% un 16% sieviešu, 28% un 26% vīriešu. Jo jaunāki respondenti, jo liberālāka attieksme. Šī tendence neattiecas uz jaunākajām respondentu grupām 15–16 un 17–19 gadu vecumā, kuru uzskati ir konservatīvāki. Uzskatam par sievietes nevainību pirms laulības piekrīt attiecīgi 27% un 19% šo vecuma grupu sieviešu, 33% un 26% vīriešu. Interesanti, ka sievietes nevainības nepieciešamībai pirms laulības piekrīt arī 27% vīriešu un 16% sieviešu, kuri dzīvo kopā ar partneri nereģistrētā laulībā.

Jauniešu fokusa grupu diskusija atklāj plaisu jauno sieviešu un vīriešu uzskatos par abu dzimumu lomu ģimenē. Jauna individuālistiska izpratne par partnerattiecībām (skatīt ziņojuma 4. nodaļu) ir radījusi ģimenes lomu maiņu. Jaunietes biežāk nekā jaunieši grupu diskusijā uzsver līdzvērtīgu attiecību un līdzvērtīgu ģimenes lomu nepieciešamību. Zināmu spriedzi rada jauno vīriešu uzsvērtās bailes no atbildības un jauno sieviešu vēlme atbildību dalīt līdzvērtīgi ar vīrieti.

(..) Varbūt nāk feministu laiks. Sieviete ir pati par sevi. Sieviete ir king (karalis, angl.). Gribas būt neatkarīgai. Laulība nesniedz neatkarību. Ja esmu salaulājusies ar kādu cilvēku, tad man par viņu ir jārūpējas vairāk. Tu esi man sieva. Gatavo man ēst, izmazgā veļu. Labi – to visu tagad dara mašīnas. Bet tik un tā – vīrietis taču to nedara. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Jaunajā vienlīdzīgas ģimenes modelī jaunās sievietes vīriešiem izvirza jaunas prasības.

(..) Ir vīrieši ar tikpat veselīgu attieksmi – viņiem nav problēmu pieskatīt bērnu, aizvest viņu uz bērnudārzu, atvest no bērnudārza, ielikt veļu mazgāties. Svarīgi ir tas, kā to nostāda sieviete un kā vīrietis. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Pētījumi[10] liecina, ka vīriešu līdzdalība ģimenē ir mazinājusies vairāku faktoru ietekmē. Pirmkārt, daļa problēmas sakņojas padomju laika sociālajā politikā, kas ģimenes problēmas risināja, atvieglojot un pastiprinot sievietes lomu atbildībā par bērnu. Otrkārt, medicīnas pakalpojumu organizācija padomju periodā attālināja vīriešus no tiešām rūpēm par partneri un bērnu. Ģimenes plānošanā, grūtniecības un dzemdību periodā vīriešiem salīdzinoši ilgu periodu ir bijušas mazas līdzdalības iespējas. Treškārt, neraugoties uz sieviešu liberalizāciju padomju ideoloģijā, režīms atbalstīja nevienādu lomu sadalījumu ģimenē, rūpes par māju uzticot galvenokārt sievietei, bet atvieglojumus mājas solim meklējot galvenokārt sabiedrisko pakalpojumu klāsta paplašināšanā.

3.3. Izpratne par dzimumu lomu reproduktīvajā veselībā

Pārskatam veiktais pētījums atklāj, ka jauniešu vidū izpratne par reproduktīvo veselību ir samērā šaura, biežāk ar to saprotot seksuālās attiecības un ar tām saistītas slimības, bērnu radīšanu. Jaunās sievietes biežāk nekā vīrieši definē reproduktīvo veselību plašāk, iekļaujot Pasaules Veselības organizācijas definīcijā minētos aspektus. Jaunieši atsaucas uz skolā gūtajām zināšanām un reproduktīvo veselību definē kā cilvēka vairošanās sistēmas veselību. Jaunās sievietes seksuālās un reproduktīvās veselības jēdziena skaidrošanā uzsver bērnu dzimšanu un partneru vai laulāto attiecību kvalitāti, savukārt jaunie vīrieši – seksuāli transmisīvās infekcijas un drošu seksu.

(..) Tas attiecas uz veselību, kas ir saistīta ar atražošanu. Piemēram, dzimumorgānu veselība. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

(..) Es nezinu, kas ir reproduktīvā veselība, tāpēc nevaru atbildēt. Pilnīgi nekāda sajēga. Varbūt – kas ir drošs sekss... (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

Maz ir jauniešu, kuri reproduktīvo veselību skata plašāk.

(..) Es domāju, ka jebkurā gadījumā pamatā ir veselīga attieksme pret to. No cilvēka psiholoģiskā viedokļa un fizioloģiskā viedokļa. Veselīga dzimumdzīve. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

Atšķirības uzskatos sakņojas dzimumu stereotipos. Puse jauniešu respondentu sliecās domāt, ka reproduktīvā veselība ir vairāk sieviešu problēma un sievietēm piemīt lielākā mērā nekā vīriešiem. Jaunie vīrieši to saista ar abu dzimumu atšķirīgu reproduktīvo funkciju, bērna ieņemšanu uzskatot par abu dzimumu kopīgu funkciju, taču tālāku iznēsāšanu un dzemdēšanu atstājot sievietes ziņā. Uzskats balstās arī dzīves pieredzē, kas liecina, ka sievietes par savu reproduktīvo veselību rūpējas biežāk. Jaunās sievietes turpretim reproduktīvo veselību biežāk uzskata kā vienotu procesu, kas saistīts ar vispārēju veselības stāvokli – diētu, fiziskiem vingrinājumiem, higiēnu.

(..) Es domāju, ka (piemīt) vienādā mērā, bet man šķiet, ka tas atkarīgs no personības. Jo dažs to uztver vairāk nopietni, tikai dzimtas turpināšanai, bet cits kā izklaidi. (Vīrietis, krievvalodīgo jauniešu grupa)

3.3.1. Tiesības pieņemt lēmumus par reproduktīvo veselību

Apgalvojumam, ka sievietei ir tiesības izvēlēties, vai dzemdēt bērnu un kad to darīt, pārskatam veiktajā pētījumā vīrieši piekrīt retāk (66%) nekā sievietes (84%). Reģionālajam aspektam nav viennozīmīgas ietekmes. Aptaujāto vīriešu vidū atbalsts šādi formulētām sievietes tiesībām ir salīdzinoši solidārs, svārstoties 62–68% robežās, ar lielāku atbalstu Rīgā un mazāku Latgalē. Reģionālās atšķirības parādās to divu respondentu grupu attiecībās, kas nespēj formulēt viedokli un noliedz sievietes tiesības izvēlēties bērna dzimšanu un laiku. Vidzemē ir salīdzinoši daudz vīriešu (19%), kuri nespēj formulēt viedokli, un mazāk tiesību noliedzēju (14%). Pārējos reģionos šīm sievietes tiesībām nepiekrīt 18–26% vīriešu, vairāk Latgalē un mazāk Zemgalē. Sieviešu vidū atbalsts svārstās 80–90% robežās, ar mazāko atbalstu Vidzemē un lielāko Kurzemē. Sievietes tiesībām izvēlēties, vai un kad dzemdēt bērnu, nepiekrīt 6–11% sieviešu, mazāk šādu sieviešu ir Kurzemē un Zemgalē, bet vairāk – Latgalē un Vidzemē. Nav vērojamas uzskatu atšķirības atkarībā no respondentu vecuma. Interesanti, ka vērtējumu ietekmē kultūras atšķirības. Tā Latvijas Republikas pilsoņi un latvieši biežāk atbalsta šīs sievietes tiesības.

[10] Piemēram, Putniņa A. Dzemdības un rīcībspēja pēcpadomju Latvijā (Maternity services and agency in post-Soviet Latvia. Doctoral dissertation. – University of Cambridge, 1999, P. 43–55); Atvuda L. Jaunais padomju vīrietis un sieviete – padomju izpratne par dzimuma psiholoģiskajām atšķirībām. (Attwood L. The New Soviet Man and Woman – Soviet Views on Psychological Sex Differences. In Soviet Sisterhood: British Feminists on Women in the USSR (ed.) B. Holland. – London: Fourth Estate, 1985).

Savukārt nepilsoņi un ģimenē krievu valodā runājoši respondenti biežāk nepiekrīt sievietes tiesībām izvēlēties, vai un kad dzemdēt bērnu.

3.3.2. Dzimstības plānošana

Pētījumā dalību ņēmušo 87% vīriešu un 93% sieviešu uzskata, ka par grūtniecības plānošanu jābūt atbildīgiem abiem partneriem. Tam nepiekrīt 5% vīriešu, bet 7% nav sava viedokļa. Vīriešu vērtējumu ietekmē izglītības līmenis – 80% vīriešu ar pamatizglītību, salīdzinot ar 91% vīriešu ar augstāko izglītību, piekrīt vienādam atbildības dalījumam. Līdzvērtīgai atbildībai biežāk piekrīt vīrieši ar augstākiem ienākumiem un rīdzinieki, bet to retāk atbalsta laukos dzīvojošie vīrieši. Sieviešu vidū uzskatu atšķirības ir mazākas.

3.3.3. Mākslīga grūtniecības pārtraukšana

Aborta aizliegumu pilnībā atbalsta vai drīzāk atbalstītu pārskatam aptaujāto 20% reproduktīvā vecuma vīriešu un 14% šā vecuma sieviešu. Aizliegumam nepiekrīt 55% vīriešu un 69% sieviešu. Salīdzinoši daudz sieviešu (17%) nav sava viedokļa šajā jautājumā. Jo vecāki respondenti, jo salīdzinoši biežāk iebilst abortu aizliegumam. Abortu aizliegumu biežāk neatbalsta sievietes ar zemāku izglītības līmeni (55% sieviešu ar pamatizglītību attiecībā pret 74% sieviešu ar augstāko izglītību). Vīriešu vidū vērojama līdzīga tendence – abortu aizliegumam nepiekrīt 44% vīriešu ar pamata un 63% ar augstāko izglītību. Vīrieši ar pamatizglītību biežāk (33% gadījumu) nekā vīrieši ar augstāko izglītību (17% gadījumu) nav spējuši formulēt viedokli. Tautībai šajā jautājumā nav nozīmes. Lauku iedzīvotāju un arī Vidzemes iedzīvotāju vidū katrai piektajai aptaujātai sievietei un gandrīz katram trešajam aptaujātajam vīrietim nav viedokļa šajos jautājumos. Aizlieguma piekritēju Rīgas (16%) un Latgales (17%) sieviešu vidū ir nedaudz vairāk nekā Vidzemē (11%) un Kurzemē (12%). Savukārt vīriešiem aizlieguma piekritēju vairāk ir Kurzemē (24%) un Latgalē (27%) nekā Vidzemē (14%) un Rīgā (17%).

Lielākā daļa aptaujāto reproduktīvā vecuma iedzīvotāju atbalsta sievietes brīvu izvēli aborta veikšanai. Uzskatam, ka aborta veikšana ir sievietes brīva izvēle, piekrīt 71% sieviešu un 54% vīriešu. Sievietes brīvai izvēlei nepiekrīt 18% sieviešu un 29% vīriešu. Vīriešiem biežāk nekā sievietēm nav sava viedokļa šajā jautājumā (17% un 10%). Jo lielāka abortu pieredze, jo biežāk sievietes piekrīt, ka aborts ir sievietes brīva izvēle. Sievietes izvēles tiesībām veikt abortu piekrīt tikai 64% to sieviešu, kuras nekad nav veikušas abortu, salīdzinot ar 84% sieviešu, kurām bijuši četri un vairāk abortu.

Jauno sieviešu viedoklis kopumā neatšķiras no vecāko paaudžu sieviešu viedokļa un ir neviendabīgs dažādās vecuma grupās. Jaunie vīrieši kopumā ir konservatīvāki. Ja 20–24 gadu vecuma grupā sievietes brīvu aborta izvēli atbalsta 55% vīriešu, tad jaunākās vecuma grupās atbalstītāju procents samazinās līdz 45–50%. Jauno vīriešu vidū aborta brīvās izvēles noliedzēju tomēr nav ievērojami vairāk nekā vidēji visiem vīriešiem. Mazais atbalsta procents saistīts ar viedokļa trūkumu šajā jautājumā.
Reģionālajam aspektam ir neviennozīmīga loma. Atbalsts sieviešu brīvai aborta izvēlei sieviešu vidū svārstās 67–71% robežās, izņemot Zemgali, kur brīvu izvēli atbalsta 80% sieviešu. Zemgales sievietes arī retāk nepiekrīt sievietes brīvai izvēlei pārtraukt grūtniecību (12%). Pārējos reģionos un Rīgā sievietes brīvai izvēlei nepiekrīt vidēji 19–20% sieviešu. Vīriešu atbildes svārstās atkarībā no to respondentu procenta, kuri nav varējuši sniegt atbildi uz šo jautājumu. Rīdziniekiem visbiežāk ir savs viedoklis šajā jautājumā (13%) un sievietes izvēli atbalsta 59% rīdzinieku. Vismazākais atbalstītāju skaits bijis Kurzemē (48%), taču augsts ir arī to vīriešu procents, kuriem nav sava viedokļa (18%). Vidzemē ir augsts neizlēmīgo vīriešu procents (22%) un viszemākais izvēles noliedzēju procents (25%).

Neraugoties uz vīriešu noslieci biežāk noliegt sievietes tiesības brīvi lemt par grūtniecības pārtraukšanu, pētījums atklāj salīdzinoši zemu vīriešu lomu lēmumā par aborta veikšanu. Sīkāk šis jautājums analizēts 5. nodaļā.

3.3.4. Vīriešu reproduktīvā veselība

Vīriešu līdztiesība reproduktīvās veselības jomā izpaužas divos aspektos. Pirmkārt, pārskata pētījums rāda, ka vīriešiem kopumā ir zemāka atbildība par savu seksuālo un reproduktīvo veselību. Tas saistīts ar augstāku saslimšanas risku, ielaistām seksuāli transmisīvām infekcijām un neauglību gan pašiem vīriešiem, gan viņu partnerēm. Otrkārt, līdztiesība ietver vīriešu iespējas ņemt dalību ar ģimeni saistīto reproduktīvās veselības jautājumu risināšanā.

Vīrieši retāk nekā sievietes rūpējas par savu reproduktīvo veselību. 45% vīriešu nekad nav veikuši savu dzimumorgānu pašizmeklēšanu. 85% vīriešu pēdējā gadā nav vērsušies pie reproduktīvās veselības speciālista. Kā liecina jauniešu grupu diskusija, vīrieši biežāk nekā sievietes ar reproduktīvās veselības jautājumiem vēršas pie ģimenes ārsta. Tomēr aptaujas dati liecina, vīrieši arī ģimenes ārstu apmeklē retāk nekā sievietes. Savukārt jaunie vīrieši diskusijā uzsvēra, ka reproduktīvās veselības jautājumus kopā ar ārstu traucē risināt neērtības sajūta, ko rada veselības stāvokļa saistīšana ar vīrišķību. Vēršanās pie ārsta nozīmētu savas vīrišķības trūkuma atzīšanu. Pie ārsta jaunieši vērstos tajā gadījumā, ja problēma apdraudētu seksuālo dzīvi un potenci.

Kopumā partneres pēdējās grūtniecības laikā 16% aptaujāto topošo tēvu ir apmeklējuši izglītojošas nodarbības. Jo vīrietis jaunāks un augstāku izglītības līmeni sasniedzis, jo biežāk apmeklētas nodarbības. 33% topošo tēvu kopā ar partnerēm to pēdējās grūtniecības laikā apmeklējuši ārstu vai vecmāti. To darījusi lielākā daļa vīriešu 20–29 gadu vecumā. 17% tēvu ņēmuši dalību partneres pēdējās dzemdībās. Pēdējo piecu gadu laikā notikušajās dzemdībās dalību ņēmusi aptuveni trešā daļa aptaujāto tēvu. Laukos dzīvojošie vīrieši, salīdzinot ar rīdziniekiem, dalību nodarbībās, ārsta vai vecmātes apmeklēšanā un dzemdībās ņēmuši divas reizes retāk nekā Rīgā dzīvojošie vīrieši.

3.3.5.. Jauniešu izpratne par līdzdalību ģimenes plānošanā, grūtniecībā un dzemdībās

Bērna ieņemšana ir vienīgais process, kurā jaunieši atzīst līdzvērtīgu abu dzimumu atbildību. Neskatoties uz to, jaunie vīrieši sliecas uzskatīt, ka sieviešu atbildība tomēr ir nedaudz lielāka, pamatojot to ar iespējamām sekām, ko savukārt izjūt tikai sievietes.

Jaunieši grūtniecību, dzemdības un abortu uzskata par sieviešu izvēles jomu. Neviens no jaunajiem vīriešiem diskusijā neiebilda pret sieviešu tiesībām uz abortu. Tiesa, jauniešu uzskatu spektrs ir daudz plašāks, un diskusija to nepārstāv pilnībā.

(..) Ieņemšana tomēr ir abu partneru lieta. Varbūt tas ir priecīgs laiks, varbūt bēdas... Iznēsāšana – tā tomēr vairāk ir sievietes darīšana. Tur es daudz palīdzēt nevaru. Dzemdības arī ir viņas darīšana. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Kopumā jaunieši uzskata, ka abiem partneriem jāpiedalās grūtniecības procesā. Tiesa, izpratne par līdzdalību jaunajām sievietēm un vīriešiem atšķiras. Jaunietēm ir priekšstats par grūtniecības gaitu un viņas vēlas, lai partneris būtu līdzās grūtniecības testa veikšanas laikā, ārsta apmeklējumos, savukārt vīriešiem priekšstati vairāk saistās ar izdabāšanu partneres mainīgajam garastāvoklim grūtniecības laikā.

(..) Esmu dzirdējis, ka ar sievietēm grūtniecēm nevajag kašķēties, jo sliktās emocijas pāriet uz bērnu. Tāpēc viņa īpaši jāsargā, lai nebūtu sliktas emocijas utt. Par dzemdībām... Tās esot ļoti spēcīgas emocijas, kad bērns nāk pasaulē. Es varbūt gribētu būt blakus sievietei. Roku paturēt. Nezinu... (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

(..) Es domāju, ka draugam, vīram līdz dzemdībām visur noteikti vajadzētu piedalīties kopā. Mēs kopīgi pirktu drēbītes, lietiņas un visu pārējo un ietu uz vingrošanas stundām vai kā to sauc. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Par dzemdībām domas dalās. Jaunās sievietes, īpaši gados vecākās un precētās, sliecas atbalstīt partneru dalību dzemdībās. Krievvalodīgie abu dzimumu jaunieši biežāk noraidoši izturējās pret partneru dalību dzemdībās. Zināma neveiklības sajūta jaunajiem vīriešiem saglabājas gan attiecībā uz grūtniecības periodu, gan dzemdībām. Lai arī daži jaunieši izteica vēlmi līdzdarboties šajos procesos, nav skaidrības, kā vīrieši to spētu darīt.

(..) Ieņemšana ir divu lieta. Iznēsāšana – tur vīrietis var maz palīdzēt. Vienīgi ar transporta pakalpojumiem. Dzemdēšana. Ir arī tādi vīri, kas piedalās dzemdībās. Viņš stāv savai sievai blakus, kad mazais nāk pasaulē. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Līdzdalība dzemdībās bieži tiek izprasta kā pasīvs atbalsta veids – morāls atbalsts vai pastāvēšana blakus. Atšķirībā no vecāku paaudzes, jauniešiem ir iespējas līdzdarboties, taču šīs iespējas līdz galam netiek izmantotas. Daļa jauniešu atbalsta viedokli, ka vīrietim, piedaloties dzemdībās, varētu rasties pretīgums pret sievu. Kopumā lēmumu par dalību dzemdībās jaunieši attiecina uz konkrēto partnerattiecību kvalitāti.

Pirmkārt, iemesls uzskatam par abu dzimumu dažādu līdzdalības pakāpi bērna radīšanā sakņojas stereotipos par abu dzimumu atšķirīgu bioloģisku likteni. Sievietes funkcija ir radīt un audzināt bērnus, savukārt vīrietis ģimeni apgādā un aizsargā. Atšķirībā no vīriešiem jaunās sievietes šos stereotipus atkārto mazāk un attiecina galvenokārt uz vīriešiem.

(..) Bet mans uzskats – bieži vien sievietes ir psiholoģiski nostādījušas "pret". Jā, tu esi bērna tēvs, tu esi viņu radījis, bet es esmu māte, es esmu augstāk. It kā tu paliec nedaudz pa gabalu, tas ir mans bērns. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

(..) Sievietes pienākums, viņai jādomā pašai. Tā sadalīti tie pienākumi. No grūtniecības ir jāizsargājas meitenei. Par to jādomā viņai. Jo puisis nevar palikt stāvoklī. Tāpēc jādomā meitenei. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Otrkārt, līdzvērtīga partneru iesaistīšanās iespējama, ja ir līdzvērtīgs ģimenes modelis. Jaunās sievietes diskusijā norāda uz vēlmi mainīt partneru lomas un vēlas lielāku partneru līdzdalību grūtniecībā. Par līdzdalību dzemdībās domas dalās, taču vairākums jauno sieviešu vēlētos partnera līdzdalību.

(..) Bērnu gaida nevis sieviete viena, bet abi divi. Tas ir viņu bērns. Un es nesaku, ka tas ir vīrieša pienākums doties uz dzemdībām. Jo laika periods ir lielāks, jo dzemdības ir tuvāk, jo vīrietim pašam rodas interese. Viņam pašam gribas. No sevas pieredzes varu teikt – jā, vīrs piedalīsies dzemdībās, ka mēs abi iesim uz jauno vecāku skolu, mēs abi apmaksājam manu grūtnieču vingrošanu. Tā kā es uzskatu, ka man šajā gadījumā ir ideāls variants. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

3.4. Secinājumi

Aptauja rāda, ka lielākā daļa aptaujāto toleranti izturas pret dzimumu līdztiesības aspektiem reproduktīvajā veselībā. Tiesa, tas nenozīmē, ka šie principi automātiski tiek iedzīvināti praksē. Neraugoties uz vīriešu salīdzinoši zemu dalību ar bērna dzimšanu saistītu lēmumu pieņemšanā, attieksme pret sievietes tiesībām lemt par bērna dzimšanu vai grūtniecības pārtraukšanu vīriešu vidū ir negatīvāka nekā sievietēm. Savukārt nevienlīdzība ienākumos rada atšķirīgas iespējas saņemt sociālās garantijas un atšķirīgas iespējas rūpēties par veselību.

Pētījuma rezultāti rāda, ka sievietes drīzāk nekā vīrieši sliecas atzīt vienlīdzīgu atbildības dalījumu ģimenē un tās plānošanā. Sievietes biežāk par vīriešiem rūpējas par savu reproduktīvo veselību. Situācija uzlabojas, vīriešiem līdzdarbojoties grūtniecības plānošanas, bērna gaidīšanas un dzemdību procesā.

3.5. Ieteikumi

Jāturpina īstenot dzimumu līdztiesības politika seksuālās un reproduktīvās veselības jomā. Rīcība nepieciešama šādos virzienos.

1. **Līdztiesības vērtību popularizēšana** ģimenē un pāru attiecībās, par ģimenes politikas prioritāti izvirzot abu vecāku līdzvērtīgas iespējas un tiesības bērna kopšanā.
2. **Vīriešu reproduktīvās veselības** uzturēšanas popularizēšana, uzsverot valsts un nevalstisko organizāciju veicamo izglītojošo darbu. Ieteikums sīkāk analizēts 6. nodaļā.
3. Atbalsts **dzimstības plānošanas izvēles tiesībām** riska grupu sievietēm: maznodrošinātām, sievietēm ar fiziskas un garīgas veselības traucējumiem.





Seksuālā un reproduktīvā veselība cilvēku attiecībās: ģimene, seksuālās attiecības un vardarbība

4. nodaļa

Ģimene ir nozīmīgs posms reproduktīvās veselības uzturēšanā un sabiedrības atražošanā. Pirmkārt, ģimene ir vide, kurā cilvēks realizē seksuālo un reproduktīvo veselību. Otrkārt, sabiedrība tiek atražota ģimenē, līdz ar to ģimene ir dzimstības veicināšanas un atbalsta politikas mērķa grupa. Treškārt, ģimene ir svarīgs veselības aprūpes sektors, kura ietvaros tiek nodrošināta zināšanu pārmantošana, konsultācijas un ārstēšana. Ģimenes sektorā tiek lemts par palīdzības meklēšanu medicīnas profesionālajā sektorā.

Lai arī dzimstības rādītāji Latvijā nedaudz pieaug, bērnu daudzums, kas varētu piedzimt vienai sievietei dzīves laikā, ir viens no zemākajiem Eiropā. Kā minēts pārskata 2. nodaļā, 2003. gadā, apzinoties Latvijas nelabvēlīgo demogrāfisko situāciju, apstiprinot īpašo uzdevumu ministra ģimenes un bērnu lietās posteni, valstī pievērsta uzmanība ģimenes politikas veidošanai, tai skaitā dzimstības uzlabošanas pasākumiem. Plānotie pasākumi vērsti uz ģimeņu ar bērniem labklājības līmeņa celšanu. Dzimstības veicināšanas politikas veidošanai nepieciešams ņemt vērā Latvijas situāciju. Kā liecina pārskatam veiktā aptauja, lēmumu par bērna piedzimšanu gandrīz puse sieviešu un ģimeņu pieņem, kad grūtniecība jau iestājusies. Tikai puse sieviešu vai ģimeņu bērna dzimšanu plāno apzināti. Līdzšinējā pabalstu politika nav bijusi orientēta uz vēlmi izšķirties par bērna piedzimšanu vai plānošanu.

Padomju gados uz augstu specializāciju vērstā veselības aprūpes sistēma centrējās uz indivīdu un tā veselības problēmām. Pēdējos gados īstenotā veselības aprūpes reforma ir vērsta uz ģimeni kā aprūpes vienību, ieviešot ģimenes ārsta institūciju un nodrošinot dzemdību pakalpojumus ģimenēm.

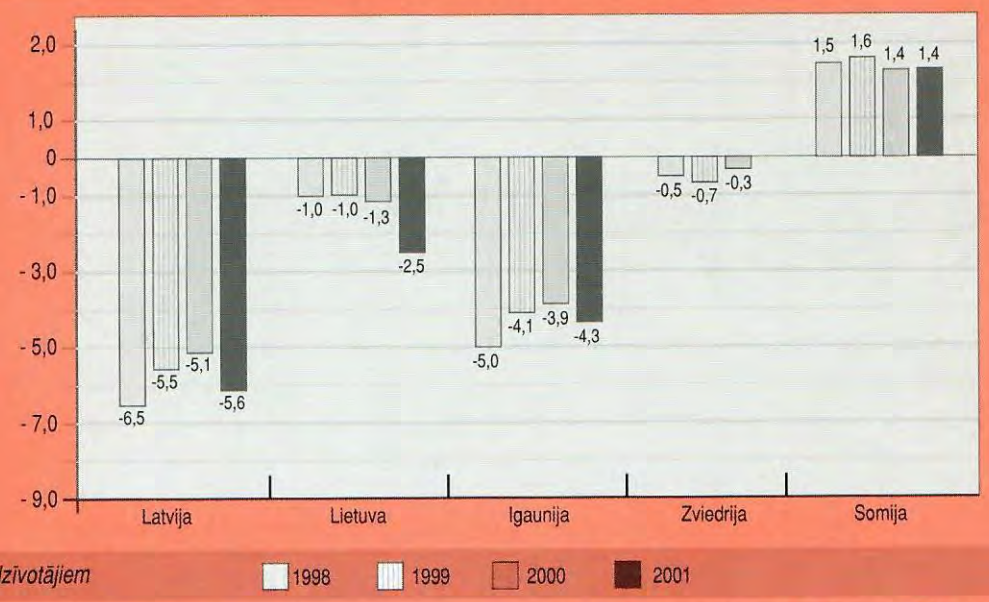
Aptaujas dati norāda uz vardarbības problēmas aktualizēšanos sabiedrībā un tolerances pret vardarbību mazināšanos. Salīdzinot ar 1997. gadā veikto aptauju, daudz vairāk respondentu norādījuši, ka ar to ir saskārušies.

4.1. Demogrāfiskā situācija Latvijā [1]

Kopš 1991. gada iedzīvotāju dabiskais pieaugums Latvijā ir negatīvs. Mirušo skaits 2002. gadā par 12,5 tūkstošiem pārsniedza dzimušo skaitu un dabiskais pieaugums uz 1000 iedzīvotājiem bija mīnus 5,3 cilvēki (1998. gadā – mīnus 6,3). Pēdējo piecu gadu laikā iedzīvotāju skaits Latvijā samazinājies vairāk nekā par 100 tūkstošiem. Jāuzsver, ka iedzīvotāju skaita samazinājuma tempi pēdējos gados kļuvuši lēnāki.

Vīriešu un sieviešu skaita proporcija – attiecīgi 46% un 54% – pēdējo gadu laikā nav mainījusies. Sieviešu pārsvars gan vērojams arī citās Eiropas valstīs[2] – Dānijā vīriešu ir 49,5%, Igaunijā – 46,5%, Somijā – 48,8%, Lietuvā – 47,1%.

4.1. attēls. **Iedzīvotāju dabiskais pieaugums uz 1000 iedzīvotājiem dažādās valstīs**



Avots: *Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Rīga, 2003.*

Šai politikai ir rezultāti, jo ir paaugstinājusies vīriešu loma reproduktīvās veselības aprūpē. Ievērojami uzlabojusies topošo vecāku izglītošana. Sievietes ņem lielāku dalību reproduktīvās veselības aprūpē. Tomēr jārēķinās ar iepriekšējo gadu pieredzi, kad ģimenēs un publiski par seksuālo un reproduktīvo veselību nerunāja tās tagadējā izpratnē. Daudzās ģimenēs ar bērniem joprojām netiek pārrunāti ar seksuālo un reproduktīvo veselību saistītie jautājumi un vecākiem trūkst zināšanu un prasmju, lai pārrunātu šo veselības jomu ar bērniem.

Seksuālo attiecību modelis ietekmē gan esošo vai veidojamo ģimeni, gan seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli. Kā liecina pētījumam veiktā aptauja, kopumā vairāk jauniešu dzimumdzīvi uzsāk ap 16 gadu vecumu. Tai pašā laikā palielinās vidējais vecums laulību noslēgšanai un bērnu dzemdēšanai un dzīvē palielinās laika posms, kas veltīts seksuālajām attiecībām bez nolūka dibināt ģimeni. Jaunieši norāda uz ģimenes vērtību kritumu un laulību institūcijas prestiža vājumu. Vienlaikus pētījums liecina, ka jaunieši rūpīgāk kontrolē savu auglību.

Latvijā mainījies arī iedzīvotāju vecumsastāvs. Bērnu un pusaudžu skaits 0–14 gadu vecumā samazinājies no 19% 1998. gadā līdz 16% 2003. gada sākumā. Kopš 1993. gada bērnu un pusaudžu īpatsvars demogrāfiskajā slodzē ir mazāks par pensijas vecuma iedzīvotāju īpatsvaru.

Minētie skaitļi parāda, cik svarīga ir reproduktīvās veselības veicināšanas politika Latvijā, lai nākotnē netiktu apdraudēta līdzsvarota tautas attīstība. Neraugoties uz demogrāfiskās situācijas negatīvu politisku vērtējumu, dzimstību veicinoša politika līdz pārskata gatavošanas laikam vēl nav īstenota. Tomēr, kā atzīmēts 2. nodaļā, kopš 2003. gada tiek plānoti dzimstību veicinoši pasākumi.

[1] Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

[2] HFA (Health for All) datu bāze, PVO/Eiropa, atjaunota 2003. gada jūnijā.

4.2. Ģimenes institūcijas pārmaiņas Latvijā

Pēdējā desmitgadē ģimeni skārušas būtiskas pārmaiņas. Laulību skaits pēdējā desmitgadē samazinājies, arvien vairāk cilvēku izvēlas nereģistrētas partnerattiecības. Pieaug ārlaulībā dzimušo bērnu procents. Aptuveni trešdaļā ģimeņu ar bērniem bērnus audzina viens vecāks, lielākajā daļā gadījumu – sieviete.

4.2.1. Partnerattiecības

Laulību skaits[3] Latvijā pēdējos 10–15 gados samazinājies: 1990. gadā laulību slēdza 23 619 pāru, 1995. gadā – 11 072 pāri, bet 2002. gadā vairs tikai 9738. Tomēr būtu jāņem vērā arī vispārēja Latvijas iedzīvotāju skaita samazināšanās tendence.

Patlaban tikai aptuveni 40% attiecīgās paaudzes iedzīvotāju reģistrē laulību. To parāda summārais laulātības koeficients (vidējais noslēgto laulību skaits attiecīgajā paaudzē tās dzīves laikā), kas samazinājies no apmēram 0,9 – 1990. gadā līdz 0,4 – 2002. gadā.

Šķirtās laulības Latvijā pēdējos gados samazinās, taču 2002. gadā to bija nedaudz vairāk nekā 2001. gadā – 2,5 šķirtas laulības uz 1000 iedzīvotājiem salīdzinājumā ar iepriekšējā gada 2,1 šķirto laulību. No visām 2002. gadā šķirtajām laulībām 66% bija ģimenes ar nepilngadīgiem bērniem. Šķirto laulību skaits 2002. gadā bija 5952, bet vidējais laulības ilgums – 12,9 gadi (1995. gadā – šķīra 7821 laulību ar vidējo ilgumu 10,2 gadi).

Pasaules tendences atspoguļojas arī Latvijā, laulībā stājušos vidējam vecumam pieaugot no 28,4 gadiem vīriešiem un 26,4 gadiem sievietēm 1990. gadā līdz attiecīgi 31,4 un 28,8 gadiem 2002. gadā. Vidējais vecums, stājoties pirmajās laulībās, pieaudzis gan vīriešiem (no 24,0 gadiem 1990. gadā līdz 27,0 gadiem 2002. gadā), gan sievietēm (no 22,2 gadiem 1990. gadā līdz 24,9 gadiem 2002. gadā). Ar katru gadu samazinās agrīno laulību skaits. 2002. gadā tikai 1,6% vīriešu un 6,7% sieviešu no visiem laulību reģistrējušajiem bija vecumā līdz 19 gadiem (1998. gadā – attiecīgi 4,2% un 12,9%).

Jāpiebilst, ka liela daļa cilvēku laulību nereģistrē ne dzimtsarakstu iestādē, ne baznīcā. Pārskatam veiktās aptaujas dati rāda, ka 47% aptaujāto sieviešu un 49% vīriešu dzīvo kopā ar laulāto, bet 13% sieviešu un 18% vīriešu attiecīgi dzīvo kopā ar draugu vai draudzeni (pastāvīgu partneri). Jauniešu vecuma grupā (vecumā no 15 līdz 24 gadiem) ar laulāto kopā dzīvo 11% sieviešu un 8% vīriešu, bet 13% sieviešu un 15% vīriešu dzīvo kopā ar pastāvīgu partneri.

Ārlaulībā dzimušo bērnu īpatsvars pieaug – 2002. gadā tas bija 43,1%. Gandrīz 74% nereģistrētā laulībā dzimušajiem bērniem ir sniegtas ziņas par tēvu.

Arī jauniešu fokusa grupu diskusijas norāda uz būtiskām pārmaiņām ģimenes tipā un attieksmē pret bērniem Latvijā. Ārlaulībā dzimušu bērnu skaita pieaugums saistāms ar diviem faktoriem – attiecību oficiālu nenoformēšanu un neplānotiem bērniem, kuru dēļ vecāki laulību nedibina. Abus faktorus ietekmē laulības institūta prestiža kritums.

Pirmkārt, maiņa notikusi partneru savstarpējo attiecību izpratnē. Gan jaunietes, gan jaunieši norāda uz lielāku attiecību brīvību starp partneriem.

(..) Cilvēki dzīvo pa vienam, nav vairs vajadzīgs dzīvot pārī. Nav vairs tā, kā agrāk, kad uzskatīja – salaulājas, piedzimst bērns, tad jādzīvo kopā līdz mūža galam. Ja ir kaut kādas problēmas partneru starpā un cieš bērns vai kāds cits, kāpēc jādzīvo visu mūžu? Vienkārši mainās... Pazūd aizspriedumi, kas ir pilnīgi lieki. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

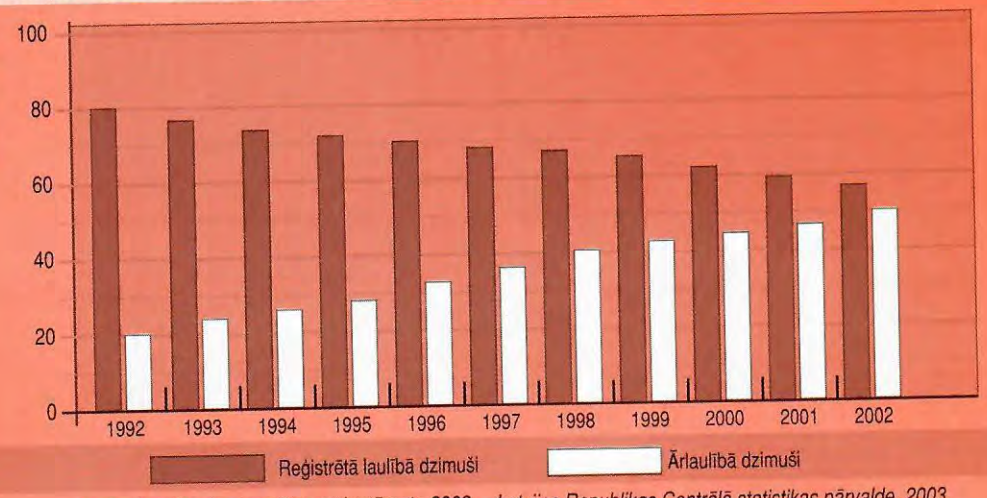
(..) Tā ir tikumu maiņa. Pirms kādiem gadiem sabiedrība daudz vairāk nosodīja ārlaulības bērnus. Patiesībā sieviete bija vainīgā. Tagad nav tā nosodījuma, tāpēc cilvēki ir ar brīvākiem uzskatiem par laulību, par tās funkcijām. Bieži vien izlemj, ka viņi brīvprātīgi to nevēlas. Bērnam paliek viens vecāks. Visbiežāk vīrietis pamet savu draudzeni ar bērnu. Bailes no atbildības. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

Jaunieši diskusijā norāda uz individuālo vērtību – karjeras, brīvības arvien pieaugošu nozīmi cilvēka dzīvē. Jaunieši atzīst, ka līdz ar individuālo vērtību nozīmi attiecības kļuvušas mazāk stabilas. Par to liecina arī augstā šķirto laulību pieredze radu un paziņu vidū.

(..) Nav kur ģimeni nodibināt. (..) Negribas, kā es jau teicu... Negribas 50 gadus ar to cilvēku... apzināties, ka tev ar viņu tagad jādzīvo kopā. Ja būs jāšķiras, atkal baigās problēmas. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

4.2. attēls. **Dzīvi dzimušie bērni pēc vecāku laulības statusa Latvijā 1992.– 2002. gadā**

Laulībā un ārlaulībā dzimušie bērni Latvijā 1992.–2002. gadā procentos no kopējā dzīvi dzimušo skaita



Avots: *Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.*

[3] Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

Vīrieši paši norāda uz savas atbildības trūkumu, veidojot ilgtermiņa attiecības. Jaunietes turpretim vairāk uzsver augstas prasības pret partneri un savstarpējām attiecībām. Tai pašā laikā tiek uzsvērts, ka ģimenes stabilitāti garantē partnerattiecību kvalitāte. Ja tās trūkst, jaunieši tomēr izvēlas uzturēt īstermiņa pagaidu attiecības.

(..) Ļoti daudzi cilvēki dzīvo kopā tikai tāpēc, ka viņiem ir bail palikt vieniem. Berzējas un neprecas. Un apzinās, ka varbūt ir kāds labāks. Bet ir baigi neveselīgi tā dzīvot uz priekšu. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

Diskusijā apgalvoto pierāda arī aptaujas dati. Vīrieši, kuri dzīvo kopā ar draudzeni, biežāk nekā precētie vīrieši nevēlas bērnus. Uz pusi vairāk vīriešu, kuri dzīvo kopā ar draudzeni, salīdzinot ar precētajiem, norāda, ka partnere nav piemērota vēlamā bērnu skaita sasniegšanai, viņi ir pārāk jauni vai attiecības ir nestabilas. Savukārt sievietes, kuras dzīvo kopā ar partneri, biežāk nekā precētās norāda uz piemērota partnera trūkumu un jaunību.

Otrkārt, bērns netiek uzskatīts par pamatu laulībai. Latviešu jauniešu grupā tikai viens jaunietis uzskatīja, ka bērna pieteikšanās būtu pamats laulībām, taču uzsvēra, ka attiecību stabilitāti un ģimeni bērns nespēj garantēt.

Treškārt, oficiāla kopdzīves noformēšana nav nozīmīga. To neprasa arī sabiedrība.

(..) Ģimenei tagad ir cita vērtība. Vairs nav tik svēta, kā tas tika uzskatīts agrāk. Tagad var arī dzīvot kopā tikai tāpēc, ka nav naudas, un "cept" bērnus vienu pēc otra. Nekādas problēmas, ka nav paraksta vai gredzena. Tas neko nedod. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

Partneru attiecību stabilitāte un kvalitāte ir nozīmīgāks priekšnoteikums ģimenei nekā laulība.

(..) Ja nav mīlestības starp cilvēkiem, tad nekā... arī bērns nesaturēs kopā. Tas nebūs kā ģimene. Viņi būs kā sveši cilvēki, starp kuriem nekā nav, ir tikai bērns. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

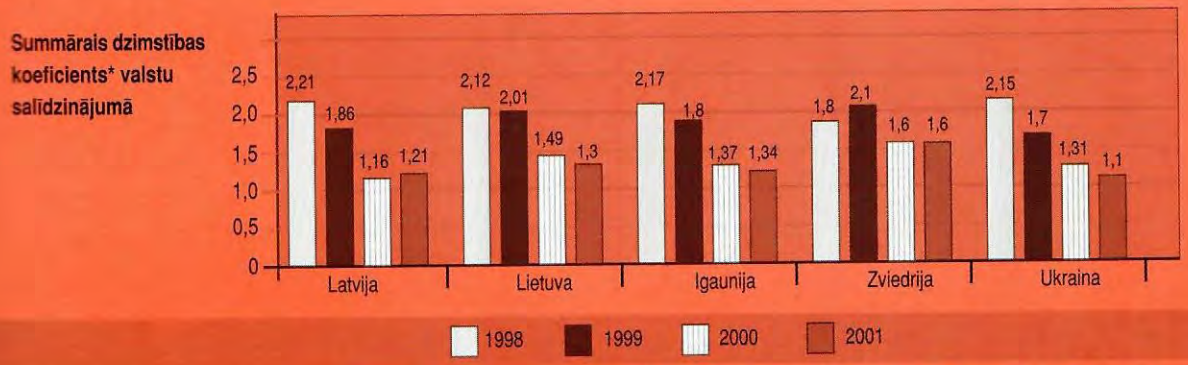
Ceturtkārt, attiecības netiek plānotas. Jauniešu viedoklis apstiprina aptaujas datus par augsto neplānoto grūtniecību skaitu. Seksuālās attiecības netiek saistītas ar ģimeni un ilgtermiņa attiecībām.

(..) Vienkārši nejaušība, ka tas ir ārlaulības bērns. Tās 15–16 gadus vecās meitenes, kuras nebija domājušas par sekām. Tāpēc tā gadījās. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

4.2.2. Bērni ģimenē

Saskaņā ar 2000. gada tautas skaitīšanas datiem[4] gandrīz puse ģimeņu (47,9%) ir ģimenes ar vienu bērnu; divu bērnu ģimenes veido 36,1%, bet

4.3. attēls. **Summārais dzimstības koeficients**

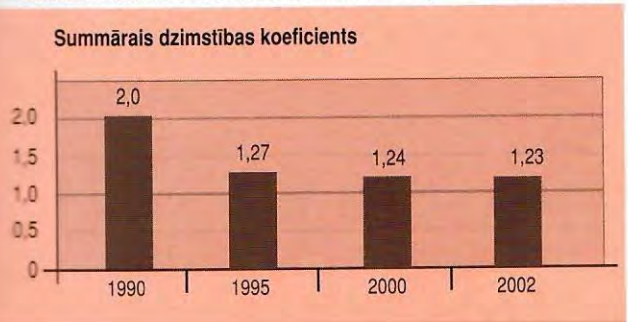


Avots: *Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.*

*Summārais dzimstības koeficients – vidējais bērnu skaits, kas varētu piedzimt vienai sievietei viņas dzīves laikā, ja dzimstība katrā vecumā saglabātos apskatāmā perioda līmenī.

trīs un vairāk bērnu ir katrā sestajā ģimenē. Gandrīz trešdaļa (32,5%) ģimeņu ir nepilnas, no tām 29% veido ģimenes, kurās sievietes bērnus audzina vienas pašas. 3% visu ģimeņu veido nereģistrētā laulībā dzīvojoši pāri ar bērniem.

4.4. attēls. **Summārais dzimstības koeficients Latvijā 1990.–2002. gadā**



Avots: *Centrālās statistikas pārvaldes dati.*

Summārais dzimstības koeficients (vidējais bērnu skaits, kas varētu piedzimt sievietei viņas dzīves laikā), saglabājoties attiecīgā gada dzimstības līmenim, 2002. gadā nedaudz pieauga, taču ir viens no zemākajiem Eiropā, sasniedzot 1,2. Tā ir puse no lieluma, kas nepieciešams paaudžu nomaiņai.

Pēdējos gados mainījušās dzimstības tendences sievietēm dažādās vecuma grupās. Jaunām sievietēm dzimstība samazinās, turpretim sievietēm vecumā

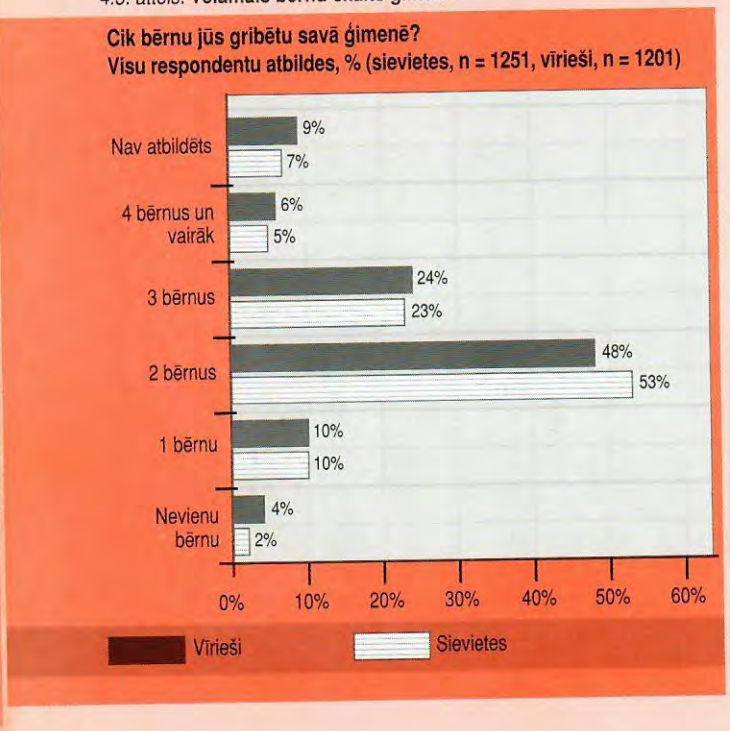
[4] Sociālie procesi Latvijā. – LR Centrālā statistikas pārvalde, Rīga, 2003., 26. lpp.

virs 25 gadiem – pieaug. Jaundzimušā mātes vidējais vecums kopš 1998. gada pieaudzis no 26,3 gadiem līdz 27,1 gadam. Mātes vidējais vecums, piedzimstot pirmajam bērnam, pieaudzis par 0,7 gadiem – no 23,6 līdz 24,3 gadiem.

Līdz ar dzimstības pieaugumu sievietēm vecumā virs 25 gadiem 2002. gadā nedaudz samazinājās pirmo, bet pieauga otro bērnu īpatsvars ģimenē. 1998. gadā pirmo bērnu īpatsvars ģimenē bija 50,3% un otro – 31,2%, savukārt 2002. gadā – attiecīgi 50,2% un 32,3%.

Pārskatam aptaujāto iedzīvotāju vidū dominē divu bērnu ģimenes modelis, ko izvēlētos ap pusi reproduktīvā vecuma sieviešu un vīriešu. Apmēram ceturtā daļa abu dzimumu respondentu ģimenē vēlētos trīs bērnus.

4.5. attēls. **Vēlamais bērnu skaits ģimenē**



Tie respondenti, kuri ģimenē runā latviski, biežāk nekā cittautieši (33% attiecībā pret 24% vīriešiem un 33% attiecībā pret 23% sievietēm) vēlētos trīs un vairāk bērnu. Arī laukos dzīvojošie respondenti vēlētos vidēji vairāk bērnu nekā rīdzinieki vai citās pilsētās dzīvojošie. Ja visiem respondentiem izdotos sasniegt ideālo bērnu skaitu ģimenē, summārais dzimstības koeficients sniegtos nedaudz virs 2, kas ir gandrīz pietiekami paaudžu nomaiņai.

4.2.3. Ģimenes plānošana

Kā analizēts 5. nodaļā, pārskatam veiktās aptaujas dati rāda, ka plānotas tiek tikai ap pusi visu grūtniecību. Jaunieši diskusijā norādīja, ka principā zina par nepieciešamību plānot ģimeni, uzsverot "sevis savešanu kārtībā" pirms bērna ieņemšanas, lai bērns piedzimtu vesels. Taču lielāka problēma ir nespēja šīs zināšanas praktiski izmantot. Pirmkārt, valda uzskats, ka plānot ģimeni ir gandrīz neiespējami, jo šis principā ir spontāns process. To apstiprina gan pašu, gan apkārtējo cilvēku pieredze.

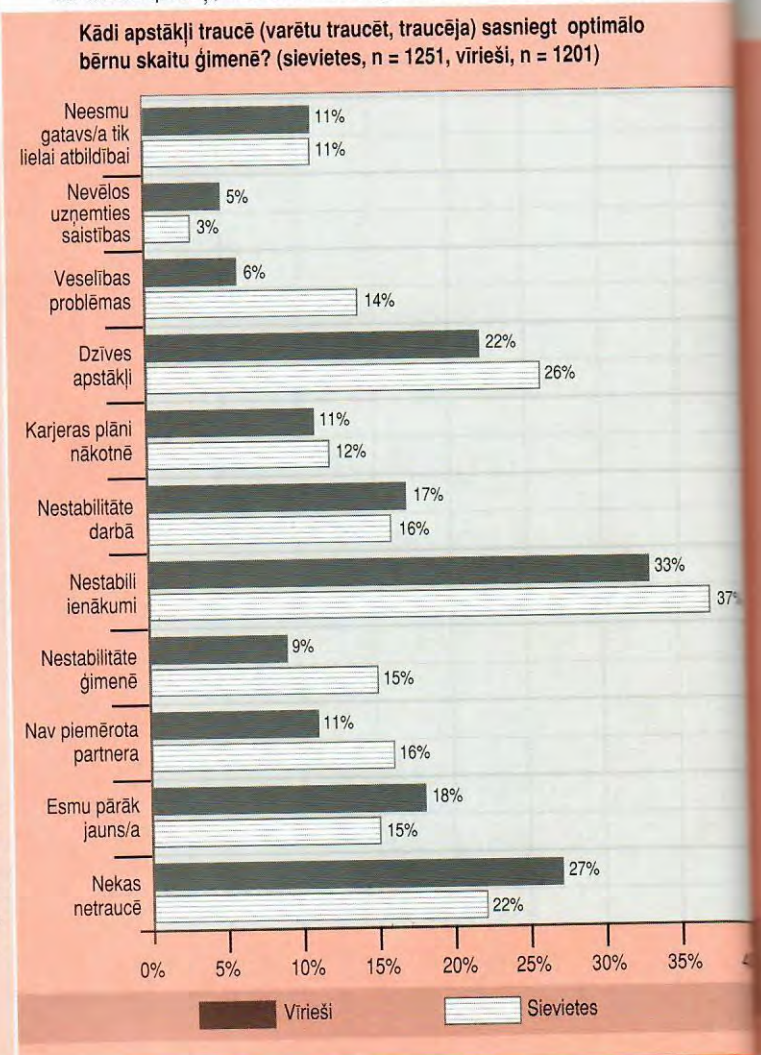
(..) Es varbūt varētu plānot, bet nekas nenotiek tā, kā tu plāno. Var gadīties, ka grūtniecība ir negaidīta. Kaut gan tu esi vesels un vēlies, bet nesanāk. Ik reizi pēc katras neveiksmes neskriesi pie ārsta. Līdz laikam, kamēr ieņem bērnu, var rasties kādas slimības. Sabiedrībā laikam ir tā, ka nesanāk tik pareizi, kā vajadzētu. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

(..) Es bērnu gribu tādā un tādā vecumā... Un ko darīt, ja viņš piesakās ātrāk? Piemēram, tad, kad tu vēl studē? Bet tu esi saplānojusi ar otru pusi (partneri), ka – beigsim studēt, strādāsim, tad mums būs bērns. Taču viņš ir pieteicies ātrāk. Protams, par to jebkurā gadījumā ir jāpriecājas, nevar taisīt abortu. Es varu teikt no savas pieredzes, ka vecmāmiņas par to ir priecīgas un mēs paši arī esam ļoti priecīgi, jo tas bērniņš drīz nāks pasaulē. Es domāju, ka jebkurā gadījumā plānot – tas īstenībā ir smieklīgi. Nevar izplānot to, kas var pieteikties jebkurā brīdī, ar visu izsargāšanos, ar izglītotību utt. Bērniņu neizplānosi. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

Otrkārt, šāda attieksme norāda uz partneru attiecību nestabilitāti. Plānošana tiek saistīta ar zināmu attiecību briedumu un materiālu stabilitāti.

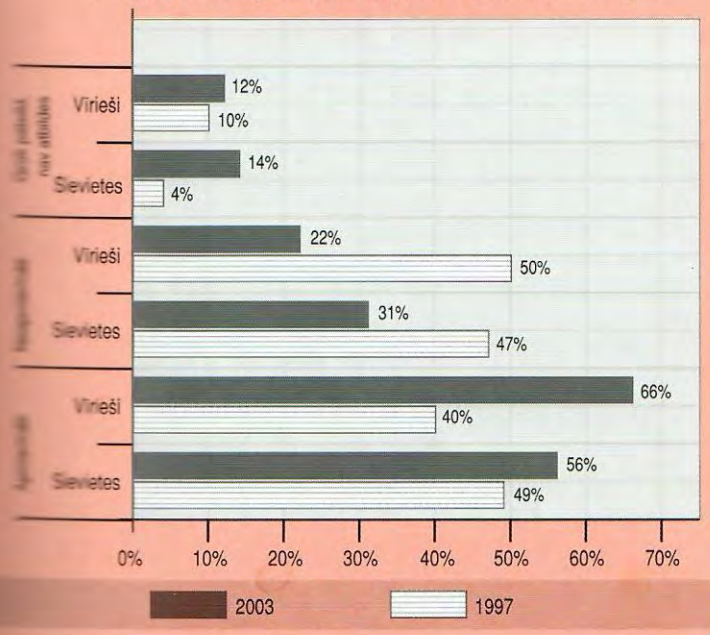
(..) Ģimenes plānošana... es domāju, ka... notiek ģimenēs, kur jau ir pieauguši cilvēki. Nobriedušas sievietes, nobrieduši vīrieši. Cilvēki ar dzīves pieredzi. Tur varētu būt tā ģimenes plānošana. Ka tiešām ir divi nopietni cilvēki. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

4.6. attēls. **Apstākļi, kas traucē sasniegt vēlamo bērnu skaitu ģimenē**



4.7. attēls. **Apmierinātība ar seksuālo dzīvi**

Vai jūs esat apmierināti ar savu seksuālo (intīmo) dzīvi?
Visu respondentu atbildes 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578) un 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), %



Treškārt, "pareiza" ģimenes plānošana tiek saistīta ar liekām rūpēm – ārsta apmeklēšanu, temperatūras mērīšanu. Jaunās sievietes neizjūt nepieciešamību pēc papildu pasākumiem, ja jūtas veselas.

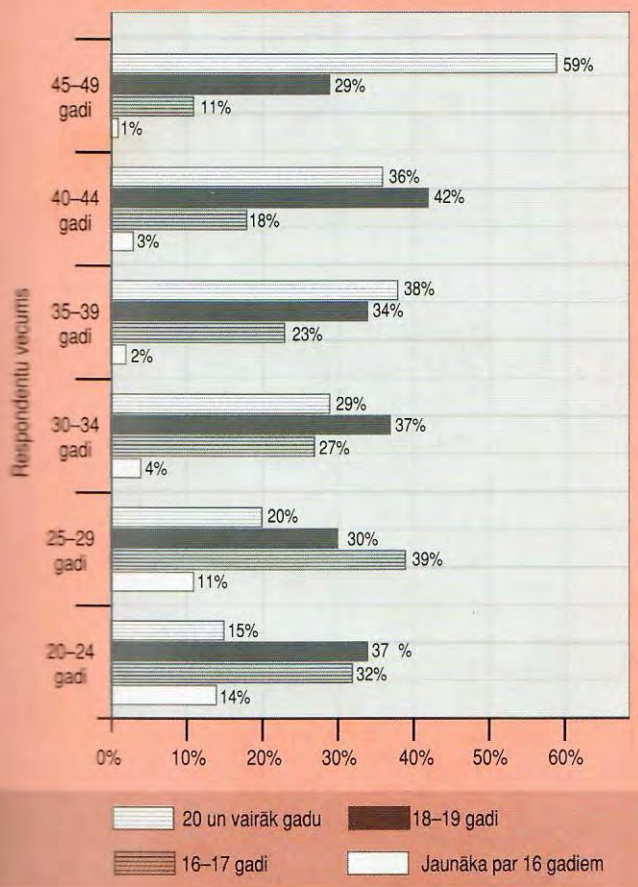
4.2.4. Ar dzimstību saistītu lēmumu pieņemšana

Aptaujas dati norāda uz cēloņiem, kāpēc respondenti nav varējuši atļauties dzemdēt bērnus. Salīdzinot ģimenes plānošanas traucēkļus un faktorus, kas liek izšķirties par aborta veikšanu (sīkāk analizēts 5. nodaļā), redzama neatbilstība. Lēmumos par bērna ienākšanu ģimenē dominē bažas par vecāku ekonomisko stabilitāti un finansiālu spēju uzaudzināt bērnu: nestabilitāte ienākumos, darbā un sliktie sadzīves apstākļi (skatīt 4.6. attēlu). Nestabilitāte ģimenē un piemērota partnera trūkums lielākas problēmas radījis sievietēm nekā vīriešiem.

Lemjot par abortu, dominē nevēlēšanās dzemdēt bērnu. Par bērna piedzimšanu ļauj izšķirties partnera vai tuva cilvēka atbalsts, kas daļēji skaidro bērna nevēlēšanās cēloņus. Aborta izvēlē vienlīdz nozīmīgi faktori ir bažas par materiālām iespējām un individuālo vērtību realizāciju – psiholoģisku gatavību, karjeru.

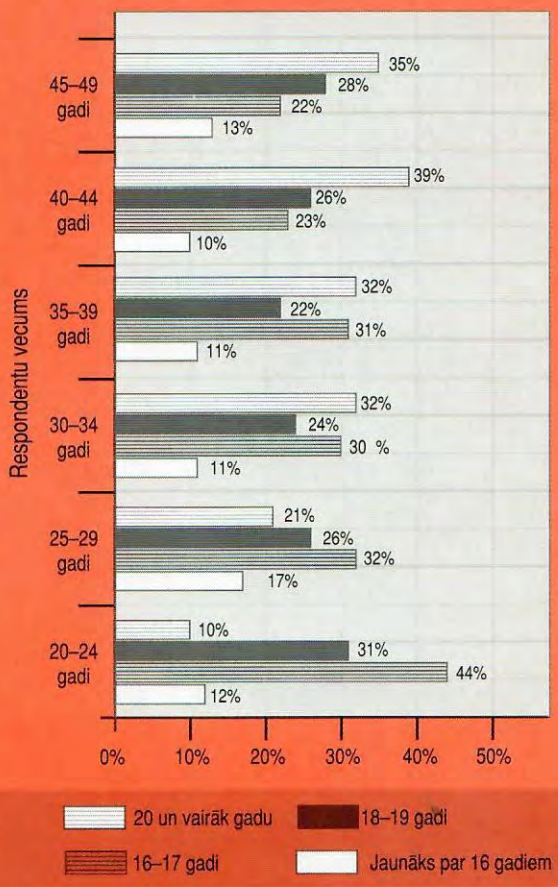
4.8. attēls. **Sieviešu vecums, pirmoreiz stājoties dzimumattiecībās**

Cik jums bija gadu, kad jūs pirmo reizi stājāties dzimumattiecībās?
Sieviešu, kurām bijušas dzimumattiecības, atbildes, % (n = 1050)



4.9. attēls. **Vīriešu vecums, pirmoreiz stājoties dzimumattiecībās**

Cik jums bija gadu, kad jūs pirmo reizi stājāties dzimumattiecībās?
Vīriešu, kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, % (n = 1001)



4.3. Seksuālās attiecības

4.3.1. Apmierinātība ar seksuālo dzīvi

Apmierinātība ar seksuālo dzīvi ir nozīmīgs reproduktīvās veselības rādītājs. Ar savu seksuālo dzīvi vairāk apmierināti ir vīrieši (4.7. attēls). Interesanti, ka vairāk sieviešu un vīriešu ir kļuvuši apmierināti ar savu seksuālo dzīvi, ja salīdzinām 2003. gada aptaujas datus ar līdzīgiem datiem 1997. gadā. Īpaši pieaudzis ar savu seksuālo dzīvi apmierināto vīriešu skaits, apsteidzot sievietes. Neapmierināto sieviešu skaits pieaug līdz ar vecumu. Tā 20–24 gadu vecuma grupā ar savu seksuālo dzīvi neapmierināts ir 21% sieviešu, bet 45–49 gadu vecuma grupā tādu sieviešu jau ir 43%. Vīriešu seksuālās dzīves pašvērtējuma atšķirības nav tik krasas, 45–49 gadu vecuma grupā ir 28% neapmierinātu vīriešu, bet 15–16 un 25–29 gadu vecuma grupās tādu ir 17%.

Materiālais stāvoklis vīriešu pašvērtējumu neietekmē, taču turīgākām sievietēm seksuālās dzīves vērtējums ir nedaudz augstāks nekā mazāk turīgām. Sievietes, kuras dzīvo kopā ar draugu vai partneri, kopumā ir vairāk apmierinātas ar savu seksuālo dzīvi, salīdzinot ar tām sievietēm, kuras dzīvo kopā ar vīru.

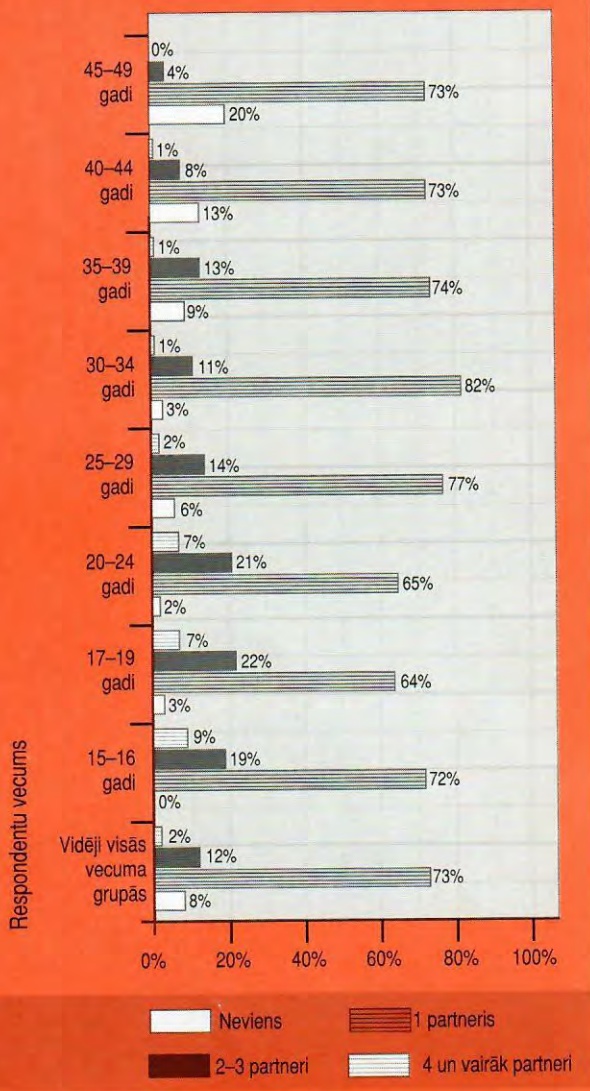
4.3.2. Seksuālo attiecību raksturojums

4.3.2.1. Seksuālo attiecību uzsākšanas vecums

Līdzīgi kā 1997. gada aptaujā, 90% aptaujas dalībnieku bijušas seksuālās attiecības. Gandrīz puse vīriešu un trešdaļa sieviešu seksuālās attiecības uzsākuši līdz 18 gadu vecumam. Jo jaunāki ir respondenti, jo lielāks to procents dzimumdzīvi uzsāk agrāk (skatīt 4.8. un 4.9. attēlu). 35–39% četrdesmitgadnieku paaudzes vīriešu pirmās dzimumattiecības uzsāka pēc 20 gadu vecuma, savukārt trīsdesmitgadnieku paaudzes vīriešiem pēc 20 gadu vecuma pirmo seksuālo pieredzi gūst vairs 31% respondentu, bet 30–31% vīriešu to guvuši jau 16–17 gadu vecumā. Tagadējo 15–19 gadu vecu jauniešu atbildes nevar tieši salīdzināt ar vecāku grupu pieredzi, jo šā vecuma jaunieši vēl nespēj sniegt atbildes par visu apskatāmo seksuālo attiecību uzsākšanas vecuma spektru. Kopumā aptaujātie 13% sieviešu un 19% vīriešu 15–16 gadu vecumā ir bijušas dzimumattiecības. 17–19 gadu vecuma grupā 60% sieviešu un 65% vīriešu ir stājušies dzimumattiecībās. Vīriešu agrīna dzimumpieredze pirms 16 gadu vecuma ir līdzīga visās vecuma grupās un svārstās 9–17% robežās. Salīdzinot seksuālo attiecību uzsākšanas vidējo vecumu dažādās vecuma grupās, manāma tendence dzimumdzīves uzsākšanai agrākā vecumā ar katru jaunāku paaudzi.

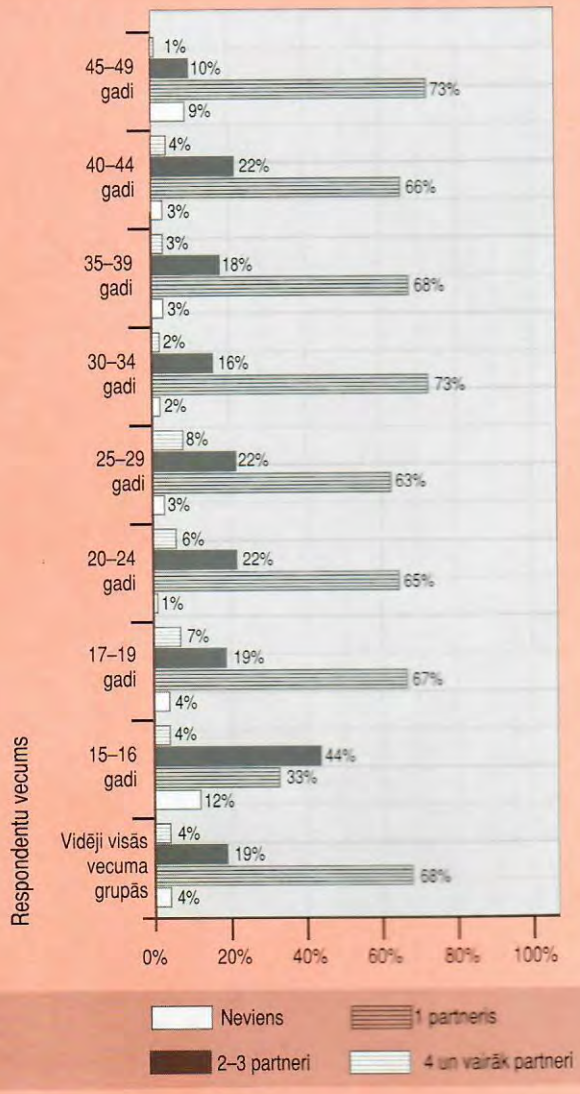
4.10. attēls. **Sieviešu dzimumpartneru skaits pēdējā gada laikā**

Cik dzimumpartneri jums bijuši pēdējo 12 mēnešu laikā?
Sieviešu, kurām bijušas dzimumattiecības, atbildes, % (n = 1112)



4.11. attēls. **Vīriešu dzimumpartneru skaits pēdējā gada laikā**

Cik dzimumpartneri jums bijuši pēdējo 12 mēnešu laikā?
Vīriešu, kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, % (n = 1077)



Arī sievietēm vērojama tendence dzimumdzīvi uzsākt agrāk. Četrdesmitgadnieču paaudzē 78–88% sieviešu pirmās seksuālās attiecības uzsākušas pēc 18 gadiem, savukārt trīsdesmitgadnieču vidū tādu ir 66–71%, bet divdesmitgadnieču vidū 42–50%. (skatīt 4.8. un 4.9. attēlu).

4.3.2.2. Seksuālo attiecību uzsākšanas motivācija

Nedaudz vairāk par pusi abu dzimumu respondentu dzimumattiecības uzsākuši abpusējas vēlmes vadīti. Vīriešiem otrs biežāk minētais iemesls bijusi interese par pašu procesu, ko atzīmējuši 37% visu respondentu. Sievietēm šis faktors ir bijis tikai ceturtajā vietā, un to atzīmējis 21% respondentu. Šis faktors kļūst mazāk nozīmīgs, jo vecāki bijuši respondenti. Kā trešais faktors vīriešiem un otrais sievietēm minēta gatavība šādām attiecībām, ko atzīmē 36% sieviešu un 37% vīriešu. Vēl 33% sieviešu un 22% vīriešu uzsver, ka satikušas īsto cilvēku.
Interesanti, ka 15 – 16 gadu vecu puišu motivācijā pirmajam dzimumsakaram dominē abu partneru gatavība un ziņkāre. Savukārt šā paša vecuma meitenes norāda, ka svarīgas ir partnera labās īpašības un pašas gatavība šīm attiecībām.

Pieaug to jauniešu skaits, kas attiecības uzsāk alkohola vai narkotisko vielu reibumā. Kopumā ap 9% vīriešu un 4% sieviešu pirmās attiecības uzsākuši alkohola vai narkotiku reibumā. Vīriešu vidū šis procents ir nemainīgs gandrīz visās vecuma grupās, pieaugot līdz 15% 15–19 gadu vecuma jauniešu grupā. Savukārt sievietēm raksturīgs reibumā uzsāktu attiecību kāpums ar katru jaunāku vecuma grupu. 15–19 gadu vecuma grupā attiecības reibumā uzsākušas jau ap 20% aptaujāto sieviešu.

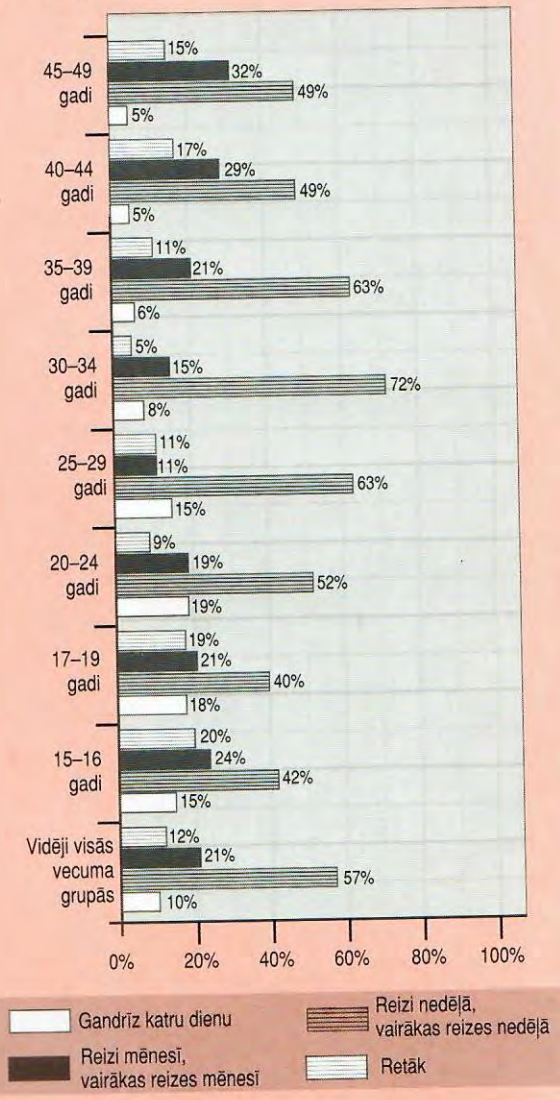
4.3.2.3. Dzimumpartneru raksturojums

Sievietēm pirmais dzimumpartneris 71% gadījumu bijis vecāks par 20 gadiem, kamēr tikai 32% vīriešu pirmā dzimumpartnere bijusi vecāka par 20 gadiem. Gan sieviešu, gan vīriešu pirmā dzimumpartnera vidējam vecumam ir tendence samazināties, jo jaunākai vecuma grupai pieder respondents. Tendence ir saistīta ar agrāku dzimumattiecību uzsākšanu ar katru nākamo paaudzi.

Pētījums rāda, ka vīrieši partnera meklēšanā ir bijuši aktīvāki. Tā 52% sieviešu un 38% vīriešu visā dzīves laikā bijuši ne vairāk par trīs partneriem, bet septiņi un vairāk partneru ir bijuši vidēji 31% vīriešu un 20% sieviešu.

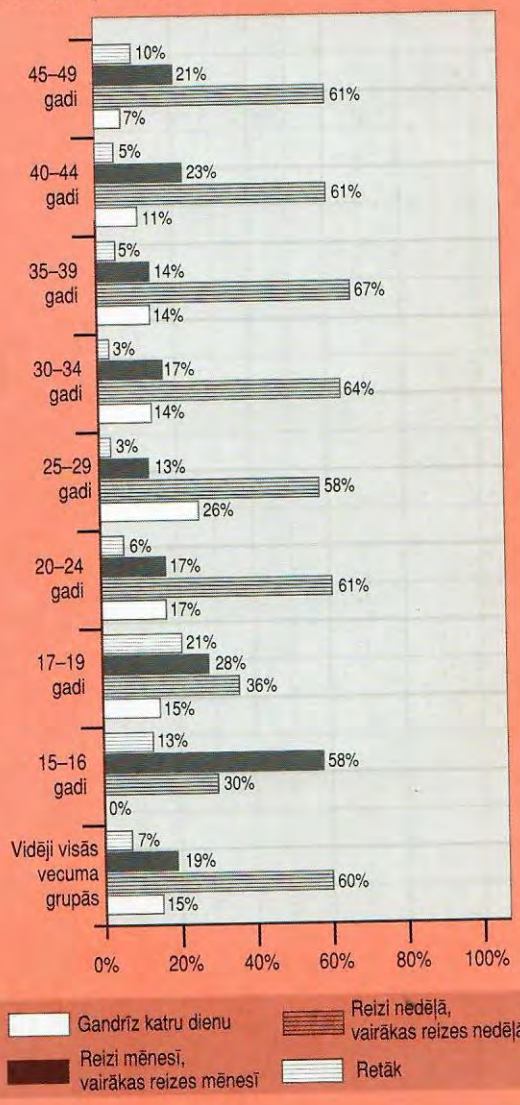
4.12. attēls. **Seksuālo attiecību biežums sievietēm pēdējā gada laikā**

Cik bieži pēdējo 12 mēnešu laikā jūs nodarbojāties ar seksu? Sieviešu, kurām šajā laikā bijis viens dzimumpartneris, atbildes, % (n = 977)



4.13. attēls. **Seksuālo attiecību biežums vīriešiem pēdējā gada laikā**

Cik bieži pēdējo 12 mēnešu laikā jūs nodarbojāties ar seksu? Vīrieši, kuriem šajā laikā bijis viens dzimumpartneris, atbildes, % (n = 973)



Iespējams, ka jaunieši dzimumpartnerus tomēr mainījuši biežāk nekā viņu priekšteči šajā vecumā, jo 25% sieviešu un 26% vīriešu 20–24 gadu vecumā jau bijuši septiņi un vairāk dzimumpartneru.

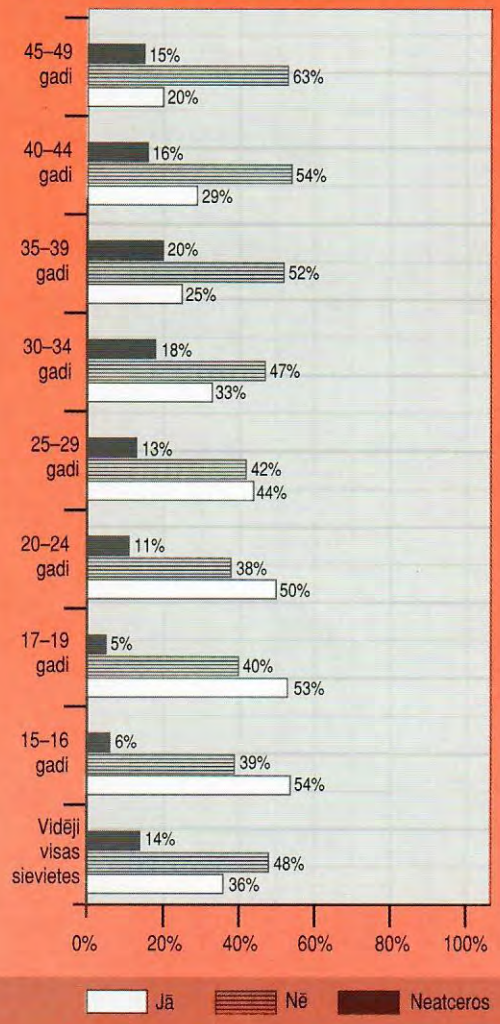
Respondentu daudzums, kuriem pēdējā gada laikā bijis viens dzimumpartneris, saglabājas nemainīgs 63–82% intervālā (skatīt 4.10. un 4.11. attēlu). Sieviešu un vīriešu seksuālajā dzīvē iezīmējas atšķirīgas tendences. Sievietes ir aktīvākas jaunības periodā, bet vīriešiem šī aktivitāte saglabājas visā pētījumā apskatītajā vecumā. Tā 16–22% vīriešu visās vecuma grupās saglabā tendenci gada laikā uzturēt attiecības ar 2–3 dzimumpartnerēm. Savukārt pēc 24 gadu vecuma to sieviešu procents, kurām gada laikā ir bijis vairāk par vienu dzimumpartneri, samazinās. Pēc 34 gadu vecuma ievērojamam daudzumam sieviešu ir nācies saskarties ar vientulības problēmu. 45–49 gadu vecumā jau 20% sieviešu gada laikā nav bijis neviena dzimumpartnera. Šajā pašā vecuma grupā bez dzimumpartneres bijuši 9% vīriešu. (skatīt 4.10. un 4.11. attēlu). Vienlaikus divi un vairāk dzimumpartneru pēdējā gada laikā bijis 19% vīriešu un 12% sieviešu.

4.3.2.4. Seksuālo attiecību biežums

Lielākā daļa Latvijas reproduktīvā vecuma iedzīvotāju ar seksu nodarbojas vidēji reizi vai vairākas reizes nedēļā. To atzīmē 59% vīriešu un 57% sieviešu (skatīt 4.12. un 4.13. attēlu). Jaunieši ar seksu nodarbojas retāk nekā vidēji visu vecumu pētījuma dalībnieku. Seksuālā dzīve kļūst intensīvāka pēc 20 gadu vecuma, kad ap 70–80% respondentu ar seksu nodarbojas reizi nedēļā un biežāk. Sievietēm seksuālā dzīve kļūst mazāk intensīva pēc 40 gadu vecuma, bet vīriešiem šis kritums nav tik izteikts. Ar gadiem sievietēm samazinās ļoti biežu seksuālu attiecību skaits. 20–24 gadu vecumā 19% sieviešu seksuālas attiecības ir gandrīz katru dienu vai biežāk, bet 45–49 gadu vecumā šādas intensitātes attiecības ir 5% sieviešu. Vīriešiem biežo seksuālo attiecību samazināšanās ir procentuāli mazāka.

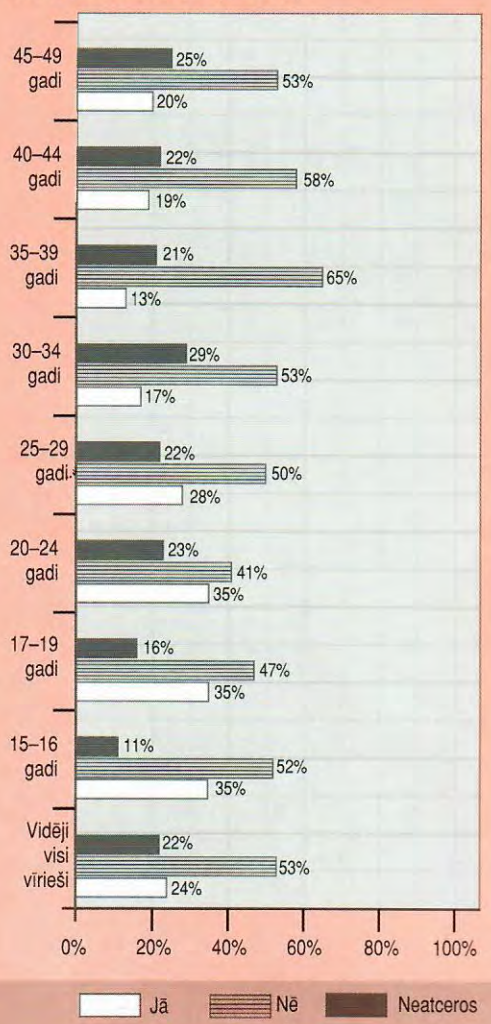
4.14. attēls. **Reproduktīvās veselības izglītošanas tendences ģimenē sievietēm**

Vai vecāki ar jums, kad jūs bijāt pusaudža vecumā, pārrunāja (pārrunā tagad, ja esat pusaudze) ar reproduktīvo veselību un dzimumattiecībām saistītus jautājumus. Visu sieviešu atbildes, % (n = 1251)



4.15. attēls. **Reproduktīvās veselības izglītošanas tendences ģimenē vīriešiem**

Vai vecāki ar jums, kad jūs bijāt pusaudža vecumā, pārrunāja ar reproduktīvo veselību un dzimumattiecībām saistītus jautājumus. Visu vīriešu atbildes, % (n = 1201)



4.3.2.5. Homoseksuālas attiecības

93% sieviešu un 96% vīriešu atzīst, ka tiem nekad nav bijušas seksuālas attiecības ar sava dzimuma pārstāvjiem. Puse no respondentiem ar homoseksuālu attiecību pieredzi atzīst, ka šādas attiecības bijušas tikai vienu reizi. Pētījumā iegūtie dati liedz izdarīt tālākus secinājumus par homoseksualitātes situāciju Latvijā, jo Latvijā šī tēma saistās ar spēcīgiem aizspriedumiem. Tādējādi respondenti varētu izjust apdraudētību un neatklāt savas patiesās domas par šo jautājumu. Lai izdarītu dziļākus secinājumus, būtu nepieciešams atsevišķs plašāks pētījums.

4.1. tabula. **Visbiežāk pārrunātie seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumi. Visu sieviešu (n = 1251) un vīriešu (n = 1201) atbildes, %**

Pārrunātie jautājumi	Sieviešu atbildes	Vīriešu atbildes
1. Dzimumorgānu higiēna	96%	79%
2. Attiecības ar pretējo dzimumu	73%	79%
3. Izsargāšanās no seksuāli transmisīvajām infekcijām, HIV, AIDS	64%	65%
4. Dzimumattiecības	59%	62%
5. Grūtniecība un dzemdības	58%	50%
6. Dzimumorgānu uzbūve un funkcijas	53%	53%
7. Izsargāšanās no ginekoloģiskām un uroloģiskām saslimšanām	55%	51%
8. Kontracepcija	48%	45%
9. Ginekoloģiskās un uroloģiskās profilaktiskās apskates	48%	38%
10. Aborts	37%	35%

4.4. Izglītošana par reproduktīvās veselības jautājumiem ģimenē

Tradicionāli ģimenē par bērnu izglītošanu reproduktīvās veselības jomā rūpējas mātes. Gandrīz divreiz biežāk tā notiek ģimenēs, kur mātei ir vidējā vai augstākā izglītība, salīdzinot ar ģimenēm, kur mātei ir pamatizglītība. Kopumā 64% sieviešu un 34% vīriešu atzīst, ka, audzinot bērnus, ar tiem pārrunājuši reproduktīvo veselību, ar dzimumatšķirībām un seksuālo uzvedību saistītus jautājumus. Latviešu izcelsmes vīrieši (30% tēvu) retāk nekā citas tautības vīrieši (41%) ar bērniem pārrunā reproduktīvās veselības jautājumus. Jo augstāks tēva izglītības līmenis, jo vairāk tēvu iesaistās bērnu izglītošanā. Tā tikai 17% no tēviem ar pamatizglītību, salīdzinot ar 41% tēvu ar augstāko izglītību, pārrunā reproduktīvo veselību ar bērniem. Interesanti, ka lauku vīrieši bērnu izglītošanā piedalās retāk (26%) nekā Rīgā un citās pilsētās dzīvojošie vīrieši (39%).

Jautājot vecākiem par biežāk pārrunātajiem jautājumiem ar bērniem līdz 15 gadu vecumam, noskaidrotas populārākās tēmas. Jāņem vērā, ka daudzas no tēmām 65% māšu un 50% tēvu atzinuši par agrīnām sava bērna vecumam, tomēr zināmu ieskatu reproduktīvās veselības problemātikā 4.1. tabulā attēlotais prioritāšu saraksts sniedz. Visbiežāk tiek pārrunāta dzimumorgānu higiēna un attiecību jautājumi.

Gandrīz puse to vecāku, kuri ar bērniem nepārrunā reproduktīvās veselības jautājumus, uzskata, ka bērni šos jautājumus var uzzināt ārpus mājas – to pietiekamā mērā mācot skolā (21% sieviešu un 24% vīriešu) vai tā iegūstama no brošūrām un grāmatām (24% visu respondentu). 27% sieviešu un 30% vīriešu jūtas neērti vai nezina, kā par šiem jautājumiem runāt. Vēl 33% tēvu atbild, ka ar bērniem par šiem jautājumiem runājot māte.

Ar katru jaunāku vecuma grupu palielinās to respondentu skaits, kuri pusaudžu gados vecākiem uzdevuši ar reproduktīvo veselību saistītus jautājumus. Vidēji vecākiem šādus jautājumus uzdevuši 20% aptaujāto vīriešu un 28% aptaujāto sieviešu. Šos jautājumus nav uzdevuši 53% sieviešu un 55% vīriešu, bet apmēram piektdaļa respondentu šādu faktu neatceras.

Vidēji 36% sieviešu un 24% vīriešu šos jautājumus ir pārrunājuši ar saviem vecākiem pusaudžu gados. Jo jaunāks ir respondents, jo biežāk runājis par šiem jautājumiem ar vecākiem. Meitenes ar vecākiem šos jautājumus pārrunājušas vidēji biežāk nekā attiecīgā vecuma puiši (4.14. un 4.15. attēls).

Jaunās sievietes pārskatam veiktajā fokusa grupu diskusijā māti minēja kā vienu no galvenajiem konsultantiem reproduktīvās veselības jomā. Ne reizi netika pieminēts, ka jaunie vīrieši vēlētos konsultēties par reproduktīvās veselības jautājumiem ar saviem tēviem. Lielākajā daļā gadījumu ar vecākiem tiek pārrunāti vispārīgi ar reproduktīvo veselību saistīti jautājumi. Ne vienmēr vecāki spēj sniegt šo informāciju. Pēc aptaujas datiem, tikai ap 71% sieviešu par nozīmīgu sievietes dzīves notikumu – mēnešreizēm – uzzina no savām mātēm. Šis procents nav audzis jaunatnes vidū. Ceturtā daļa aptaujāto sieviešu atzīst, ka neesot zinājušas, ko mēnešreizes nozīmē un kāda ir to normāla norise. Sieviešu informētība pieaug ar katru jaunāku paaudzi. Apmēram ceturtā daļa jauno sieviešu informāciju par kontracepciju uzzina no vecākiem. Tikai apmēram piektdaļa jauno vīriešu šo informāciju gūst no vecākiem. Šajā vecumā svarīgāks informācijas avots ir draudzenes un draugi.

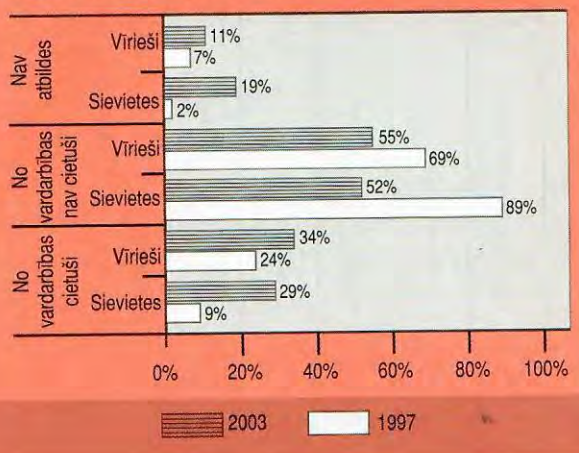
Lai arī jaunieši runā par maiņu partneru attiecībās, ar seksuālo un reproduktīvo veselību saistīto jautājumu liberalizācija skārusi tikai seksuālo attiecību jomu. Bērna ieņemšanas, gaidīšanas un dzemdību periods tiek uztverts daudz konservatīvāk un tāpēc retāk pārrunāts ģimenē.

Jaunieši vecākus un citus ģimenes locekļus nosauc par pirmajiem un ideālajiem konsultantiem par reproduktīvās veselības jautājumiem.

(..) Es domāju, ka vecāki būtu pirmie, pie kuriem vērstos pēc padoma. Manuprāt, ļoti maz jauniešu vaicātu vecākiem... Jo arī es to no vecākiem neuzzināju. Es ar viņiem par šīm tēmām nerunāju. Par seksuālo audzināšanu, par sieviešu lietām es uzzināju no sabiedrības. Kaut kur klasē, skolotāja, draugi... Es domāju, ka arī vecākiem ir grūti par to runāt. Kurā brīdī sākt par to runāt? Kad bērns tam ir gatavs? Kad meitene ir 10 gadu veca vai astoņus? Vai varbūt 11? Un tad jau var būt nokavēts. (Sieviete, latviešu jauniešu diskusija)

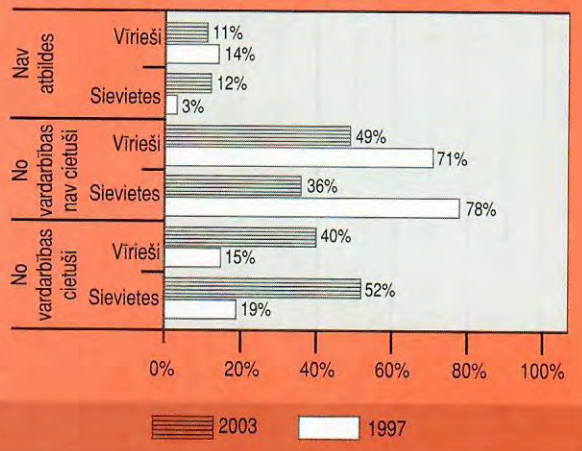
4.16. attēls. **Fiziskas vardarbības apjomi**

Vai esat cietuši no fiziskās vardarbības? Visu respondentu atbildes 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578) un 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1202), %



4.17. attēls. **Emocionālas vardarbības apjomi**

Vai esat cietuši no emocionālas (psiholoģiskas) vardarbības? Visu respondentu atbildes 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578) un 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1202), %



Galvenais šķērslis, lai pārrunātu ar vecākiem reproduktīvās veselības tēmas, ir vecāku kautrība un neprasme par to runāt. Jaunieši savukārt izjūt bažas, vai, jautājot par savu seksualitāti, tiks saprasti.

(..) Varbūt vajag ģimeņu seminārus, mācīt, kā mammām pareizi pastāstīt. Problēmas rada arī veselības mācības skolotāji. Jo mums skolā ir sieviete, kurai ir vairāk nekā 50 gadu, viņa var ļoti labi izstāstīt par plaušu vēzi, bet nevar izstāstīt par dzimumaudzināšanu. Un bērni jautā (klases) audzinātājai. Labi, ja viņiem ir audzinātāja, kura var atbildēt uz jautājumiem. Pirmkārt, ja viņa nesamulst un nesaka – prasi mammai, vai kā citādi. Gadās, ka arī audzinātājas pašas nezina. (Vīrietis, latviešu jauniešu diskusija)

4.5. Vardarbība

No vardarbības cietušu iedzīvotāju skaits ir pieaudzis, ja pētījuma datus salīdzina ar 1997. gada datiem. Visticamāk pieaugums saistīts ar problēmas aktualizāciju sabiedrībā pēdējo gadu laikā. Vīrieši no vardarbības biežāk cieš ārpus mājas, bet sievietes biežāk to piedzīvo ģimenē. Tomēr gan sievietes, gan vīrieši sastopas ar vardarbību no laulātā vai partnera un vecākiem. Vardarbība iespaido partnerattiecības un kā lomu modelis var tikt pārmantota nākamo paaudžu ģimenēs.

No fiziskas vardarbības cietušu sieviešu skaits trīskāršojies, sasniedzot 29% (skatīt 4.16. attēlu). No fiziskas vardarbības cietušu vīriešu procents audzis mazāk, sasniedzot 34%.

Vīrieši visbiežāk cietuši fizisku varmācību no vienaudžiem skolā (18%), svešiniekiem (14%), vecākiem (12%) un policistiem (9%). Sievietes biežāk cietušas no partnera vai vīra rokas (13%), vecākiem (11%), vienaudžiem skolā (6%).

Divkāršojies to respondentu daudzums, kuri cietuši no emocionālas vardarbības, sasniedzot 40% vīriešiem un 52% sievietēm (skatīt 4.17. attēlu).

Visbiežāk emocionālā vardarbība vīriešiem piedzīvota no vienaudžiem skolā (17%), vecākiem (16%), skolu personāla (14%), priekšniecības (11%), svešiniekiem (10%), policistiem (9%) un sievas vai partneres (9%). Sievietes biežāk cietušas no vecākiem un vīra vai partnera (abos gadījumos 22%), vienaudžiem skolā (19%), priekšniecības, svešiniekiem, skolu personāla (12%), brāļiem, māsām (11%).

Ievērojami pieaudzis arī no seksuālas vardarbības cietušu respondentu skaits, sasniedzot 17% sievietēm un 3% vīriešiem (skatīt 4.18. attēlu). Pieaudzis arī to respondentu daudzums, kuri uz šo jautājumu nav varējuši vai nav vēlējušies atbildēt.

Vīrieši visbiežāk atzīst, ka seksuālu vardarbību lietojusi sieva vai partnere (1%), paziņas vai draugi (1%). Sievietes seksuālu vardarbību piedzīvojušas, ciešot no svešiniekiem (8%), partnera vai vīra (5%) un draugiem un paziņām (3%).

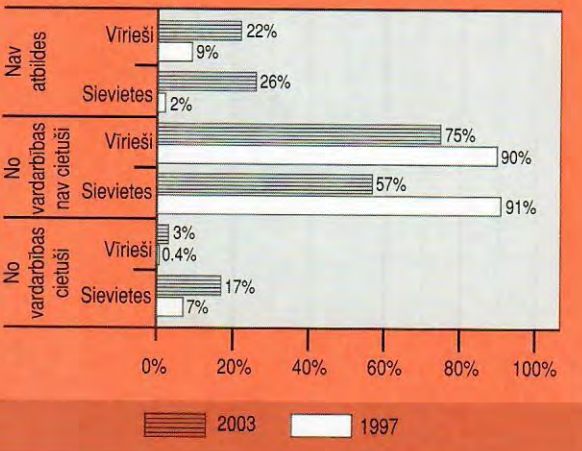
Pēdējo piecu gadu laikā no vardarbības cietuši 26% sieviešu un 17% vīriešu. Nedaudz biežāk nekā vidēji visi respondenti vardarbības faktu atzīst jaunieši 15–24 gadu vecumā (30–31% sieviešu un 20–23% vīriešu).

Palīdzību meklējuši 21% cietušo vīriešu un 25% sieviešu. 53% sieviešu un 54% vīriešu palīdzību nav meklējuši. Tai skaitā 19% sieviešu un 13% vīriešu nav zinājuši, kur to meklēt. Kopumā 61% vīriešu un 59% sieviešu zina, kur meklēt palīdzību vardarbības gadījumā. Visbiežāk sievietes vēršas pie draugiem un ģimenes. Tikai trešdaļa sieviešu palīdzību lūgušas tiesībsargājošās institūcijās. Vīrieši palīdzību meklējuši pie draugiem, ģimenes, ārsta un tiesībsargājošās institūcijās.

Vairāk informācijas par iespējām saņemt palīdzību un sabiedrības izglītošana ir visvairāk minētie līdzekļi cīņā pret vardarbību. Nākamie populārākie līdzekļi ir pārmaiņas likumdošanā un policijas aktīvāka darbība.

4.18. attēls. **Seksuālas vardarbības apjomi**

Vai esat cietuši no seksuālas vardarbības? Visu respondentu atbildes 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578) un 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1202), %



4.6. Secinājumi

Latvijas demogrāfiskās situācijas uzlabošanai nepieciešams straujāks dzimstības kāpums, nekā tas vērojams patlaban. Zemo dzimstību ietekmē nestabila ekonomiskā situācija, augsts laulības vai partnerattiecību iziršanas risks un vāja valsts palīdzība bērna uzturēšanā. Augstais nepilno ģimeņu ar bērniem skaits un struktūra liecina, ka atbildība par bērnu audzināšanu un apgādāšanu gulstas galvenokārt uz sieviešu pleciem. Kopumā secināms, ka par bērna ienākšanu ģimenē palīdz izšķirties apkārtējo cilvēku atbalsts, stabila materiālā situācija un stabilas attiecības ģimenē. Pēc ekspertu domām, plānojot dzimstības veicināšanu, nav novērtēts sociāli nelabvēlīgo un riska ģimeņu stāvoklis.

Aptauja norāda uz tendenci jauniešiem salīdzinoši garāku dzīves posmu veltīt seksuālai aktivitātei ārpus laulības vai stabilām attiecībām. Šādā situācijā liela nozīme piešķirama izglītošanai par izsargāšanās līdzekļiem un partneru attiecību modeļiem, jo šajā dzīves posmā tiek gūta pieredze tālāko attiecību veidošanai. Ģimene ir vājš padomdevējs jautājumos par seksuālo un reproduktīvo veselību. Tam par iemeslu ir gan atbilstošu zināšanu trūkums ģimenē, gan nespēja par šiem jautājumiem izglītot bērnus. Eksperti kā problēmu min arī seksuālo attiecību popularizēšanu sabiedriskās saziņas līdzekļos.

Pārskatam veiktās aptaujas dati liecina, ka cilvēki ir kļuvuši atklātāki, atpazīstot vardarbību. Sievietes visbiežāk no dažādu veidu vardarbības cieš ģimenē, kļūstot par vecāku, vīra vai partnera, māsu vai brāļu upuri. Katrai trešajai no seksuālas vardarbības cietušai sievietei varmāka bijis vīrs vai partneris. Liela daļa vardarbības upuru nezina, kur meklēt palīdzību, un daudzi to nemeklē, arī pārzinot palīdzības iespējas.

4.7. Ieteikumi

Situācijas uzlabošanai nepieciešama **ģimenes politika** trīs virzienos.

1. Īpaša nozīme piešķirama **ģimeņu izglītošanai par savām tiesībām un iespējām.**
1.1. Latvijā ir pieņemti likumi un normatīvie akti, kas paredz garantijas ģimenei un vecākiem. Piemēram, *Darba likums* paredz atvieglojumus topošajām mātēm, mātēm, kuras zīda bērnus, vecākiem ar maziem bērniem. Problēmas sagādā paredzēto garantiju ievērošana. Līdztekus likumiskajam atbalstam nepieciešama kontrole un atbalsta sniegšana problēmu gadījumā; kā vienu no iespējamiem risinājumiem eksperti iesaka ombuda institūcijas izveidi.
1.2. Sabiedrība un ģimenes regulāri jāinformē un jāizglīto par dažāda līmeņa normatīvajos aktos noteiktajām tiesībām un ģimeņu iespējām.
1.3. Dažādu ģimenei un vecākiem izdevīgu darba nosacījumu, pozitīvas pieredzes popularizēšana. Piemēram, elastīga darba laika, kas savienojams ar bērna audzināšanu, popularizēšana darba devēju un ņēmēju vidū, uzsverot abu pušu ieguvumus.
1.4. Sabiedrības un NVO sektora iesaistīšana ģimeņu atbalstam, popularizējot viesģimenes[5] un īstermiņa bērnu pieskatīšanu viesģimenēs. Tādējādi vairāk bērnu no riska ģimenēm apgūs tālākai dzīvei nepieciešamās sociālās prasmes un iemaņas.

2. Ģimenes atbalsta politika, ceļot ģimeņu labklājības līmeni, sniedzot sociālās garantijas ģimenēm ar bērniem: pilnveidojot pabalstu sistēmu; maksājot "vecāku algu", ļaujot ģimenēm pēc bērna piedzimšanas saglabāt iepriekšējo labklājības līmeni; algas līmeņa celšana.
2.1. Pirmām kārtām ir nepieciešama cilvēkresursu sagatavošana darbam ar ģimenēm, īpaši reģionos. Jāsagatavo speciālisti izglītošanas darbam, riska grupu apzināšanai un sociālajam darbam ar ģimenēm. Kā ģimenes jomas neatliekamāko pasākumu to atbalstījuši vairākums ekspertu.
2.2. Lai saglabātu sagatavotos speciālistus, tie jāatalgo ar konkurētspējīgu atalgojumu, nepieciešamības gadījumā apvienojot valsts, pašvaldību un nevalstiskā sektora resursus.
2.3. Kā izglītošanas prioritārā mērķa grupa jānosaka jaunās ģimenes. Pārskatam veiktās aptaujas dati rāda, ka efektīvs izglītošanas veids būtu "vecāku skolu" veidošana, apmācot vecākus runāt par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem ar saviem bērniem un iedibinot šīs prasmes pārmantojamību nākotnes ģimenēs.
2.4. Lai efektīvāk īstenotu ģimenes atbalsta pasākumus, valsts, pašvaldību un sabiedriskā sektora darbība ir jākoordinē, deleģējot programmas izpildes funkcijas sabiedriskajam sektoram un īstenojot principu "nauda seko klientam".

2.5. Kā plašāku pamata nosacījumu ģimeņu ar bērniem atbalstam eksperti minēja nākotnes garantiju nodrošināšanu bērnam nākotnē, kas ietvertu izglītības, veselības un aprūpes pakalpojumu pieejamību. Bažas par šo resursu nepieejamību ir viens no šķēršļiem bērna plānošanai ģimenē. Situāciju uzlabotu tikai ilgtermiņa valsts atbalsts ģimenēm ar bērniem nodokļu atlaides vai citu atvieglojumu veidā.

3. Kā pamatproblēma ģimenes politikas vājumam un zemai dzimstībai pētījumam veiktajā aptaujā minēts ģimenes nozīmības kritums. Līdz ar to **ģimenes prestiža paaugstināšana sabiedrībā** ir pamatnosacījums ģimenes politikas veiksmīgai īstenošanai.
3.1. Ģimenes politikas īstenošana un izvērtēšana, uzsverot ģimenes valstisko nozīmi Latvijas sabiedrībā.
3.2. Valsts, pašvaldības un sabiedriskā sektora sadarbība un darbības koordinācija, sniedzot atbalstu ģimenes politikas īstenošanai.

Kā otra nozīmīga problēma, kas saistīta ar ģimeni un seksuālo veselību, minama vardarbība. Lai **palīdzētu no vardarbības cietušiem cilvēkiem:**
1) jārosina diskusijas par vardarbības problēmu sabiedrībā, turpinot palīdzēt sabiedrībai to apzināties un uztvert kā problēmu;
2) jāpopularizē palīdzības meklēšanas iespējas, īpaši uzsverot profesionāli sniegtas palīdzības stiprās puses;
3) nepieciešama īpaša palīdzība un atbalsts sievietēm, kuras cieš no vardarbības ģimenē, īpaši seksuālās vardarbības, piedāvājot vidi, kurā iespējams izrauties no vardarbības loka.

[5] Par viesģimeni pārskatā saukta ģimene, kura īslaicīgi uzņemas citu vecāku bērnu pieskatīšanu savā ģimenē.



Reproduktīvās veselības situācija: iedzīvotāji un aprūpes sistēma

5. nodaļa

Veselības stāvokli nosaka iedzīvotāju uzvedība un paradumi veselības uzturēšanā, kā arī veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība. Padomju gadu medicīnas aprūpes sistēma balstījās uz valsts veiktu iedzīvotāju veselības kontroli, augstu specializāciju un valsts pilnībā apmaksātu medicīnas pakalpojumu pamata. Šāda pieeja veicināja nevis veselības kā vērtības uzturēšanu, bet tās patērēšanu. Pēdējās desmitgades laikā, reformējot veselības aprūpes sistēmu, uzmanība pievērsta cilvēka individuālajai atbildībai par savu veselību un veselības veicināšanai. Cilvēku uzvedība šai mainai pielāgojas pakāpeniski. Veselības, tai skaitā seksuālās un reproduktīvās veselības, pašvērtējums, salīdzinot ar 1997. gadu, ir uzlabojies.

Uzlabojumi reproduktīvās veselības situācijā vērojami vairākās jomās – stabili samazinās abortu skaits, pieaug dzimstība, ievērojami palielinājusies vīriešu loma reproduktīvās veselības sektorā.

Iedzīvotāji joprojām vāji rūpējas par veselību un bieži vēršas pie ārsta pēc palīdzības novēloti. Sievietes biežāk nekā vīrieši ir vērsušās ambulatorajās medicīnas iestādēs. Tikai aptuveni viena piektā daļa respondentu ir apdrošinājuši savu veselību. Salīdzinoši daudz iedzīvotāju (3–8%) materiālo apstākļu dēļ bieži vien nevar atļauties apmeklēt ārstu.

Vīrieši vāji atpazīst seksuālās un reproduktīvās veselības speciālistus un pašu aprūpi neatzīst par nepieciešamību. Sievietes biežāk nekā vīrieši rūpes par seksuālo un reproduktīvo veselību dala ar mediķiem. Profilaktiskās ginekoloģiskās apskates regulāri apmeklē vairāk nekā puse sieviešu, taču jaunāka vecuma sievietes to dara salīdzinoši retāk nekā vecākas sievietes.

Joprojām problēma ir sniegtās aprūpes kvalitāte. Sadarbība starp ārstu un klientu ir vāja. Nopietnu veselības problēmu risināšanai sievietes sliecas izvēlēties maksas speciālistus. Lielākā daļa sieviešu rūpes par savu seksuālo un reproduktīvo veselību uzticētu nevis ģimenes ārstam, bet ginekologam. Uzlabojusies grūtnieču aprūpes kvalitāte un topošo vecāku izglītošana. Arvien vairāk tēvu iesaistās ar bērna dzimšanu saistītajos procesos.

Iedzīvotāji un it īpaši jaunieši kopumā ir labi informēti par kontraceptīvo līdzekļu lietošanu. Tomēr bieži kontraceptīvie līdzekļi netiek lietoti vai tiek lietoti nepareizi, kas liecina par informācijas nepietiekamību vai tās nepareizu pasniegšanu. Latvijā ir augsts neplānotu grūtniecību skaits. Lai arī abortu skaits Latvijā stabili samazinās, aborts joprojām tiek izmantots kā dzimstības regulēšanas līdzeklis.

Iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās uzvedības un aprūpes sistēmas darbības rezultātus raksturo dažādi, tostarp arī starptautiski salīdzināmi, reproduktīvās veselības rādītāji. Patlaban vērojama uzlabojuma tendence mātes un perinatālās mirstības rādītājos; samazinās saslimstība ar seksuāli transmisīvām infekcijām (STI) un 2002.–2003. gadā novēro arī stabilu jaunu HIV gadījumu skaita samazināšanos.

5.1. Veselības stāvoklis

5.1.1. Veselības pašvērtējums

Salīdzinot 1997. un 2003. gada aptauju datus, vērojams veselības stāvokļa pašvērtējuma uzlabojums (skatīt 5.1. attēlu). Vīriešu pašvērtējums arī 2003. gadā ir labāks nekā sievietēm.

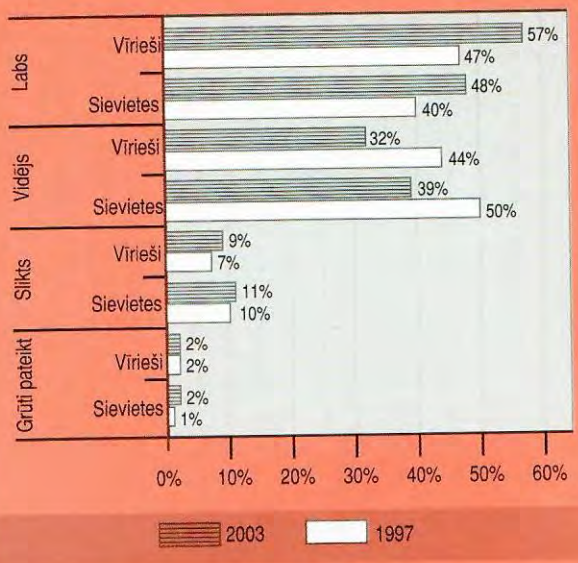
Respondenti labu veselības stāvokli saista ar labu noskaņojumu. Visaugstākais veselības vērtējums ir 15–16 gadu vecumā, 73% aptaujāto sieviešu un 81% vīriešu šajā vecuma grupā savu veselības stāvokli vērtē kā labu. Pozitīvs vērtējums, gadiem ejot, pakāpeniski samazinās, 45–49 gadu vecumā sasniedzot 27% sievietēm un 35% vīriešiem. Veselības vērtējums ir atkarīgs arī no respondentu finansiālajām iespējām, taču labs materiālais stāvoklis labu veselību vien negarantē. Tā 36% sieviešu un 42% vīriešu, kuru ienākumi ģimenē nepārsniedz 49 latus vienam ģimenes loceklim, veselību vērtē kā labu. Savukārt ienākumu grupā virs 140 latiem tādu ir 61%. Etniskā piederība aptaujāto veselības stāvokļa vērtējumu neietekmē.

Seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli pēdējo 12 mēnešu laikā vīrieši vērtē augstāk nekā sievietes (skatīt 5.2. attēlu). Kopumā kā labu to vērtē 63% vīriešu un 50% sieviešu. Visaugstākais pašvērtējums ir 20–24 gadu vecuma grupā (attiecīgi 80% vīriešu un 67% sieviešu), samazinoties gan jaunākās, gan vecākās vecuma grupās. Pārskatam veiktās jauniešu diskusijas liecina, ka reproduktīvās veselības jēdziens biežāk ir nepazīstams vai nepilnīgi pazīstams, kas varētu ietekmēt respondentu sniegto reproduktīvās veselības vērtējumu. Jāpiebilst, ka seksuālās un reproduktīvās veselības jēdziena saturs pārskatam veiktajā aptaujā netika pētīts.

Tie respondenti, kuri nav precējušies, biežāk nekā precētie savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli vērtē kā labu. Tādi ir 68% neprecēto vīriešu un 61% neprecēto sieviešu, 60% precēto vīriešu un 46% precēto sieviešu. Nelielas atšķirības respondentu sniegtajā pašvērtējumā atrodamas, raugoties uz respondenta tautību. Latviešu sievietes un vīrieši (attiecīgi 54% un 66%) biežāk nekā citas tautības sievietes un vīrieši (45% un 59%) savu seksuālo

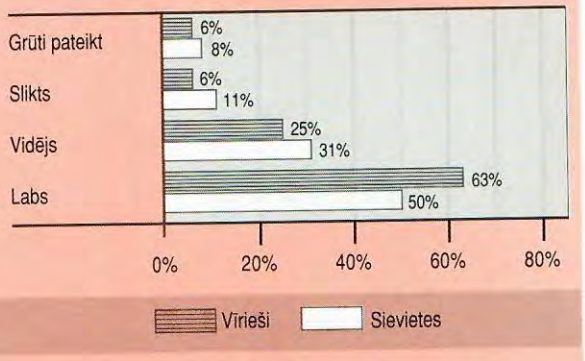
5.1. attēls. **Vispārējās veselības stāvoklis**

Kā jūs vērtētu savu vispārējās veselības stāvokli? Visu respondentu atbildes 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578) un 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1202), %



5.2. attēls. **Seksuālās un reproduktīvās veselības stāvoklis**

Kā jūs kopumā vērtētu savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli pēdējo 12 mēnešu laikā? Visu respondentu atbildes, % (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201)



un reproduktīvo veselību vērtē kā labu. Tā kā vispārējās veselības stāvokļa vērtējumā šādas atšķirības nav vērojamas, visticamāk atšķirības meklējamas atšķirīgā seksuālās un reproduktīvās veselības izpratnē. To netieši apstiprina arī pārskatam veikto fokusa grupu diskusiju rezultāti.

5.1. informācijas logs

Veselību ietekmējošie paradumi jauniešiem

Pārskatam veiktās jauniešu diskusijas rezultāti liecina, ka jaunieši kopumā ir labi informēti par veselību ietekmējošiem paradumiem, to starpā minot gan veselīgu dzīvesveidu, pilnvērtīgu uzturu, gan tīru vidi un drošas un stabilas seksuālās attiecības. Tikai vienā no četrām jauniešu diskusijām pieminēta regulāra ārstu apmeklēšana veselības uzturēšanai.

Tiesa, paustās zināšanas biežāk tiek uztvertas kā ideāls modelis, nevis ikdienas rīcība. Veselību nosaka katra jaunieša attieksme pret savu veselību. Kā diskusijā apgalvoja sieviete krievvalodīgo jauniešu grupā, "tas (veselību noteicošais faktors) droši vien ir pati vēlēšanās, vai cilvēks grib labu reproduktīvo veselību vai ne". Kopumā jaunieši reproduktīvo veselību neuzskata par nozīmīgu mērķi, kura sasniegšanai būtu jāpieliek īpašas pūles.

5.2. Saslimstība un priekšstati par to

Neraugoties uz pozitīvām tendencēm, salīdzinoši ar citām Eiropas valstīm, Latvijā joprojām ir augsta saslimstība ar seksuāli transmisīvajām infekcijām (STI). Tas skaidrojams gan ar problēmas zemu aktualitāti sabiedrībā un izsargāšanās līdzekļu nelietošanu vai nepareizu lietošanu, gan ilglaicīgas valsts politikas trūkumu izsargāšanās līdzekļu izplatīšanā riska grupām. Joprojām problemātiska ir situācija ar saslimstības reģistrēšanu un mērķtiecīgu partneru ārstēšanu. Aptaujas dati liecina, ka iedzīvotāju informētība par saslimšanu ar STI un HIV/AIDS ir nepietiekama, lai ierobežotu šo slimību izplatību, kā arī potenciāli mazinātu neauglības problēmu Latvijā.

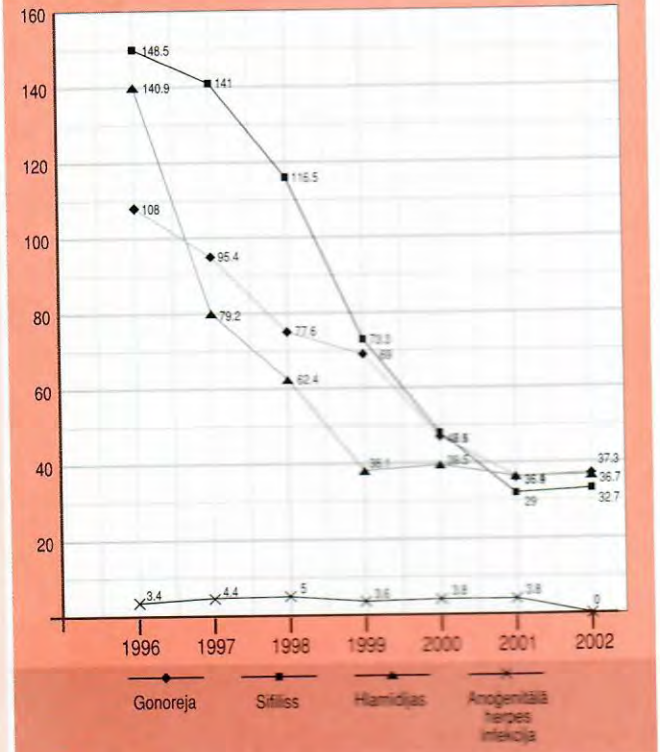
5.2.1. Dzimumorgānu iekaisumi un STI

1999.–2000. gadā, sadarbojoties PVO, Labklājības ministrijai un Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijai *Papardes zieds*, ir izstrādāta *Dzimumorgānu infekciju samazināšanas stratēģija Latvijā*, kuras īstenošanas gaitā 2002. gadā tika noteiktas *Nacionālās vadlīnijas dzimumorgānu infekciju diagnostikai un ārstēšanai.*

Valstī nav ticamu datu par kopējo saslimstību ar dzimumorgānu iekaisumiem. Pētījumam veiktā aptauja liecina, ka 35% sieviešu un 10% vīriešu bijuši urīnceļu vai urīnpūšļa iekaisumi. 31% sieviešu norāda, ka pārslimojušas olnīcu/olvadu iekaisumus. 20% sieviešu ir bijis dzemdes kakla iekaisums un vēl 17% sieviešu – nezināms iekaisums. Bieži vien iepriekšminētie iekaisumi var būt iegūti dzimumceļā, tomēr ne vienmēr praksē ir iespējams precīzi noteikt izraisītāju. Tam par iemeslu ir gan nepilnības laboratoriskajā diagnostikā, gan diagnostikas finansējums, gan veselības aprūpes speciālistu profesionalitātes un pieredzes trūkums. Visi šie faktori īpaši ietekmē hlamīdiju izraisītu iekaisumu diagnostiku.

Saskaņā ar normatīvajos aktos paredzēto ārstiem ir obligāti jāziņo par sifilisa, gonorejas, hlamidiozes un anoģenitālās herpes infekcijas gadījumiem. Valsts statistikas dati liecina, ka saslimstībai ar STI ir tendence samazināties (skatīt 5.3. un 5.4. attēlu). Taču speciālisti uzskata, ka valsts statistikas dati par saslimstību ar hlamidiozi un herpes infekciju nav ticami. Pirmkārt, ārsti bieži vien neizprot šo saslimšanu nopietnību. Otrkārt, pacienti, ārstējoties privāti, lūdz ārstiem neziņot par saslimšanu, baidoties no konfidencialitātes trūkuma. Treškārt, šīs saslimšanas ilgstoši var noritēt bez ievērojamiem klīniskiem simptomiem. Šādas saslimstības tendences vērojamas arī

5.3. attēls. **Vīriešu saslimstība (uz 100 000 vīriešiem) ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozi un anoģenitālo herpes infekciju Latvijā 1996.–2002. gadā**



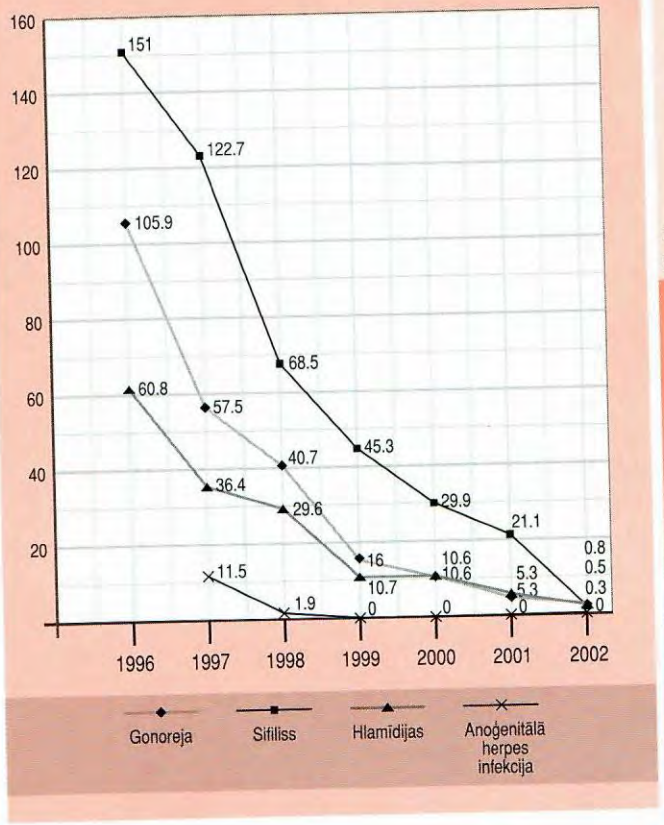
Avots: *Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.*

5.4. attēls. **Sieviešu saslimstība (uz 100 000 sievietēm) ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozi un anoģenitālo herpes infekciju Latvijā 1996.–2002. gadā**

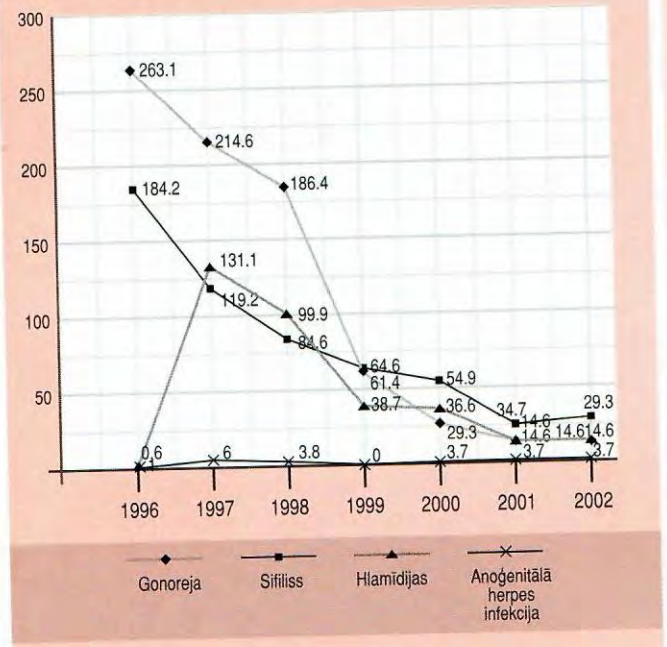


Avots: *Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.*

5.5. attēls. **Vīriešu saslimstība (uz 100 000 vīriešiem) ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozi un anoģenitālo herpes infekciju Latvijā vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem 1996.–2002. gadā**



5.6. attēls. **Sieviešu saslimstība (uz 100 000 sievietēm) ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozi un anoģenitālo herpes infekciju Latvijā vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem 1996.–2002. gadā**



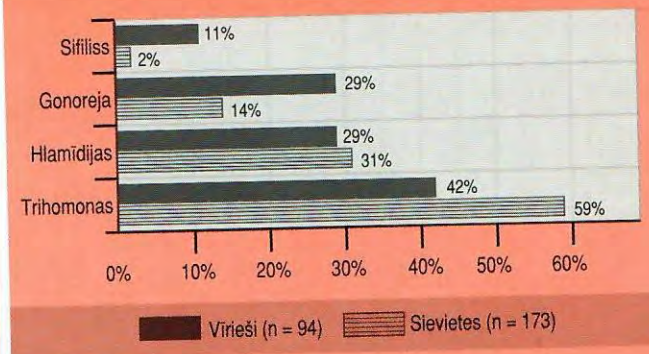
Avots: *Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.*

jauniešu vidū, izņemot svārstīgu hlamidiozes statistiku jaunām sievietēm (skatīt. 5.5. un 5.6. attēlu).

Pārskatam veiktajā pētījumā 13,8% aptaujāto sieviešu un 7,8% vīriešu atzīst, ka dzīves laikā ir pārslimojuši ar kādu STI. Respondenti visbiežāk min, ka slimojoši ar trihomoniāzi, hlamidiozi un gonoreju (skatīt 5.7. attēlu). Īpaši nelabvēlīgu ietekmi uz auglību var atstāt hlamidiozes un gonorejas pārslimošana gan sievietēm, gan vīriešiem. Ja šīs infekcijas netiek savlaikus atpazītas un saslimušais nesaņem atbilstošu ārstēšanu, slimība var izraisīt neauglību.

5.7. attēls. **Atsevišķu STI infekciju biežums starp respondentiem, kuri slimojuši ar STI**

Vai jūs esat slimojuši ar kādu no šīm seksuāli transmisīvajām saslimšanām?
Respondenti, kuri ir slimojuši ar kādu seksuāli transmisīvo infekciju, %



Sekmīgas STI ārstēšanā ir būtiski, lai abi dzimumpartneri ārstētos vienlaikus. *Reproduktīvās un seksuālās veselības likums*[1] paredz, ka slimniekam ir jāinformē savs dzimumpartneris par iespējamo slimību. Taču aptaujas dati liecina, ka 18% vīriešu un 11% sieviešu slimošanas laikā nav informējuši savu dzimumpartneri. Potenciāli bīstams ir lielais skaits vīriešu, kuri nav informējuši partneres, jo šādos gadījumos neaizsargātā dzimumaktā bez prezervatīva sievietes risks tikt inficētai ir lielāks nekā tad, ja inficēta sieviete neinformē savu partneri vīrieti.

5.2.1.1. Aprūpes iespējas dzimumorgānu iekaisumu un STI gadījumā

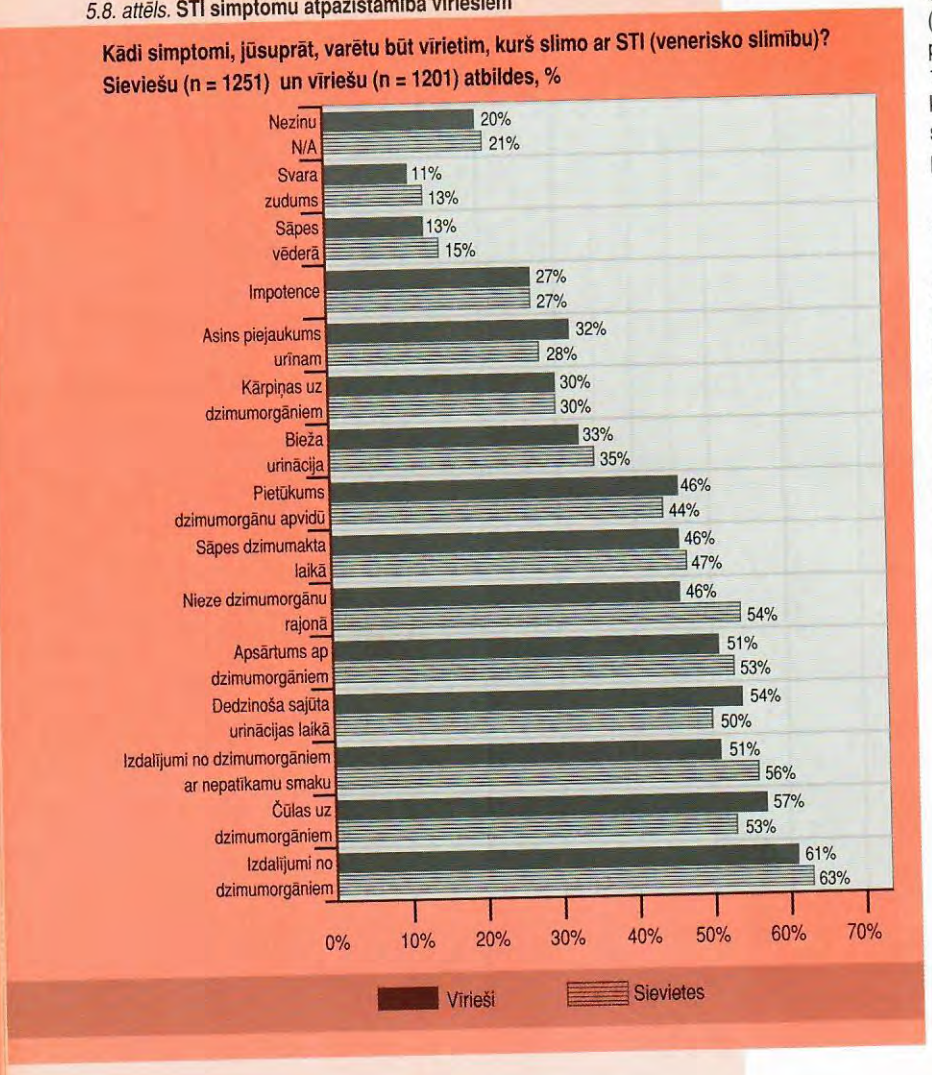
Lai novērstu dzimumorgānu iekaisumu sekas, tai skaitā neauglību, svarīgi ir agrīni uzsākt terapiju. To, vai persona savlaikus vērsīsies pie veselības aprūpes speciālista, nosaka personas spējas atpazīt slimību un apzināties tās nopietnību.

5.2.1.2. Zināšanas par STI

Sievietes un vīrieši līdzīgi atpazīst simptomus, kuri varētu liecināt par STI klātbūtni vīriešiem, kā galvenos minot izdalījumus un čūlas uz dzimumorgāniem.

[1] *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*, 6. pants, 2002.

5.8. attēls. **STI simptomu atpazīstamība vīriešiem**



Kopumā piektdaļa sieviešu un vīriešu nespēj atpazīt STI simptomus vīriešiem (skatīt 5.8. attēlu). Savukārt vīriešu zināšanas par STI simptomiem sievietēm ir ievērojamāki sliktākas. Sievietes biežāk nekā vīrieši spēj atpazīt STI simptomus sievietēm. 33% vīriešu un 18% sieviešu atzīst, ka nezina nevienu simptomu, kas liecinātu par STI sievietei (skatīt 5.9. attēlu).

5.2.1.3. Rīcība dzimumorgānu iekaisumu aizdomu gadījumā

Pārskatam veiktajā aptaujā 88% sieviešu atzīst, ka iekaisuma aizdomu gadījumā apmeklētu ginekologu, vēl 19% sieviešu vērstos pie ģimenes ārsta. Savukārt 68% vīriešu iekaisuma aizdomu gadījumā vērstos pie urologa vai cita speciālista, 33% apmeklētu ģimenes ārstu, bet 19% nogaidītu, vai iekaisums nepāries pats no sevis. Vēl 4% apmeklētu tautas dziednieku.

Interesanti, ka 34% meiteņu un 41% puišu 15–16 gadu vecumā vērstos pie ģimenes ārsta. Tomēr 48% 15–16 gadus vecu puišu vērstos arī pie urologa vai cita speciālista. Piektā daļa 15–16 gadus veco meiteņu nogaidītu, vai iekaisums nepāries pats no sevis, līdzīgi rīkotos 25% puišu 15–16 gadu vecumā un 28% puišu 17–19 gadu vecumā. Kopumā visā jauniešu vecuma grupā (15–24 gadu vecumā) prevalē uzticība ārstiem speciālistiem (84% sieviešu vērstos pie ginekologa un 60% vīriešu pie urologa vai cita speciālista), tikai 24% sieviešu un 40% vīriešu dotos pie ģimenes ārsta. Jaunie vīrieši biežāk nekā sievietes nogaidītu, vai simptomi nepāries (attiecīgi 24% un 13%), kā arī viņi biežāk mēģinātu pašārstēties un apmeklētu tautas dziedniekus (attiecīgi 13% vīriešu un 10% sieviešu). Kā pozitīvs fakts jāmin, ka līdz ar vecumu vērojams uzticības pieaugums speciālistiem, bet arvien retāk tiek cerēts, ka iekaisums pāries pats no sevis.

5.2.2. HIV infekcija un AIDS

No 1998. līdz 2001. gadam bija vērojama strauja jauno HIV (cilvēka imūndeficīta vīrusa) gadījumu skaita palielināšanās valstī (skatīt 5.10. attēlu). Šī tendence bija saistīta ar HIV izplatīšanos intravenozo narkotiku lietotāju vidū 1998. gadā. Līdz 2003. gada vidum 73% no visiem reģistrētajiem HIV inficētajiem bija ieguvuši infekciju, kopīgi lietojot intravenozās narkotiskās vielas, adatas un šļirces. Tā kā pēdējos gados 12 Latvijas pilsētās ir izveidotas ļaunuma mazināšanas (angl. *harm reduction*) programmas, inficēto daudzums narkotisko vielu lietotāju vidū mazinās, taču infekcijas izplatība seksuālā ceļā saglabājas nemainīgi augsta.[2] Tieši heteroseksuālā HIV infekcijas transmisija tika uzsvērta kā nopietns drauds Austrumeiropas iedzīvotāju reproduktīvai un seksuālai veselībai ANO programmas ciņai pret AIDS 2003. gada pārskatā.[3]

5.2.2.1. Zināšanas un priekšstati par HIV/AIDS

Neraugoties uz to, ka 2002. gadā veiktais pētījums[4] par cilvēkdrošību atklāja, ka HIV/AIDS izplatība ir nopietns bažu iemesls vairākumam (88%) Latvijas iedzīvotāju, pārskatam veiktais pētījums norāda, ka 15–49 gadus veci iedzīvotāji iespēju inficēties ar HIV neuztver personiski. Vērtējot iespējamību inficēties ar HIV, apmēram trešdaļa abu dzimumu respondentu atzīst, ka grūti to izvērtēt. Savukārt 53–54% abu dzimumu respondentu šo iespēju vērtē kā zemu. Tikai 16% abu dzimumu respondentu inficēšanās risku vērtē augstu. Jo augstāks izglītības līmenis, jo inficēšanās draudi vērtēti augstāk. Jaunieši 15–20 gadu vecumā inficēšanās risku vērtē nedaudz zemāk nekā pārējie respondenti, turklāt jauniešiem arī biežāk ir bijis grūti šādu izvērtējumu sniegt.

Gan sievietes, gan vīrieši vienlīdz bieži atzīmē, ka inficēties var heteroseksuālu dzimumattiecību laikā, pārlejot asinis un lietojot narkotikas (apstiprinoši atbild apmēram 90% abu dzimumu respondentu). Aptuveni 70–80% abu dzimumu respondentu uzskata, ka pastāv iespēja inficēties homoseksuālu dzimumattiecību laikā vīriešiem, auglim no HIV pozitīvas mātes grūtniecības laikā, jaundzimušajam no HIV pozitīvas mātes dzemdību laikā, kā arī medicīnas iestādē veicot injekciju. Kopš 1997. gada nav īpaši mainījušās iedzīvotāju zināšanas par HIV infekcijas transmisijas ceļiem. Joprojām 10–20% no respondentiem atzīmē, ka iespējams inficēties ar HIV sadzīves kontaktu ceļā un no kukaiņu un dzīvnieku kodumiem. Tomēr, ja sieviešu vidū kopš 1997. gada vērojama informētības uzlabošanās, tad vīriešu vidū ir palielinājies to respondentu daudzums, kuriem ir nepareizs priekšstats par inficēšanās iespējām ar HIV (skatīt 5.11. un 5.12. attēlu).

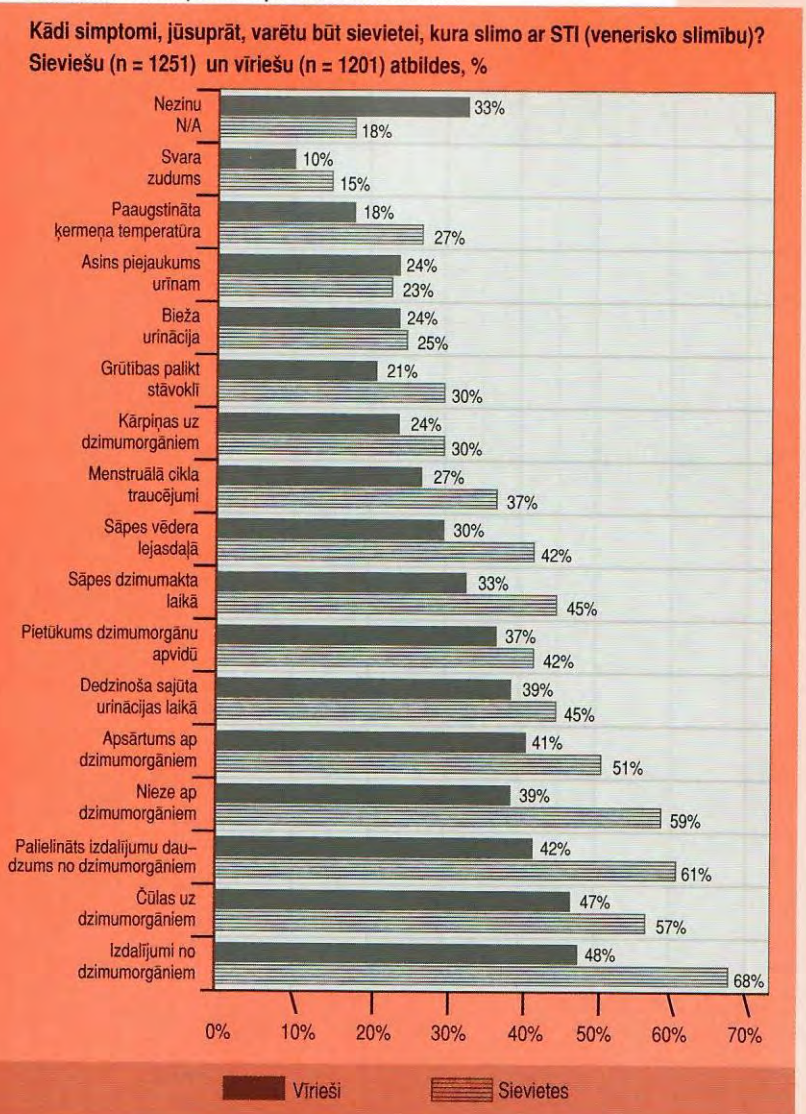
---

[2] AIDS profilakses centrs – www.aids-latvija.lv (01.03.2004).

[3] Jaunākais par AIDS epidēmiju (AIDS Epidemic Update 2003). – UNAIDS/WHO, 2003 (www.unaids.org)

[4] Latvija: Pārskats par tautas attīstību: Cilvēkdrošība – UNDP, Rīga, 2003, 175. lpp.

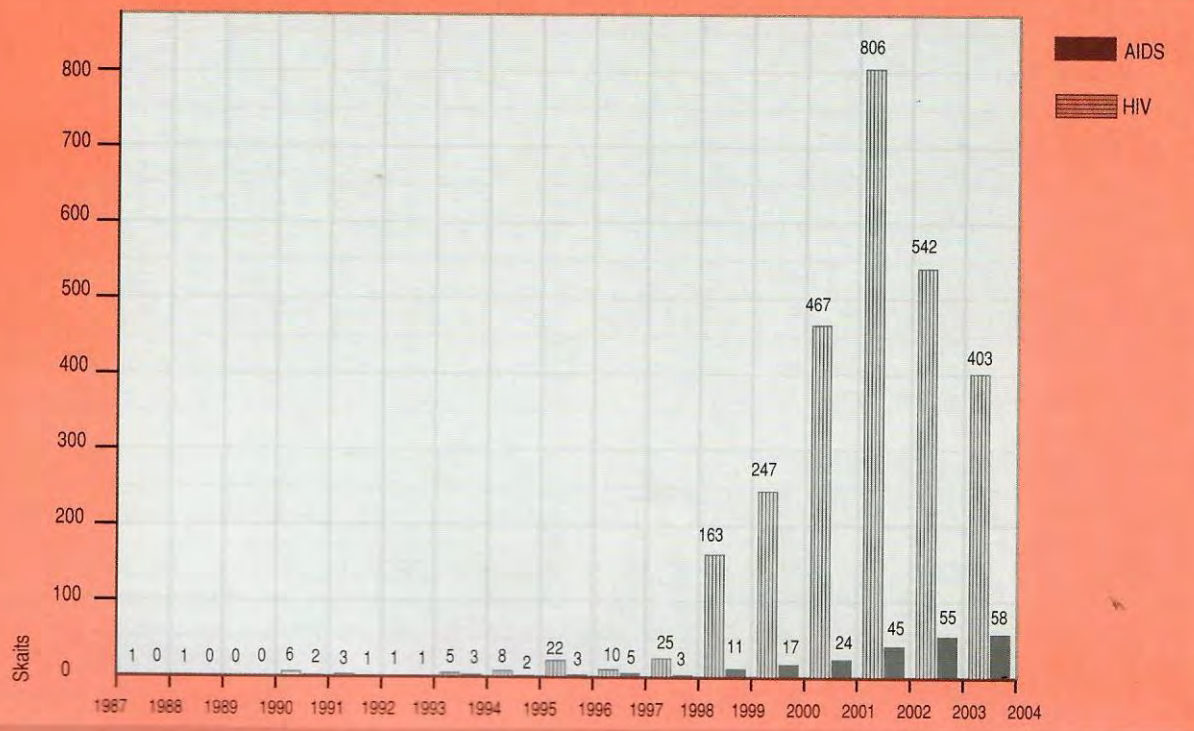
5.9. attēls. **STI simptomu atpazīstamība sievietēm**



Joprojām liela daļa respondentu uzskata, ka inficēties var veselības aprūpes iestādēs, kā arī nododot un pārlejot asinis. Tas liecina par to, ka iedzīvotāji nav informēti par valstī pastāvošo stingro pārliešanai domāto asiņu kontroli, kas paredz visu pārliešanai domāto asiņu pārbaudi uz HIV vīrusa klātbūtni (tāpat kā tās pārbauda uz hepatītu B un sifilisu). Pēdējos gados veselības aprūpes iestādēs ļoti plaši lieto vienreizēji izmantojamās šļirces un adatas, kā arī instrumentus, kas ievērojami samazina inficēšanas risku veselības aprūpes iestādē. Turklāt medicīnas iestādes ir atbildīgas par daudzreiz lietojamā instrumentārija atbilstošu sterilizāciju, lai mazinātu inficēšanās risku ne tikai ar HIV, bet arī ar daudzām citām infekcijām.

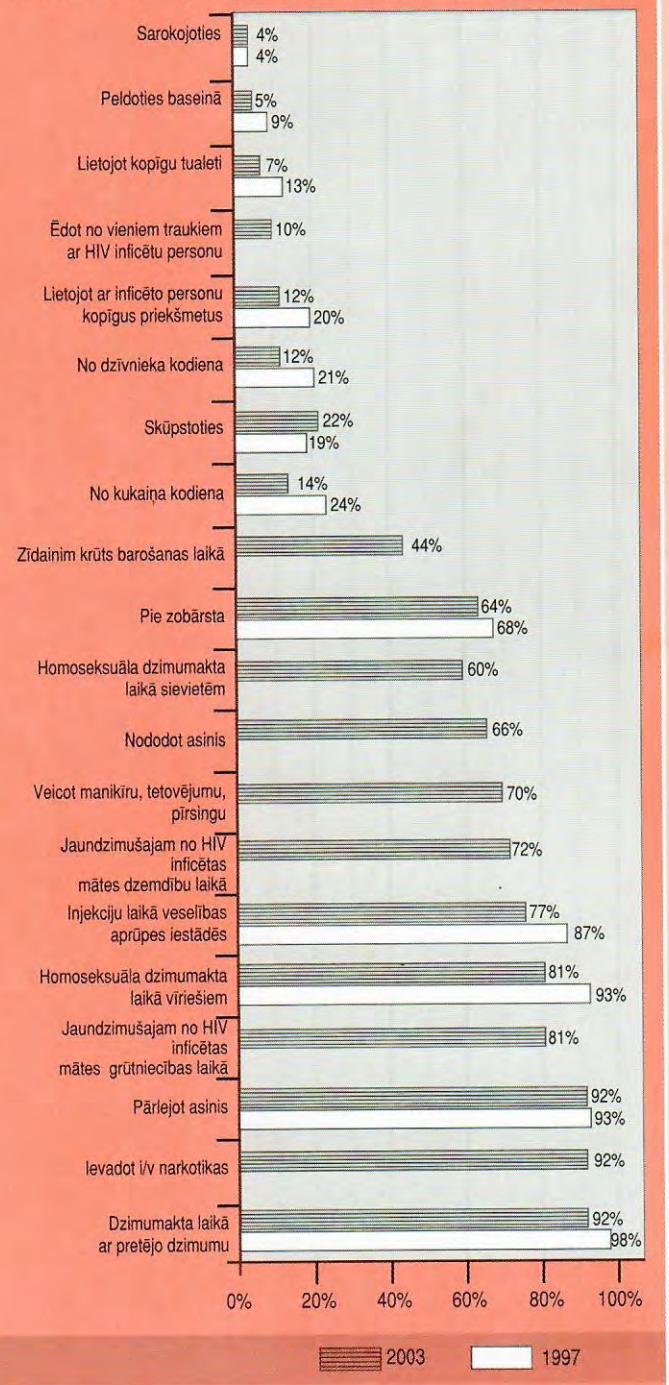
Vairāk nekā 90% vīriešu un sieviešu atzina, ka inficēties var dzimumkontakta laikā, taču ne vienmēr inficēšanās risks tiek pienācīgi novērtēts (skatīt 5.13. attēlu). Jāpiebilst, ka 15–24 gadus veci jaunieši vājāk nekā pārējie respondenti iedzīvotāji izvērtē inficēšanās risku (skatīt 5.14. attēlu). Tomēr tikai 72% seksuāli aktīvo jauno vīriešu 15–16 gadu vecumā pēdējo 12 mēnešu laikā dzimumattiecību gadījumā vienmēr ir lietojuši prezervatīvu. Pieaugot respondentu vecumam, prezervatīvu lietošanas gadījumu skaits mazinās (skatīt 5.35. un 5.36. attēlu).

5.10. attēls. **HIV/AIDS ikgadējais jauno gadījumu skaits Latvijā (absolūtos skaitļos)**
Avots: *AIDS profilakses centra dati.*



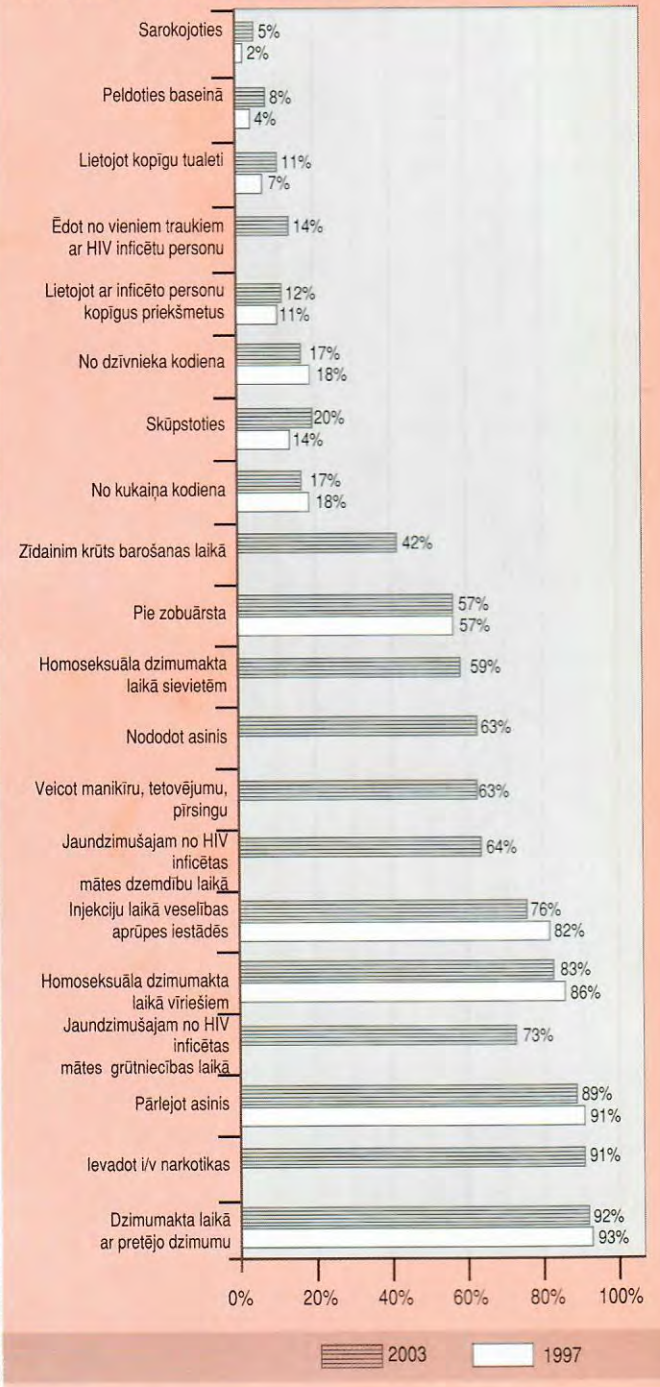
5.11. attēls. **Sieviešu priekšstati par HIV transmisijas ceļiem 1997. un 2003. gadā**

Kuros no minētajiem veidiem cilvēks var inficēties ar HIV? Visu sieviešu 2003. gadā (n = 1251) un 1997. gadā (n = 2990) atbildes, %



5.12. attēls. **Vīriešu priekšstati par HIV transmisijas ceļiem 1997. un 2003. gadā**

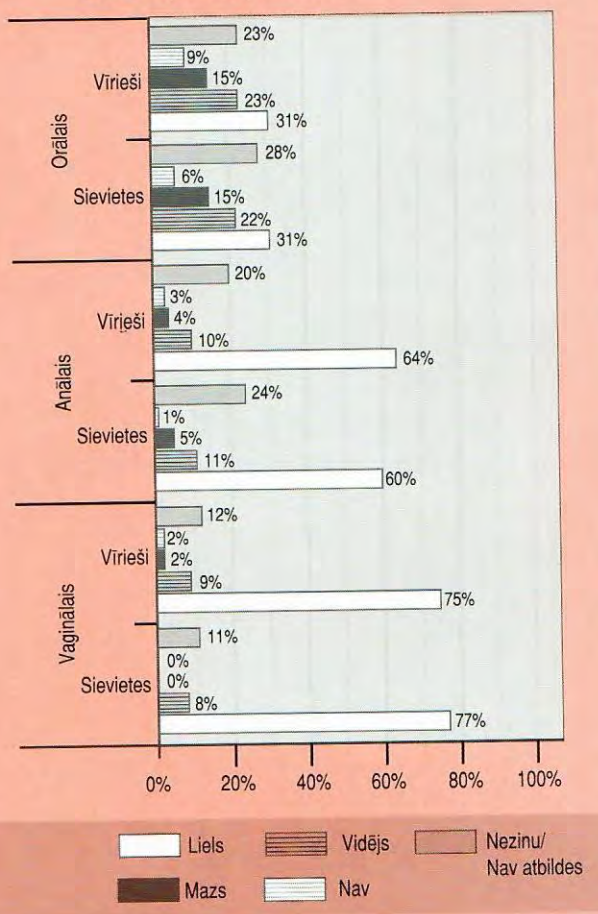
Kuros no minētajiem veidiem cilvēks var inficēties ar HIV? Visu vīriešu 2003. gadā (n = 1201) un 1997. gadā (n = 1578) atbildes, %



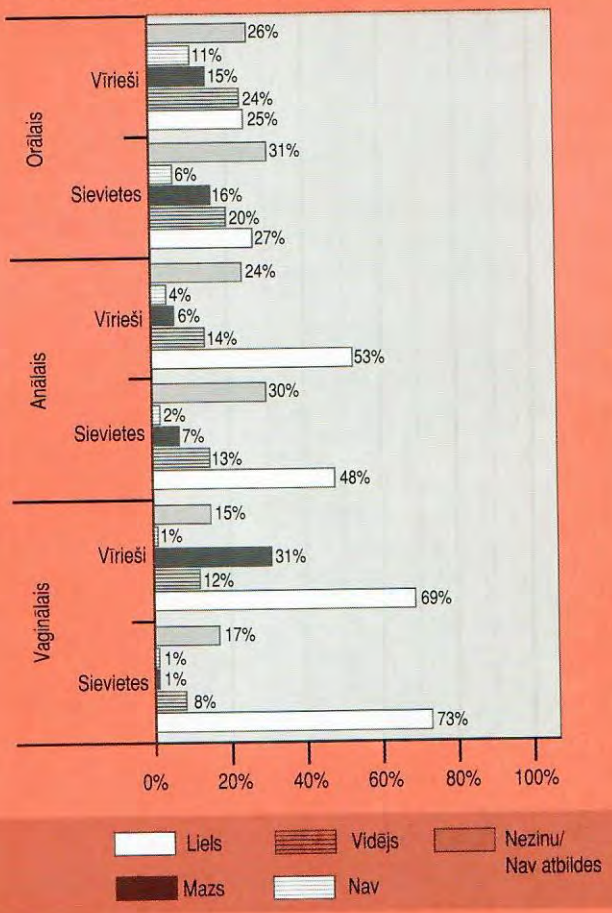
Prezervatīvs ir droša barjermetode, lai mazinātu inficēšanās risku seksuālā kontakta laikā. Kopumā šim apgalvojumam piekrīt 89% sieviešu un 89% vīriešu, kas sakrīt ar 1997. gada aptaujas rezultātiem.

UNAIDS ir noteicis minimālo zināšanu līmeni un uzvedības modeli, kas nepieciešams, lai ikviens sevi pasargātu no HIV un pasaulē sekmīgi tiktu ierobežota HIV/AIDS izplatība. Ikvienam ir jāapzinās, ka inficēšanās risku mazina dzimumattiecības ar vienu, uzticīgu partneri, prezervatīva lietošana, ka pēc izskata vesels cilvēks var būt inficēts ar HIV, un arī tas, ka HIV nevar iegūt no kukaiņu kodumiem un kopīgi ēdot. Tikai 30% aptaujāto Latvijas jauniešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem pareizi spēj identificēt visus šos riskus. Jaunie vīrieši pilsētās ir salīdzinoši labāk informēti nekā viņu vienaudži laukos (attiecīgi 32% un 27%), tostarp jaunās sievietes laukos ir labāk informētas nekā vienaudzes pilsētās (attiecīgi 34% un 28%). Jāpiebilst, ka kopumā jaunieši labi identificē galvenos inficēšanās ceļus, taču joprojām 55% aptaujāto jauniešu pieļauj, ka inficēšanās iespējama no kukaiņu kodiem un 37% jauniešu domā, ka HIV varētu iegūt, ēdot kopā ar inficētu cilvēku.

5.13. attēls. **Inficēšanās riska vērtējums dažādu seksuālu kontaktu laikā**



5.14. attēls. **Inficēšanās iespējas ar HIV/AIDS vērtējums dažādu seksuālu kontaktu laikā jauniešiem**



5.2.2.2. Attieksme pret HIV inficētiem un AIDS slimniekiem

Pētījuma dati liecina, ka sabiedrībā joprojām ir nepareizs priekšstats par iespēju inficēties ar HIV, kas veicina aizspriedumu rašanos pret cilvēkiem ar HIV/AIDS. Tā 69% sieviešu un 64% vīriešu nebūtu ar mieru kontaktēties ar HIV inficētu ārstu vai medicīnas darbinieku. Savukārt ar HIV inficētu pārdevēju vai oficiantu nevēlētos kontaktēties 54% vīriešu un 57% sieviešu. 48% vīriešu un 62% sieviešu nebūtu ar mieru kontaktēties ar HIV inficētu personu kā dzīvesbiedru vai partneri. Gandrīz trešdaļa respondentu vēlētos izvairīties no HIV inficētajiem darbā, draugu vidū, kaimiņiem, kā arī dažādu valsts iestāžu darbiniekiem. Jāpiebilst, ka vīrieši savos izteikumos ir nedaudz piesardzīgāki nekā sievietes. Jauniešu priekšstati būtiski neatšķiras no vecākās paaudzes viedokļa. Savukārt, jo augstāks izglītības līmenis, jo respondenti ir tolerantāki attiecībā pret cilvēkiem ar HIV/AIDS.

5.2.2.3. HIV testa veikšana

HIV tests kaut reizi dzīves laikā ir veikts 40% aptaujāto sieviešu un 25% vīriešu. Vairāk nekā 50% sieviešu 30–39 gadu vecuma grupā ir veikta šī pārbaude. Lielāks HIV testu skaits sievietēm skaidrojams ar to, ka grūtniecības novērošanas laikā brīvprātīgs HIV tests tiek rekomendēts divas reizes – grūtniecības sākumā un pēc 30. grūtniecības nedēļas. 47% sieviešu min, ka tests ir veikts tieši grūtniecības laikā. Tomēr lielākā daļa HIV testu (64% vīriešu un 50% sieviešu) tiek veikti profilaktiskās apskates ietvaros (5.15. attēls.)

Aptaujas rezultāti liecina, ka HIV pirmstesta un pēctesta konsultācijas netiek veiktas atbilstošā kvalitātē, informējot pacientu par HIV testa sekām un izskaidrojot testa rezultātus. Tā 63% no sievietēm un 56% no vīriešiem, kuriem veikts HIV tests, atzīst, ka viņiem izskaidrots testa veikšanas mērķis un procedūra, bet apmēram trešdaļa un mazāk respondentu atzīst, ka pirms testa veikšanas viņiem paskaidroti iespējamie izmeklēšanas rezultāti un sekas, infekcijas ceļi un profilakse. Tikai ceturtdaļa izmeklēto personu atzīst, ka pēc testa veikšanas ārsts viņiem veltījis pietiekami daudz laika. Testa rezultāti izskaidroti 30% sieviešu un 29% vīriešu, bet par inficēšanās draudiem informēti 19–20% respondentu. Savukārt 60% sieviešu un 56% vīriešu atzīst, ka ārsts paziņojis rezultātu, neko nepaskaidrojot.

5.2.3. Neauglība

Par neauglību uzskata situāciju, kad viena gada laikā, regulāri dzīvojot dzimumdzīvi, pārim neizdodas panākt grūtniecības iestāšanos. Vecumam ir ļoti liela nozīme neauglības izārstēšanā, jo jau dabiski pēc 35 gadu vecuma sievietes auglība samazinās uz pusi. Saskaņā ar dažādu pētījumu datiem, pasaulē vidēji 10–15% pāru ir neauglīgi.

Pētījuma ietvaros veiktajā aptaujā, 9% jeb 115 aptaujāto sieviešu paudušas aizdomas, ka viņas ir neauglīgas. Lielākā daļa ir konsultējušās ar ārstu. Savukārt 3% jeb 40 vīriešu respondentu atzinuši aizdomas par neauglību, taču tikai trešdaļa konsultējusies ar ārstu (skatīt 5.16. attēlu).

Salīdzinājumā ar 1997. gada reproduktīvās veselības pētījumu, kad 4% sieviešu un 1% vīriešu sevi uzskatījuši par neauglīgiem, 2003. gada rezultātus varētu vērtēt divējādi. Pirmkārt, ņemot vērā lielo seksuāli transmisīvo infekciju gadījumu skaitu (skatīt 5.3., 5.4., 5.5. un 5.6. attēlu) deviņdesmitajos gados, var izvirzīt hipotēzi, ka šo infekciju sekas izpaužas kā lielāks neauglības gadījumu skaits vēlākā periodā. Tā 16 respondentes, kuras sevi pašlaik uzskata par neauglīgām, norāda arī uz to, ka ir pārslimojušas ar STI. Otrkārt, vērtējot kopsummā sieviešu un vīriešu iespējamos neauglības rādītājus, mēs iegūstam skaitli, kas atbilst vidējai neauglības statistikai pasaulē.

Pētījuma rezultāti liecina, ka samērā bieži neauglības iemesls netiek noskaidrots. Tā 22 sievietes, kuras konsultējušās ar ārstu, atzīst, ka neauglības iemesls nav atklāts (5.16. attēls).

Gan sievietes, gan vīrieši pārsvarā izvēlējušies ārstēšanos pie speciālista. Tā 83% sieviešu ārstējušas neauglību pie ginekologa, 79% vīriešu pie urologa, androloga, seksopatologa, dermatovenerologa. Populāra ir abu partneru ārstēšanās vienlaikus pie viena ārsta. Taču aptauja nesniedz atbildi, kas ir šie abus dzimumus konsultējošie ārsti, jo katrā ārstniecības iestādē ir savi darbības principi un tas var būt jebkurš no iepriekšminētajiem speciālistiem, kā arī neviens no tiem. Ideālā situācijā ar šo problēmu būtu jānodarbojas specializētā iestādē, kur vienā komandā strādā ginekologs, andrologs, laboratorijas ārsti un citi speciālisti.

Mūsdienās arī Latvijā ir attīstījusies ārpusķermeņa apaugļošanas tehnoloģija, kas palīdz risināt ģimenes pieauguma problēmu neauglīgiem pāriem. Dažādas klīnikas piedāvā dažādas metodes – medikamentu lietošanu, netradicionālo medicīnu, inseminmāciju, ārpusdzemdes apaugļošanu. Vienīgais šādas iestādes darba rezultāta patiesais vērtējums būtu sasniegto grūtniecību skaits. Jāuzsver, ka neviena no neauglības ārstēšanas metodēm Latvijā nav valsts apmaksāta. Līdz ar to ārstēšanās kursa cenas nosaka iestādes, kur tās tiek veiktas. Ārpusķermeņa apaugļošana izmaksā aptuveni 800–1000 latus, taču bieži vien ir nepieciešams to atkārtot. Iespējams, tieši pakalpojuma finansiālas nepieejamības dēļ tikai 54% vīriešu un 66% sieviešu ir informēti par to, ka Latvijā iespējama ārpusdzemdes apaugļošana.

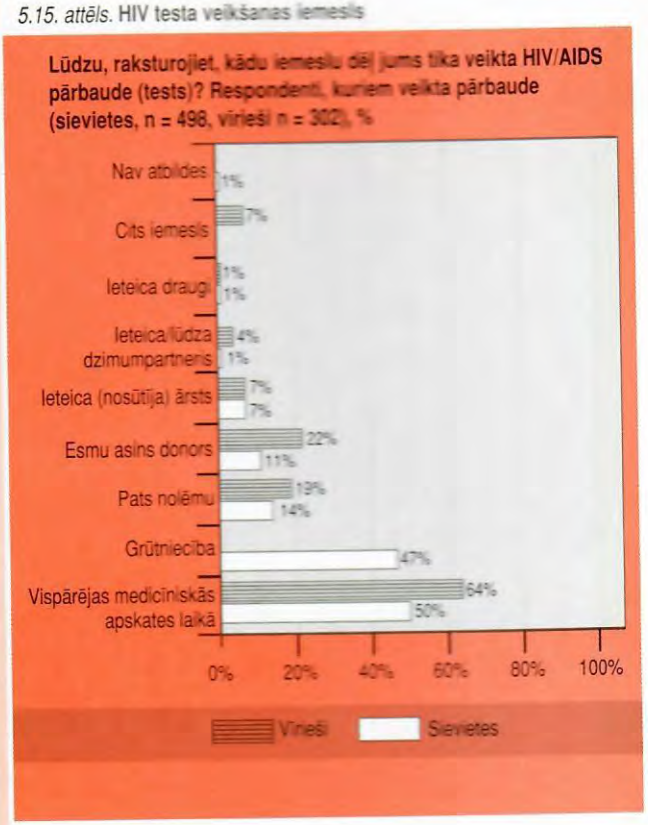
5.2.4. Grūtniecības un dzemdību medicīniskie aspekti

Pēdējos gados vērojama pozitīva tendence mātes un perinatālās mirstības rādītāju dinamikā. Laika periodā no 1996. līdz 2001. gadam nozīmīgākie iemesli mātes mirstībai ir bijuši ar grūtniecību netieši saistīti iemesli (aneirismas plīsumi, pašnāvības), asiņošanas, aborta sarežģījumi un augļūdeņu embolijas[5].

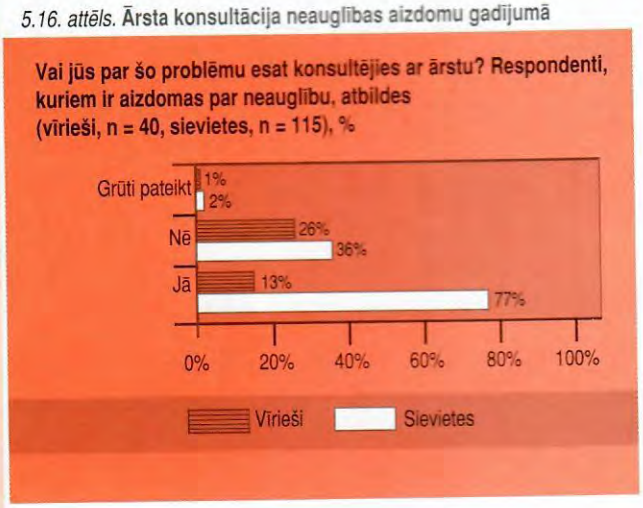
Vērtējot dažādu grūtniecības sarežģījumu sastopamību, tikai grūtniecības pārtraukšanās draudi vienlīdz bieži minēti šā pētījuma un oficiālajos valsts statistikas datos, ko varētu vērtēt kā objektīvu atradni (skatīt 5.18. attēlu). Citos gadījumos salīdzinājums ar oficiālo statistiku nav precīzs, jo nesakrīt slimības definējums vienā un otrā avotā.

Pēc pētījuma datiem gandrīz puse grūtnieču lietojušas dzelzs preparātus, bet tikai 20% atzīst, ka viņām bijusi mazasinība. Jo nesenākā pagātnē bijušas

5.15. attēls. **HIV testa veikšanas iemesls**



5.16. attēls. **Ārsta konsultācija neauglības aizdomu gadījumā**



dzemdības, jo lielāks skaits sieviešu lietojis vitamīnus un dzelzs preparātus, kas ļauj secināt, ka biežāk dzelzs preparāti lietoti profilaktiski.

11% aptaujāto sieviešu atzīst, ka grūtniecības laikā smēķējušas. Satraucoši, ka ievērojami vairāk smēķētāju grūtnieču vidū ir bijis pēdējos gados – pēc 2000. gada. Arī kopumā pētījuma dati liecina, ka smēķēšana kļūst arvien izplatītāka parādība, īpaši jauniešu vidū.

[5] Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata. – 2001.

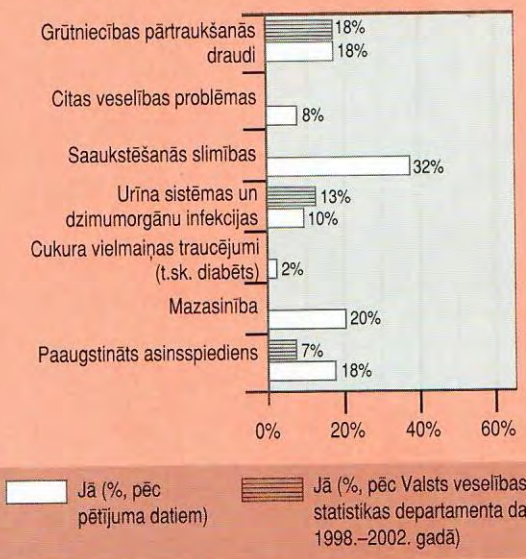


5.17. attēls. **Māšu mirstība Latvijā no 1995. līdz 2001. gadam (uz 100 000 dzīvi dzimušajiem)**

Avots: *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata. – 2001.*

5.18. attēls. **Medicīniska rakstura problēmas grūtniecības laikā**

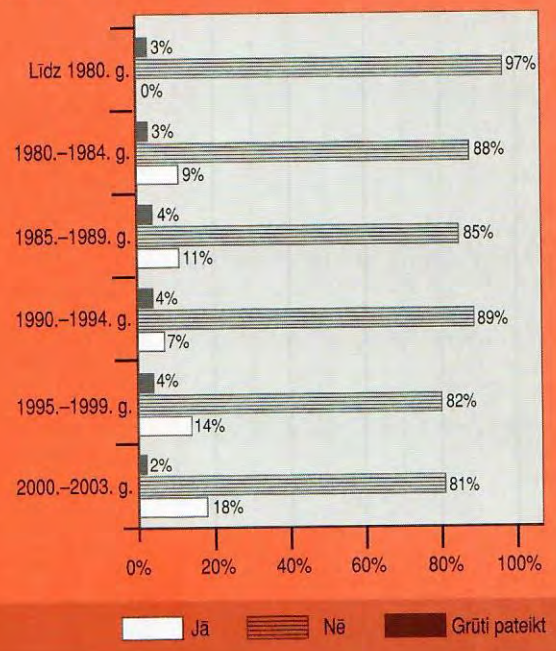
Vai grūtniecības laikā jums bijuši sarežģījumi šādu iemeslu dēļ?
Sieviešu, kurām bijušas dzemdības (n = 764), atbildes, %



Avots: *Pētījums un Valsts veselības statistikas departamenta dati.*

5.19. attēls. **Smēķēšana grūtniecības laikā**

Vai smēķējāt grūtniecības laikā?
Sieviešu, kurām bijušas dzemdības (n = 759), atbildes, %



5.3. Veselības aprūpe

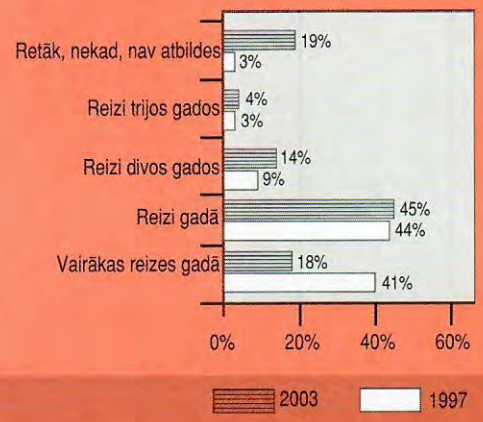
5.3.1. Ārstu apmeklējums

Sievietes biežāk nekā vīrieši pārskatam veiktajā aptaujā atzīst, ka reģistrējušās pie ģimenes ārsta (attiecīgi 95% un 88%). Lielākais nereģistrēto pacientu daudzums ir Rīgā. Vīriešiem ievērojami vairāk nereģistrētu respondentu ir vecuma grupā no 45 līdz 49 gadiem (19%), nepilsoņu (18%) un bezdarbnieku (29%) vidū.

Veselību ir apdrošinājušas 21% sieviešu un 23% vīriešu. Veselību vairāk apdrošina vecāka gadagājuma, turīgi un izglītotāki cilvēki, kā arī rīdzinieki. Taču pat augstākajā ienākumu grupā, kurā mēnesī uz ģimenes locekli tiek iegūts virs 141 lata, apdrošināto respondentu skaits nepārsniedz 38% sievietēm un 33% vīriešiem. Darba devēji visbiežāk iegādājas apdrošināšanas polises darbiniekiem 30–34 gadu vecuma grupā. Savukārt ģimenes iegādājas apdrošināšanas polises jauniem vīriešiem vai vecākām sievietēm. Izredzes iegūt darba devēja apmaksātu polisi pieaug līdz ar darbinieka izglītības līmeni. Visvairāk apdrošinātu darbinieku ir Latgalē.

5.20. attēls. **Ginekoloģisko apskašu apmeklēšanas biežums**

Vidēji cik bieži jūs apmeklējat ginekoloģiskās apskates?
Visu sieviešu atbildes 1997. gadā (n = 2990) un 2003. gadā (n = 1251), %



Sievietes biežāk nekā vīrieši apmeklē ārstu. Pēdējo 12 mēnešu laikā ambulatorās iestādes apmeklējuši 84% sieviešu un 68% vīriešu. Ārsta apmeklējuma biežumam nav saistības ar respondenta ienākumiem. Reproduktīvā vecuma respondenti laukos ārstu apmeklējuši pat biežāk nekā pilsētā. Latvieši un Latvijas pilsoņi biežāk nekā citu tautību pārstāvji un nepilsoņi apmeklē ambulatorās iestādes.

5.3.2. Sieviešu profilaktiskās apskates

63% aptaujāto sieviešu atbild, ka profilaktiskās ginekoloģiskās apskates veic reizi gadā vai biežāk. Vēl 18% tās apmeklē reizi 2–3 gados. Tikpat daudz sieviešu apskates veic retāk vai nekad. Par spīti veselības aprūpes reformai, joprojām populārākais ārsts šādu apskašu veikšanai ir ginekologs. Salīdzinot 1997. un 2003. gada aptauju datus, samazinājies to sieviešu skaits, kuras apmeklējušas profilaktiskās apskates biežāk nekā reizi gadā (skatīt 5.20. attēlu).

Profilaktisko apskašu neapmeklēšanā pieejamība nespēlē galveno lomu (skatīt 5.1. tabulu). Pētījumam veiktās aptaujas dati rāda, ka profilaktiskās apskates regulāro apmeklētāju skaits ir līdzīgs visās ienākumu grupās, līdz ar to materiālais stāvoklis ārsta regulāru apmeklējumu būtiski neietekmē. Nokļūšanu pie ārsta par problēmu uzrāda tikai 6% no apskates neapmeklējošām sievietēm. Pacientes turīgums savukārt ietekmē ārsta izvēli, turīgākām sievietēm ir lielākas izvēles iespējas, izvēloties slimokases apmaksātos vai privāta ārsta pakalpojumus.

5.1. tabula.
Kāpēc sievietes neapmeklē profilaktiskās ginekoloģiskās apskates?
Sieviešu, kuras apmeklējušas ginekologu retāk nekā reizi divos gados (n = 276), atbildes, %

1. Man nav nekādu ginekoloģisku sūdzību:	61%
2. Nepatīk ginekoloģiska izmeklēšana:	36%
3. Man nav laika:	17%
4. Neviens nav aktīvi aicinājis uz apskati:	16%
5. Ārsta pakalpojums izmaksā pārāk dārgi:	14%

Tikai 59% sieviešu apmeklējušas ginekologu pēdējo 12 mēnešu laikā. No ārstu apmeklējušām sievietēm 66% pie ginekologa vērsušās profilaktiskas apskates dēļ, bet apmēram piektdaļa aptaujāto sieviešu pie ginekologa vērsušās ginekoloģiskas saslimšanas vai izziņas dēļ. Profilaksi biežāk veic gados vecākas sievietes un tādas, kurām ir augstāka izglītība. 15–19 gadu vecuma grupā nedaudz vairāk par pusi sieviešu pie ginekologa gājušas uz profilaktisko apskati, bet aptuveni trešdaļai bijusi nepieciešama izziņa. Ginekologa profilaktisku apmeklējumu sievietes mantiskais stāvoklis būtiski neietekmē.

Vairākums profilaktiskās apskates reti apmeklējošu sieviešu uzskata, ka ārsts jāapmeklē tikai sūdzību gadījumā. Visvairāk šādu sieviešu ir 30–34 gadu vecuma grupā, sasniedzot 87%, turpretim tā domā tikai nedaudz vairāk par pusi vecāka gada gājuma sieviešu. 60–66% sieviešu 15–24 gadu vecumā ārstu neapmeklē tāpēc, ka nav sūdzību. To apstiprina arī jauniešu fokusa grupu diskusiju dati.

(..) Tad es arī aizietu, ja būtu problēma. Es aizietu pēdējā stadijā, kad man būtu problēma. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Šādai attieksmei ir vairāki cēloņi. Pirmkārt, jaunietes kā problemātiskas min ārstu un viņu klientu attiecības. No vienas puses, tiek uzskatīts, ka ārsti pacienta vizītei tērē par maz laika un neizrāda ieinteresētību, kontaktējoties ar pacientu.

(..) Tādu ginekologu, kuri tiešām atdodas darbam, ir ļoti maz. Jo viņiem ir ļoti daudz cilvēku... Sievietes, pacienti. Un ir tā, ka lielākā daļa (ginekologu) (..) nav ieinteresēti tavā kaut kādā tur (veselībā). Jā, viņi izārstēs slimību, ieteiks kaut kādas zālītes, monogāmas attiecības. Nu labi, viņi neiesaka veikt abortu, viņi grib tevi atrunāt, bet tik un tā tas ir viņu darbs un viņi to dara. Bet viņi nepārkāpj tam (slieksnim), ka viņi varētu būt tavs draugs. Lai palīdzētu, lai tu varētu izrunāties. Tādu ārstu (kas to var izdarīt) ir ļoti maz. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

No otras puses, tiek minēts, ka sliktās attiecības ar ārstu ir arī pacientu atbildības joma. Nozīmīgs faktors ārsta neapmeklēšanai ir bailes. Sievietes jūtas vainīgas par to, ka ārsts nav apmeklēts, un vaina vairo baiļu sajūtu.

(..) Attieksme pret mums ir atkarīga arī no tā, kādu attieksmi mēs izrādām pret ārstiem. Kāda mums ir problēma un kādā stadijā. Protams, ka ārsti ir nokaitināti tad, kad mēs aizejam jau ar šausmīgi samilzušu problēmu, tad viņiem liekas – nu vai tad tiešām, meitenes, jūs nezināt, ka ir tā un tā un ir jādara tā un tā, vajadzēja par šo jautājumu runāt un domāt daudz agrāk. Protams, ja dienā atnāk 10 tādi cilvēki, viņi ir nokaitināti līdz baltkvēlei. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Lauku jaunietes kā problēmu min arī mazas ārsta izvēles iespējas. Ārsts bieži ir pieejams, taču jaunietes šim ārstam neuzticas. Kā iemesls minēts gan konfidencialitātes trūkums, gan ārsta profesionālisms. Tikai daļa sieviešu var atļauties braucienu uz pilsētu pie ārsta, kuram uzticas.

Otrkārt, lai arī kopumā jaunietes zina, cik bieži ārsts ir jāapmeklē, neapmeklēšana netiek uzskatīta par draudu. Ārstu apmeklē konkrētas vajadzības dēļ – izziņas, zāļu receptes saņemšanai vai sūdzību gadījumā. Aptaujā šādi motivētu jauno sieviešu ir tik, cik vidēji visu reproduktīvā vecuma sieviešu vidū, bet mazāk nekā 24–35 gadu vecuma grupā.

Treškārt, profilaktiskā apskate tiek aizmirsta. 15% sieviešu aptaujā atzīst, ka ārstu neapmeklē, jo neviens nav aktīvi aicinājis. Jaunietes fokusa grupu diskusijā ārsta apmeklējumu saista ar kādu konkrētu vajadzību, tai pašā laikā apzinoties ārsta regulāras apmeklēšanas svarīgumu.

(..) Ja atceras un gribas aiziet, tad es aizeju pie ginekologa. Ja rodas interese par kaut kādām pretapaugļošanās tabletēm. (..) Vai arī – ja man rodas problēmas ar tādu lietu kā negaidīta bērna ieņemšana, arī tad es meklēju ārstu.

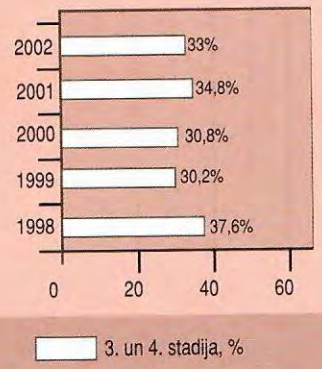
Bet es uzskatu, ka vislabāk ir apmeklēt divreiz gadā. Profilaksei. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

5.3.3. Krūts dziedzeru profilaktiskā izmeklēšana

Profilaktiskās apskates un pašu sieviešu veikta krūts dziedzeru izmeklēšana ir nozīmīgs paradums reproduktīvās veselības uzturēšanai. Krūts dziedzeru ļaundabīgais audzējs joprojām ir pirmajā vietā Latvijā starp ļaundabīgiem audzējiem, kas reģistrēti sievietēm. Kopš iepriekšējā reproduktīvās veselības pētījuma 1997. gadā joprojām liela daļa krūts vēža gadījumu tiek atklāta vēlīni – 3. un 4. audzēja stadijā. Arī mirstība krūts vēža dēļ nemazinās – 2002. gadā tā bija 33 uz 100 000 sieviešu (skatīt 5.21. attēlu).

5.21 .attēls. **Statistikas dati par krūts vēža diagnostiku vēlīnās stadijās**

Krūts vēža diagnostika vēlīnās stadijās, % no visiem diagnosticētajiem krūts vēža gadījumiem



Avots: *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra.*

Daudzos gadījumos krūts vēzi būtu iespējams atklāt agrīnākās stadijās, ja plašāk tiktu izmantoti divi galvenie skrīninga veidi – mamogrāfija reizi divos gados sievietēm pēc 40 gadu vecuma un krūts dziedzeru pašizmeklēšana visām sievietēm. Gan vērtējot krūts vēža statistikas tendences, gan šā pētījuma datus, var secināt, ka šo skrīninga iespēju lietojums Latvijā varētu būt ievērojami plašāks. Būtu nopietni jāizvērtē iespēja pāriet uz aktīvā skrīninga taktiku – sievietes pēc 40 gadu vecuma mērķtiecīgi, individuāli uzaicinot veikt mamogrāfiju.

Līdz pat 28% pētījuma respondenšu krūšu dziedzeru pārbaude pēdējo 12 mēnešu laikā nav veikta (skatīt 5.22. attēlu). 51% sieviešu apgalvo, ka to veicis ginekologs.

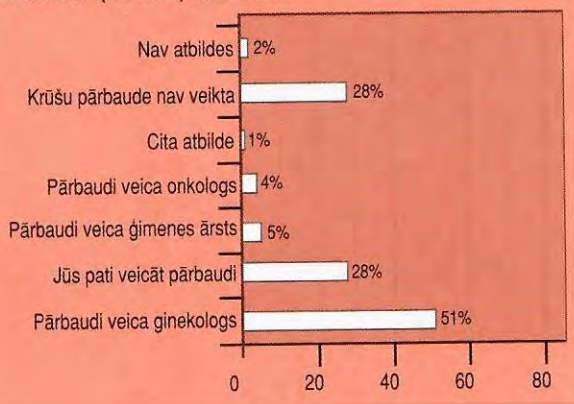
Krūts dziedzeru pašizmeklēšanu veic 77% sieviešu, tomēr tikai 30% no šīm sievietēm to veic regulāri – vismaz reizi mēnesī. Jāsecina, ka situācija ir tikai nedaudz uzlabojusies, salīdzinot ar 1997. gada pētījumu, kad tikai 56% sieviešu veica pašizmeklēšanu, bet regulāri (reizi mēnesī) to bija veikušas aptuveni puse no šīm sievietēm.

Informētība un izglītības līmenis ievērojami ietekmē sievietes rūpes par savu veselību (skatīt 5.23. attēlu). Ievērojami mazāk sieviešu (21%), kurām ir tikai pamatizglītība, veic krūšu pašizmeklēšanu reizi mēnesī. Turklāt 46% sieviešu ar pamatizglītību to neveic vispār.

Jautātas, kādēļ neveic krūšu pašizmeklēšanu, sievietes biežāk atbild, ka to uztic darīt ārstam (29%), aizmirstot (26%), neuzskata to par nepieciešamu

5.22. attēls. **Krūts dziedzeru pārbaude pēdējo 12 mēnešu laikā**

Vai pēdējo 12 mēnešu laikā jums ir veikta krūšu pārbaude? Visu sieviešu (n = 1251) atbildes, %

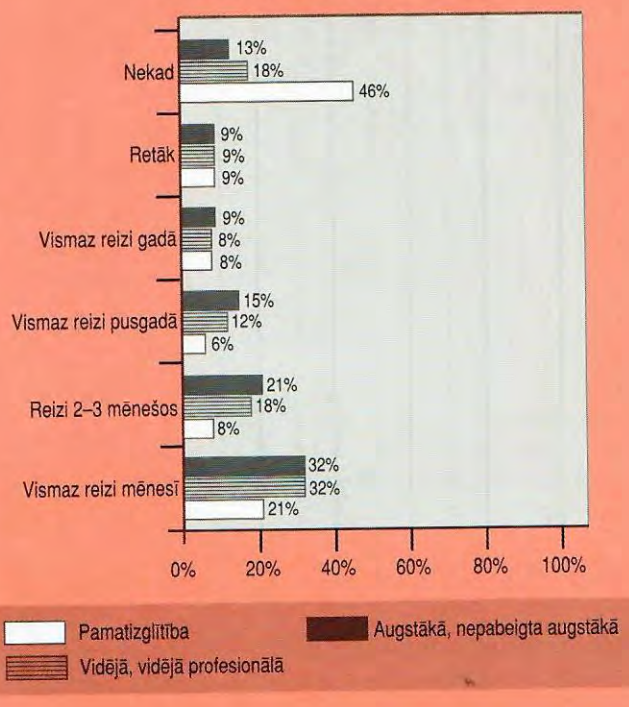


(21%), nezina, kā tas darāms (21%), vai neko nav dzirdējušas par šādu metodi (6%). Salīdzinājumam 1997. gada pētījumā biežāk minētie iemesli bija: apskati veic pie ginekologa (49%); domā, ka nevar saslimt ar krūts vēzi (20%); nezina, kā to veikt (14%); slinkums (9%) un neko par to nav dzirdējušas (7%). Jāpiebilst, ka atšķirībā no 2003. gada pētījuma 1997. gadā sievietēm bija jāizvēlas tikai viens atbildes variants.

Pieaugot vecumam, arvien mazāk ir sieviešu, kuras nekad pašas neizmeklē savas krūtis (skatīt 5.24. attēlu). Šī tendence būtu vērtējama pozitīvi, jo tieši

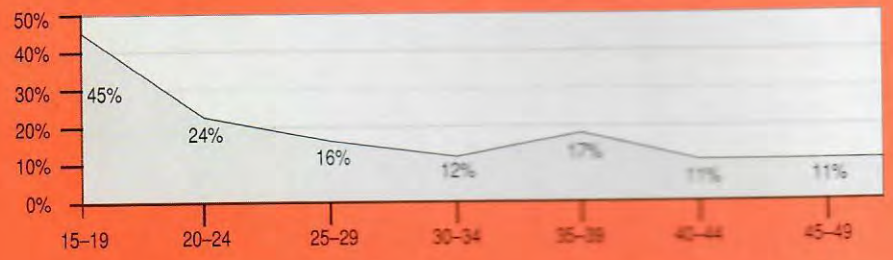
5.23. attēls. **Krūts dziedzeru pašizmeklēšanas biežums pēc sievietes izglītības līmeņa**

Vidēji cik bieži jūs pati sev pārbaudāt krūtis? Visu sieviešu (n = 1251) atbildes, %



5.24. attēls. **Sieviešu, kuras neveic krūts pašizmeklēšanu, vecuma struktūra**

Sievietes, kuras uz jautājumu "Vidēji cik bieži jūs pati pārbaudāt krūtis?" atbildējušas "nekad" pēc vecuma grupām (n = 245), %



pēc 40 gadu vecuma pieaug krūts ļaundabīgo slimību sastopamība, un krūts dziedzeru pašizmeklēšanai ir arvien lielāka nozīme. Tomēr apmēram 10% šīs vecuma grupas sieviešu krūšu pašizmeklēšanu neveic.

Tikai 19% visu sieviešu atbildējušas, ka viņām veikta mamogrāfija. Mamogrāfija nekad nav veikta 62% sieviešu 40–49 gadu vecuma grupā, lai arī šajā vecumā nepieciešama mamogrāfijas veikšana reizi divos gados (skatīt 5.25. attēlu).

5.3.4. Vīriešu reproduktīvās veselības aprūpe

Vīriešu reproduktīvās veselības aprūpi veic ģimenes ārsts. Lielākā daļa vīriešu (62%) nekad nav apmeklējuši urologu, venerologu vai andrologu. Pie šiem ārstiem pēdējo 12 mēnešu laikā vērsušies tikai 12% respondentu. Lielākā daļa vīriešu pie šiem ārstiem vēršas, lai saņemtu izziņu.

Pirmkārt, kā liecina jauniešu fokusa grupu diskusijas, vīriešu speciālista apmeklējuma biežums sakņojas uzskatā, ka seksuālā un reproduktīvā veselība vīriešiem piemīt mazākā mērā un pati veselība vairāk saistās ar drošu seksu un seksuāli transmisīvām infekcijām. Otrkārt, jaunie vīrieši līdzīgi kā jaunietes uzskata, ka pie ārsta jāiet problēmu gadījumā. Jaunie vīrieši kopumā ir informēti par vīrietiskās veselības apskates nepieciešamību, taču tai netic un uzskata, ka tā tomēr nav jāveic.

(..) Ja cilvēkam viss ir kārtībā, tad viņš ne ar ko neriskē, ja arī ir kāda slēpta slimība. Viņš riskē, ja viņam kaut kas nav kārtībā, tad viņš riskē ar potenci noteikti. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Ārsta neapmeklēšana ir kļuvusi par rīcības modeli.

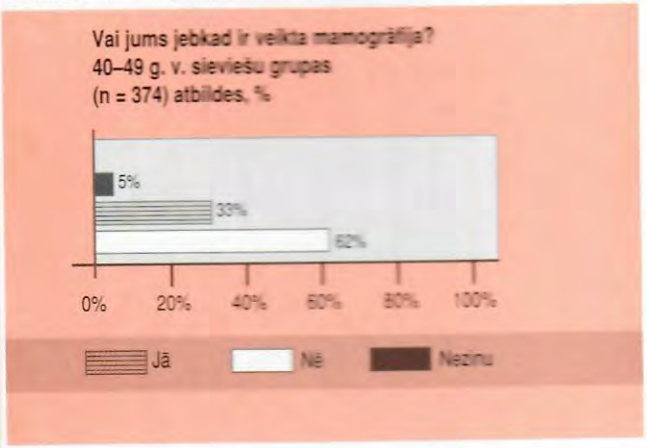
(..) Vēl es domāju, ka mums nav ārsta apmeklēšanas tradīcijas. Rietumos tas vēl tā ir pieņemts, bet mums ne. (Vīrietis, krievvalodīgo jauniešu grupa)

Treškārt, lai arī jaunieši apjauš nepieciešamību izmeklēties, viņi nezina, pie kāda ārsta vērsties. Diskusijā kā iespējams ārsts pēc līdzības ar sievietēm tika minēts pat ginekologs. Nepieciešamības gadījumā problēma tiek uzticēta ģimenes ārstam. Nav zināšanu par ārsta sniegtajiem pakalpojumiem, līdz ar to nav arī pārliecības par ārsta spēju palīdzēt.

(..) Man šķiet, ka daudzi mūsu medicīnai vienkārši netic, jo tā vēl nav tik labi attīstīta. (Vīrietis, krievvalodīgo jauniešu grupa)

Ceturtkārt, reproduktīvās veselības jautājumi ir dziļi saistīti ar vīrietības apziņu un katra vīrieša vērtību. Tāpēc tie ir arī vairāk stigmatizēti par sievietes reproduktīvo veselību.

5.25. attēls. **Mamogrāfijas veikšana 40–49 gadu vecām sievietēm**



(..) Tāpēc, ka bieži vien vīrieši savu vīrišķību asociē ar savu dzimumspēju. Un atzīstot to, ka ar dzimumspēju kaut kas nav kārtībā, iet pie ārsta. Tādā veidā iedragā savu pašcieņu. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Šie jautājumi ir arī ļoti konfidenciāli. Jaunos vīriešus ietekmē stereotipi, ka reproduktīvās veselības speciālistus parasti apmeklē vīrieši ar reproduktīvās veselības problēmām.

(..) Bail, ka es tur aiziešu un redzēšu, ka sēž man kāds pazīstams. Man būtu bail. Uzreiz sāktu, piemēram, skolā vai citur... viņam tur tas, tas... Nav konfidencialitātes, man tā liekas. Negribas atzīt, ka, iespējams, esi slims. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Kā galveno ārsta neapmeklēšanas risku jaunieši min potences zudumu, taču tic, ka šo problēmu noteikti laikus pamanīs paši un pagūs doties pie ārsta, lai problēmu novērstu. Mazāk tiek domāts par veselību ilgtermiņa skatījumā. Paši jaunieši atzīst, ka šī veselība ir mazāk "pamanāma" un viņiem trūkst informācijas par tās uzturēšanu.

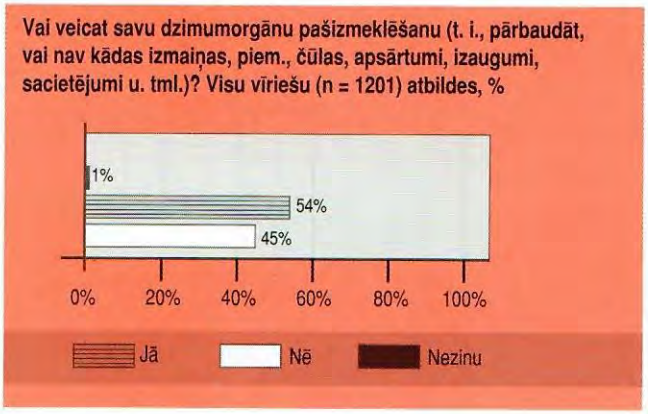
Ceturtkārt, jaunie vīrieši krievvalodīgajā grupā uzskatīja, ka par agru doties pie speciālista, seksuālo un reproduktīvo veselību galvenokārt saistot ar spēju radīt veselus pēcnācējus.

(..) Līdz 22 gadu vecumam pārāk agri domāt par ārstu apmeklējumu. Bet principā līdz bērna piedzimšanai jau vajadzētu noteikti aiziet. (Vīrietis, krievvalodīgo jauniešu diskusija)

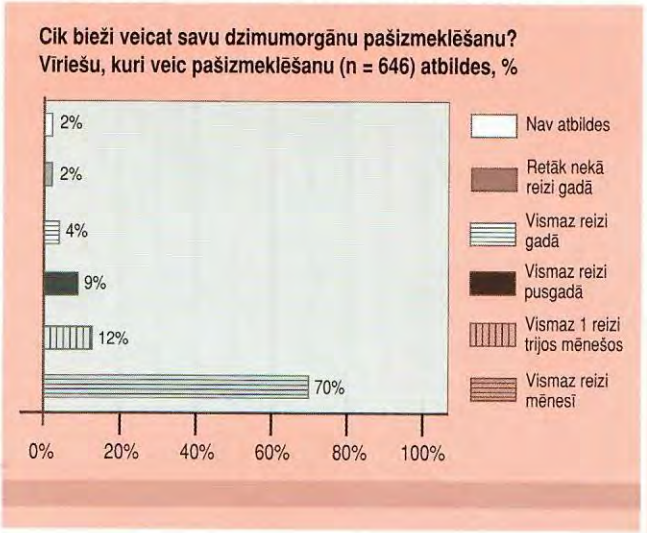
5.3.5. Vīriešu dzimumorgānu pašizmeklēšana

Aptuveni puse vīriešu veic dzimumorgānu pašizmeklēšanu, no viņiem 70% pašizmeklējas vismaz reizi mēnesī (skatīt 5.26. un 5.27. attēlu).

5.26. attēls. **Vīriešu dzimumorgānu pašizmeklēšana**



5.27. attēls. **Vīriešu dzimumorgānu pašizmeklēšanas biežums**



5.3.6. Ārsta apmeklēšanas paradumi jauniešiem

Kā liecina pārskatam veiktās aptaujas dati, jaunieši uzskata, ka ārsts jāapmeklē tikai tad, ja nepieciešama ārstēšanās. Tā 60–66% 15–24 gadu vecu sieviešu ginekologu neapmeklē, ja nav sūdzību. Ja 15–16 gadu vecas meitenes saslimtu, piektā daļa nogaidītu, vai slimība nepāries pati no sevis. Līdzīgi rīkotos 25% šā vecuma puišu. Viens no iemesliem ārsta neapmeklēšanai varētu būt zināšanu trūkums par reproduktīvās veselības saslimšanām un to sekām. Jaunietes neuzskata, ka ārsta neapmeklēšana varētu apdraudēt viņu veselību. Kā otru nopietnu iemeslu var minēt ārstu un pacientu attiecības. Aptaujas par jauniešiem draudzīgiem pakalpojumiem[6] rezultāti rāda, ka 16% meiteņu 15–24 gadu vecumā apmeklēja ginekologu ārpus savas dzīvesvietas, kā iemeslu minot konfidencialitātes vai profesionalitātes trūkumu. Šis pētījums rāda, ka jaunieši īpaši lauku reģionos baidās uzticēties ārstiem konfidencialitātes neievērošanas dēļ. Tā kāda jauniete LĢPSVA *Papardes zieds* vaicā:

Kas draud ginekologam par konfidencialitātes neievērošanu? Es esmu nepilngadīga. Biju pie ginekologa un uz jautājumu par dzimumattiecībām atbildēju taisnību – jā. Mana māte strādā poliklīnikā. Ginekoloģe viņai izstāstīja par mani, bet māte to jau zināja. Pēc kāda laika mātei citas dakteres deva mājienus, ka viņas arī zina par mani. Palīdziet, es negribu, lai visa pilsēta par mani zinātu.

Daudzas meitenes baidās no ginekologa apmeklējuma un pirmo vizīti pie ginekologa raksturo kā nepatīkamu.[7] Jaunietes uzsver privātprakses ārstu ieinteresētību, lielāku jautājumu daudzumu, kas liecina par iedziļināšanos un rūpēm.

Puiši uzskata, ka reproduktīvās veselības problēmu viņiem piemīt mazāk nekā meitenēm. Pie ārsta jāiet, ja ir problēmas, taču tāpat kā meitenes baidās no informācijas noplūdes. Bieži puiši nezina, kādu ārstu būtu nepieciešams apmeklēt. Naudas trūkums kā ārsta neapmeklēšanas iemesls ir aktuāls 17–19 gadus veco jauniešu grupā.[8]

Pārskatam veiktajā jauniešu fokusa grupu diskusijā tika minēts, ka uzticēšanās ģimenes ārstam vai ginekologam, no vienas puses, ir atkarīga no ārsta profesionālisma un atsaucības. No otras puses, attieksme saistīta ar pašu jauniešu izpratni par ģimenes ārsta lomu veselības aprūpē. Ja ārsts tiek uztverts kā formālu izziņu izdevējs, uzticība tam ir zema:

(..) Man tāda sajūta, ka ģimenes ārsti tam arī domāti, lai tu aizietu, viņš tev uzraksta norīkojumu, izziņu, lai mazāk jāmaksā, ejot pie speciālista, lai ātrāk tiktu. Un ar to arī beidzas viss, ko viņš var darīt. Droši vien būtu jādara vairāk, bet viņš nedara. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Kopumā jaunietes atbalsta stereotipu, ka labāks ir ārsts, kurš specializējas vienā noteiktā nozarē. Ģimenes ārsta kompetence tiek uzskatīta par pārāk virspusēju.

Interesanti, ka jaunajiem vīriešiem ir labvēlīgāka attieksme pret ģimenes ārstu. Pirmkārt, ar ārstu jau ir nodibinājušās ilglaicīgas attiecības. Jaunie vīrieši stabilas attiecības ar ārstu sākuši veidot jau agrīnā vecumā un tās turpina, pediatriem pārkvalificējoties par ģimenes ārstu, līdz ar pieredzi radot pieradumu vērsties pēc palīdzības pie sava ārsta. Tāpēc ģimenes ārsts jauno vīriešu vidū ir atpazīstamāks par reproduktīvās veselības speciālistiem. Otrkārt, jaunie vīrieši ģimenes ārstu kopumā apmeklē retāk nekā citas vecuma grupas. Lielākoties tas tiek darīts, lai atrisinātu kādu noteiktu veselības problēmu, nevis profilakses nolūkā.

Ģimenes un draugu lokā tiek izvērtēta veselības problēmas nozīmība un nepieciešamība vērsties pie ārsta. Jaunietes kā pirmo konsultantu min ģimeni, mammu un draudzenes, bet jaunie vīrieši pirmo konsultāciju par reproduktīvo veselību visdrīzāk lūgtu draugam vai arī par to lasītu bukletos.

5.3.7. Speciālista izvēle

Par spīti veselības aprūpes reformai, kas primāro veselības aprūpi sliecas novirzīt ģimenes ārstu rokās, sievietēm joprojām populārākais ārsts profilaktiskas ginekoloģiskas apskates veikšanai ir ginekologs. Pēdējo 12 mēnešu laikā tikai 9% sieviešu no visām profilaksi veikušajām sievietēm izmeklējušās pie sava ģimenes ārsta, bet vēl 5% apmeklējušas abus ārstus. Joprojām ir liels to sieviešu skaits, kuras vēlētos ginekologu kā pirmās pieejamības ārstu.

[6] Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP/UNFPA, 2002.
[7] Turpat.
[8] Turpat.

76% sieviešu ģimenes ārstam neuzticētu veikt profilaktisko ginekoloģisko apskati. Pret ģimenes ārsta sniegtu pakalpojumu vairāk iebilst sievietes ar augstāku izglītības līmeni. Lai arī Rīgā ginekologs ir pirmās pieejamības ārsts, tieši te ir visvairāk sieviešu (23%), kuras apmeklētu ģimenes ārstu, lai veiktu profilaktisku ginekoloģisku apskati. Savukārt Latgalē pie ģimenes ārsta uz apskati ietu tikai 14% sieviešu.

Nedaudz mazāks procents sieviešu – 62% – neuzticētu ģimenes ārstam arī grūtniecības novērošanu. Jauniešu grupā vērojams vislielākais atbalsts ģimenes ārstam, kur 15–19 gadu vecuma grupā ģimenes ārstu profilaktiskas apskates veikšanai apmeklētu 21–32% sieviešu. Līdzīgi kā iepriekšējā jautājumā, ģimenes ārstam neuzticētos sievietes ar augstāku izglītības līmeni, taču reģionālās atšķirības vairs nav būtiskas.

5.3.8. Maksas un slimokases apmaksāto pakalpojumu izvēle

Kā liecina pārskatam veiktā aptauja, 55% sieviešu, kuras apmeklējušas ginekologu pēdējā gada laikā, jeb 35% visu sieviešu apmeklējušas slimokases apmaksātu ginekologu, tādējādi maksājot tikai pacienta iemaksu. Savukārt 45% sieviešu, kuras ginekologu apmeklējušas pēdējā gada laikā, jeb 29% visu sieviešu izvēlējušās ginekologu, kura pakalpojumus apmaksājušas pašas.

Jaunietes 17–24 gadu vecumā, apmeklējot ārstu, divkārt biežāk izvēlējušās maksas pakalpojumu. Pakalpojuma izvēles struktūra mainās vēlāka vecuma grupās: maksas un slimokases apmaksāto pakalpojumu izvēles biežums līdzsvarojas 25–34 gadu vecuma grupās, bet augstāka vecuma grupās līdz ar vecumu pieaug arī slimokases pakalpojumu izmantotāju skaits, sasniedzot attiecību 65% pret 35% 45–49 gadu vecuma grupā.

Mantiskais stāvoklis ietekmē ārsta izvēli, taču nav noteicošais faktors. Tā maksas pakalpojumu izvēlējušās 55% no turīgāko sieviešu grupas (ienākumi vienam ģimenes loceklim virs 141 lata) attiecībā pret 28% nabadzīgāko sieviešu grupas (ienākumi vienam ģimenes loceklim līdz 49 latiem) pārstāvēm. Maksas pakalpojumus izvēlējušās lielākā daļa rīdzinieču (53%) un kurzemnieču (51%). Turpretim uz slimokases sniegtajiem pakalpojumiem vairāk paļāvušās 69% Latgales un 64% Vidzemes iedzīvotāju.

Maksas un slimokases apmaksātos pakalpojumus sievietes izvēlas, vadoties no ārsta apmeklēšanas nolūka. Lielākā daļa visu sieviešu vērsušās pie pašas apmaksāta ginekologa ginekoloģiskas saslimšanas gadījumā un nolūkā pārbaudīt aizdomas par seksuāli transmisīvu infekciju. Tas ir arī populārākais maksas pakalpojumu apmeklējuma nolūks. Savukārt slimokases apmaksātu ginekologu sievietes biežāk apmeklē, ja saņemts nosūtījums, veicama profilaktiska apskate vai nepieciešama izziņa par veselības stāvokli.

Apmeklējumu iemeslu struktūra norāda, ka uzticēšanās maksas pakalpojumam kopumā ir augstāka. Līdzīgu viedokli pauž arī jaunietes fokusa grupu diskusijā.

(..) (Ārsts), kuram es varu zvanīt jebkurā diennakts laikā un kurš tevi atbalstīs un palīdzēs. Protams, ka tādus ārstus es varu atrast pārsvarā privātklīnikās. Valsts budžeta iestādēs atsaucīgus ārstus maz atradīsi, jo tur pamatā ir mazs atalgojums un ir lielās pacientu rindas un arī grafiks. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

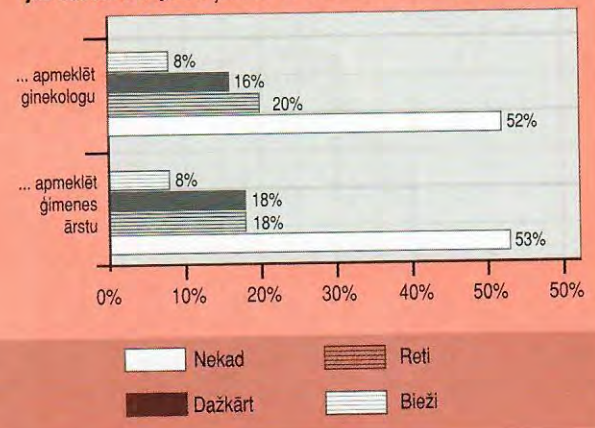
Sievietes ārsta kvalitātes iespēju risina, meklējot dārgāku privātu ārstu. Jaunietes kā atšķirību starp slimokases apmaksātu un privāti apmaksātu ārstu min ārsta ieinteresētību, lielāku jautājumu daudzumu, kas liecina par iedziļināšanos un rūpēm.

5.3.9. Pakalpojumu pieejamība

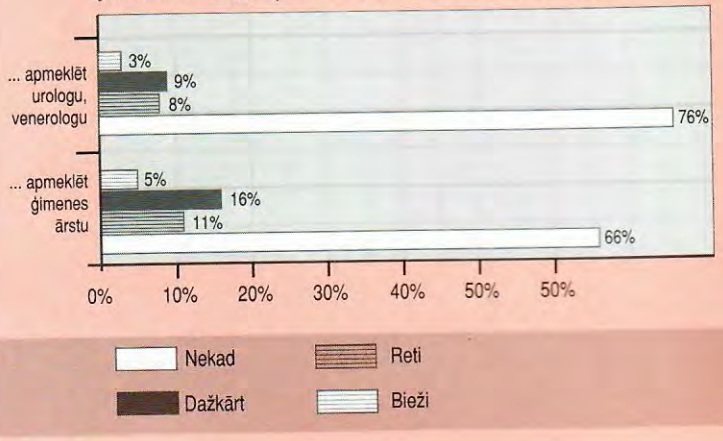
Aptaujas dati rāda, ka 53% sieviešu un 66% vīriešu ir bijis pietiekami līdzekļu, lai apmeklētu ģimenes ārstu (skatīt 5.28. un 5.29. attēlu). Vēl 16–18% respondentu uzsver, ka situācija, kad nepietiek līdzekļu ārsta apmeklējumam, gadījusies reti. Ginekologu apmeklēt varējušas 52% sieviešu, bet urologu vai venerologu apmeklēt varējuši atļauties 76% vīriešu.

Pieejamība ārsta pakalpojumiem materiālo apstākļu dēļ bieži liegta 8% sieviešu un 3–5% vīriešu. Dažkārt pakalpojumu pieejamība nabadzības dēļ bijusi ierobežota 8–11% vīriešu un 18–20% sieviešu. Šajā sociālā riska grupā ir vairāk sieviešu pēc 35 gadu vecuma un vīriešu pēc 40 gadu vecuma. Lauku iedzīvotājiem pakalpojumu pieejamība materiālu apsvērumu dēļ nav mazāka kā pilsētu iedzīvotājiem.

5.28. attēls. **Materiālo apstākļu ietekme uz ārsta apmeklējumu sievietēm**



5.29. attēls. **Materiālo apstākļu ietekme uz ārsta apmeklējumu vīriešiem**



5.4. Kontraceptīvo līdzekļu un metožu lietošana

Latvijā kontraceptīvos līdzekļus vai metodes lieto 81–90% seksuāli aktīvu un auglīgu sieviešu. Informētība par kontraceptīvo līdzekļu lietošanu nav būtiski mainījusies kopš 1997. gada. Sievietes joprojām ir labāk informētas par dažādiem kontraceptīviem līdzekļiem. Populārākie zināmie kontracepcijas līdzekļi Latvijā ir vīriešu prezervatīvs, hormonālās pretapaugļošanās tabletes un dzemdes spirāle. Savukārt visbiežāk lietotie bijuši vīriešu prezervatīvi, pārtrauktais dzimumakts un hormonālās pretapaugļošanās tabletes.

Jaunie vīrieši 15–19 gadu vecuma grupā tikpat labi kā pārējie respondenti vērtē informētību par prezervatīviem, taču zemāk vērtē zināšanas par citiem kontracepcijas līdzekļiem. Jaunietes šajā vecuma grupā tikpat labi kā vidēji visas sievietes vērtē informētību par prezervatīviem un hormonālo kontracepciju, taču zemāk vērtē zināšanas par pārējiem kontracepcijas līdzekļiem.

5.4.1. Informācija par kontracepcijas līdzekļiem

Sievietes informāciju par kontracepciju visbiežāk gūst no ginekologa, tam popularitātes ziņā seko speciālie bukleti un sieviešu žurnāli (skatīt 5.30. attēlu). Ginekologs atzīts arī par ērtāko informācijas saņemšanas avotu. Vīriešu vidū vispopulārākais informācijas avots ir speciālie bukleti, kuriem cieši seko draudzenes, draugi un dzimumpartnere. Kopumā sievietes informāciju guvušas biežāk un kļuvušas arī par svarīgu vīriešu konsultantu.

Kā svarīgākais kopīgais informācijas avots abu dzimumu respondentiem minami speciālie bukleti, no kuriem informāciju guvuši puse abu dzimumu respondentu. Lai arī bukleti kā informācijas avots biežāk minēti respondentiem 20 līdz 34 gadu vecuma grupā un to nozīme samazinās līdz ar gadu pieaugumu, šis ir visefektīvākais un universālākais informācijas līdzeklis. 52% sieviešu un 42% vīriešu to atzīst par ērtāko informācijas saņemšanas līdzekli. Informācijas bukletu loma, salīdzinot ar 1997. gadu, kad tie kalpoja par izziņas avotu 28% sieviešu un 33% vīriešu, ir ievērojami augusi.

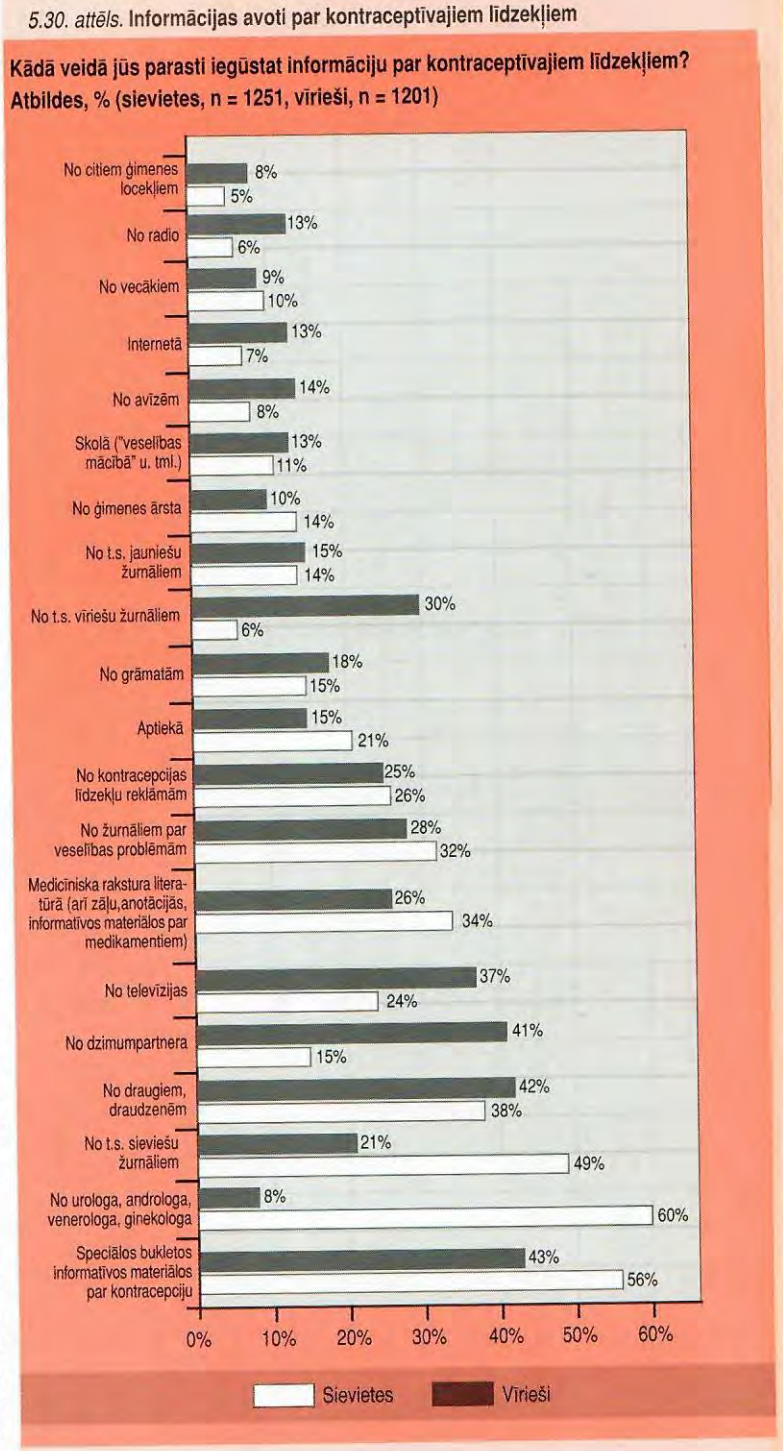
Informācijas avoti, izņemot bukletus, ir atšķirīgi dažādām paaudzēm. 15–16 gadu vecu jauniešu grupā 54% puišu un 34% meiteņu informāciju par kontracepcijas līdzekļiem gūst skolā. Skola ir svarīgs informācijas devējs arī jauniešiem 17– 9 gadu vecumā, kā to atzīmē 37% puišu un 16% meiteņu. Kopumā jauniešiem 16–24 gadu vecuma grupā populārākie informācijas avoti ir draugi un draudzenes (50–58% sievietēm un 27–38% vīriešiem). Vēlākā vecumā draugu nozīme samazinās.

Otrs nozīmīgs informācijas kanāls ir žurnāli. Jaunietes 15–16 gadu vecumā labprātāk informāciju gūst no jauniešu žurnāliem (35%), bet 17–19 un 20–24 gadu vecumā pievēršas sieviešu žurnāliem (attiecīgi 33% un 42%). Sieviešu žurnāli turpmāk kalpo par tikpat nozīmīgu informācijas avotu kā vecāka gadagājuma sievietēm, bet jauniešu žurnālu nozīme samazinās. Apmēram trešdaļa puišu 15–19 gadu vecuma grupā informāciju gūst no jauniešu žurnāliem, bet vēlākā vecumā tikpat populāri kļūst vīriešu žurnāli.

Meitenēm ir labāka saikne ar vecākiem, 15–19 gadu vecuma grupā no vecākiem informāciju saņem 26–30% meiteņu un 18–19% puišu. Vīriešiem vēlākā vecuma posmā par nozīmīgu informācijas sniedzēju kļūst partnere (šādi informāciju gūst 42–52% vīriešu vecumā no 20 līdz 49 gadiem). Savukārt jaunietēm pēc 20 gadu vecuma par nozīmīgāko informācijas avotu kļūst ginekologs, no kura informāciju par kontraceptīvajiem līdzekļiem saņem vairāk nekā puse sieviešu.

Jaunieši ir aktīvi informācijas meklēšanā un informāciju gūst no ļoti dažādiem avotiem. Vēlākā vecumā informācijas avotu skaits samazinās. Jaunās sievietes informāciju gūst no dažādākiem avotiem, un šī priekšrocība sievietēm saglabājas visa reproduktīvā vecuma laikā.

5.30. attēls. **Informācijas avoti par kontraceptīvajiem līdzekļiem**

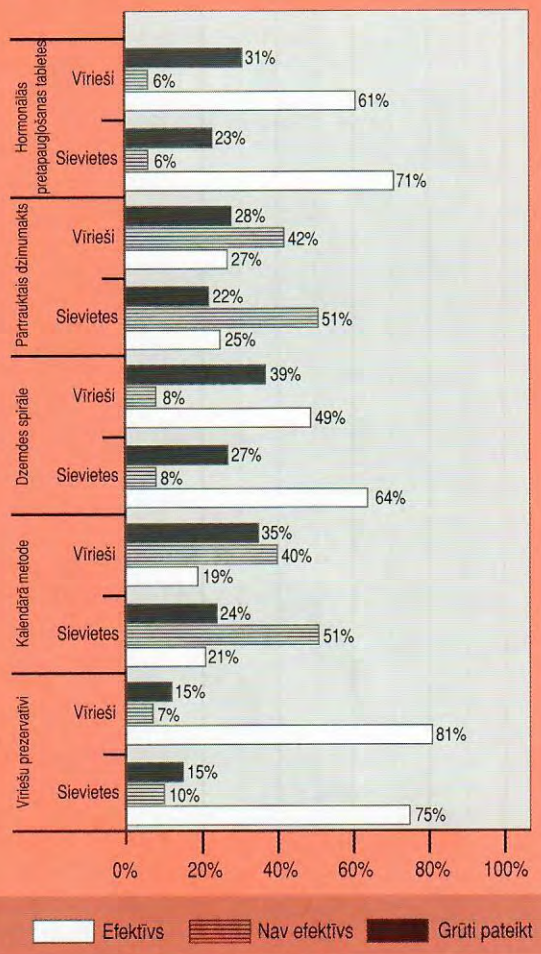


5.4.2. Kontracepcijas līdzekļi un metodes: priekšstati un lietošana

Par visdrošāko metodi, lai izsargātos no nevēlamas grūtniecības, visi respondenti atzinuši sterilizāciju, kas atbilst medicīnas uzskatiem. Arī pārējo kontracepcijas metožu efektivitātes vērtējums kopumā atbilst to faktiskajai efektivitātei. Salīdzinot ar 1997. gadā veikto reproduktīvās veselības pētījumu, ir pieaugusi sieviešu uzticība hormonālās kontracepcijas tabletēm. 1997. gadā hormonālās kontracepcijas metodi par efektīvu atzīst 51% sieviešu, bet 2003. gada pētījumā – jau 71% sieviešu (skatīt 5.31. attēlu).

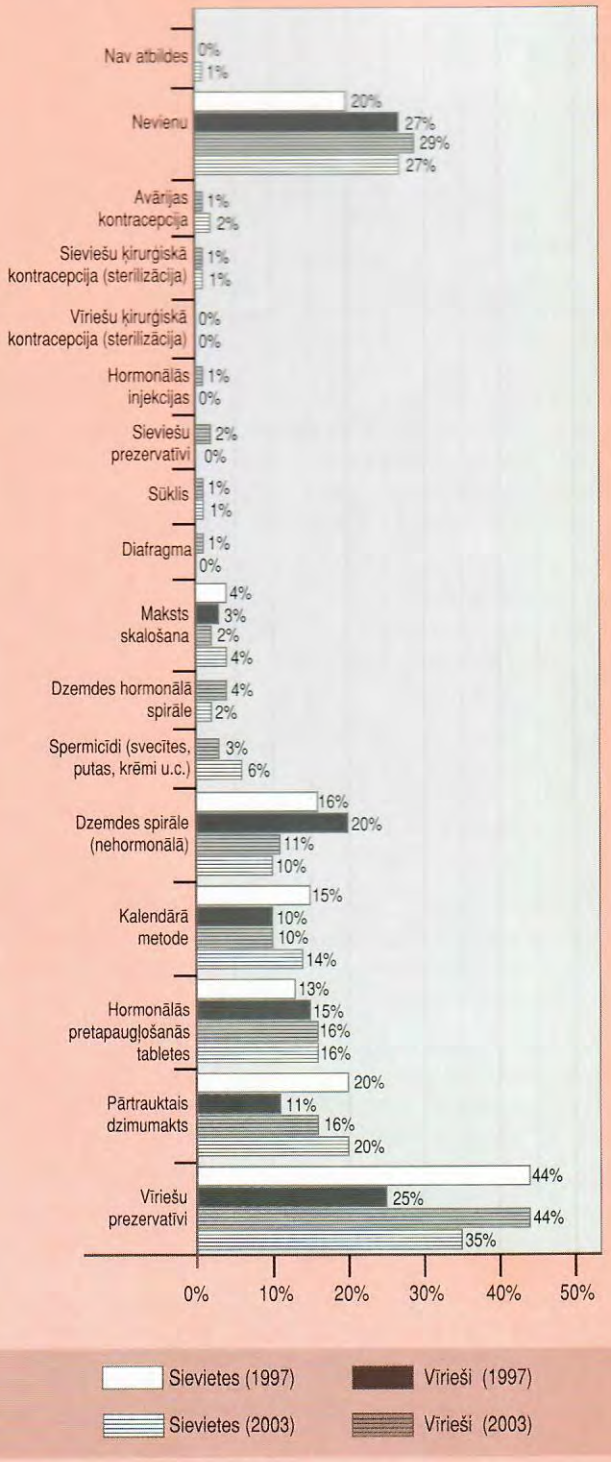
5.31. attēls. **Uzskati par kontracepcijas metodes drošību pret nevēlamu grūtniecību**

Kā jūs kopumā novērtētu šo pretapaugļošanās metožu un līdzekļu efektivitāti, izsargājoties no grūtniecības? Visu sieviešu (n = 1251) un vīriešu (n = 1201) atbildes, %



5.32. attēls. Kontraceptīvo līdzekļu un metožu lietošana

Kādus pretapaugļošanās līdzekļus jūs lietojat pašlaik? Respondentu, kuriem šajā laikā bijušas dzimumattiecības, atbildes, % (1997. gadā sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 2990; 2003. gadā sievietes, n = 1112, vīrieši, n = 1077)



Tālāk analizētas (skatīt 5.32. attēlu) pēc aptaujas datiem populārākās kontracepcijas metodes Latvijā, kuru vidū dominē arī tik nedrošas izsargāšanās metodes kā pārtrauktais dzimumakts un kalendārā metode. Šo metožu plaša lietošana kopā ar drošu kontracepcijas līdzekļu nepareizu lietošanu kalpo par riska faktoru aptaujā atklātajam lielajam neplānoto grūtniecību skaitam un seksuāli transmisīvo infekciju izplatībai.

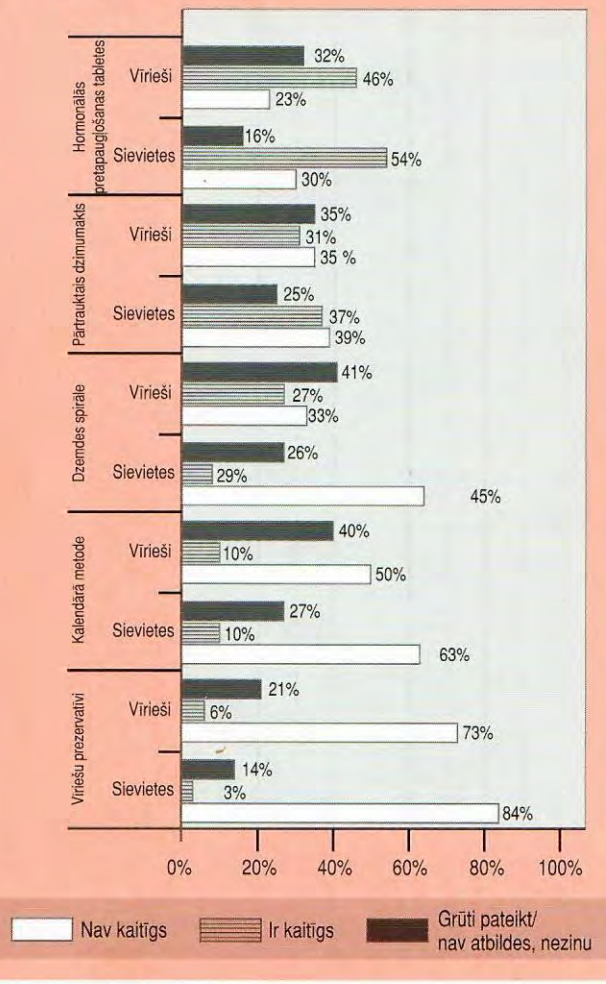
5.4.2.1. Sterilizācija

41% vīriešu uzskata, ka vīriešu sterilizācija ir kaitīga vīrieša veselībai, bet aptuveni tikpat liels skaits nespēj sniegt atbildi uz šo jautājumu. Sieviešu vērtējums sieviešu sterilizācijai ir tikpat negatīvs – 35% sieviešu to vērtē kā drīzāk kaitīgu vai ļoti kaitīgu savai veselībai. Nav skaidrs, kādēļ šāds absolūti nepamatots viedoklis tik plaši sastopams.

58% sieviešu gadījumā, ja vairs nevēlētos bērnus, sterilizāciju tomēr neizvēlētos. Jautātas par šādas nostājas iemesliem, 42% min bailes no blakusefektiem pēc operācijas, 37% – bailes no operācijas, 59% – zaudētu iespēju mainīt savas domas un radīt bērnus. Vēl 13% uzskata, ka operācija izmaksātu pārāk dārgi, bet 9% uzskata, ka pēc operācijas var mazināties seksuālā bauda.

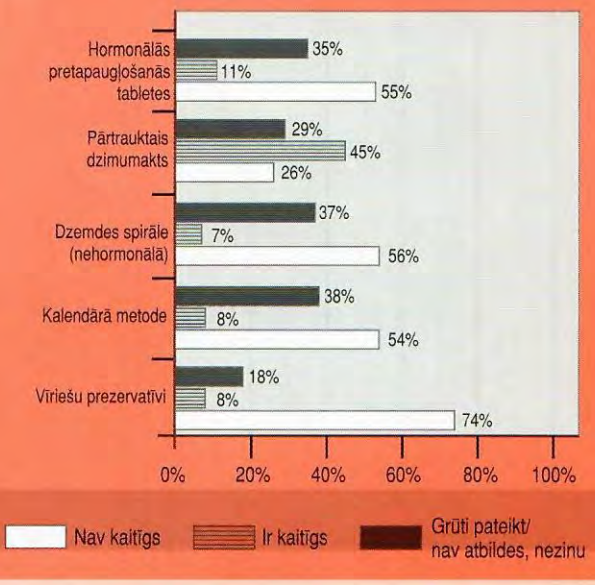
5.33. attēls. **Priekšstati par kontracepcijas līdzekļu un metožu kaitīgumu sievietes veselībai**

Kā jūs kopumā vērtētu šo pretapaugļošanās metožu un līdzekļu kaitīgumu vīrieša veselībai?
Visu vīriešu atbildes (n = 1201), %



5.34. attēls. **Vīriešu priekšstati par kontracepcijas līdzekļu un metožu kaitīgumu veselībai**

Kā jūs kopumā vērtētu šo pretapaugļošanās metožu un līdzekļu kaitīgumu sievietes veselībai?
Visu sieviešu (n = 1251) un vīriešu (n = 1201) atbildes, %



Kopš 1996. gada sterilizācijas operācija sievietēm bija maksas pakalpojums (izmaksājot aptuveni Ls 100), līdz ar to praktiski nepieejama tieši daudzbērnu ģimenēm, kuras vairāk bērnu neplāno un visdrīzāk varētu izvēlēties šo metodi. Bez maksas sterilizāciju bija iespējams veikt tikai medicīnisku indikāciju gadījumā, ja tās iemesls ir sievietes smaga slimība. 2003. gada nogalē ir pieņemts lēmums, kas pieļauj šīs operācijas veikšanu bez maksas (ja nav veselības apdrošināšanas polises, valsts noteiktā pacienta iemaksa ir jāmaksā) gadījumos, ja citas metodes izrādījušās neefektīvas, kā arī medicīnisku un ģenētisku indikāciju gadījumos.

70% vīriešu sterilizāciju neizvēlētos arī gadījumā, ja nevēlētos vairāk bērnu. Vīrieši, kuri neizvēlētos sterilizāciju, kā galvenos iemeslus min iespēju mainīt savas domas par vēlmi pēc pēcnācējiem (57%), kā arī bailes no blakusefektiem pēc operācijas (28%), bailes no pašas operācijas (24%), risku, ka mazināsies seksuālā bauda (18%).

5.4.2.2. Vīriešu prezervatīvi

Prezervatīvs ir uzskatāms par drošāko kontracepcijas līdzekli, lai izsargātos no nevēlamas grūtniecības un seksuāli transmisīvām infekcijām. Vīriešu prezervatīvi vērtēti kā visefektīvākā izsargāšanās metode. Visi respondenti vērtē prezervatīvu kā ļoti efektīvu (38% sieviešu un 42% vīriešu) vai drīzāk efektīvu līdzekli (44% sieviešu un 40% vīriešu), lai izsargātos no seksuāli transmisīvām infekcijām un HIV. Neviena cita metode nav saņēmusi tik augstu vērtējumu. Prezervatīvu lietošanu, izsargājoties no grūtniecības, kā ļoti efektīvu metodi vērtē 22% sieviešu un 34% vīriešu, kā drīzāk efektīvu – 53% sieviešu un 48% vīriešu. Par prezervatīvu drošību pret nevēlamu grūtniecību visgrūtāk ir izteikties 15–16 gadus vecajiem vīriešiem, no kuriem ceturtā daļa nespēj atbildēt uz šo jautājumu. To varētu skaidrot ar vēl neattīstītu interesi par seksuālajām attiecībām. Vienlaikus sliktās zināšanas uzskatāmas par riska faktoru, jo līdz 17 gadu vecumam gandrīz puse tagadējo divdesmitgadnieku vīriešu jau bija uzsākuši dzimumattiecības.

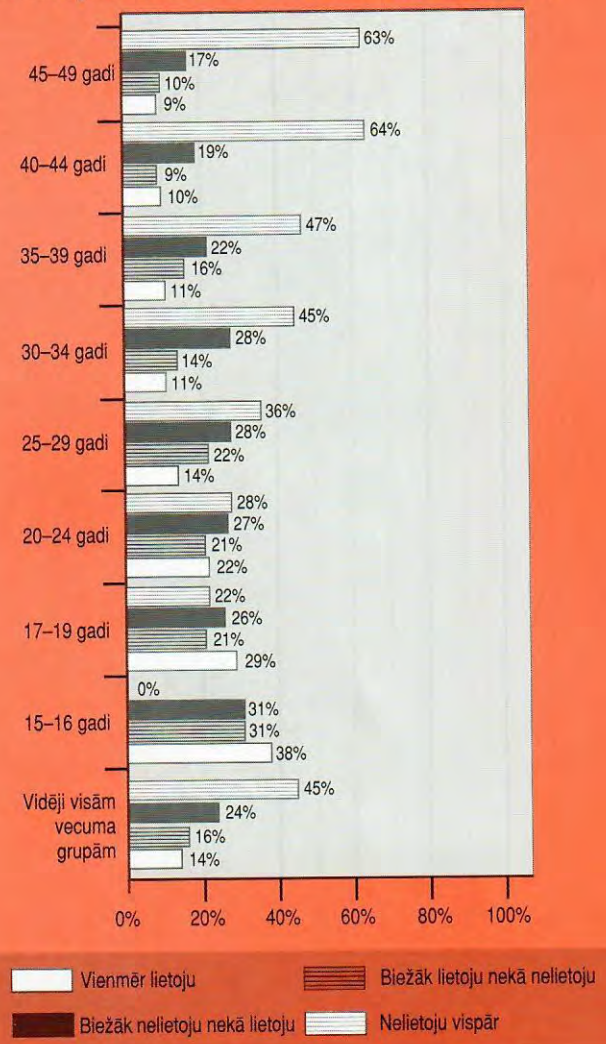
Pozitīvi, ka 74% vīriešu vērtē prezervatīvus kā nekaitīgus savai veselībai. Vienlaikus 18% vīriešu ir grūti sniegt atbildi, bet 8% tos uzskata par kaitīgiem. Prezervatīvu dzimumattiecībās, kas notikušas pēdējā gada laikā, nav lietojuši 45% sieviešu un 34% vīriešu. Jāpiebilst, ka vienlaikus šajā laika posmā 39% vīriešu un 50% sieviešu lietojuši citu kontracepcijas līdzekli.

Prezervatīvs netiek lietots šādu iemeslu dēļ. Pirmkārt, 40% vīriešu un 24% sieviešu, kuri šo līdzekli nelieto, uzskata, ka prezervatīvs mazina baudas gūšanu vīrietim. Otrkārt, 29% vīriešu atzīst, ka prezervatīvu vienkārši nepatīk lietot. Šādu partnera attieksmi min arī 15% sieviešu. Treškārt, 24% sieviešu un 20% vīriešu uzskata, ka prezervatīvu lietošana mazina baudu sievietei. Ceturtkārt, prezervatīvu lietošanu kā neērtu vērtē 18% vīriešu un 22% sieviešu.

Prezervatīvs pēdējā gada laikā lietots galvenokārt, lai izsargātos no nevēlamas grūtniecības (80% vīriešu un 78% sieviešu). Kā otro un trešo nozīmīgāko iemeslu respondenti min izsargāšanos no HIV (34% vīriešu un 30% sieviešu) un citām seksuāli transmisīvajām infekcijām (28% vīriešu un 27% sieviešu). Šis vērtējums liecina, ka lielākā daļa respondentu inficēšanos ar HIV un seksuāli transmisīvām infekcijām neuzskata par reālu draudu.

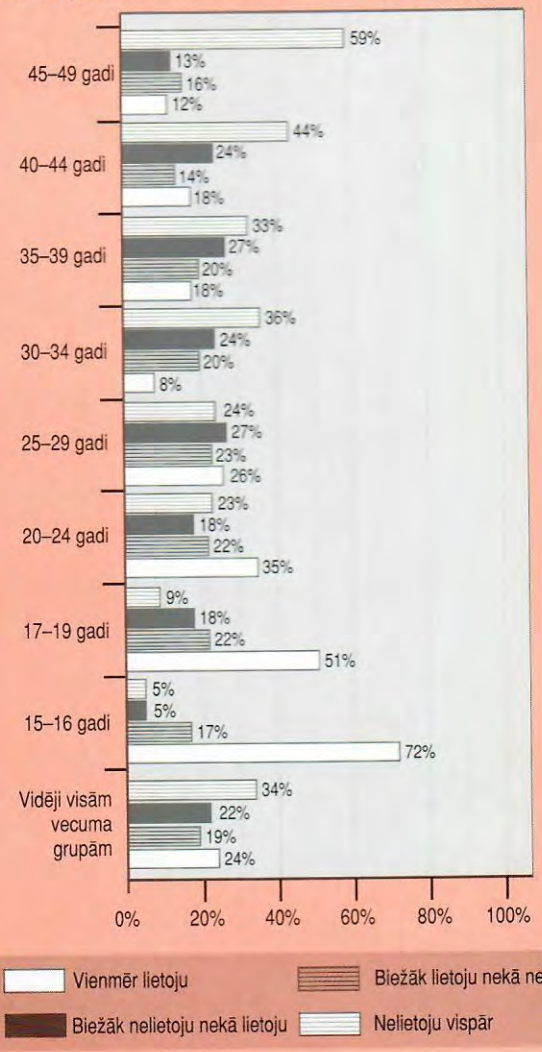
5.35. attēls. Vīriešu prezervatīva lietošana atkarībā no sievietes vecuma

Vai pēdējo 12 mēnešu laikā jūs lietojāt prezervatīvu? Sievietes, kurām bijušas dzimumattiecības šajā laika periodā, % (n = 977)



5.36. attēls. Vīriešu prezervatīva lietošana atkarībā no vīrieša vecuma

Vai pēdējo 12 mēnešu laikā jūs lietojāt prezervatīvu? Vīrieši, kuriem bijušas dzimumattiecības šajā laika periodā, % (n = 973)



Draudi nevēlamai grūtniecībai vai saslimšanai ar seksuāli transmisīvām infekcijām nemazinās, ja prezervatīvs tiek lietots nepareizi. Tikai 48% prezervatīvu lietotāju vīriešu atzīst, ka prezervatīvu uzvelk pašā dzimumakta sākumā, pirms saskarsmes ar partneres ķermeni, savukārt 47% vīriešu uzvelk prezervatīvu dzimumakta laikā, bet 4% pirms sēklas izšļākšanās. Tādējādi mazāk nekā puse vīriešu prezervatīvu lietojuši pareizi. Informācijai par prezervatīvu pareizu lietošanu jāpievērš lielāka uzmanība gan ārstu apmeklējuma laikā, gan veselības mācības stundās, gan informatīvajās kampaņās par prezervatīvu lietošanu.

5.4.2.3. Hormonālie kontracepcijas līdzekļi

Hormonālo kontracepcijas līdzekļu efektivitāte atzinīgāk vērtēta 20–30 gadus vecu sieviešu vidū. Raksturīgi, ka sievietēm 45–49 gadu vecuma grupā ir bijis visgrūtāk spriest par hormonālās kontracepcijas efektivitāti. Līdzīgi arī vīriešu grupā – jaunāki vīrieši to biežāk uzskata par efektīvu metodi.

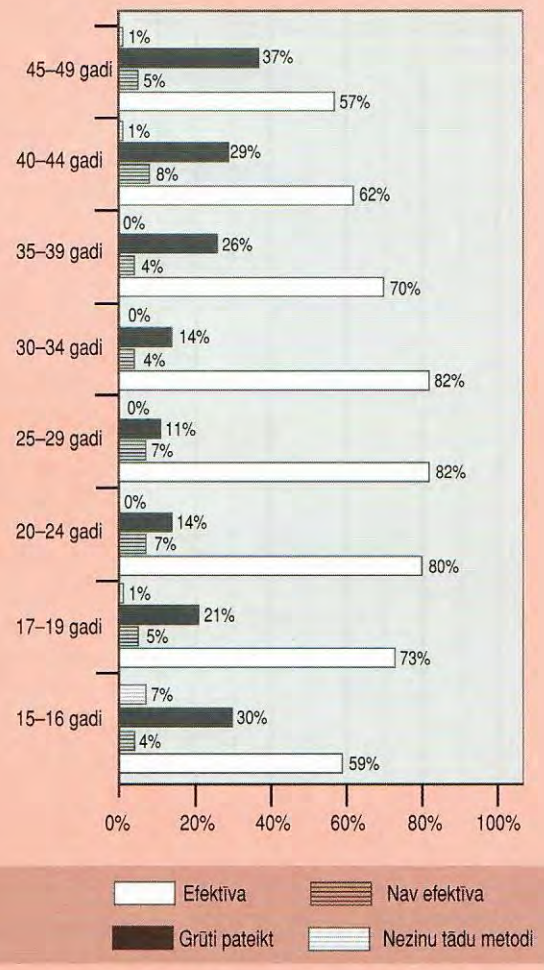
Vienlaikus jāatzīst, ka hormonālās kontracepcijas tabletes ir vispretrunīgāk vērtētais kontracepcijas līdzeklis. Tā 53% sieviešu un 46% vīriešu tās vērtē kā ļoti kaitīgas vai drīzāk kaitīgas sievietes veselībai. 1997. gadā 35% sieviešu hormonālās kontracepcijas tabletes vērtē kā nedrošas vai ne visai drošas sievietes veselībai. Jāsecina, ka, neraugoties uz izglītojošo darbu, ko veic masu mediji, sabiedriskas organizācijas un ārsti, attieksme pret hormonālās kontracepcijas tabletēm nav uzlabojusies, bet drīzāk pasliktinājusies. Iespējams, ka pārāk bieži ārsti un kontracepcijas līdzekļu ražotāji uzsver tikai metodes pozitīvo efektu, neminot iespējamās problēmas lietošanas laikā.

Aptuveni puse sieviešu un nedaudz mazāk vīriešu piekrīt apgalvojumam, ka hormonālās pretapaugļošanās tabletes kliedē bailes par nevēlamu grūtniecību. 60% sieviešu un 35% vīriešu piekrīt apgalvojumam, ka, lietojot šo kontracepcijas līdzekli, sieviete pieņemas svarā. 1997. gada pētījumā iegūti identiski rezultāti – bailes no svara pieauguma ir viens no galvenajiem aizspriedumiem pret hormonālās kontracepcijas līdzekļiem. Jāsecina, ka daži populārākie aizspriedumi attiecībā uz hormonālās kontracepcijas tabletēm, piemēram, pieņemšanās svarā, hormonālās kontracepcijas kaitīgums veselībai, nav mazinājušies, bet padziļinājušies kopš 1997. gada, kad veikts līdzīgs reproduktīvās veselības pētījums.

51% sieviešu piekrīt, ka, lietojot hormonālās pretapaugļošanās tabletes, menstruālais cikls kļūst regulārāks un menstruācijas mazāk sāpīgas; 1997. gada pētījumā šādi

5.37. attēls. **Hormonālās kontracepcijas līdzekļu efektivitātes vērtējums sieviešu vecuma grupās**

Kā jūs kopumā novērtētu hormonālo pretapaugļošanās tablešu efektivitāti, izsargājoties no grūtniecības? Visu sieviešu atbildes vecuma grupās, % (n = 1251)



domājošu sieviešu bija mazāk. Diemžēl tikai aptuveni piektā daļa visu respondentu ir informēti, ka smēķējošas sievietes pēc 35 gadu vecuma kontracepcijas tabletes lietot nedrīkst. 50% sieviešu un 63% vīriešu uz šo jautājumu nevar sniegt atbildi.

5.4.2.4. Pārtrauktais dzimumakts

Pārtrauktais dzimumakts ir otrā biežāk lietotā kontracepcijas metode, ko aptaujas periodā izmantojuši apmēram piektdaļa abu dzimumu seksuāli aktīvo respondentu. Tā ir nedroša metode, kas nesniedz drošu aizsardzību pret grūtniecības iestāšanos. Visas seksuāli aktīvās dzīves laikā šo metodi lietojuši apmēram puse respondentu. Tā ir salīdzinoši nepazīstama to respondentu vidū, kuriem nav bijis dzimumattiecību, – tikai 26% sieviešu un 16% vīriešu atzīst esam labi informēti par šo metodi. Seksuāli aktīvo respondentu vidū informētība sasniedz 64% sievietēm un 51% vīriešiem.

Pārtraukto dzimumaktu par kaitīgu vīrieša veselībai atzinuši 45% vīriešu. Neraugoties, ka to plaši izmanto, pārtrauktais dzimumakts biežāk tiek atzīts par drīzāk neefektīvu nekā efektīvu, lai izsargātos no grūtniecības.

5.4.2.5. Kalendārā metode

Kalendāro metodi aptaujas laikā lietojuši 14% seksuāli aktīvu sieviešu un 11% seksuāli aktīvu vīriešu. Kopumā to jebkad lietojuši 44% sieviešu un 30% vīriešu ar seksuālo attiecību pieredzi. Par to labi informētas ir apmēram puse sieviešu un trešdaļa vīriešu ar seksuālo attiecību pieredzi. Šī metode nav vērtējama kā visai droša un ir atkarīga no tās lietotāju precizitātes, taču jāuzsver šīs metodes lietošanas nozīme reliģisku apsvērumu dēļ. Ārstiem, pārrunājot izsargāšanās metodes izvēli ar sievieti un tās partneri, jāņem vērā klientu reliģiskā pārliecība un jāveicina zināšanas par tās pareizu lietošanu.

5.4.2.6. Dzemdes spirāle

Dzemdes spirāli par efektīvu visbiežāk uzskata sievietes 45–49 gadu vecuma grupā (73% šīs vecuma grupas respondentu to uzskata par efektīvu metodi), turpretī viszemāk šī metode vērtēta 15–19 gadu vecuma grupā, kur tikai 43% šīs vecuma grupas sieviešu to uzskata par efektīvu. Tiesa, informācija par metožu efektivitāti ir atkarīga no katras vecuma grupas specifikas – jauniešu grupā dzemdes spirāles lietošana nav aktuāla.

5.4.2.7. Avārijas kontracepcija

Par avārijas kontracepciju labāk informētas ir sievietes. Tā 57% sieviešu ar dzimumpieredzi un 41% sieviešu bez tās ir dzirdējušas par šo metodi. Par to dzirdējuši ir tikai 42% vīriešu ar seksuālo attiecību pieredzi un 21% vīriešu bez tās. Labi informēti par šo metodi ir tikai 35% sieviešu un 18% vīriešu ar dzimumattiecību pieredzi. To respondentu vidū, kuriem nav bijis dzimumattiecību, tā ir maz pazīstama – par to labi informētas ir 19% sieviešu un 7% vīriešu. Šīs metodes lietošanu atzīst 18% sieviešu un 10% vīriešu ar dzimumattiecību pieredzi. Avārijas kontracepcija biežāk atzīta par kaitīgu nekā nekaitīgu sievietes veselībai.

Informācija par avārijas kontracepciju nav bijusi pietiekama, lai radītu stabilu viedokli respondentu vidū. Vienota viedokļa nav arī par šā kontracepcijas veida morāli ētiskajiem aspektiem. Aptuveni puse respondentu nespēj pateikt, vai avārijas kontracepcija būtu pielīdzināma abortam. Šādam apgalvojumam piekrīt 21% sieviešu un 18% vīriešu, bet tam nepiekrīt 35% sieviešu un 28% vīriešu.

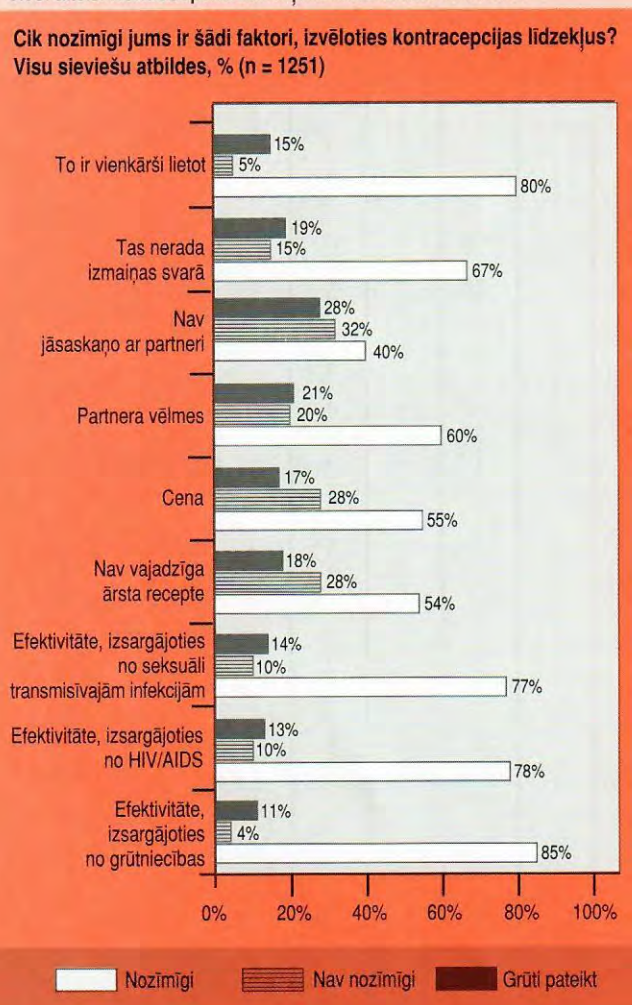
5.4.3. Izsargāšanās metodes izvēle

Kā liecina pārskatam aptaujāto viedoklis, galveno atbildību par izsargāšanos no nevēlamas grūtniecības apmēram 40% gadījumu uzņemas abi partneri. Tomēr sieviešu galveno lomu, lemjot par izsargāšanos no grūtniecības, atzīst gan vīrieši, gan pašas sievietes.

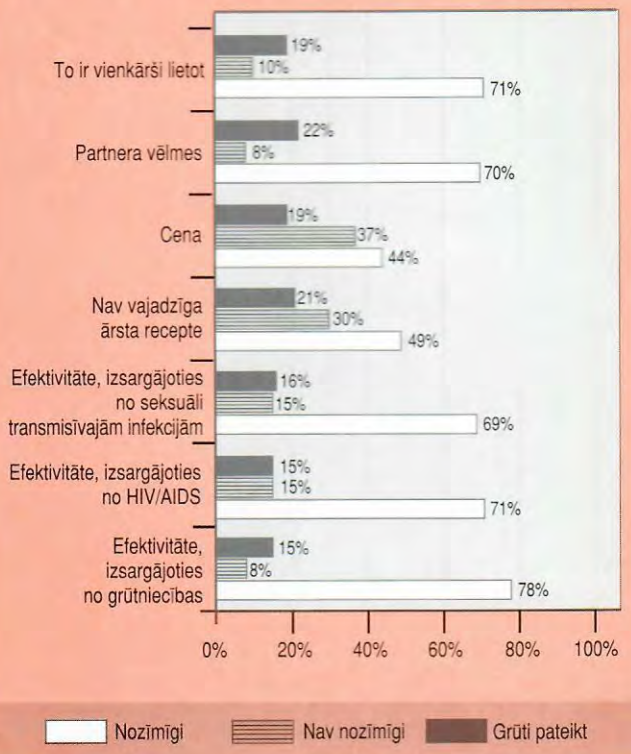
Izsargāšanās metodes izvēli ietekmē sievietes vecums un seksuālo attiecību partnerības veids. Hormonālie kontracepcijas līdzekļi ir populārāki 25–39 gadu vecuma grupā, kur to lietotāju procents svārstās no 58% līdz 62%. Dzemdes spirāle ir populāra sieviešu vecuma grupā pēc 35 gadiem, to lietojušas 44% līdz 48% šās grupas sieviešu. Jo sieviete jaunāka, jo retāk lietojusi dzemdes spirāli. Līdzīgi arī kalendārā metode ir populārāka sieviešu grupā virs 30 gadu vecuma, kur to lietojušas apmēram puse šā vecuma sieviešu. Pārtraukto dzimumaktu, izsargājoties no grūtniecības, lietojušas vairāk nekā puse visu sieviešu pēc 20 gadu vecuma.

Divreiz biežāk par sievietēm, kuras dzīvo ar draugu vai partneri, dzemdes spirāli lieto sievietes, kas dzīvo kopā vīru. Tāpat sievietes, kuras dzīvo kopā ar vīru, biežāk lieto kalendāro metodi. Savukārt sievietes, kuras dzīvo kopā ar draugu, biežāk lieto hormonālās kontracepcijas līdzekļus un prezervatīvus. Pārtraukto dzimumaktu ir lietojušas sievietes abos kopdzīves tipos, lietotāju procentam svārstoties no 60% līdz 62%. Avārijas kontracepciju vairāk lietojušas sievietes, kuras dzīvo ar draugu (23% sieviešu attiecībā pret 15% sieviešu, kuras dzīvo kopā ar vīru).

5.38. attēls. **Kontraceptīvo līdzekļu izvēles faktori sievietēm**



5.39. attēls. Kontraceptīvo līdzekļu izvēles faktori vīriešiem



Kontraceptīvo līdzekļu izvēles kritēriji kopumā neatšķiras dažādās vecuma grupās. Jauniešiem būtiskāka, salīdzinājumā ar citām vecuma grupām, ir līdzekļa efektivitāte, izsargājoties no HIV/AIDS un seksuāli transmisīvajām infekcijām, kā arī cena.

56% vīriešu un 65% sieviešu kontraceptīvos līdzekļus iegādājas aptiekā. Vēl 30% vīriešu un 13% sieviešu kontraceptīvos līdzekļus pērk veikalā, kas ir otra populārākā kontracepcijas iegādes vieta.

Lai arī jaunieši diskusijā pauda uzskatu, ka ideālā gadījumā par kontraceptīvo līdzekļu lietošanu jāatbild abiem partneriem, faktiski atbildība tiek sadalīta nevienmērīgi un gulstas uz sievietes pleciem. Pirmkārt, atbildība ir atkarīga no kontracepcijas līdzekļa veida. Otrkārt, svarīga ir partnerattiecību kvalitāte. Ilgtermiņa attiecībās kontraceptīvo līdzekļu klāsts ir plašāks un atbildība dalīta, kamēr gadījuma sakaros parasti tiek lietots prezervatīvs, ko tradicionāli uzskata par vīrieša atbildības jomu. Tiesa, daļa jauno latviešu sieviešu fokusa grupu diskusijās uzskatīja, ka, sievietei uzņemoties iniciatīvu seksuālajās attiecībās, arī prezervatīvs jāiegādājas pašai. Ja attiecībās sieviete tiek uztverta kā pasīvs partneris, viņa atbildību par kontracepciju parasti neuzņemas.

(..) Es domāju, ka cilvēki atkarībā no vecuma izvēlas izsargāšanās metodi un to, kurš izvēlas. Tajā laikā, kad ir trakie tīņa gadi, noteicošajam jābūt vīrietim, tam, kurš nosaka... vienkārši izsargā abus. Kad jau izveidojas kaut kādas noteiktas attiecības, nostabilizējas, tad varētu uztraukties abi un domāt par citu metodi, ko izvēlas sieviete. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa) (..) Es domāju, ka (atbildība jāuzņemas) abiem. Vīriešiem tāds uzskats – ja viņa paliks stāvoklī, viņai par sevi arī ir jāuztraucas un jāinteresējas, jānodrošinās. Bet īstenībā tā nevajadzētu būt. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Jaunie vīrieši fokusa grupu diskusijās atzīst savu lomu kontracepcijas līdzekļa iegādē un lietošanā, ja tas ir prezervatīvs.

5.4.4. Kontraceptīvo līdzekļu lietošana pirmo dzimumattiecību laikā

Jau pirmajās dzimumattiecībās respondentiem bijis augsts risks gan saslimšanai ar seksuāli transmisīvām infekcijām, gan grūtniecības izraisīšanai. Kopumā tikai 44% sieviešu un 45% vīriešu ir izsargājušies no grūtniecības pirmo dzimumattiecību laikā, tai skaitā lietojot tik nedrošu izsargāšanās līdzekli kā pārtrauktais dzimumakts. 1997. gada pētījumā izsargāšanos pirmo dzimumattiecību laikā atzīmējuši 32% vīriešu un 28% sieviešu. Situācija nedaudz uzlabojas. Jaunieši pirmajās dzimumattiecībās izsargājušies biežāk. Tā 15–19 gadu vecuma grupā pirmajās dzimumattiecībās no grūtniecības izsargājušies 73% vīriešu un 51% sieviešu, bet 20–24 gadu vecuma grupā – 58% sieviešu un 54% vīriešu.

Vīrieši kopumā biežāk ir izvēlējušies drošāku izsargāšanās metodi. No to respondentu vidus, kuri izsargājušies, 58% sieviešu un 65% vīriešu lietojuši vīriešu prezervatīvus, vēl 12% vīriešu un 6% sieviešu lietojuši citu kontraceptīvo līdzekli (hormonālo, barjermetodi vai spermicīdus). Nākamā populārākā metode pirmajās dzimumattiecībās bijusi tik nedroša metode kā pārtrauktais dzimumakts, ko izmantojuši 34% sieviešu un 25% vīriešu. Līdz ar drošu kontracepcijas līdzekļu pieejamību pieaugusi to lietošana pirmajās dzimumattiecībās. 45–49 gadu vecuma grupā vīriešu prezervatīvu lietojuši nedaudz mazāk par pusi sieviešu un vīriešu, savukārt pēdējā desmitgadē šādi izsargājušies trīs ceturtdaļas jauniešu vecumā līdz 24 gadiem. Vienlaikus samazinājies nedrošu metožu lietošanas biežums. 40–49 gadu vecuma grupā aptuveni puse sieviešu pirmajās attiecībās izsargājušās ar pārtrauktā dzimumakta metodi, bet 15–24 gadu vecu sieviešu vidū tāda ir piektā daļa respondentu. Līdzīga tendence vērojama arī vīriešu vidū, kur pārtrauktā dzimumakta lietošanas biežums vērtēts vidēji par 10–15% mazāks nekā sievietēm.

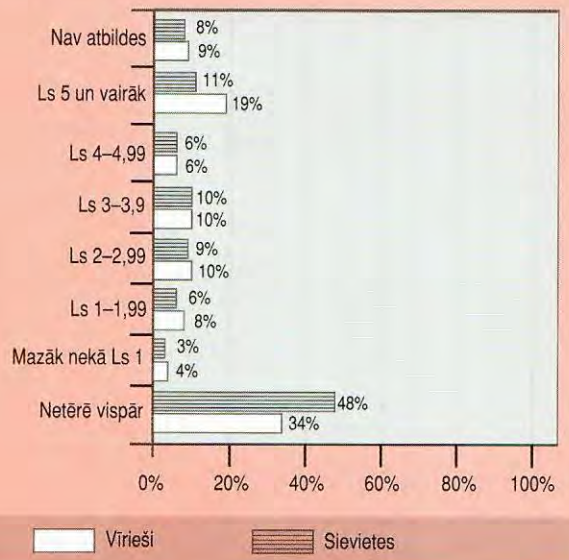
Neraugoties uz to, ka sievietes pirmo dzimumattiecību motiváciju pamato ar gatavību un attiecību kvalitāti, 41% sieviešu pirmais dzimumakts notiek neparedzēti. Līdzīgi tas notiek arī 39% vīriešu. Vēl 27% gadījumu sievietēm un 39% gadījumu vīriešiem nav bijis laika padomāt par kontracepcijas lietošanu. Aptuveni piektā daļa abu dzimumu respondentu neiedomājās, ka grūtniecība varētu iestāties, bet aptuveni tikpat respondentu bija droši, ka tā neiestāsies. Par izsargāšanos no grūtniecības neko nav zinājuši ap 10% respondentu.

Jauniešiem neparedzētu seku iestāšanās risks ir samērā augsts, jo jaunieši nav izsargājušies tāpēc, ka attiecības bijušas neparedzētas. Tas notiek vidēji biežāk nekā vecāka gada gājuma respondentu vidū. Šādi spontāni rīkojušies trešdaļa četrdesmitgadnieku un aptuveni puse jauniešu 15–24 gadu vecumā. Tas liecina, ka tagadējiem jauniešiem biežāk nekā priekštečiem nav bijis laika domāt par izsargāšanos.

Kopumā kontracepcijas līdzekļu lietošanas paradumi jauniešu vidū vērtējami kā neapmierinoši. Zināšanas par kontracepcijas līdzekļiem nespēj garantēt šo līdzekļu lietošanu pirmajās dzimumattiecībās, liecinot par to, ka izglītošanas procesā par maz uzmanības veltīts aktuālajām dzimumattiecību pieredzes problēmām – lēmuma pieņemšanai par dzimumattiecību uzsākšanu, kontracepcijas līdzekļa savlaicīgai iegādei. Jauniešu kontracepcijas paradumi pirmā dzimumakta laikā rada ne tikai neplānotas grūtniecības draudus, bet apdraud jauniešu veselību.

5.40. attēls. **Tēriņi pretapaugļošanās līdzekļu iegādei**

Cik naudas mēnesi jūs tērējat pretapaugļošanās līdzekļu iegādei? Sieviešu (n = 1112) un vīriešu (n = 1077), kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, %



5.4.5. Kontraceptīvo līdzekļu lietošana gadījuma dzimumsakaros

Gadījuma dzimumsakari ir riska faktors saslimšanai ar seksuāli transmisīvām infekcijām. Apmēram puse respondentu uzsver, ka viņiem bijušas gadījuma dzimumattiecības. Vidēji 33% sieviešu un 41% vīriešu atzīst, ka gadījuma dzimumattiecībās vienmēr lieto prezervatīvu. Jaunieši līdz 24 gadu vecumam ir piesardzīgāki nekā vecāka gadagājuma respondenti. 14% vīriešu un 18% sieviešu gadījuma sakaru laikā to nekad nelieto, turklāt šādu vīriešu un sieviešu 40–49 gadu vecuma grupā ir divas reizes vairāk nekā citās. Vēl 18% sieviešu un 17% vīriešu to biežāk nelieto kā lieto.

Jaunieši fokusa grupu diskusijās kā risku kontracepcijas nelietošanai uzrāda tieši neparedzētus gadījuma sakarus, bet kā papildu faktoru – reibumu izraisošu līdzekļu lietošanu. Tajā pašā laikā visi jaunieši atzīst, ka ir informēti par sekām:

(..) Vienas nakts sakaros, es domāju, ne viens, ne otrs nav gatavs lemt par to, kurš izvēlēsies izsargāšanās metodi. Kuram būs līdzi prezervatīvs, tas arī domās... Arī ja nebūs prezervatīva, tas nenozīmē, ka seksa nebūs. Būs jebkurā gadījumā. Protams, ka var būt dažādi blakusapstākļi, piemēram, alkohols vai kaut kas tamlīdzīgs. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

5.4.6. Kontraceptīvo līdzekļu iegādes ekonomiskie aspekti

Kontraceptīvo līdzekļu iegādei sievietes tērē mazāk naudas nekā vīrieši (skatīt 5.40. attēlu). Turklāt 48% sieviešu un 34% vīriešu naudu kontracepcijas līdzekļiem netērē vispār. Pretapaugļošanās līdzekļiem tērētā nauda ir atkarīga no izsargāšanās metodes izvēles un no potenciālā pircēja materiālā stāvokļa.

Kontracepcijas līdzekļiem naudu netērē 61% aptaujāto trūcīgāko (ienākumi vienam ģimenes loceklim mazāki par 49 latiem) un 42% turīgāko (ienākumi vienam ģimenes loceklim lielāki par 141 latu) sieviešu; 46% aptaujāto trūcīgāko un 31% turīgāko vīriešu. Ja kontracepcijas līdzekļiem tiek tērēti vairāk par trim latiem mēnesī, turīgākās respondentes atļaujas tos iegādāties 2–3 reizes biežāk nekā trūcīgākās respondentes. Dzemdes spirāles izmaksas pēc 2003. gada cenām ir, sākot no 8,70 latiem, bet hormonālās kontracepcijas tabletes mēnesī izmaksā, sākot no 1,16 latiem, vidējā cena ir apmēram trīs lati mēnesī.

Puse jauno vīriešu kontraceptīvos līdzekļus nepērk vai iegādājas tos par summu, kas mazāka par 1,99 latiem mēnesī. Par šādu summu pēc 2003. gada cenām var iegādāties 10–12 prezervatīvus. 17% jauno vīriešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem kontraceptīvajiem līdzekļiem tērē vairāk nekā piecus latus mēnesī. 20–40 gadu vecumā aptuveni piektā daļa vīriešu pretapaugļošanās līdzekļiem tērē vairāk par pieciem latiem. 15–24 gadu vecuma grupā vidēji 7–17% sieviešu kontraceptīvajiem līdzekļiem tērē vairāk par pieciem latiem.

Kontraceptīvo līdzekļu iegāde nesagādā materiālas problēmas lielākajai daļai respondentu (skatīt 5.41. un 5.42. attēlu). Tomēr augsts ir to sieviešu procents, kuru materiālais stāvoklis ietekmē pieejamību kontracepcijas līdzekļiem. Jāpiebilst, ka analizētie dati liecina, ka kontraceptīvo līdzekļu iegāde nav atkarīga tikai no katram pieejamā naudas daudzuma, bet arī no prioritātēm šīs naudas sadalē. Iegādāties pretapaugļošanās līdzekļus nekad nav bijis

problemātiski 73% vīriešu un 58% sieviešu. 12% vīriešu un 16% sieviešu tā bijusi reti sastopama problēma. Izsargāšanos no infekcijām ar kontraceptīvu palīdzību vienmēr varējuši atļauties 69% sieviešu un 79% vīriešu.

Bieži un dažkārt pretapaugļošanās līdzekļus nav varējuši iegādāties 20% sieviešu un 10% vīriešu. Savukārt no seksuāli transmisīvām infekcijām nav varējuši atļauties izsargāties 14% sieviešu un 8% vīriešu. Jaunieši retāk piedzīvojuši situāciju, kad nav varējuši iegādāties kontraceptīvos līdzekļus. Šis rādītājs drīzāk saistāms ar augstu prioritāti šādiem pirkumiem, nevis respondenta materiālo stāvokli un liecina, ka jaunieši vairāk rūpējas par savu reproduktīvo veselību.

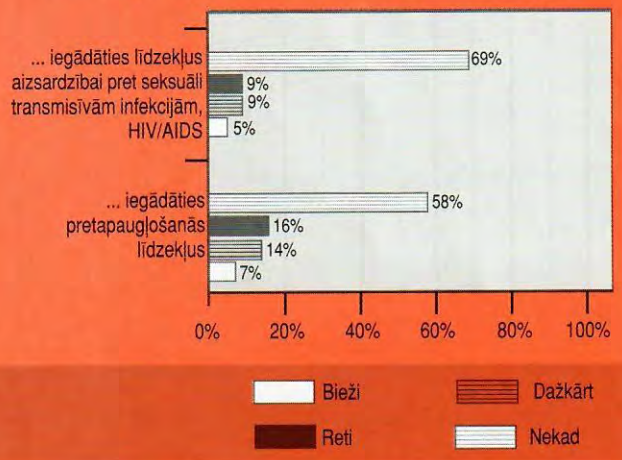
5.5. Neplānota grūtniecība un aborts

Pēdējo piecu gadu laikā situācija mākslīgo abortu jomā pakāpeniski uzlabojas. Lai gan Latvijā veikto mākslīgo abortu rādītājiem ir tendence samazināties, tā joprojām ir samērā izplatīta bērnu dzimstības regulēšanas metode. Kopš 1997. gada par trešdaļu samazinājies mākslīgo abortu[9] skaits absolūtos skaitļos (no 21 768 abortiem 1997. gadā līdz 14 685 abortiem 2002. gadā), bet abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem samazinājies gandrīz uz pusi (skatīt 5.43. attēlu). Tā 2002. gadā tika izdarīti 14 685 mākslīgie aborti jeb 734,4 aborti, rēķinot uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem, 1998. gadā – attiecīgi 19 964 un 1086,9. Rādītāja samazinājumu ietekmējusi gan absolūtā mākslīgo abortu skaita samazināšanās, gan pieaugusī bērnu dzimstība.

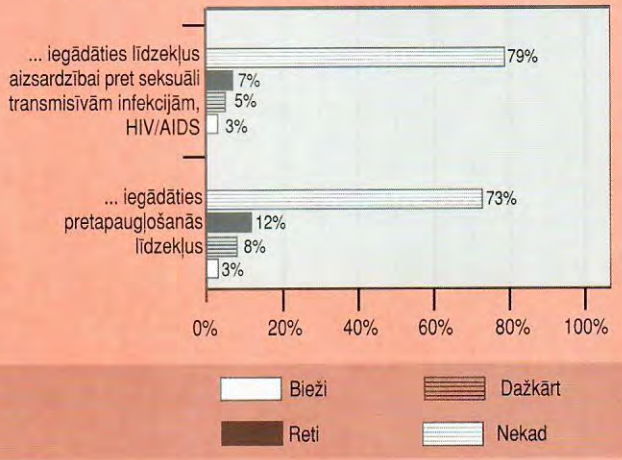
Salīdzinot ar kaimiņvalstīm Igauniju un Lietuvu (skatīt 5.44. attēlu), visām Baltijas valstīm raksturīga stabila abortu skaita mazināšanās tendence. Tomēr salīdzinājumā ar Skandināvijas valstīm abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem Latvijā ir trīs reizes lielāks nekā Zviedrijā un četras reizes lielāks nekā Somijā.

Abortu lielais skaits saistāms ar aptaujā uzrādītu lielu neplānotu grūtniecību procentu, ko veicina izsargāšanās līdzekļu nelietošana vai nepareiza lietošana. Arī pieredzējuši pāri nemaina kontraceptīvo līdzekļu lietošanas paradumus, tāpēc biežāk neplānotas ir atkārtotas grūtniecības. Neplānotās grūtniecības iznākums savukārt ir atkarīgs gan no personiskiem apsvērumiem, gan sociāli ekonomiskās situācijas valstī. Jau vairākās sieviešu paaudzēs tiek pārmantots uzskats, ka aborts ir dzimstības regulēšanas līdzeklis.

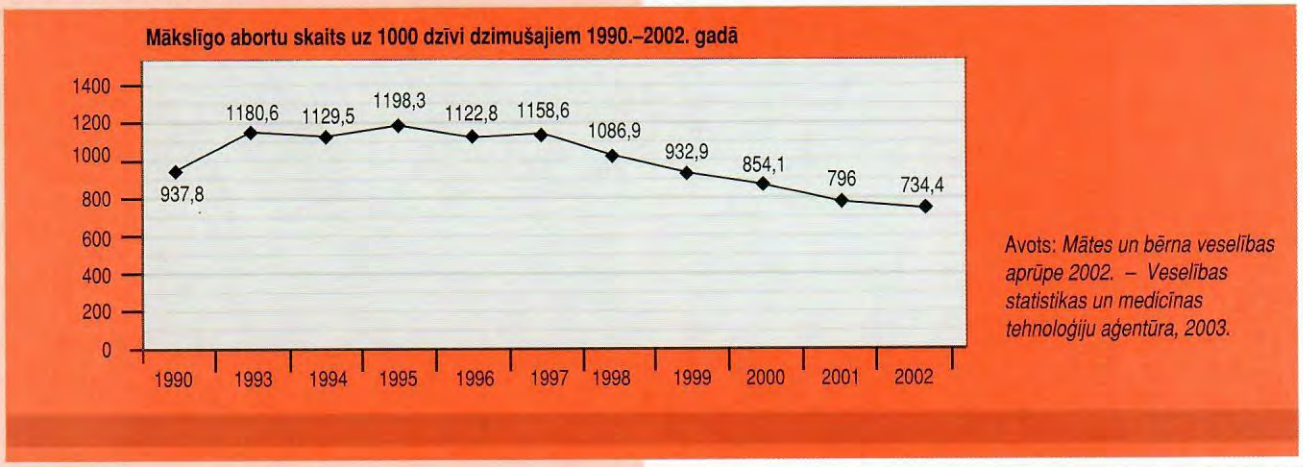
5.41. attēls. **Kontraceptīvo līdzekļu pieejamība sievietēm**



5.42. attēls. **Kontraceptīvo līdzekļu pieejamība vīriešiem**



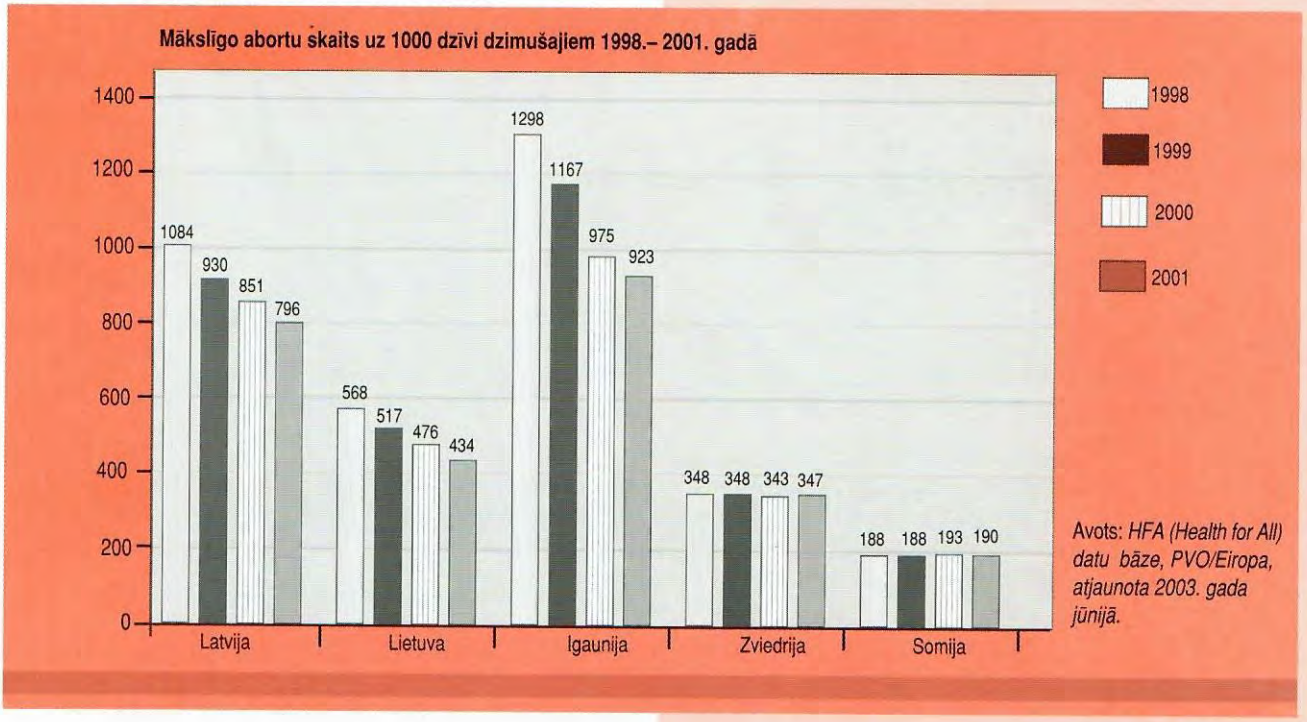
5.43. attēls. **Mākslīgo abortu skaits**



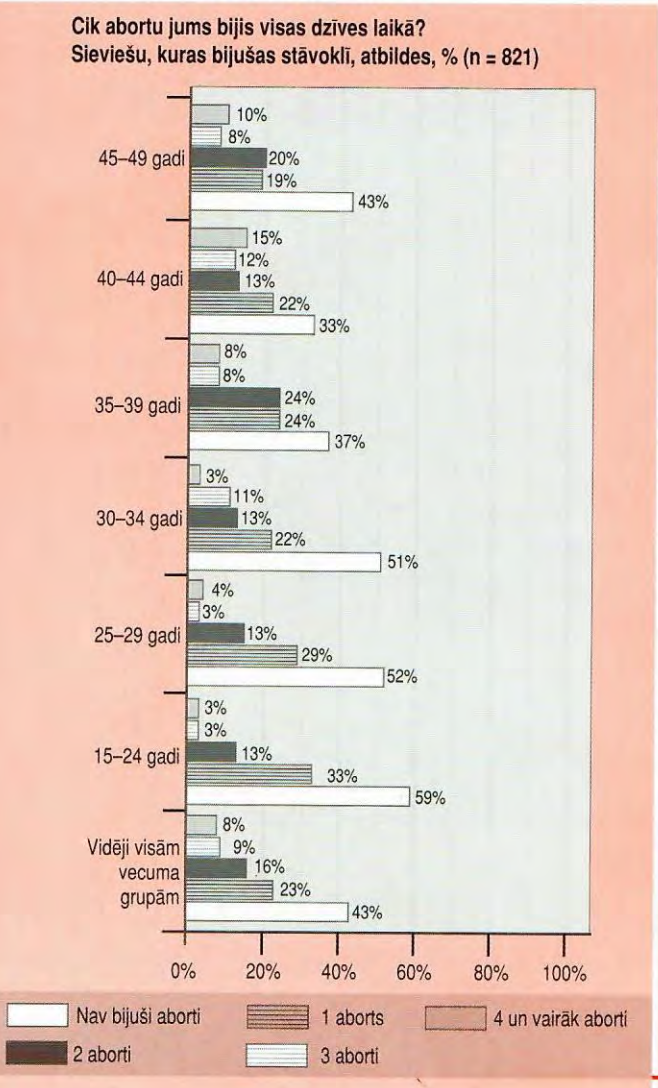
Avots: *Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, 2003.*

[9] Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, 2003.

5.44. attēls. **Mākslīgo abortu skaits salīdzinošā aspektā**



5.45. attēls. **Abortu skaits sievietes dzīves laikā**



5.5.1. Grūtniecības pārtraukšanas izvēles biežums

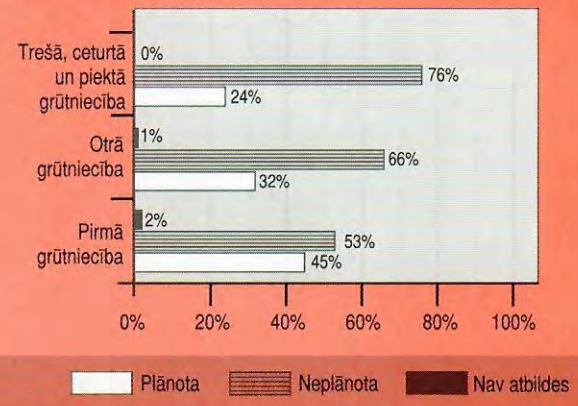
Lielais abortu skaits ilgākā laika periodā ir atstājis pēdas Latvijas sieviešu pieredzē. Neraugoties uz padomju valsts veikto dzimstības atbalsta politiku, aborts kopš 1953. gada Latvijā bijis pieejams bez maksas. Tādu kontracepcijas līdzekļu kā prezervatīvs un hormonālā kontracepcija pieejamības trūkums plašākā sabiedrībā abortus padarīja par vieglāk sasniedzamo dzimstības plānošanas līdzekli. Pēc pētījuma datiem, tikai vidēji 43% aptaujāto sieviešu, iestājoties grūtniecībai, nekad nav bijis jāveic aborts (skatīt 5.45. attēlu). Biežāk ar aborta izvēli nācies saskarties sievietēm, kurām šobrīd ir 35–49 gadi. Šajā vecuma grupā vairāk nekā puse sieviešu vismaz reizi mūžā ir apsvērušas aborta iespēju. Vidēji 21% sieviešu šajā vecuma grupā izdarījušas abortu vienu reizi, 20% abortu veikušas divas reizes, 9% sieviešu ir bijuši trīs, bet 11% bijis četri un vairāk abortu. Salīdzinājumam 20–34 gadu vecuma grupā viens aborts bijis 27% sieviešu, par diviem abortiem izšķīrušās 11% sieviešu, trīs aborti bijuši 7% sieviešu, bet četru un vairāk abortu pieredze ir bijusi 3% sieviešu. Pašreizējās statistikas tendences liecina, ka jaunākām sievietēm retāk savas dzīves laikā nāksies izšķirties par abortu.

Viens no iemesliem augstajiem abortu rādītājiem ir aborta uzskatīšana par dzimstības kontrolēšanas līdzekli. Satraucoši, ka apmēram piektdaļa jauno sieviešu 15–24 gadu vecumā ar grūtniecības pieredzi jau veikušas atkārtotus abortus, bet viena aborta pieredze ir 33% jauno sieviešu. Salīdzinājumam – 34–49 gadu vecuma grupā par atkārtota aborta iespēju lēmušas divas trešdaļas no visām sievietēm ar viena aborta pieredzi. Jauniešu vecuma grupā atkārtota abortu pieredze ir vairāk nekā trešdaļai jauno sieviešu. Analizējot pēdējo piecu gadu laikā iestājušās grūtniecības, redzams, ka visbiežāk neplānotas ir atkārtotas grūtniecības (skatīt 5.46. attēlu). Arī 40% vīriešu, atbildot par savas partneres grūtniecību pēdējo piecu gadu laikā, atzīst, ka tās visas bijušas neplānotas. Vēl 17% gadījumu atzīmēts, ka daļa grūtniecību bijušas plānotas. Savukārt visas grūtniecības kā plānotas atzīst 40% vīriešu.

Aborts kā grūtniecības atrisinājums apsvērts pusē grūtniecību (skatīt 5.47. attēlu). Biežāk nekā vidēji tas darīts, ja šo piecu gadu laikā iestājusies trešā, ceturtā un piektā grūtniecība.

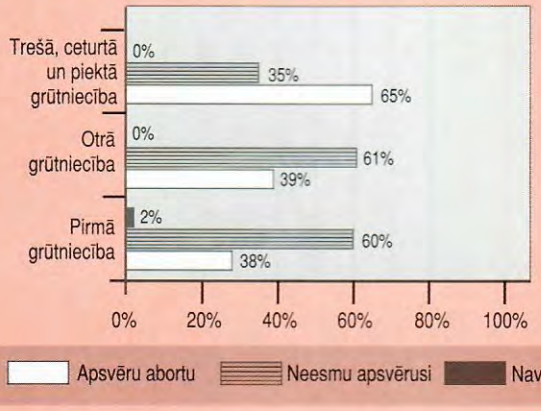
5.46. attēls. **Grūtniecības plānošana**

Pēdējo piecu gadu laikā iestājušos grūtniecību plānošana, atkarībā no grūtniecību skaita. Sieviešu, kurām pēdējo piecu gadu laikā iestājusies grūtniecība, atbildes, % (n = 344)



5.47. attēls. **Aborta apsvēršanas biežums**

Aborta apsvēršanas biežums atkarībā no grūtniecību skaita pēdējo piecu gadu laikā. Sieviešu, kurām pēdējo piecu gadu laikā iestājusies grūtniecība, atbildes, % (n = 344)



Pirmās grūtniecības iznākums lielākajā daļā (57%) gadījumu ir dzemdības, savukārt ar katru nākamo grūtniecību dzemdību iznākuma varbūtība samazinās un pieaug iespēja, ka tiks veikts aborts (skatīt 5.48. attēlu).

Analizējot neplānotas grūtniecības cēloņus, kā biežākais cēlonis (46% gadījumu) minama kļūdaina vai nepareiza kontraceptīvo metožu izvēle. Visbiežāk respondentes pievīluši vīriešu prezervatīvi (26% no šiem gadījumiem, kas sasaucas ar lielo nepareizas lietošanas gadījumu skaitu), pārtrauktais dzimumakts (23%), kalendārā metode (21%), hormonālās kontracepcijas tabletes (19%).

Kā otrs neplānotas grūtniecības cēlonis minama kontraceptīvo līdzekļu nelietošana (43% neplānotas grūtniecības gadījumu), lai arī respondentes bijušas par tiem informētas.

5.5.2. Pusaudžu neplānota grūtniecība

Latvijā 2,1% no visām grūtniecēm 2002. gadā bija pusaudzes vecumā līdz 18 gadiem.[10] Grūtniecība pusaudža vecumā ir ne tikai priekšlaicīgu dzemdību risks, bet arī ārkārtīgi liela psiholoģiska slodze topošajai māmiņai. Bailēs no nosodījuma, neizpratnes reizēm pusaudzes nesaņem piemērotu antenatālo aprūpi. Viņas stājas grūtniecības uzskaitē vēlu vai to nedara vispār. Agrīna grūtniecība un dzemdības, bērna audzināšana liedz iespēju izglītoties un pieaug risks nonākt bezdarbnieku statusā. Daudzas jaunietes neplānotas grūtniecības dēļ izdara abortus. Tā 2002. gadā 10,4% no izdarītajiem abortiem bija jaunietēm vecumā līdz 19 gadiem.[11]

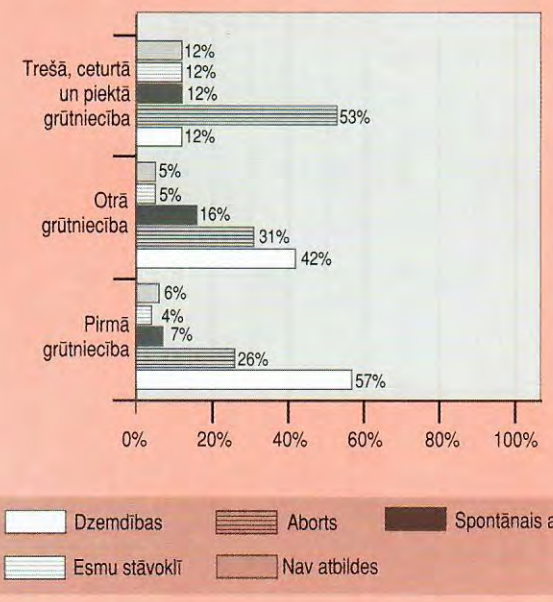
5.5.3. Aborta lēmumu ietekmējoši faktori

61% no visām aptaujātajām sievietēm, kuras jebkad bijušas stāvoklī, kaut reizi ir apsvērušas aborta veikšanas iespēju. 17% no tām ir pārdomājušas un abortu tomēr nav veikušas. Par labu abortam biežāk lēmušas vecākās paaudzes sievietes. Visbiežāk domas mainīt palīdzējis partneris vai vīrs. Kā otrs iemesls viedokļa maiņai minēti pašas sievietes personiski apsvērumi. Trešais iemesls – bailes par aborta sekām un apstākļiem. Kā nozīmīgās personas lēmuma pieņemšanā minēti ārsti, gaidāmais bērns, māte un draugi. Līdzīgu ainu uzrāda arī vīrieši par savas partneres lēmuma pieņemšanu par labu dzemdībām.

Aptaujā par pēdējo piecu gadu laikā veikto abortu iemesliem visbiežāk (45% gadījumu) minēts, ka sieviete bērnu nav vēlējusies. 40% gadījumu sieviete uzskatījusi, ka bērnu materiāli nav varējusi atļauties. 25% sieviešu nav jutušās

5.48. attēls. **Grūtniecību iznākums pēdējo piecu gadu laikā**

Pēdējo piecu gadu laikā notikušu grūtniecību iznākums. Sieviešu, kurām pēdējo piecu gadu laikā iestājusies grūtniecība, atbildes, % (n = 344)



psiholoģiski gatavas bērna laišanai pasaulē un audzināšanai. 16% gadījumu bērna nākšana pasaulē būtu traucējusi karjerai. 10% gadījumu bērnu nav vēlējies vīrs vai partneris. Jo vairāk bijis grūtniecību, jo ar katru nākamo grūtniecību retāk par iemeslu minēti emocionālas dabas faktori un lielāka loma ir materiālajam stāvoklim un grūtnieces vai augļa veselības stāvoklim.

Interesanti, ka vīrieši tikpat bieži kā sievietes par biežāko abortu veikšanas iemeslu min faktu, ka partnere bērnu nav vēlējusies. Kā otru biežāko iemeslu 41% gadījumā vīrieši min pašu nevēlēšanos bērnu saglabāt. Mazāk kā iemesls minēti materiālie apstākļi (26% gadījumu). 12% gadījumu bērna nākšana pasaulē būtu traucējusi karjerai.

Aptuveni ceturtdaļā visu abortu gadījumu sievietes nav ne ar vienu konsultējušās un lēmumu pieņēmušas pašas. Visbiežāk vai aptuveni pusē gadījumu sievietes lēmumu pārrunājušas un apspriedušas ar vīru vai partneri. 43% gadījumu aborta lēmums pārrunāts ar ārstu, parasti – ginekologu. Vēl attiecīgi 23% un 16% gadījumu aborta lēmums pārrunāts ar māti vai draudzeni. Vīrieši parasti aborta izvēli pārrunā ar dzimumpartneri.

Partneris visbiežāk atbalsta sievietes izvēli. 33% gadījumu partneris atbalstīja aborta izdarīšanu un vēl 21% gadījumu uzskatīja, ka par to jālemj sievietei. 22% gadījumu partneris centies sievieti atrunāt no aborta izdarīšanas. 16% gadījumu sieviete partneri netika informējusi.

Abortu veikšana sievietei saistās ar nepatīkamiem blakus apstākļiem. Pirmkārt, aborta veikšana aizņem zināmu laiku. Biežāk aborti tiek veikti slimnīcā, nevis dienas stacionārā. Otrkārt, pēc aborta, iespējams, nākas saskarties ar komplikācijām. Pēc aptaujas datiem, katrs piektais aborts saistīts ar spēcīgu asiņošanu, bet katrs sestais aborts – ar iekaisumu.

Vāja ir ārstu saikne ar sievieti, izglītojot par turpmāku kontraceptīvo metožu lietošanu. Gandrīz katra piektā sieviete pēc aborta veikšanas netiek informēta par tālāko kontracepcijas lietošanu.

Vīrieši uzrāda ievērojami mazāku abortu skaitu savām partnerēm nekā vidēji pašas sievietes. Aptuveni trešdaļa vīriešu atzīst, ka nezina, vai partnere jebkad ir apsvērusi aborta veikšanas iespēju. Iespējams, ka neatbilstība liecina par vīriešu sliktu informētību par partneres grūtniecību.

5.5.4. Attieksme pret abortiem

Abortu par kaitīgu sievietes veselībai atzīst 82% vīriešu un 88% aptaujāto sieviešu. Biežāk šim uzskatam sliecas piekrist sievietes ar abortu pieredzi. Visvairāk šim uzskatam piekritēju ir sieviešu grupā, kurām bijuši četri un vairāk abortu. Līdz ar to uzskatam par kaitīgumu ir maza ietekme uz lēmuma pieņemšanu par abortu.

Abortu kā normālu dzimstības regulēšanas metodi atzīst 14% sieviešu un 15% vīriešu, bet tam nepiekrīt 76% sieviešu un 70% vīriešu. Retāk šim apgalvojumam piekrīt sievietes, kurām nav abortu pieredzes. Rīgā ir visvairāk sieviešu (17%) un vīriešu (21%), kuri piekrīt abortu uzskatīt par dzimstības regulēšanas metodi, bet laukos tādu sieviešu un vīriešu ir 11%. Salīdzinoši daudz respondentu, kuri atbalsta abortu kā dzimstības regulēšanas metodi, ir starp Latgales vīriešiem (20%) un Kurzemes sievietēm (17%).

Jauniešu domas neatšķiras no citu vecuma grupu respondentu viedokļa. Visbiežāk (20% gadījumu) abortu par kontracepcijas līdzekli uzskata jaunietes 20–24 gadu vecuma grupā. Šādi uzskata tikai 11% sieviešu 15–16 gadu vecumā un 13% 17–19 gadu vecumā. Savukārt jauno vīriešu uzskati 15–16 gadu, 17–19 gadu un 20–24 gadu vecuma grupā dalās attiecīgi 11%, 18% un 13%, būtiski neatšķiroties no tendencēm vecāku respondentu vidū.

Aborta vērtējums respondentu vidū ir neviendabīgs. Vienāds skaits – 42% – sieviešu piekrīt un nepiekrīt, ka aborts ir nepiedodama, slepkavībai līdzvērtīga rīcība. Vīriešu attieksme ir līdzīga. Šādi domā attiecīgi 40% un 37% vīriešu. Visvairāk sieviešu ar tolerantu attieksmi pret abortu ir to sieviešu vidū, kas veikušas 1–2 abortus. 28% līdz 33% šādu sieviešu piekrīt, bet 51% līdz 54% šādu sieviešu nepiekrīt, ka aborti ir nepiedodama rīcība. Kritiska attieksme ir to sieviešu vidū, kurām abortu nav bijis. Šajā grupā abortiem kā nepiedodamai rīcībai piekrīt 51% un iebilst 34% sieviešu.

Interesanti, ka to sieviešu vidū, kurām bijuši trīs un vairāk abortu, negatīva attieksme pret abortu ir 40% sieviešu, bet toleranta – 43% līdz 45% sieviešu. Līdz ar to sievietes ar trīs un vairāk abortu pieredzi pret abortu pauž negatīvāku viedokli nekā sievietes ar vienu vai divu abortu pieredzi.

Jauniešu grupā, salīdzinot ar citām vecuma grupām, kopumā vairāk respondentu abortu uzskata par nepiedodamu rīcību. Viskategoriskākie ir jaunieši 15–19 gadu vecumā, kur 49% jauno sieviešu un 46% jauno vīriešu piekrīt, ka aborti ir nepiedodama rīcība. 20–24 gadu vecumā šādu sieviešu ir 38%, bet vīriešu 40%. Interesanti, ka 20% meiteņu un 30% puišu 15–19 gadu vecumā nav sava viedokļa par abortu. Salīdzinoši kritiskāk pret abortu noskaņoti ir lauku, īpaši Latgales, iedzīvotāji. Noliedzoša attieksme pret abortiem daļai respondentu tomēr netraucē atzīt sievietes tiesības lemt par aborta veikšanu.

Aborta aizliegumam piekrīt 14% sieviešu un 20% vīriešu. Lielākā daļa respondentu jeb 69% sieviešu un 55% vīriešu nepiekrīt abortu aizliegumam. Vīriešu vidū, salīdzinot ar sievietēm, liels ir to respondentu daudzums, kuriem nav sava viedokļa šajā jautājumā, attiecīgi 17% un 26%. Biežāk aborta aizliegumam piekrīt sievietes, kurām nav aborta pieredzes (18%). Tikai 3–6% sieviešu ar abortu pieredzi piekrīt aizliegumam.

Jaunieši biežāk piekrīt aizliegumam. 15–16 gadu vecuma grupā aizliegumam piekrīt 27% sieviešu un 29% vīriešu, 17–19 gadu vecuma grupā – 21% sieviešu un 24% vīriešu, 20–24 gadu vecuma grupā 20% sieviešu un 23% vīriešu. Vēlākā vecumā sieviešu un vīriešu viedoklī parādās starpība, lai arī abu viedokļi kopumā ir mazāk kategoriski pret aizliegumu, tomēr sievietes kļūst kritiskākas pret abortu aizliegumu nekā vīrieši. Jauniešu vidū ir mazāk respondentu, kuri nepiekrīt abortu aizliegumam, svārstoties 54–67% robežās sievietēm un 33–54% robežās vīriešiem. Jo jaunāki jaunieši, jo kategoriskāk viņi nostājas par aborta aizliegumu. Jauniešu grupā arī visbiežāk nav sava viedokļa šajā jautājumā. 15–16 gadu vecumā sava viedokļa nav 20% sieviešu un 39% vīriešu.

Jaunieši fokusa grupu diskusijā abortus attaisnoja šādu iemeslu dēļ. Pirmkārt, aborts ir pieļaujams, ja grūtniecība iestājusies vardarbīgā ceļā. Otrkārt, aborts ir attaisnojams, ja gaidāms nevesels bērns vai apdraudēta mātes veselība. Treškārt, ja bērns ieņemts gadījuma sakaros vai apdraud nākotnes plānus. Jo nestabilākas ir pāra attiecības, jo lielāka iespēja, ka grūtniecība tiks pārtraukta.

(..) Ja bērns tiešām ir nevēlams, lai neveidojas kārtējā vientuļā māte vai vēl viena nelabvēlīgā ģimene, jo tādu jau pietiek. (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

(..) Ja nevar to bērnu atļauties. Arī, ja sekss nav bijis nopietns. Attiecībās, ja tās ir vienas nakts attiecības... nu ko lai dara? (Vīrietis, latviešu jauniešu grupa)

Jaunie vīrieši atzīst, ka vīrieši vispār nevēlas uzņemties atbildību un tādēļ neiejaucas sievietes izvēlē un tai piekrīt.

No otras puses, aborta izvēle, ja vien nav saistīta ar vardarbību, tiek traktēta kā nevēlēšanās uzņemties atbildību un turpmāku risku veselībai. Šādu viedokli pauda mazākums jauno sieviešu.

(..) Ja es uzzinātu, ka mans bērniņš būtu neglābjami slims, es nespētu viņam atņemt dzīvību, ja viņam ir lemts nākt pasaulē. Tad mēs ciestu abi reizē. Lai gan man būtu grūti to darīt, noskatīties, kā viņš... es tomēr nevarētu to (abortu) nekad izdarīt. Es domāju, ka to man arī nekad nevajadzētu darīt, jo... katrs cilvēks ir atbildīgs par to un viņš zina, kad stājas dzimumattiecībās, tad ir jāizsargājas. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Svarīgs kritērijs aborta izvēlē ir apkārtējo cilvēku atbalsts bērna saglabāšanā. Apkārtējo cilvēku uzskati ietekmē sievietes izvēli:

[10] Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.

[11] Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģijas aģentūra, 2003.

(..) Pat tādās ģimenēs, kur ir baigi superīgie vecāki. Saprotoši. Man liekas, ka tādos brīžos arī tie vecāki salūst. Tajā brīdī viņi vairs nedomā. Vai arī pārāk daudz domā ar galvu un (..) nesajūt, kādas ir tavas jūtas un sajūtas. Viņi vairāk ar savu saprātu, dzīves pieredzi pasaka, ka tev vienkārši nav cita varianta. 14 gados (grūtniecība)? Ko tu tagad darīsi? Tas ir apkaunojums mums kā vecākiem. Tas ir apkaunojums mazpilsētai. Vispār šausmu stāsts. (Sieviete, latviešu jauniešu grupa)

Lai arī atbildība teorētiski tiek dalīta starp abiem partneriem, aborta galīgā izvēle vairāk gulstas uz sievietes pleciem. Aborta tēma tradicionāli ir sieviešu sarunu joma, un vīrieši par to nerunā. Jaunietēm bija pieredze par zināmiem aborta gadījumiem un rīcības modeļiem, taču jauniešu diskusijā šāda pieredze tika minēta vienā gadījumā un arī tad informācija par notikumu bija saņemta no draudzenes. Jaunietes pēc pieredzes atzīst, ka sievietes bieži neinformējot partnerus par iestājušos grūtniecību. No vienas puses, vīrieši tradicionāli ir atsvešināti no grūtniecības un bērna ieņemšanas procesa. No otras puses, sieviete jūt pilnu atbildību par savu izvēli. Pirms informēt partneri, attiecības tiek intuitīvi izvērtētas. Līdz ar to vīrieši par grūtniecības iestāšanos tiek informēti pārsvarā tad, kad sieviete vēl nav izdarījusi galīgo izvēli.

5.6. Grūtniecība un dzemdības

Sieviešu atbildes par savu pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, ļauj skatīt bērnu dzimšanas pieredzes tendences (skatīt 5.49. attēlu). Neplānotu grūtniecību skaits, kas beigušās ar dzemdībām, saglabājies stabils 33–43% robežās. Tendence 1985.–1989. gadā, kurai raksturīgs dzimstības kāpums, liecina, ka tas nodrošināts uz neplānotu grūtniecību rēķina, izšķiroties par bērna piedzimšanu. 2000.–2003. gada periodā vērojama līdzīga tendence, lai arī dzimstības kāpums ir salīdzinoši neliels.

Kopš 90. gadu sākuma mainījušās mātes un bērna aprūpes tradīcijas dzemdību namos. Pirmkārt, ieviestas ģimenes dzemdības. Otrkārt, māte laiku stacionārā pavada kopā ar bērnu. Bērnu pie krūts parasti liek jau dzemdību zālē. Latvijā patlaban ir sešas bērniem draudzīgas slimnīcas, kurās cita starpā rūpējas par krūts barošanas veicināšanu. 2003. gadā tiek gatavoti noteikumi mājas dzemdību regulēšanai.

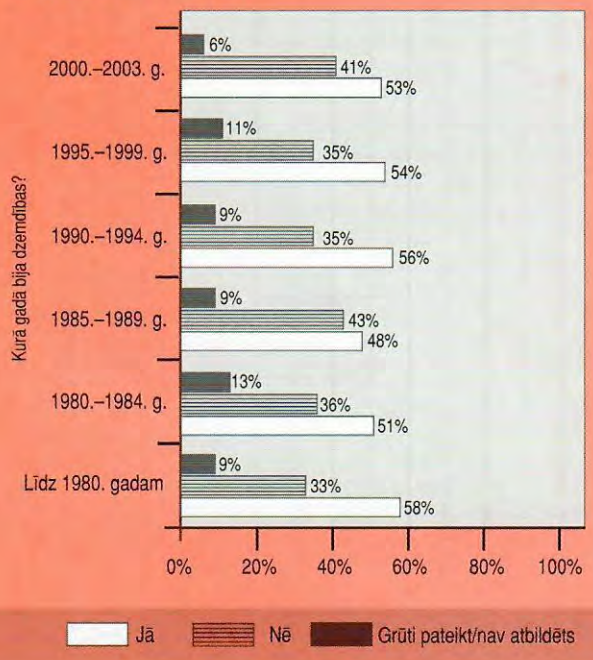
5.6.1. Grūtnieču aprūpe

Grūtnieču uzskaitē vidēji bijis 92% visu atbildējušo sieviešu ar grūtniecības pieredzi. Visaugstākais grūtnieču aprūpi apmeklējušo sieviešu procents bijis 1990.–1994. gada periodā, kad 97% sieviešu atzīmējušas aprūpes apmeklējumu. Pēc aptaujas datiem, vēlākos gados apmeklējumi samazinās, 2000.–2003. gada periodā sasniedzot 91%. Kopš 1995. gada divkārt samazinās to sieviešu skaits, kuras aprūpē stājušās pēc 12. grūtniecības nedēļas, kas saistīts ar 1994. gada lēmumu par pabalsta divkāršošanu sievietēm, kuras aprūpē stājas līdz 12. grūtniecības nedēļai. Vidēji sievietes aprūpē stājas 8. grūtniecības nedēļā.

Grūtnieču apmācību, kas paredzēta *Antenatālās aprūpes programmā 4+1*, izgājušas vidēji mazāk nekā trešdaļa sieviešu (skatīt 5.50. attēlu). Lai arī situācija kopš 90. gadu sākuma uzlabojusies, apmācību joprojām neiziet apmēram 63% grūtnieču. Kopš 1995. gada aptuveni trešdaļa grūtnieču, kuras apmeklējušas apmācību nodarbības, to darījušas kopā ar vīru vai partneri. To apstiprina arī vīriešu aptauja. 1990.–1994. gada periodā nodarbības apmeklējuši 11% tēvu, bet 2000.–2003. gada periodā tādu jau bijis 32%. Lielākā daļa tēvu (65%), kuriem bērns dzimis laikā no 2000. līdz 2003. gadam, apgalvo, ka apmeklējuši ārstu vai vecmāti kopā ar partneri. Kopš 1995. gada vērojama tendence pieaugt bērna tēva dalībai antenatālās aprūpes apmeklējumos.

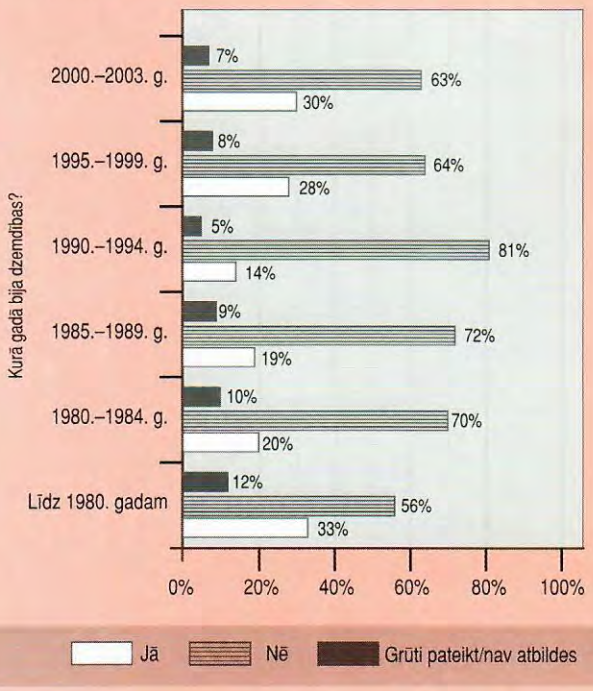
5.49. attēls. **Grūtniecības plānošanas tendences**

Vai grūtniecība bija plānota? To sieviešu, kurām ir bijušas dzemdības, atbildes par pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, % (n = 759)



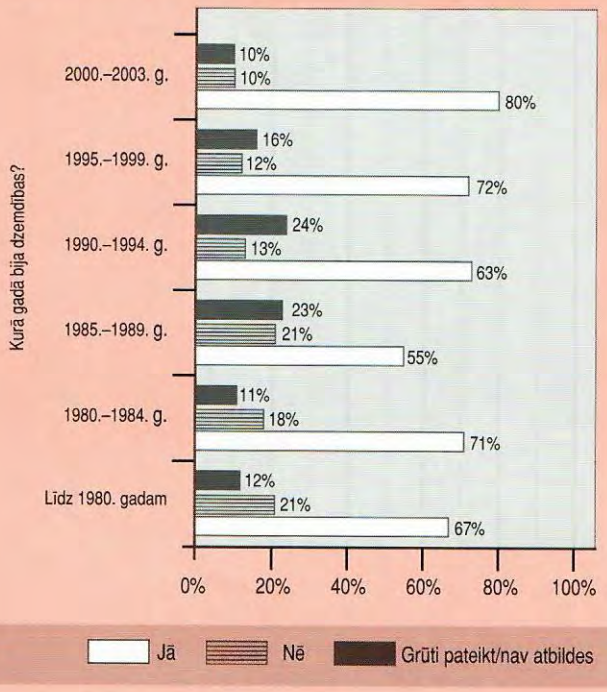
5.50. attēls. **Grūtnieču apmācības apmeklējums**

Vai jūs apmeklējāt "māmiņu skolu"? Sieviešu atbildes par pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, % (n = 759)



5.51. attēls. **Apmierinātība ar medicīnas personāla attieksmi**

Vai jūs apmierināja ārsta vai vecmātes attieksme? Sieviešu atbildes par pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, % (n = 759)



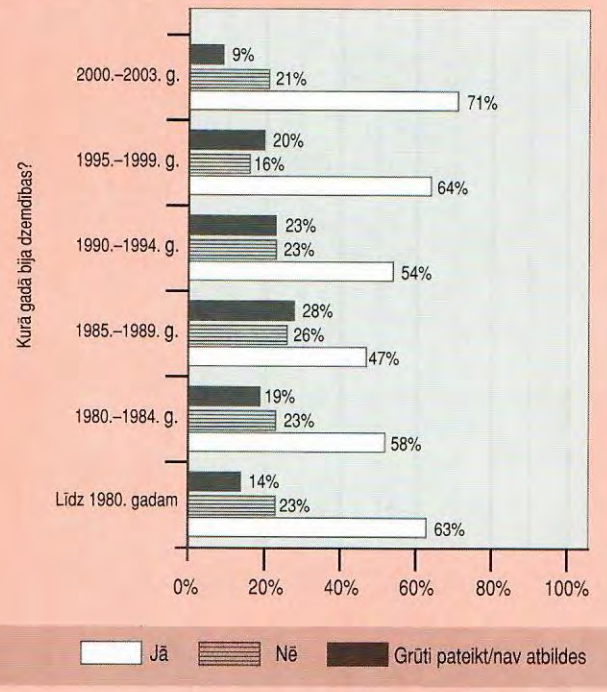
Ar aprūpes kvalitāti apmierinātas lielākā daļa sieviešu. Kopš 90. gadu sākuma samazinās ar ārsta vai vecmātes attieksmi neapmierināto sieviešu skaits un pieaug apmierināto sieviešu skaits (skatīt 5.51. attēlu). 2000.–2003. gada periodā neapmierināto sieviešu skaits, salīdzinot ar 80. gadiem, ir samazinājies uz pusi. Līdz ar tēvu ienākšanu antenatālās aprūpes lokā palielinās to tēvu skaits, kuri ir apmierināti ar personāla attieksmi grūtniecības aprūpes laikā, bet samazinās to tēvu skaits, kuri šo jautājumu nepārzina. 2000.–2003. gada periodā 63% tēvi ir apmierināti ar mediķu attieksmi, bet 27% nespēj uz šo jautājumu atbildēt. Neapmierināto vecāku daudzums kopš 90. gadiem samazinās uz pusi, salīdzinot ar iepriekšējo periodu, un abu dzimumu respondentu atbildēs veido ap 10%.

Patlaban lielākā daļa sieviešu ir apmierinātas ar apmeklējumam veltīto laiku (skatīt 5.52. attēlu). Neapmierināto sieviešu skaits visos laika posmos bijis stabils, svārstoties 16–26% robežās. Uzlabojums attieksmē galvenokārt panākts, mazinoties to sieviešu skaitam, kurām grūti izvērtēt, vai laika apmeklējumam bijis pietiekami. 2000.–2003. gada periodā ar grūtnieču aprūpei atvēlēto laiku apmierinātas bijušas 71% sieviešu, kas ir augstākais rādītājs visā apskatāmajā periodā.

Pēdējos gados pieaudzis arī dzemdībām sagatavoto sieviešu skaits (skatīt 5.53. attēlu). Ar sagatavošanu dzemdībām 2000.–2003. gada periodā apmierinātas ir 68% māmiņu. Ievērojams uzlabojums sagatavošanas vērtējumā vērojams kopš 1995. gada, ko var skaidrot ar antenatālās aprūpes programmas darbību. Kopš 90. gadu sākuma gandrīz divas reizes samazinājies to māmiņu skaits, kuras nav apmierinātas ar sagatavošanas kvalitāti vai to nespēj izvērtēt. Ar 1995. gadu vairāk tēvu tiek sagatavoti dzemdībām. Iepriekšējā laika periodā vairāk nekā puse tēvu nespēja uz šādu jautājumu atbildēt, savukārt 2000.–2003. gada periodā tādu tēvu skaits ir samazinājies līdz 19%. Ar sagatavošanu dzemdībām apmierināti 67% tēvu, kuru bērni dzimuši pēdējo trīs gadu laikā.

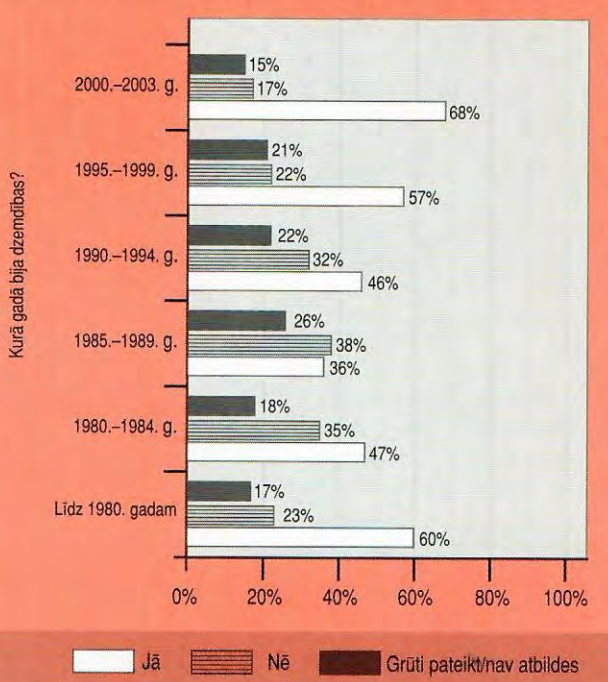
5.52. attēls.
Apmierinātība ar ārsta/vecmātes apmeklējumiem atvēlēto laiku

Vai laiks, ko sarunām ar jums apmeklējuma laikā veltīja ārsts vai vecmāte, bija pietiekams? Sieviešu atbildes par pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, % (n = 764)



5.53. attēls. **Apmierinātība ar sagatavošanu dzemdībām**

Vai jūs apmierināja sagatavošana dzemdībām? Sieviešu atbildes par pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, % (n = 759)



Grūtnieču aprūpi lielākā daļā gadījumu veicis ginekologs. Pēc aptaujas datiem, kopš 1995. gada grūtnieču aprūpei pie ģimenes ārsta reģistrējušās 3–6% grūtnieču, bet pie vecmātes reģistrējušos grūtnieču skaits 2000.–2003. gada periodā pieaudzis līdz 10%.

5.6.2. Ģimenes dzemdības

Pēdējo triju gadu periodā dzemdībās piedalījušies 36% aptaujāto tēvu (skatīt 5.54. attēlu). Ģimenes dzemdību procentam ir raksturīga tendence kāpt.

Vidēji 37% tēvu gribētu ņemt dalību ģimenes dzemdībās, bet 40% to negribētu. Jo jaunāki ir vīrieši, jo labvēlīgāka attieksme pret ģimenes dzemdībām. 53% vīriešu 45–49 gadu vecumā negribētu ņemt dalību ģimenes dzemdībās, taču 15–19 gadu vecumā tādu vīriešu ir 24–27%. Vidēji 20–25% vīriešu nav sava viedokļa. Vislielākais neizlēmīgu vīriešu procents ir 15–16 un 17–19 gadu vecuma grupās, attiecīgi 45% un 31%.

Gandrīz uz pusi vairāk vīriešu ar augstāko izglītību (45%), salīdzinot ar vīriešiem, kuriem ir pamatizglītība (26%), gribētu piedalīties ģimenes dzemdībās.

5.6.3. Partneru savstarpējais atbalsts

Kopš 90. gadu sākuma mainās partnerattiecību modelis grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā. Jaunais modelis prasa līdzvērtīgu tēva un mātes lomu bērna gaidīšanas procesā un pēcdzemdību aprūpē, paaugstinot tēvu līdzdalību un atbildību. Pēdējo piecu gadu laikā vidēji 70% sieviešu ir saņēmušas partnera atbalstu grūtniecības laikā. 68% sieviešu atbalstu saņēmušas arī pēcdzemdību laikā. Biežāk atbalstu saņem sievietes ar augstāku izglītības līmeni. Gan grūtniecības, gan pēcdzemdību laikā biežāk atbalstu saņēmušas lauku sievietes un ārpus Rīgas dzīvojošas sievietes. Latviešu sievietes retāk nekā citu tautību pārstāves atzinušas, ka partneri noteikti viņas ir atbalstījuši, biežāk izvēloties atbildi, ka esot drīzāk atbalstītas.

Raksturīgi, ka vīrieši savu emocionālo un psiholoģiskā atbalsta sniegšanu partnerei vidēji vērtē augstāk nekā sievietes. Vidēji 80% vīriešu atzīst savu atbalstu partnerei grūtniecības laikā, bet 85% arī pēcdzemdību laikā. Atbalstu biežāk sniedz vīrieši ar augstāku izglītības līmeni.

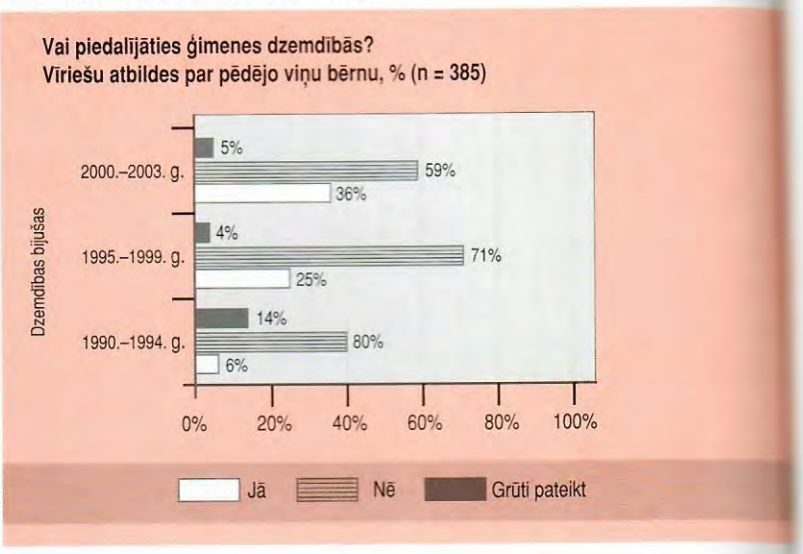
Vairāk nekā puse vīriešu atzīst, ka viņiem pašiem nav bijis nepieciešams emocionāls vai psiholoģisks atbalsts partneres grūtniecības laikā vai pēcdzemdību periodā. To vīriešu vidū, kuriem bērni dzimuši no 2000. līdz 2003. gadam, tēvu skaits, kuri izjutuši vajadzību pēc atbalsta, ir vislielākais – 34%. Pēdējā desmitgadē strauji audzis to tēvu skaits, kuri sajutuši partneres emocionālo un psiholoģisko atbalstu gan bērna gaidīšanas, gan pēcdzemdību periodā. 1990.–1994. gada periodā atbalstu saņēmuši attiecīgi 23% un 26% tēvu, bet 2000.–2003. gada laika posmā jau attiecīgi 47% un 50% tēvu.

5.6.4. Krūts barošana

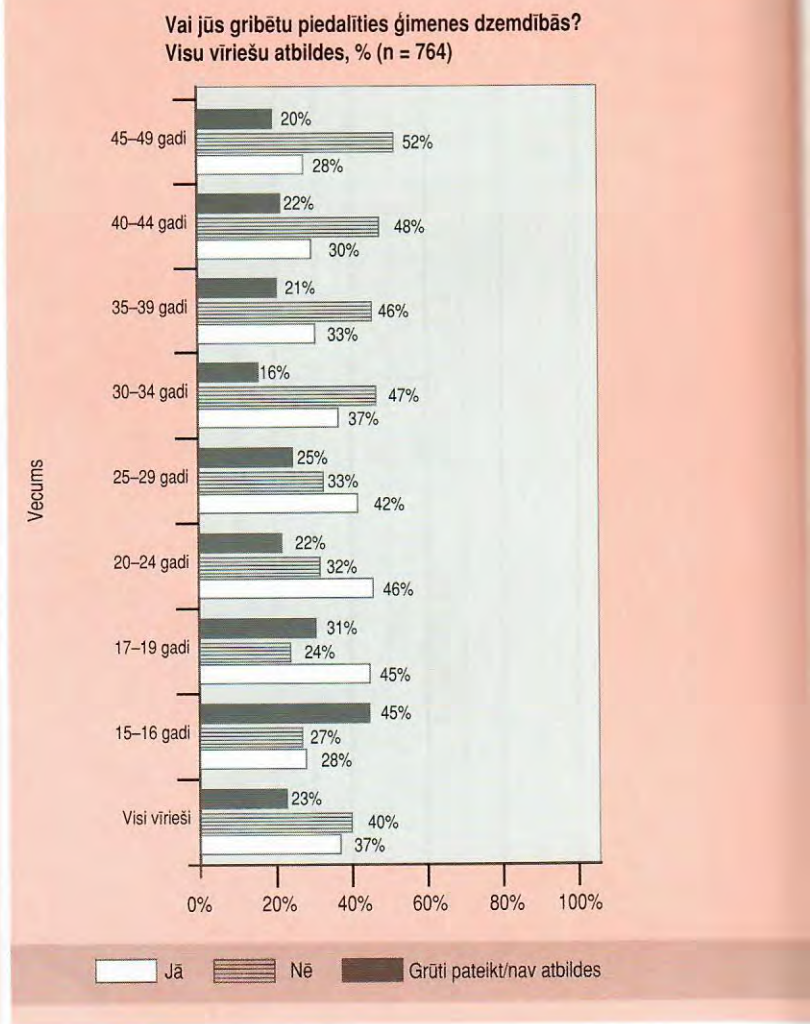
Lai arī pētījuma dati nesniedz pilnīgu informāciju par krūts barošanu Latvijā, tie kopumā sakrīt ar statistiskas sniegto informāciju. Visbiežāk jeb bērni ar krūti tiek baroti vienu mēnesi vai īsāku laika posmu (skatīt 5.56. un 5.57. attēlu). Kopš 1990. gada vismaz mēnesi ar krūti baroti 92–98% bērni. Vismaz trīs mēnešus kopš 90. gadu sākuma zīdīti vidēji 72–78% bērnu. Kopš 90. gadu sākuma manāma tendence samazināties to bērnu procentam, kuri zīdīti ar krūti salīdzinoši neilgu laiku – līdz trīs mēnešiem.

Ar katru nākamo zīdīšanas mēnesi ar mātes pienu barotu bērnu skaits samazinās. Sešus mēnešus tiek zīdīti vidēji 42–49% bērnu. Oficiālā statistika uzrāda mazāk šādi ēdinātu bērnu – 29–37% robežās. Vērojama tendence pieaugt to bērnu skaitam, kuri ar krūti baroti vismaz deviņus mēnešus un ilgāk. Vismaz deviņus mēnešus zīdītu bērnu skaits no 90. gadu sākuma pieaudzis no 24% līdz 31%, bet vismaz gadu zīdītu bērnu – no 10% līdz 21%.

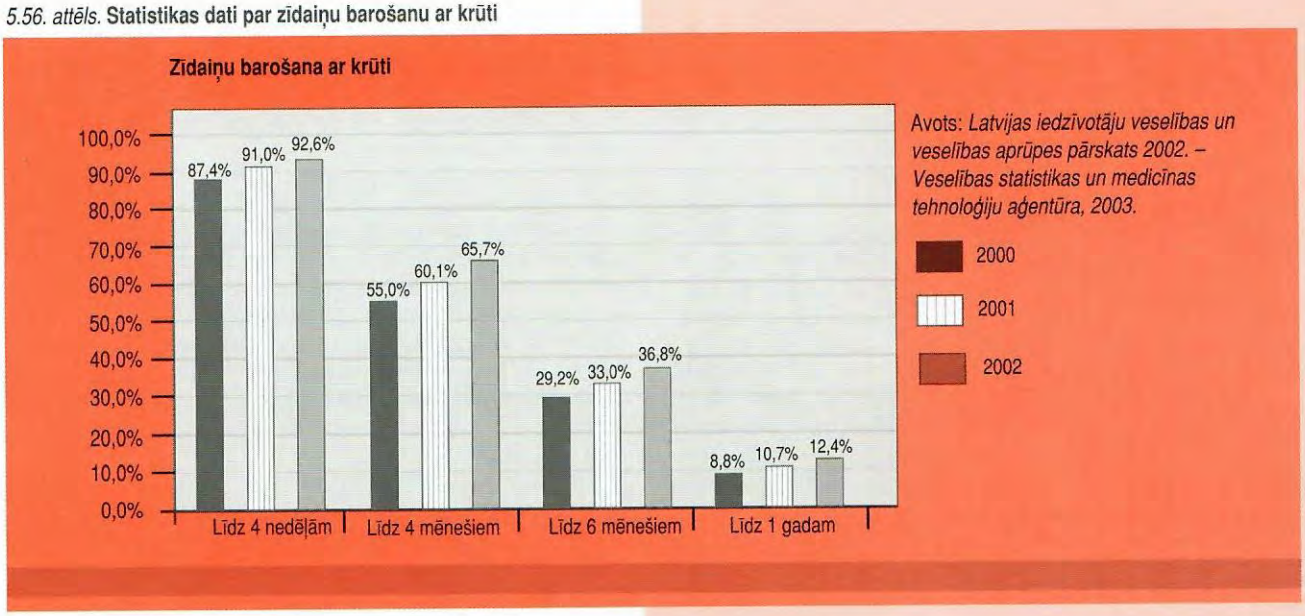
5.54. attēls. **Vīriešu līdzdalība dzemdībās**



5.55. attēls. **Vīriešu vēlme piedalīties dzemdībās**



5.56. attēls. **Statistikas dati par zīdaiņu barošanu ar krūti**



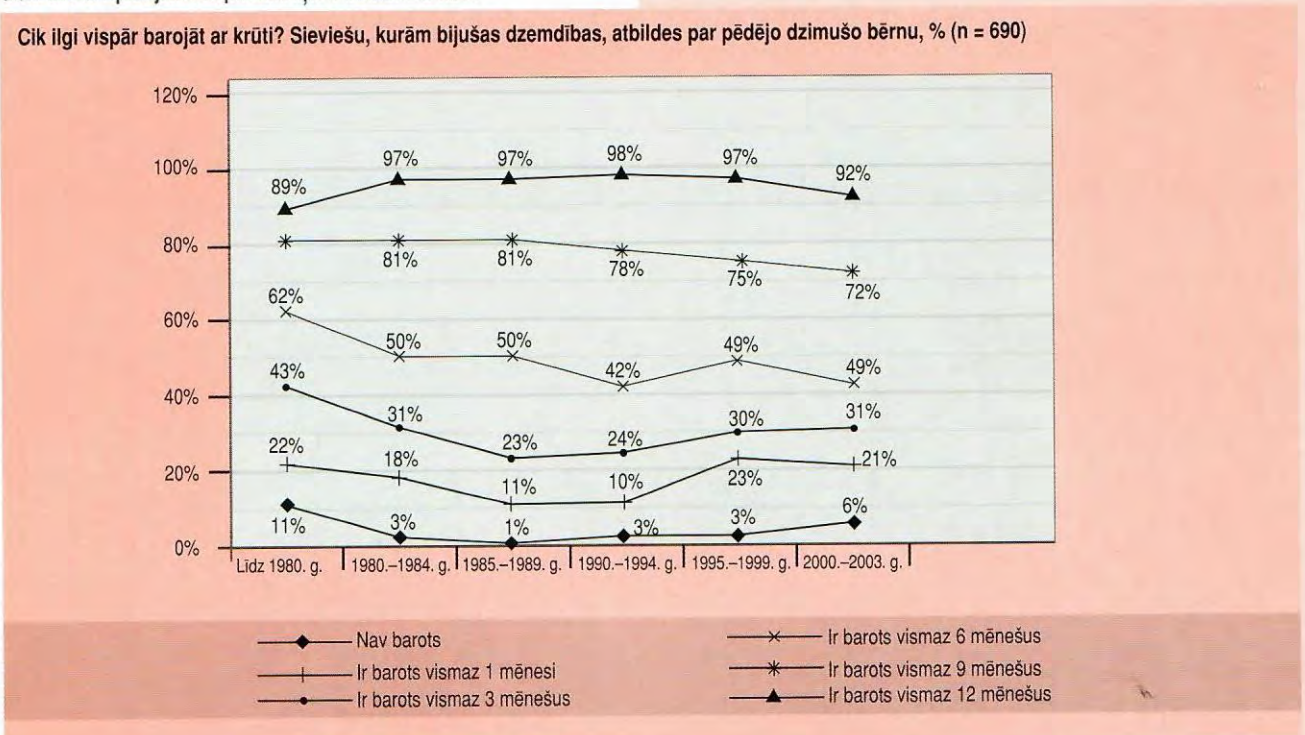
Statistika uzrāda uz pusi mazāku šādu bērnu skaitu. Interesanti, ka sievietes ar pamatizglītību bērnus zīda retāk un īsāku laiku nekā mātes ar augstāku izglītības līmeni.

Bērnu mātei rekomendē likt pie krūts jau dzemdību zālē. 1990.–1994. gada periodā 24% sieviešu jaundzimušais pie krūts likts jau dzemdību zālē. 1995.–1999. gada un 2000.–2003. gada periodā šādu sieviešu jau ir attiecīgi 44% un 51%. Vēl attiecīgi 39% un 28% sieviešu bērns pie krūts likts pirmajā dienā.

5.6.5. Mājas dzemdības

Laikā, kad tiek gatavots ziņojums, ir sagatavoti noteikumi mājas dzemdību oficiālai regulēšanai Latvijā. Atbalsts mājas dzemdībām vecmātes vadībā ir kopumā vienots abu dzimumu un visu vecuma respondentiem. Kopumā 28–38% visu vecumu sieviešu un 25–38% visu vecumu vīriešu piekrīt, ka sertificēta vecmāte spētu sniegt drošu palīdzību mājas dzemdībās. Viedokļu atšķirība parādās gadījumā, ja respondenti uzskata, ka vecmāte šādu palīdzību nespēj sniegt. Tā 39% vīriešu un 47% sieviešu uzskata, ka sertificēta vecmāte šādu palīdzību mājās nespēj sniegt (skatīt 5.58. un 5.59. attēlu).

5.57. attēls. **Aptaujas dati par zīdaiņu barošanu ar krūti**



Noliedzoša attieksme mazinās jauniešu grupā, svārstoties 29–43% robežās sievietēm un 26–40% robežās vīriešiem. Jauno vīriešu noliedzošais viedoklis ir vairāk tuvināts vecāko vīriešu viedoklim. Vienlaikus ar jaunāku vecumu pieaug to jauniešu skaits, kuri savu attieksmi vēl nav izveidojuši. Kopumā jaunā paaudze ir tolerantāk noskaņota par vecmātes spēju sniegt drošu palīdzību mājās. Attieksmi būtiski neietekmē bērnu skaits, ko sieviete dzemdējusi. Izteikumam nepiekrīt vidēji 48–54% sieviešu bez un ar dzemdību pieredzi. Atbalsts vecmātes spējai sniegt adekvātu palīdzību ir augstāks nedzemdējušu sieviešu vidū (43%). Izstrādājot noteikumus, darba grupā vairākkārt tika pausts viedoklis, ka mājas dzemdības ir bagātu sieviešu privilēģija un modes lieta. Aptauja neuzrāda būtiskas atšķirības viedoklī dažāda ienākuma līmeņa respondentēm.

Dzemdības Latvijā tiek uzskatītas par samērā lielu risku, un tas atspoguļojas arī mājas dzemdību vērtējumā. 75% sieviešu un 67% vīriešu uzskata, ka sieviete uzņemas papildu risku, izlemjot dzemdēt mājās. 12% sieviešu un 11% vīriešu uzskata, ka mājas dzemdības nav papildu risks. Sievietes bez dzemdību pieredzes, kā arī sievietes, kuras dzemdējušas trīs bērnus, vidēji divas reizes biežāk piekrīt, ka mājas dzemdības nav papildu risks. 66% sieviešu un 63% vīriešu uzskata, ka mājas dzemdības ir lieks risks. Pret šādu uzskatu iebilst 18% sieviešu un 14% vīriešu. Iebildēju vidū visvairāk ir sieviešu bez dzemdību pieredzes un sievietes, kuras dzemdējušas trīs bērnus (25–26%). Par risku biežāk uztraucas sievietes, kurām bijuši sarežģījumi grūtniecības laikā un dzemdībās, īpaši dzimumorgānu infekciju gadījumā. Kritiskāk noskaņotas ir sievietes 20–34 gadu vecumā, kā arī respondenti ar augstāku izglītības līmeni. Vīrieši ar ģimenes dzemdību pieredzi biežāk sliecas dot zemāku vērtējumu mājas dzemdību riskam.

55–56% respondentu uzskata, ka lēmuma par mājas dzemdībām pieņemšanā jāpiedalās vīram vai partnerim. 27% sieviešu un 21% vīriešu uzskata, ka vīrietim šā lēmuma pieņemšanā nav jāiejaucas.

Mājas dzemdības izvēlētos 10% sieviešu un 17% vīriešu. 68% sieviešu un 54% vīriešu tam nepiekrīt. Viedokļa nav 23% sieviešu un 30% vīriešu. Vairāk sieviešu, kuras izvēlētos dzemdēt mājās, ir to sieviešu vidū, kas dzemdējušas trīs bērnus un četrus un vairāk bērnus (attiecīgi 15% un 17%), kā arī starp tām sievietēm, kurām vēl nav bērnu (13%). Līdzīgas tendences vērojamas vīriešu vidū. Mājas dzemdībām piekrīt 22% tēvu ar trim bērniem un 36% tēvu ar četriem un vairāk bērnu, kā arī vīrieši, kuriem bērnu vēl nav (34%).

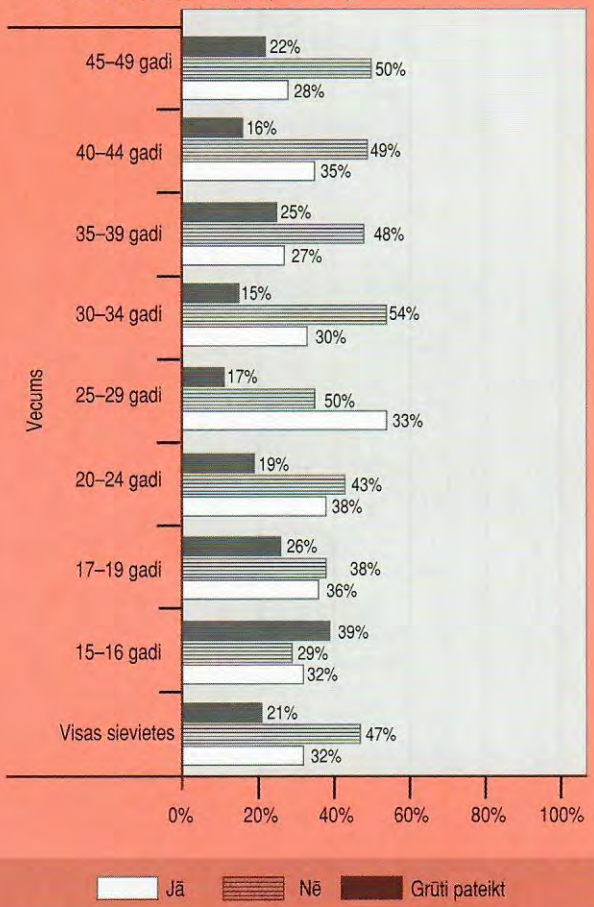
5.7. Secinājumi

Aptaujas dati rāda, ka, lai arī iedzīvotāju veselības uzturēšanas paradumi uzlabojas, pārmaiņas tomēr neskar visu sabiedrību un nav pietiekami labas iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības uzturēšanā.

Veselības uzturēšanai veltīto pasākumu apjoms nav pietiekams. Salīdzinoši lielam iedzīvotāju skaitam medicīnas aprūpe nav pieejama materiālu apsvērumu

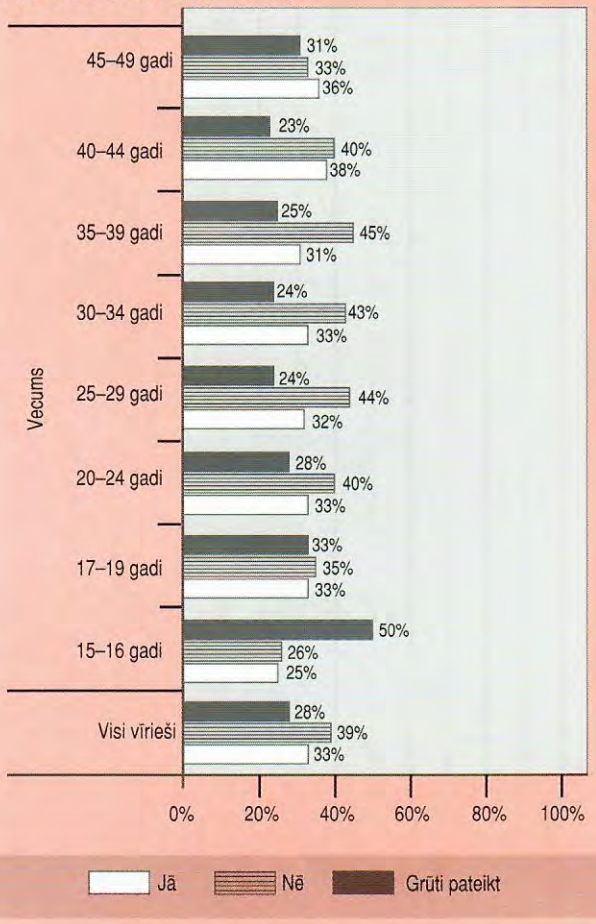
5.58 attēls. **Sieviešu uzticēšanās vecmātei mājas dzemdību vadīšanā**

Vai mājas dzemdību laikā sertificēta vecmāte spēj nodrošināt pietiekami drošu aprūpi sievietei un jaundzimušajam?
Visu sieviešu atbildes, % (n = 1251)



5.59. attēls. **Vīriešu uzticība vecmātei mājas dzemdību vadīšanā**

Vai mājas dzemdību laikā sertificēta vecmāte spēj nodrošināt pietiekami drošu aprūpi sievietei un jaundzimušajam?
Visu vīriešu atbildes, % (n = 1201)



dēļ. Vērtējot šo problēmu, jāņem vērā, ka materiālo līdzekļu trūkums veselības uzturēšanai ir saistīts ar tēriņu prioritātēm. Jaunieši veselību uzturošiem pasākumiem un kontracepcijas līdzekļu iegādei neatkarīgi no ienākumu līmeņa atvēl salīdzinoši vairāk līdzekļu nekā vecākā paaudze. Līdzīgi lauku iedzīvotāji biežāk apmeklē ārstu nekā pilsētnieki, neraugoties uz sliktāku teritoriālo pieejamību.

Ar *Seksuālās un reproduktīvās veselības likumu* un citu ar reproduktīvās veselības saistītu normatīvo aktu pieņemšanu un izstrādi tiek skaidri definēta veselības aprūpē iesaistīto pušu atbildība un pienākumi. Veselības aprūpes sistēmas kvalitāte ir uzlabojusies. Plašāk ieviesta ģimenes dzemdību tradīcija, notiek topošo vecāku izglītošana. Tālākiem uzlabojumiem nepieciešama ciešāka ārsta vai vecmātes un klienta sadarbība un abpusēja ieinteresētība veselības uzturēšanā. Medicīnas personālam jāuzņemas rūpes ne tikai par slimības ārstēšanu, bet arī jāapmāca klients un jāsniedz veselības uzturēšanas ieteikumi, sniedzot ieguldījumu sabiedrības izglītošanā.

Eksperti kā problēmu min valsts nodrošinātas primārās veselības pieejamību laukos. Primārā veselības aprūpe reproduktīvās veselības jomā nav iedibināta. Sievietes joprojām priekšroku dod reproduktīvās veselības speciālistiem, nevis ģimenes ārstam.

Lai arī pēdējos gados saslimstība ar seksuāli transmisīvajām infekcijām mazinās, iedzīvotāju vājās zināšanas par galvenajiem STI simptomiem, neizpratne par sekām un novēlota ārstēšanās rada nopietnas bažas par STI izplatību nākotnē.

Pēdējos gados ir pastiprināti veikti dažādi HIV profilakses pasākumi riska grupu vidū, taču sabiedrība kopumā vāji pārzina galvenos HIV inficēšanās ceļus, pastāv mīti par HIV inficēšanās risku un veidu. Tas savukārt veicina nelabvēlīgu attieksmi pret HIV inficētiem cilvēkiem. Īpaši jāuzsver fakts, ka jauniešu zināšanas par HIV infekciju ir ļoti ierobežotas. Tikai 30% jauniešu spēj pareizi identificēt visus veidus, kā izvairīties no HIV infekcijas, un kritiski izvērtēt kļūdainus pieņēmumus par HIV inficēšanās iespējām. Šie dati rada bažas, ka 2005. gadā Latvija nespēs sasniegt ANO Ģenerālās Asamblejas Deklarācijā noteikto mērķi par pareizām jauniešu zināšanām 90% apmērā.

Samērā daudz respondentu atzīmē, ka ir veikuši HIV testus, taču tikai neliela daļa to darījuši pēc pašu iniciatīvas. Visbiežāk HIV tests tiek veikts profilaktiskas apskates vai grūtniecības laikā. Lielākā daļā gadījumu HIV tests netiek veikts atbilstoši prasībām – neveicot pilnīgu pirmstesta konsultāciju vai to nesniedzot vispār.

Kā pozitīva veselības aprūpes sistēmas iezīme ir jāmin medicīnas pakalpojumu attīstība un tādu augsti specializētu medicīnas tehnoloģiju kā medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu ienākšana Latvijā. Tomēr lielai daļai iedzīvotāju šie pakalpojumi nav pieejami materiālu apsvērumu dēļ, jo to apmaksu valsts nesedz.

Kontraceptīvo līdzekļu pieejamības paplašināšanās ir radījusi labus priekšnoteikumus cilvēku reproduktīvās uzvedības plānošanai, samazinot neplānotu grūtniecību skaitu un mākslīgu abortu daudzumu. Tai pašā laikā aptuveni piektajai daļai reproduktīvā vecuma sieviešu kontracepcijas līdzekļi nav pieejami materiālu apsvērumu dēļ.

Aptaujas dati liecina, ka jauniešu vidū joprojām ir augsts risks neplānotai grūtniecībai un saslimšanai ar HIV/AIDS un seksuāli transmisīvām infekcijām. Lai arī jaunieši augstāk nekā vecāka gadagājuma respondenti vērtē savas zināšanas par kontracepcijas līdzekļiem un to lietošanas nepieciešamību, aptauja uzrāda kontracepcijas līdzekļu praktiskas nelietošanas problēmu tieši augsta riska pakāpes seksuālajos sakaros – pirmajās dzimumattiecībās un gadījuma sakaros. Aptauja norāda uz nepietiekamu izglītojošo darbu jauniešu vidū un iespējamu pieaugumu saslimšanām ar HIV/AIDS un citām seksuāli transmisīvām infekcijām jauniešu vidū.

5.8. Ieteikumi

Daļa pasākumu situācijas uzlabošanā minēti 2. nodaļas beigās, jo uzlabojumi pirmām kārtām panākami ar sistemātisku politiku un veselības aprūpes sistēmas filozofijas maiņu. Minami šādi svarīgākie pasākumi.

1. Reproduktīvās veselības jautājumu iekļaušana valsts politikā, sabiedriskās domas veidošana reproduktīvās veselības jautājumu aktualizēšanā.
1.1. Pārskats iesaka ārstu profesionālajām asociācijām un nevalstiskām organizācijām uzņemties aktīvāku lomu, izveidojot koordinējošu padomi reproduktīvās veselības jautājumos.
1.2. Izveidot īpašu koordinācijas institūciju Veselības ministrijā reproduktīvās veselības stratēģijas izveidošanai, izvērtēšanai, monitoringam, prioritāšu noteikšanai.
1.3. Reproduktīvās veselības jautājumu aktīvāku risināšanu skatīt kā galveno prioritāti valsts demogrāfiskās situācijas uzlabošanā.

2. Uz kopienu vērstas aprūpes ieviešana, uzlabojot aprūpes kvalitāti un pieejamību. Kvalitatīvai aprūpei jāiegūst jauns saturs, kur kvalitāti nodrošina abpusēja klienta un veselības aprūpes darbinieka sadarbība, nevis pacienta vēršanās pie augsti specializēta profesionāļa veselības problēmu gadījumā. Aprūpes nozīmīga daļa jāvelta klienta izglītošanas darbam.
2.1. Atbalstīt mazu, mobilu reproduktīvās veselības aprūpes centru izveidi, kas sadarbībā ar primārās veselības aprūpes struktūrām aktīvi un efektīvi sniedz reproduktīvas veselības pakalpojumus, uzlabojot to pieejamību.
2.2. Palielināt vecmātes profesijas atbildību un pilnvaras, pilnveidojot apmācības procesu.
2.3. Primārās veselības ārstu kvalifikācijas uzlabošana pakalpojumu sniegšanai reproduktīvās veselības jomā, uzlabojot sertifikācijas procesu.

3. Veselības aprūpes sistēmas darbības izvērtējums un darbības uzlabošana.
3.1. Veselības aprūpes budžeta palielināšana, sasniedzot vidējo Austrumeiropas valstu līmeni.
3.2. Veselības ministrijai, Valsts obligātās apdrošināšanas veselības aģentūrai VOAVA un Statistikas un tehnoloģiju aģentūrai risināt veselības aprūpes teritoriālās pieejamības jautājumus:
- veselības aprūpes resursu un kadru sagatavošanas plānu pārskatīšana, analizējot un prognozējot ārstniecības personāla nodrošinājumu reģionos;
- izmantot jauno ārstu sadali – norīkojot darbā noteiktu laiku pēc valsts apmaksātas izglītības iegūšanas;
- papildu atbalsta un atalgojuma izmantošana, piesaistot ārstus darbam laukos.
3.3. Apzināt aktuālāko sabiedrībai bīstamo cilvēka reproduktīvās sistēmas slimību kopumu:
- ieviešot un optimizējot STI reģistrācijas kārtību, no vienas puses, izveidojot Valsts seksuāli transmisīvo infekciju reģistru un nodrošinot pilnīgu datu aizsardzību; no otras puses, ārstu profesijas nolikumu pilnveidošana attiecībā par STI diagnostiku, ārstēšanu, uzraudzību – precizējot specialitāšu atbildību un kompetenci;
- ieviešot aktīvo skrīningu virknei slimību: STI personām vecumā līdz 24 gadiem un paaugstināta riska grupām (prostitūtām, narkotiku lietotājiem u. c. riska grupām);
- ieviešot aktīvu skrīningu Latvijā plaši izplatītajām un vēlu diagnosticētajām dzemdes kakla un krūts dziedzera ļaundabīgām saslimšanām.
3.4. Veselības aprūpes pakalpojumu un tiesību, tai skaitā dzimstības kontroles līdzekļu, nodrošināšana sociālā riska grupām.

4. Sabiedrības un īpaši jauniešu informēšana par izsargāšanos no HIV/AIDS un seksuāli transmisīvām infekcijām, dzimstības plānošanas līdzekļiem un metodēm. Veselības veicināšanas un izglītības iestādēm izmantot dažādus kanālus (masu medijus, nevalstiskās organizācijas, izglītības iestādes, veselības aprūpes iestādes un privātā biznesa iniciatīvas), lai radītu sabiedrībā pareizu izpratni par reproduktīvās un seksuālās veselības problēmām.

Izglītošanas darbā jāiesaista sabiedrības veselības māsas un vecmātes, jāsniedz valstisks atbalsts šādu informāciju izplatošām nevalstiskajām organizācijām. Informācija par izsargāšanās līdzekļiem iekļaujama visu skolu mācību programmās veselības mācības ietvaros. Sīkāk šie priekšlikumi izstrādāti 6. nodaļā.

Kā īpaši ieteikumi minami šādi politikas soļi.

5. Atkarības (alkohola, narkotiku u. c.) profilakses programmu ieviešana. Pasākumi jau ir iestrādāti dažādās valsts politikas programmās, taču netiek īstenoti līdzekļu trūkuma dēļ:
- samazinot pieprasījumu pēc atkarības vielām un piedāvājot alternatīvas;
- piedāvājuma samazināšana, palielinot nodokļus, ierobežojot tirdzniecības vietas un laiku, apkarojot nelegālo tirdzniecību.

6. Vīriešu reproduktīvās veselības tēmas aktualizēšana un politikas izveide, pirmām kārtām apzinot situāciju Latvijā un popularizējot seksuālās un reproduktīvās veselības nozīmi vīrieša dzīvē.





Reproduktīvā veselība un izglītība

6. nodaļa

Kā analizēts iepriekšējās nodaļās, aptaujātie iedzīvotāji informāciju par reproduktīvo veselību guvuši galvenokārt ārpus ģimenes. Intensīvu izglītošanas darbu veikušas nevalstiskās organizācijas, taču to mērķa auditorija lielāko tiesu bijuši jaunieši. Sabiedriskā sektora nozīme izglītošanā saglabāsies, jo dažādās skolās veselības mācības kvalitāte ir nevienmērīga un mazāk nekā puse jauniešu reproduktīvās veselības izglītību atzīst par pietiekamu.

Aptaujas dati rāda, ka izglītība reproduktīvās veselības jomā ir nepieciešama arī citām sabiedrības grupām. Vīriešiem trūkst iedibinātu tradīciju, kas liktu rūpēties par savu reproduktīvo veselību, vai pat priekšstata par savas un ģimenes reproduktīvās veselības aprūpi. Lielākā daļa sieviešu rūpējas par reproduktīvo veselību, apmeklējot ārstus. Tomēr vājās zināšanas par kontracepcijas līdzekļiem un to pareizu lietošanu, augstais neplānotu grūtniecību skaits, ielaistu saslimšanu skaits, priekšstati par seksuāli transmisīvo infekciju, HIV/AIDS izplatību, liecina, ka reproduktīvās veselības uzlabošanu varēs panākt tikai ar mērķtiecīgu sabiedrības izglītošanu. Eksperti kā īpaši nozīmīgas mērķa grupas izglītošanai minējuši jauniešus, vīriešus, cilvēkus ar garīgu atpalicību, jaunās ģimenes un vecākus.

6.1. Veselības mācība skolā

Pamatizglītība Latvijā paredz veselības mācību kā obligātu priekšmetu 5. un 8. klasē, kā arī vienu gadu vidusskolas klasē. Taču nepietiekamo resursu dēļ šīs stundas ne vienmēr notiek. Lielās stundu slodzes dēļ vidusskolās bieži vien veselības mācība ir tas priekšmets, no kura skola var atteikties. 1999./2000. mācību gadā Latvijā veselības mācību kā atsevišķu priekšmetu pasniedza 96,4% pamatskolu un 29,8% vidusskolu[1]. Kā liecina veselības mācību skolotāju aptauja,[2] skolotāji atzīmējuši skolēnu lielo interesi par šo mācību priekšmetu un īpaši par saskarsmes, pašizziņas un garīgās veselības jautājumiem.

Analizējot aptaujā pausto jauniešu viedokli par veselības mācību skolā, redzams, ka, jo jaunietis ir jaunāks, jo biežāk skolā apmeklējis veselības mācību. Par stundu neapmierinošu kvalitāti liecina fakts, ka pietiekami daudz informācijas par reproduktīvās veselības jautājumiem saņēmuši mazāk nekā puse jauniešu.

2002. gadā veiktās aptaujas[3] rezultāti par jauniešu informācijas avotiem seksuālās un reproduktīvās veselības jomā parāda, ka 30% norāda medijus kā galveno informācijas avotu, 29% – bukletus, 28% – draugus un tikai 27% – veselības mācību. Gados jaunākajiem respondentiem aktuālāki ir attiecību jautājumi, bet, palielinoties respondentu vecumam, interesējošo jautājumu vidū kā aktuālākie tiek minēti seksuāli transmisīvās infekcijas, dzemdības, aborts.

6.1.2. Veselību veicinošo skolu tīkls

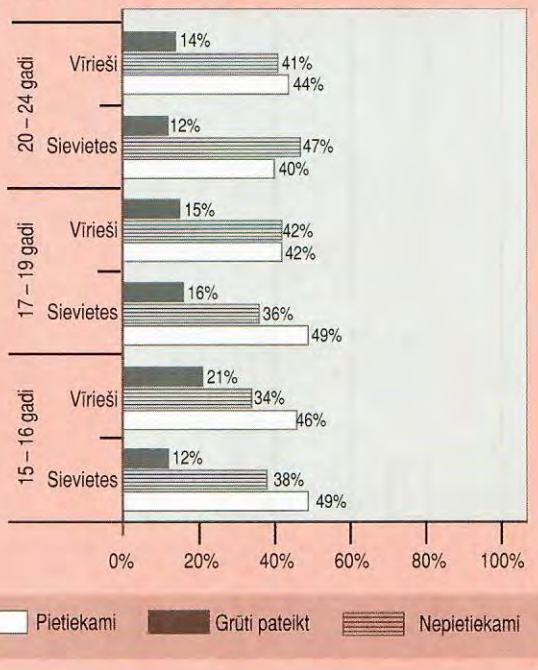
1993. gadā Latvija pievienojās Pasaules Veselības organizācijas veselību veicinošo skolu tīklam. Šobrīd 113 (aptuveni 10%) vispārizglītojošo skolu ir veselību veicinošās skolas. Šajās skolās bez veselības mācības skolotāju pastāvīgas izglītošanas, mūsdienīgu mācību metožu apgūšanas un ieviešanas mācību procesā tiek veidota veselību atbalstoša skolas vide, nodrošinot nepieciešamo iemaņu apgūšanu veselīgu paradumu veidošanā, lai jaunieši uzņemtos lielāku atbildību par savu veselību. Turklāt skolas ir nodrošinātas ar atbilstošiem mācību materiāliem.[4] Lai nodrošinātu PVO veselību veicinošo skolu projekta turpinājumu, ir izveidoti veselību veicinošo skolu reģionālie centri Kurzemē, Zemgalē, Vidzemē un Latgalē. Patlaban tikai viena Rīgas skola ir pievienojusies veselību veicinošo skolu iniciatīvai. Šobrīd vēl septiņas skolas Rīgā, Ziemeļu rajonā, ir uzsākušas darbu veselību veicinošas skolas izveidē.
Lai nodrošinātu šīs iniciatīvas ilglaicīgumu, 2003. gada 7. aprīlī tiek parakstīta starpministriju vienošanās par Latvijas Republikas turpmāko darbību Eiropas Padomes un Pasaules Veselības organizācijas Eiropas veselību veicinošo skolu projektā.

6.1.3. Riska grupas

Kā īpaša bērnu un jauniešu grupa minami tie bērni un jaunieši, kuri nemācās pamatskolās vai vidusskolās, ielu bērni. Bieži vien tie ir bērni no sociālā riska

6.1. attēls. **Veselības mācības vērtējums**

Vai skolā pasniegtā "Veselības mācība" jums dod (deva) pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar reproduktīvo veselību? Jauno sieviešu (n = 319) un vīriešu (n = 319), kuriem bijusi veselības mācība, atbildes, %



grupas ģimenēm, kuri informāciju par reproduktīvās un seksuālās veselības jautājumiem nesaņem arī ģimenēs. Šeit būtu minami tie bērni, kuri apmeklē internātskolas, atrodas bērnu bāreņu aprūpes centros (vairāk nekā 3000 bērnu[5]), jaunieši, kuri mācās profesionālās izglītības iestādēs (2002./2003. gadā – 46 533 audzēkņi[6]), kā arī ielu bērni (2000. gadā skolu neapmeklēja 2607 bērni[7]).

Šobrīd valstī netiek piedāvāta īpaša programma reproduktīvajā un seksuālajā veselībā bērniem ar īpašām vajadzībām. 2003. gadā Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas realizētais projekts *Garīgi atpalikušu bērnu seksualitāte* parādīja, cik nepieciešama ir gan bērnu, gan profesionāļu komandas, gan vecāku informēšana, apmācības programmas ieviešana specializētajās aprūpes iestādēs, ģimenēs.

---

[1] Rīgas vidusskolēnu veselība un ieradumi. – LZA Ekonomikas institūts, 1999.
[2] Eglīte P., Gņedovska I., Ivbulis B. Skolēnu veselības ieradumi un veselības mācības pilnveides virzieni. Laika zinības veselībai. – Rīga, LZA Ekonomikas institūts, 2000.
[3] Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP, 2002.
[4] Veselību veicinošās skolas Latvijā. 1993.–2000. Attīstība un iespējas. – PVO, Rīga, 2001.
[5] Sociālās palīdzības fonds, 2003.
[6] LR CSP dati, IZM mājaslapa.
[7] Lukašinska I. Ielas bērni Latvijā: problēmas un risinājumi. – Sorosa fonds Latvija, 2002.

6.1.4. Izglītības reformas nākotnes perspektīvas

Pamatizglītības satura reforma[8] paredz apgūt dzīves prasmes un pieredzi, ieviešot jaunu mācību priekšmetu – sociālās zinības. Šā mācību priekšmeta pamatā ir uzkrātās zināšanas un pieredze, no 90. gadu vidus mācot veselības mācību, ētiku, ievadu civilzinībās un ekonomikā. Ar 2004./2005. mācību gadu sociālām zinībām pamatizglītības programmā paredzētas 13–14 stundas. Dzīves prasmju apguve veicina skolēnu harmoniskas personības veidošanos un attīstību un nodrošina sabiedriskai un individuālai dzīvei nepieciešamo zināšanu un prasmju apguvi[9]. Skolotāji varēs iegūt sociālo zinību skolotāju kvalifikāciju tālākizglītības kursos. Veselību veicinošo skolu pedagogi uzskata, ka priekšmetu integrācija ir problemātiska, veselības mācības pasniegšanai nepieciešama īpaša kvalifikācija, ko priekšmetu skolotājiem būs sarežģīti iegūt jaunā sociālo zinību bloka ietvaros.[10]

6.1.5. Vienaudžu izglītība

Vienaudžu izglītība kā neformālas izglītības metode ir apkopojusi efektīvākos informācijas nodošanas modeļus un izmanto metodes, kas veicina pārmaiņas cilvēka uzvedībā un veselīgāka uzvedības modeļa izvēlē. Vienaudžu izglītības priekšrocība ir tā, ka to var pielāgot dažādu grupu un kultūras normām, vērtībām un vajadzībām.[11]

Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācija *Papardes zieds* jau kopš organizācijas dibināšanas piedāvā dažādas tematiskās nodarbības jauniešiem reproduktīvās un seksuālās veselības jomā – tematika aptver gan attiecību jautājumus, gan higiēnas, STI, HIV/AIDS, grūtniecību un dzemdības. Desmit gadu laikā pieprasījums pēc šīm nodarbībām gan Rīgas, gan novadu skolās ir nemainīgs, kas liecina par šādas izglītošanas metodes nepieciešamību. Jau vairākus gadus šāda programma darbojas arī citās nevalstiskajās organizācijās visā Latvijā. Kā alternatīva neformālā metode informācijas iegūšanai minama vienaudžu izglītības programma un LĢPSVA karstais e-pasts. Tā 2003. gadā saņemts vairāk nekā 100 vēstuļu mēnesī, kurās galvenokārt jautāts par kontracepcijas metodēm un par savstarpējām attiecībām. Tikai 10% jautājumu bijuši par STI un HIV/AIDS. Vienaudžu izglītošanas programmas ietvaros LĢPSVA *Papardes zieds* jaunieši vadījuši 66 nodarbības vecuma grupā no 12 līdz 19 gadiem. Aptaujājot 420 jauniešus par to, kas vislabāk raksturo šo nodarbību, jaunieši uzsvēruši, ka nodarbības laikā saņēmuši atbildi uz sev svarīgu jautājumu un nodarbībā jutās ļoti labi.[12]

2003. gadā sadarbības projekta *Koordinēts atbalsts jauniešu veselībai un attīstībai*[13] ietvaros astoņpadsmit Latvijas nevalstiskās organizācijas visā Latvijā īstenoja vienaudžu izglītības programmas, kopumā tika sagatavoti 298 vienaudžu izglītotāji, kā arī izveidota mācību programma vienaudžu izglītotāju sagatavošanai par HIV/AIDS un reproduktīvo veselību, izdota rokasgrāmata un metodiskais materiāls vienaudžu izglītotājiem.

Šobrīd vienaudžu izglītības programmas tiek īstenotas pārsvarā kā nevalstisko organizāciju iniciatīva ar nepastāvīgu pašvaldību un valsts iestāžu atbalstu. Daudzām organizācijām nav nepieciešamo resursu un prasmju sabiedrisko attiecību veidošanai un finansējuma (resursu) piesaistei, kas rada draudus šo programmu ilglaicībai. Finanšu trūkums ir viena no galvenajām barjerām, kas ierobežo programmas plašu pielietošanu visā Latvijā. Kā pozitīvs piemērs minama Dobeles pašvaldība, kas jau vairākus gadus finansē jauniešu veselības centru. Ar LĢPSVA *Papardes zieds* iniciatīvu un Baltijas partnerattiecību programmas atbalstu 2002. gadā tika nodibināta nevalstisko organizāciju koalīcija *Cita skola*, kuras viens no mērķiem ir izstrādāt stratēģiju pastāvīga pašvaldību finansējuma piesaistei vienaudžu izglītības programmām. Koalīcijā pašlaik ir iesaistījušās deviņas nevalstiskās organizācijas. Koalīcija plāno izstrādāt vienotu sertifikāciju un standartus, lai nodrošinātu programmas kvalitāti tās dalīborganizācijās. Kvalitātes kritēriju izstrāde un ieviešana nākotnē varētu palīdzēt veiksmīgāk piesaistīt līdzekļus organizāciju darbībai.

Vienaudžu izglītības izplatību krieviski runājošo jauniešu vidū ierobežo nevalstisko organizāciju trūkums, kuras vēlētos darboties jauniešu veselības jomā šajā mērķauditorijā, tostarp veicinot jauniešu iniciatīvu un vienaudžu izglītības metodi. Vienaudžu izglītības programmu sekmīgas ieviešanas pamatā ir sadarbība ar skolu pedagogiem. Taču, kā liecina novērojumi, joprojām ir skolas, kurās pedagogi ir pārliecināti, ka jauniešu informēšana par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem ir klaja jauniešu pavedināšana uz seksuālajām attiecībām un izlaidību.

6.2. Veselības veicināšanas centra izglītojošā funkcija

Veselības veicināšanas centrs reproduktīvās programmas ietvaros publicē dažādus informatīvus materiālus gan sievietēm, gan vīriešiem par reproduktīvās veselības jautājumiem.

Pētījuma dati liecina, ka visās reproduktīvā vecuma iedzīvotāju grupās dominē publiskās informācijas avoti. Pārskatam veiktais pētījums neļauj pilnībā izvērtēt sabiedriskā un valsts sektora nozīmi sabiedrības izglītošanā.

6.3. Izglītošana veselības aprūpes iestādēs

Veselības aprūpes iestādes sabiedrības izglītošanā spēlē maznozīmīgu lomu. Veiksmīgi darbojas antenatālās aprūpes programmas izglītošana, un ar grūtniecības aprūpi ir apmierināta lielākā daļa topošo vecāku. Vājāks izglītojošs darbs ir citās reproduktīvās veselības jomās. Piemēram, piektā daļa aptaujāto sieviešu ar nesenu abortu pieredzi uzsver, ka pēc aborta veikšanas nav informētas par kontracepcijas līdzekļiem. Arī jauniešu diskusijā pausts viedoklis, ka ārsti nav ieinteresēti pacientu veselībā. Tāds uzskats rodas neveiksmīgas ārsta un pacienta komunikācijas dēļ.

Veselības aprūpes iestāžu lomu izglītošanā var skaidrot ar medicīnas darbinieku izglītību, kurā saskarsmes jautājumiem nav veltīta pietiekama uzmanība[14]. Dominējošais ārsta un pacienta saskarsmes modelis nepieļauj līdzvērtīgu ārsta un klienta sadarbību[15], kas nepieciešama efektīvam izglītošanas darbam un problēmu kopīgai risināšanai. Izglītošanas darbu neļauj veikt arī pacientam atvēlētā laika ierobežojumi un mediķu darba zemā apmaksa.

6.4. Vīriešu izglītošana

2000. gadā *Papardes zieda* un UNFPA veiktais pētījums par vīriešu reproduktīvo veselību[16] atklāja efektīvākos veidus, lai veicinātu vīriešu informētību un izglītošanu par reproduktīvās un seksuālās veselības jautājumiem. Pētījums norāda uz vairāku izglītošanas virzienu nepieciešamību, kuri joprojām nav ieviesti praksē. Vecāki sūdzas, ka viņiem trūkst izglītojošu materiālu ar informāciju, kurā vecumā un kā vislabāk runāt ar bērniem par reproduktīvās veselības un

[8] www.izm.lv
[9] Pusaudžiem par intīmo. Rokasgrāmata skolotājiem. – ANO Attīstības programma, Izglītības un zinātnes ministrija, 2003.
[10] Veselību veicinošās skolas Latvijā 1993–2000. Attīstība un iespējas. – PVO, Rīga, 2001.
[11] Vienaudžu izglītības vadlīnijas. – ANO Attīstības programma, Izglītības un zinātnes ministrija, 2003.
[12] LĢPSVA *Papardes zieds* arhīvs, 2003.
[13] Koordinēts atbalsts Latvijas jauniešu veselībai un attīstībai. – ANO Attīstības programma, Izglītības un zinātnes ministrija, 2001.–2003.
[14] Putnina A. Maternity services and agency in post-Soviet Latvia. – Doctoral dissertation, University of Cambridge, 1999, p. 166–206.
[15] Turpat. – 188. lpp.
[16] LĢPSVA *Papardes zieds* arhīvs, 2001.

seksuālās uzvedības jautājumiem, veselības mācības statuss jaunajā sociālo zinību blokā ir visai neskaidrs, turklāt tehnikumos un arodskolās veselības mācība nav obligāts priekšmets. Jāatzīmē, ka palielinājies informācijas daudzums par vīriešu veselības jautājumiem presē, vīriešu žurnālos un internetā, taču tā varētu nebūt pieejama vīriešiem ar zemu izglītības un ienākumu līmeni, līdz ar to būtu jārada papildu iespējas šīs mērķauditorijas informēšanai. Kā norāda pētījums, vīrieši un pusaudži mazākā mērā nekā sievietes saista sevi ar nepieciešamību rūpēties par seksuālo un reproduktīvo veselību, kas savukārt noved pie biežākas riska uzvedības, zemāka atbildības līmeņa par savu un arī savas partneres veselību.

6.5. Secinājumi

Veikti veiksmīgi pasākumi veselības mācības iekļaušanai skolu programmās. Eksperti atzīmē plašākas informācijas pieejamību par seksuālo un reproduktīvo veselību, t. sk. par HIV/AIDS.

No vienas puses, problēmas sagādā veselības mācības kvalitāte un seksuālo attiecību popularizēšana medijos, piedāvājot vienpusīgu informāciju un nerunājot par pārdomātu attiecību veidošanu. Ņemot vērā ģimenes zemo lomu izglītošanas procesā, ārpus mājas gūtā informācija spēlē nozīmīgu lomu. No otras puses, kā drauds skatīta baznīcas pieaugošā ietekme uz seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības politiku, kas atsevišķos gadījumos vedusi pie aizlieguma runāt par reproduktīvo veselību skolās.

6.6. Ieteikumi

Eksperti un pētījuma analīze iesaka šādus uzlabojumus.

1. Sabiedrības veselības stratēģijai jābūt saistošai ilgtermiņā visām valdībām. Līdz ar valdības maiņām tiktu saglabātas uzsāktās programmas un darba plāni. Samērā bieži šādu dokumentu izstrādē un darba grupās darbojas ierēdņi, bet pat pieņemtie dokumenti negūst politisku un finansiālu atbalstu ministrijas vadībā. Mainoties ministriem, mainās ministrijas prioritātes, kas neveicina ilglaicīgas un kvalitatīvas starpnozaru (veselības, izglītības, ģimenes, labklājības u. c.) preventīvas sistēmas veidošanos. Vēlams, lai visām valdībām, t. sk. izglītības un zinātnes ministram, veselības ministram, labklājības ministram un Ministru kabinetam kopumā ilgtermiņā būtu saistošas sabiedrības veselības stratēģijā izvirzītās prioritātes.

2. *Likumā par pašvaldībām* (tā grozījumos/jaunajā versijā) saglabāt pašvaldību līdzatbildību par veselības veicināšanu un aprūpes pieejamību.

3. Izmantot sabiedrisko organizāciju un veselību veicinošo skolu (VVS) līdzšinējo pieredzi veselības veicināšanā un izglītībā:
3.1. izglītības un zinātnes ministrijai sadarbībā ar Veselības ministriju, Labklājības ministriju un Īpašo uzdevumu ministra bērnu un ģimenes lietās sekretariātu izstrādāt izglītības programmas internātskolām, bērnu namiem, arodskolām un citām izglītības iestādēm seksuālās un reproduktīvās veselības jomā;
3.2. atbildīgām ministrijām atbalstīt sabiedriskās un VVS iniciatīvas, lai veicinātu starptautiskā finansējuma piesaisti speciālu programmu izveidei tādās mērķauditorijās kā vīrieši un paaugstināta riska grupas;
3.3. izglītības un zinātnes un veselības ministrijai aktīvi iesaistīties sabiedrisko organizāciju iniciētajā neformālo izglītības programmu sertifikācijā, tādējādi veicinot neformālās izglītības procesa kvalitāti.

4. Veikt pētījumus par veselības izglītības un dzimumizglītības kvalitāti dažādos izglītības līmeņos – pamatskolā, vidusskolā, arodskolās, augstskolās.

5. Izglītot veselības aprūpes un izglītības sistēmas speciālistus par seksuālās un reproduktīvās veselības tēmām un saskarsmi:
5.1. veselības aprūpes speciālistu pēcdiploma izglītībā iekļaut saskarsmes un konsultēšanas prasmes;
5.2. pārskatīt izglītojošo un konsultatīvo pakalpojumu apmaksas sistēmu veselības aprūpes iestādēs;
5.3. nodrošināt izglītības programmas un pēcdiploma apmācības primārās aprūpes speciālistiem par HIV testa veikšanu.

6. Sabiedriskajām organizācijām, ministriju preses dienestiem u. c. regulāri sadarboties ar masu medijiem, izglītot žurnālistus par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumu atspoguļošanu. Veicināt, lai mediji popularizētu tādas vērtības kā ģimene, atbildība u. c.

7. Veidot speciālus pakalpojumus sociālā riska grupām:
7.1. izveidot starpministriju darba grupu sociālā riska grupu izglītošanai par SRV jautājumiem;
7.2. izveidot ģimenes plānošanas kabinetus/punktus sociālā riska grupu izglītošanai, izmantojot veselības aprūpes iestādes;
7.3. nodrošināt sociālā riska grupas ar bezmaksas konsultācijām un kontracepcijas līdzekļiem.



Jaunieši

7. nodaļa

Jaunieši[1] ietver pusaudžus vecumā no 10 līdz 14 gadiem un jauniešus no 15 līdz 24 gadiem. Tieši šajā periodā notiek fiziskas, emocionālas, garīgas un sociālas pārmaiņas cilvēka dzīvē. Šinī dzīves posmā izveidojusies attieksme pret savu un partnera/es reproduktīvo veselību un seksualitāti veido veselīgu vai neveselīgu attieksmi visas dzīves garumā. PVO dati liecina, ka nedrošas seksuālas attiecības ir viens no desmit galvenajiem riska faktoriem pasaulē[2], kas ievērojami ietekmē iedzīvotāju labklājību un veselību, kā arī paaugstina mirstību vecuma grupā no 15 līdz 59 gadiem[3].

Jaunieši Latvijā ir pakļauti masīvai informācijas plūsmai par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, ko sniedz mediji, skola, ģimene, vienaudži un pat baznīca. Bieži vien šī informācija ir pretrunīga un maldinoša. Nevalstisko organizāciju pieredze liecina, ka vecāki un skolotāji neizprot jauniešu seksualitāti un tādēļ nevelta pietiekamu uzmanību jauniešu reproduktīvās veselības izglītībai. Pārskatam veiktais pētījums apstiprina mediju kā informācijas nesēja lomu jauniešu vidū, taču tur publicētā informācija visbiežāk aptver tikai seksuālo attiecību tēmu, sīkāk neanalizējot saslimšanu iespējamību vai kontracepcijas izvēli.

Jauniešu izglītība un veselība, gatavība uzsākt pieaugušo dzīvi, uzņemties pieaugušo lomas un atbildības, kā arī tas, vai viņi būs saņēmuši atbalstu no savām ģimenēm, vides, kurā viņi dzīvo, un valsts, ietekmē iedzīvotāju reproduktīvās veselības un dzīves kvalitāti. Diemžēl dati liecina, ka Latvijas jauniešiem ir nepietiekamas un maldinošas zināšanas par dažādiem seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, pieaug alkohola patēriņš un smēķētāju skaits[4], jauniešiem ir tendence arvien agrāk uzsākt dzimumattiecības (skatīt 4.3.2.1. nodaļu), joprojām saglabājas augsts abortu skaits (skatīt 5.5. nodaļu) jauniešu vidū, kā arī vairāk nekā 50% no visiem HIV inficētajiem ir jaunieši vecumā līdz 25 gadiem (skatīt 5.2.2. nodaļu).

Lai sekmīgi īstenotu valsts noteikto demogrāfisko un ģimenes politiku, valstij ir jānodrošina jaunieši ar atbilstošiem un vispusīgiem veselības un izglītības pakalpojumiem.

7.1. informācijas logs

Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi

ANO Starpaģentūru grupas (2002) jauniešiem draudzīgu veselības pakalpojumu definīcija:
Jauniešiem draudzīgs veselības pakalpojums atbilstoši viņu vajadzībām sniedz jauniešiem nepieciešamo jaunāko informāciju, nodrošina pilna apjoma kvalitatīvus un pieejamus pakalpojumus par jauniešiem pieņemamu samaksu. Personālam jābūt īpaši apmācītam pusaudžu veselības un attīstības problēmās, kā arī jauniešiem draudzīgas pieejas veidošanā, lai dotu iespēju jauniem cilvēkiem seksuālās un reproduktīvās veselības jomā veikt brīvu un apzinātu izvēli. Lai pakalpojumi būtu praktiski un finansiāli pieejami, tiem jābūt jauniešiem izdevīgā apmeklējuma laikā, arī izbraukumu veidā un par pieņemamām cenām[5].

7.1. Reproduktīvā veselība un to ietekmējošie paradumi

Jaunieši salīdzinoši agrāk nekā viņu vecāki uzsāk dzimumdzīvi; pieaug to jauniešu skaits, kuri uzsāk dzimumdzīvi alkohola un narkotiku reibumā. Bieži vien dzimumattiecības ir neplānotas un gadījuma rakstura, aizmirstot par izsargāšanos, kas ievērojami palielina STI, HIV/AIDS un grūtniecības risku. Jauniešu vecumā STI risku (skatīt 4.3.2.1. nodaļu) palielina arī jauniešu un jo īpaši pusaudžu attīstības īpatnības.

Pētījums liecina, ka jaunieši saslimšanu gadījumos ne vienmēr savlaikus vēršas pēc palīdzības veselības aprūpes iestādē, kas var atstāt būtisku ietekmi uz viņu turpmāko reproduktīvo veselību, piemēram, paaugstinot neauglības, hronisku iekaisumu un pat ļaundabīgo audzēju risku (skatīt 5.3.6. nodaļu).

7.2. Nevēlama grūtniecība

Lai arī jaunieši labāk par citām vecuma grupām ir informēti par kontracepcijas līdzekļiem, droša kontracepcija bieži vien netiek lietota, īpaši pirmo seksuālo attiecību laikā. Pēc statistikas datiem, aptuveni puse jauniešu vecumā līdz 18 gadiem grūtniecības gadījumā izlemj to mākslīgi pārtraukt. Aptaujas liecina, ka piektā daļa jauno sieviešu vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem jau veikušas atkārtotus abortus.

7.3. Zināšanas un informācijas iegūšanas avoti

Jaunieši vecākus un ģimenes locekļus uzskata par pirmajiem un ideālajiem konsultantiem reproduktīvās veselības jomā (skatīt 4.4. nodaļu), kā otro nozīmīgāko informācijas ieguves avotu minot žurnālus un presi. Mazāk nekā puse jauniešu uzskata, ka veselības mācības ietvaros sniegtās zināšanas par reproduktīvo un seksuālo veselību ir pietiekamas. Jauniešu vidū populāra un atzīta ir pēc nevalstisko organizāciju iniciatīvas īstenotā programma *Vienaudzis – vienaudzim* un Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas karstais pasts (skatīt 6. nodaļu).

7.4. Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi

Pasaulē jau ilgāku laiku tiek veicināta jauniešiem draudzīgu veselības pakalpojumu attīstība. Šādu pakalpojumu galvenie pamatprincipi ir šādi:
- pakalpojumu pieejamība (jauniešiem izdevīgs darbalaiks, vieta un samaksa);
- pakalpojumu atbilstība jauniešu vajadzībām:
  - kvalitatīvi, individualizēti un vispusīgi pakalpojumi,
  - kontracepcijas pieejamība,
  - speciāli pakalpojumi puišiem,
  - diskrēta vide, kas nodrošina konfidencialitāti,
  - informācijas pieejamība par jauniešiem svarīgiem jautājumiem;
- saprotoši, nemoralizējoši un zinoši pakalpojumu sniedzēji;
- vienaudžu programma;
- jauniešu piesaiste pakalpojumu veidošanā un novērtēšanā.[6, 7]

Latvijā pirmie jauniešu veselības centri ar veselības ministra rīkojumu tika dibināti 1995. gadā, piešķirot tiem valsts un pašvaldību finansējumu. Šajos

[1] Pasaules populācijas situācija 2003. gadā, ievērojot viena miljarda intereses un investējot jauniešu veselībā un tiesībās. – UNFPA, 2003. *(State of World population 2003, making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights).*

[2] Pasaules veselības organizācija. Pasaules veselības ziņojums 2002: mazināt risku un veicināt veselīgu dzīvi. *(The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. – WHO, Geneva, 2002, pp 248.).*

[3] Pasaules veselības organizācija. Pasaules veselības ziņojums 2003: veidojot nākotni. *(WHO. The World Health Report 2003: Shaping the Future. – WHO, Geneva, 2003, pp.193.).*

[4] Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums. 2002. gada aptauja Latvijā. – Rīga, Veselības veicināšanas centrs, 2003.

[5] Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi. Rokasgrāmata veselības aprūpes sniedzējiem. – UNDP, 2003.

[6] Starptautiskās Ģimenes plānošanas federācijas jauniešiem draudzīgu pakalpojumu pamatprincipi. *(International Planned Parenthood Federation IPPF Youth Manifesto, 1998).*

[7] Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi. Rokasgrāmata veselības aprūpes sniedzējiem. – UNDP, 2003.

centros darbojās speciāli apmācīts personāls, kā arī tie piedāvāja jauniešu izglītošanas programmu *Vienaudzis – vienaudzim*. Diemžēl vēlākos gados valsts neturpināja šo centru finansēšanu, tāpēc pašlaik darbojas tikai daži no centriem, galvenokārt pateicoties pašvaldības un starptautiskam finansējumam[8].

Kā pozitīva pārmaiņa valsts ieinteresētībai jauniešu veselības uzlabošanā jāmin 2003. gadā parakstītā vienošanās starp Veselības ministriju un Apvienoto Nāciju Organizācijas pastāvīgo koordinatori par turpmāku sadarbību jauniešiem draudzīgu pakalpojumu attīstībā un veicināšanā. Sadarbības ietvaros ir paredzēts veidot normatīvo pamatu šādu pakalpojumu sniegšanā, turpināt dažāda profila speciālistu apmācību par jauniešu vajadzībām veselības aprūpes jomā, kā arī sniegt palīdzību jauniešiem draudzīgu veselības pakalpojumu izveidē. Šī vienošanās paredz arī ciešu sadarbību ar nevalstisko sektoru un jo īpaši ar Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociāciju *Papardes zieds*, kas ir sniegusi lielu ieguldījumu jauniešiem draudzīgu veselības pakalpojumu Latvijā koncepcijas izveidē, apzinājusi veselības aprūpes speciālistus un uzkrājusi pieredzi darbā ar jauniešiem.

7.5. Secinājumi

Neraugoties uz to, ka jauniešiem ir pieejams samērā plašs informācijas klāsts, viņi pārzina un ir gatavi iegādāties modernu kontracepciju, pētījums apstiprina, ka ne vienmēr zināšanas nosaka jauniešu prasmes un uzvedības modeļus.

Nākotnes demogrāfisko situāciju Latvijā noteiks jaunās paaudzes reproduktīvā uzvedība. Ieguldot resursus jaunatnes reproduktīvās un seksuālās veselības veicināšanā, ir cerība, ka nākotnē varēs uzlabot daudzas sabiedrībā pastāvošas negatīvas reproduktīvās uzvedības tendences – neplānotās grūtniecības, augsto mākslīgo abortu skaitu, saslimstību ar STI u. c.

7.6. Ieteikumi

1. Latvijā jāveido koordinēta un starpsektoriāla uz jaunatni vērsta politika, kurā jauniešu veselība ir jānosaka kā viens no prioritāriem virzieniem.

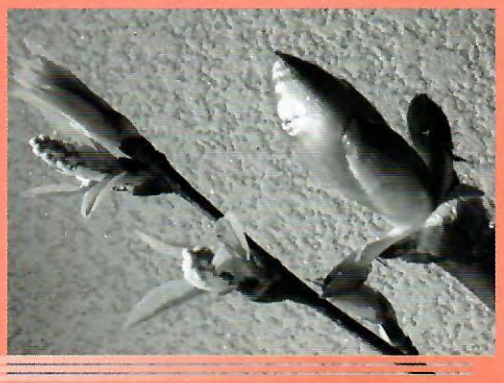
2. Ņemot vērā to, ka skola ir viens no galvenajiem informācijas un zināšanu avotiem, nepieciešams uzlabot veselības mācības kvalitāti par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem:
- turpināt skolotāju tālākizglītību par reproduktīvās veselības jautājumiem, kas balstīti uz dzīves prasmēm;
- apsvērt jau sagatavotu cilvēkresursu – reproduktīvās veselības speciālistu, īpaši vecmāšu, sabiedrības veselības māsu – iesaistīšanu izglītošanas darbā, kas atbilst uz kopienu vērstas veselības aprūpes filozofijai.

3. Paplašināt jauniešiem atbilstošu pakalpojumu iespējas un pieejamību:
- piesaistot jauniešus pakalpojumu veidošanā un novērtēšanā;
- veicinot veselības aprūpes speciālistu izglītību un zināšanas par jauniešiem draudzīgiem veselības pakalpojumiem;
- veicot ģimeņu izglītošanu jauniešu apmācībai ģimenē;
- organizējot jauniešu atbalsta institūciju centru veidošanu ar nevalstisko organizāciju, pašvaldības un valsts atbalstu;
- veidojot īpašus pakalpojumus un programmas paaugstinātā riska grupām.

4. Sociālo garantiju nodrošināšana jaunatnei: izglītības, veselības aprūpes pakalpojumu, kontracepcijas līdzekļu pieejamība, nodarbinātība.

[8] Jauniešiem draudzīgi pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP/UNFPA, 2002.





Nobeigums

Kopš iepriekšējā ziņojuma, kurš sagatavots 1997. gadā, nav vērojamas būtiskas pārmaiņas reproduktīvās veselības politikā. Jāatzīst, ka seksuālās un reproduktīvās veselības stratēģijas veidošanas un ieviešanas efektivitāte nav bijusi augsta. Tomēr vairākās seksuālās un reproduktīvās veselības jomās vērojama situācijas uzlabošanās. Pieejamāka kļuvusi izglītība, ir uzlabojusies veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte, izveidots pamats tiesisko attiecību regulēšanai šajā jomā.

Secinājumi

Seksuālās un reproduktīvās veselības politika

1. Seksuālā un reproduktīvā veselība nav ieņēmusi nozīmīgu vietu valsts politikā kopš neatkarības atjaunošanas. Lai arī šajā jomā izstrādāta virkne koncepciju un 2002. gadā pieņemts *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums*, reāla prioritāte līdz ar finansējumu šai jomai nav piešķirta. Uzlabojumi sākušies salīdzinoši nesen, 2003. gadā sākot veidot ģimenes politiku un apzinoties valsts demogrāfiskās krīzes dziļumu.
2. Seksuālās un reproduktīvās veselības politika joprojām ir orientēta uz specializētu veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumu un pieprasījumu, aprūpē un izglītošanā neiesaistot sabiedrības veselības māsas un vecmātes.
3. 1997. gada pētījums par seksuālo un reproduktīvo veselību nav kalpojis par pamatu seksuālās un reproduktīvās veselības stratēģijas izstrādei.
4. Seksuālās un reproduktīvās veselības pakalpojumi nav pieejami visām iedzīvotāju grupām.

Seksuālā un reproduktīvā veselība un dzimumu līdztiesība

1. Neraugoties uz dzimumu nevienlīdzību dažādās dzīves jomās, tā netiek atpazīta un uzlūkota kā problēma.
2. Reproduktīvā veselība tiek uzskatīta par jomu, kurā dominē sieviešu intereses un vajadzības.

Seksuālā un reproduktīvā veselība un ģimene

1. Pētījums un statistikas dati norāda uz ģimenes modeļa maiņu pēdējās desmitgades laikā. Laulības tiek slēgtas vēlākā vecumā un retāk, ārlaulībā dzimušo bērnu skaits tuvinās laulībā dzimušo bērnu skaitam. 2003. gadā vērojams neliels noslēgto laulību skaita kāpums un šķiršanos skaita kritums.
2. Pieaug vīriešu dalība grūtniecības periodā un dzemdībās. Pieaug partneru savstarpējais atbalsts grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā.
3. Ģimene joprojām nekalpo kā nozīmīgs informācijas avots par seksuālo un reproduktīvo veselību.

Iedzīvotāju seksuālā un reproduktīvā veselība un tās aprūpe

1. Iedzīvotāju priekšstati par reproduktīvās veselības uzturēšanu nav būtiski mainījušies. Nav iegūts paradums regulāri rūpēties par veselību.
2. Aptaujāto iedzīvotāju kontraceptīvo līdzekļu lietošanas paradumi kalpo par riska faktoru saslimšanai ar seksuāli transmisīvām infekcijām un HIV/AIDS.
3. Aptaujātās sievietes reproduktīvās veselības aprūpei priekšroku dod augsti specializētiem medicīnas speciālistiem ginekologiem. Pēdējos gados sākusi palielināties vecmāšu loma dzemdniecības pakalpojumu sniegšanā. Vīrieši biežāk izmanto ģimenes ārsta pakalpojumus.
4. Kā būtiskākās iebildes ģimenes ārsta institūcijas izmantošanai reproduktīvās veselības aprūpē minēta ārsta nepietiekama ieinteresētība, kvalifikācija un mazs apmeklējuma ilgums.

Dzimstības regulēšana

1. Joprojām ir augsts neplānoto grūtniecību skaits, biežāk neplānotas ir atkārtotas grūtniecības.
2. Abortu skaits Latvijā samazinās, taču aborts joprojām tiek uzskatīts par dzimstības regulēšanas līdzekli.
3. Informācijas sniegšanā par kontracepcijas līdzekļiem un metodēm dominē publiskās jomas kanāli – skola, bukleti, mediji. Lai arī aptaujātie jutās informēti par kontracepcijas līdzekļiem, liels procents aptaujāto kontracepcijas līdzekļus nelieto vai lieto nepareizi.
4. Aptuveni piektajai daļai sieviešu kontraceptīvie līdzekļi ir bieži vai dažkārt nepieejami materiālo apsvērumu dēļ.

Seksuālās un reproduktīvās veselības izglītība

1. Seksuālā un reproduktīvā veselība kā daļa veselības mācības ir iekļauta vispārizglītojošo skolu mācību programmā.
2. Skolā iegūtās seksuālās un reproduktīvās veselības zināšanas ir nepilnīgas.
3. Tādām riska grupām kā ielu bērni, arodskolu un internātskolu audzēkņi, sociāli nelabvēlīgo ģimeņu bērni, bērni ar īpašām vajadzībām seksuālās un reproduktīvās veselības izglītība ir ierobežota.

Jauniešu seksuālā un reproduktīvā veselība

1. Jaunieši ir kļuvuši par prioritāru grupu valsts veselības politikas formulēšanas līmenī. Politikas īstenošanā joprojām dominē nevalstiskā sektora iniciatīva.
2. Pētījums apstiprina, ka jaunieši piedzīvo krasu vērtību sistēmas maiņu, kas ietekmē priekšstatus par attiecībām ģimenē, dzimumu līdztiesību un seksuālo un reproduktīvo veselību.
3. Lai arī jaunieši, salīdzinot ar vecāko paaudzi, ir labāk informēti par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, taču zināšanas netiek lietotas praksē.

Ieteikumi

Demogrāfisko problēmu risināšana nav iespējama bez prioritātes piešķiršanas seksuālās un reproduktīvās veselības jomai. Ieteikumi situācijas uzlabošanai ietver gan šīs veselības jomas iekļaušanu valsts politikā, gan pasākumus šīs veselības uzlabošanai.

1. Prioritātes noteikšana seksuālās un reproduktīvās veselības politikai
1.1. Risinājums meklējams, veicinot **sadarbību starp valsti, pašvaldībām un nevalstisko sektoru**, kopīgi risinot reproduktīvās veselības problēmas. Augstāka politikas efektivitāte panākama, funkcijas deleģējot sabiedriskajam sektoram, īpaši reproduktīvās veselības problēmu risināšanai un izglītojošo programmu ieviešanai.
1.2. Seksuālās un reproduktīvās veselības problēmu **iekļaušana un integrēšana veselības, ģimenes, izglītības, sociālās politikas jomās.**
1.3. **Nevalstisko organizāciju darbības saskaņošana** reproduktīvās veselības prioritātes lobēšanai.

2. Seksuālās un reproduktīvās veselības politikas kvalitātes uzlabošana
Seksuālās un reproduktīvās veselības politikai jābalstās uz noteiktu stratēģiju ar piešķirtam finansējumam atbilstošām prioritātēm, stabilu un plānojamu finansējumu, regulāru politikas izpildes un efektivitātes izvērtēšanu.

3. Šādu politikas virzienu izstrāde un īstenošana
3.1. **Jaunatnes politikā** nepieciešama politikas dokumentos plānoto stratēģisko virzienu īstenošana. Īpaša uzmanība jāpievērš veselības mācības kvalitātes uzlabošanai un jauniešiem paredzētu reproduktīvās veselības pakalpojumu piedāvājuma veidošanai.
3.2. **Ģimenes politikā** nepieciešams celt ģimenes vērtību prestižu, atbalstot uz dzimumu līdztiesības principiem balstītu ģimeni. Ģimenēm nepieciešama izglītība ģimenes plānošanas un savu tiesību aizsardzības jomās. Jāatbalsta speciālistu sagatavošana darbam ar ģimenēm visos Latvijas reģionos.
3.3. **Izglītības politika reproduktīvās veselības jomā**. Reproduktīvās veselības mācībai un ģimenes plānošanas pamatiem jābūt iekļautiem visu skolu apmācības programmās, ar šo jautājumu mācīšanu jānodarbojas īpaši apmācītiem skolotājiem vai veselības aprūpes darbiniekiem.

Jāveicina izglītojošais darbs visā sabiedrībā, īpašu uzmanību pievēršot riska grupām.
3.4. **Riska grupu** (sociāli nelabvēlīgās ģimenes, cilvēki ar garīgās un fiziskās veselības traucējumiem) **reproduktīvās veselības jautājumu ietveršana politikas redzes lokā**, īpaši nodrošinot reproduktīvās veselības pakalpojumu un dzimstības plānošanas līdzekļu pieejamību.
Politikas virzienu izstrādāšanā un īstenošanā jādominē starpsektoriālai pieejai, iesaistot sabiedriskās organizācijas.

4. *Veselības aprūpes sistēmas uzlabošana*, paaugstinot iedzīvotāju individuālo atbildību par savu veselību un piedāvājot pieejamus reproduktīvās veselības aprūpes pakalpojumus.
4.1. **Veselības aprūpes sistēmas filozofijas maiņa**, popularizējot uz indivīdu ģimeni un kopienu vērstu veselības veicināšanu un mazināt tradīciju veselības aprūpi uzlūkot tikai kā slimību kvalitatīvu ārstēšanu pie augsti specializētiem medicīnas profesionāļiem.
4.2. **Vecmāšu un sabiedrības veselības māsu iesaistīšana reproduktīvās veselības aprūpē**, veicināšanā un izglītošanas darbā, paplašinot to profesionālo atbildību un pilnvaras, samazinot personāla izmaksas un uzlabojot aprūpes kvalitāti un saikni ar klientu.
4.3. **Saskarsmes ar klientu prasmju uzlabošana** un iekļaušana veselības aprūpes darbinieku izglītībā un tālākizglītībā.

Sīkāki ieteikumi katrā no minētajām politikas jomām atrodami attiecīgās ziņojuma sadaļas beigās.

Reproduktīvās veselības indikatori[1]

PVO reproduktīvās veselības novērtēšanas indikatori
(WHO Reproductive health indicators for global monitoring 1997)

	Rādītājs	Datu avots
Kontracepcijas lietotāju prevalence (%)	80,5	Pētījums
Perinatālā mirstība (uz 1000 dzimušiem)	12,6	Statistika
Antenatālā aprūpe–vismaz vienu reizi grūtniecības laikā konsultējis apmācīts veselības aprūpes sniedzējs (%)	96,7*	Statistika
	92,5**	Pētījums
Dzemdības, ko pieņēmis apmācīts veselības aprūpes sniedzējs (%)***	99,6	Statistika
Anēmijas biežums reproduktīvā vecuma sievietēm (Hb) (%)	20,1	Pētījums
Veselības aprūpes iestādes/500 000 iedzīvotājiem, kas sniedz vispusīgus pakalpojumus dzemdniecībā****	8,1	Statistika
Jaundzimušie, kuru ķermeņa masa ir < par 2500 g (%)	4,9	Statistika
	5,6	Pētījums
Pozitīva seroloģiskā izmeklēšana uz sifilisu grūtniecēm (15–24 g. v.) (%)	0,4	Statistika
Neauglības biežums sievietēm (15–49 g. v.) (%)	9,2	Pētījums
Uretrītu sastopamība vīriešiem (15–49 g. v.) (%)	4,9	Pētījums
HIV sastopamība grūtniecēm (15–24 g. v.) (%)	0,08	Statistika
Zināšanas par izsargāšanos no HIV (15–49 g. v.) (%)	38,2	Pētījums

* Grūtnieces, kuras ņemtas uzskaitē antenatālai novērošanai, %
** Grūtnieces, kuras pēdējās grūtniecības laikā bijušas uzskaitē, %
** Dzemdības stacionāros, %
*** Dzemdību nodaļu skaits

Eiropas Savienības reproduktīvās veselības novērtēšanas indikatori
REPROSTAT (EU Community Health Monitoring Program 2003)

Pamatindikatori. Seksuālā veselība

HIV sastopamība grūtniecēm (%)	0,16	Statistika
Hlamīdiju sastopamība (15–19 g. v., skrīnings*) (uz 100 000 iedzīvotāju)	28,5	Statistika
Kondomu lietošana (15–19 g. v., pēdējā** augsta riska dzimumakta laikā) (%)	Sievietes: 41,7 Vīrieši: 59,1	Pētījums

*Latvijā nav veikts skrīnings, bet reģistrētā saslimstība uz 100 000 iedzīvotājiem 15–19 gadu vecumā
** % no aptaujātajiem, kuriem jebkad ir bijušas gadījuma dzimumattiecības, gadījuma dzimumattiecību laikā **vienmēr** lieto prezervatīvu

Pamatindikatori. Jaunieši

Vidējais dzimumdzīves uzsākšanas vecums (vecumā no 15 līdz 49 gadiem)	Vīriešiem: 18,1 Sievietēm: 18,6	Pētījums
Vidējais dzimumdzīves uzsākšanas vecums jauniešiem (vecumā no 15 līdz 24 gadiem)	Vīriešiem: 16,9 Sievietēm: 17,1	Pētījums
Kontracepcijas lietošana pirmā dzimumakta laikā (visi respondenti, kuriem bijušas dzimumattiecības) (%)	Sievietes: 43,8 Vīrieši: 45,5	Pētījums
Kontracepcijas lietošana pirmā dzimumakta laikā (jaunieši, 15–24 g. v., kuriem bijušas dzimumattiecības) (%)	Sievietes: 60,5 Vīrieši: 61,4	Pētījums
Dzemdības sievietēm, jaunākām par 20 gadiem (uz 1000 sievietēm, jaunākām par 20 gadiem)	20,6	Statistika

Pamatindikatori. Kontracepcija, fertilitāte, reprodukcija

Mātes vecums pirmo dzemdību laikā (gados)	24,3	Statistika

Pamatindikatori. Aborti

Mākslīgu abortu skaits/1000 reproduktīvā vecuma (15–49 g. v.) sievietēm	24,8	Statistika

Valsts līmeņa pamatindikatori
ANO Ģenerālās Asamblejas Deklarācijas ieviešanas izvērtēšanai

Zināšanas* par izsargāšanos no HIV (vecumā no 15 līdz 24 gadiem) (%)	30,2	Pētījums
Kondomu lietošana** (15–24 g. v., augsta riska dzimumakta laikā) (%)	51,0	Pētījums

*Jaunieši, kuri pareizi identificē HIV seksuālās transmisijas profilakses veidus un kuri noraida galvenos mītus par HIV transmisiju

** Jaunieši, kuri apliecina, ka lieto prezervatīvu, stājoties seksuālās attiecībās ar gadījuma (neregulāru) partneri

[1] Datu avoti: *Statistika – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati par 2002. gadu. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, Pētījums – 2003. gada pētījums Iedzīvotāju reproduktīvā veselība.*



Ievads

Pasaules veselības organizācijas *Seksuālās un reproduktīvās veselības reģionālā stratēģija.* WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. – WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001.

UNFPA (1998). Starptautiskās konferences *Par iedzīvotājiem un attīstību rīcības programmas* kopsavilkums. – Rīga, SIA *Apgāds Jāņa sēta*, 1998.

Informācijas logiem izmantotie avoti

1. informācijas logs. Pasaules Veselības organizācijas definīcijas.

1. nodaļā izmantotie avoti

Apvienoto Nāciju Organizācijas *Tūkstošgades deklarācija.* – Tūkstošgades galotņu sanāksme Ņujorkā, 2000. gada 6.–8. septembrī.

ANO Eiropas Ekonomiskā komisija. – www.unece.org/ead/pau/epf/

ANO Ģenerālās Asamblejas speciālās sesijas par HIV/AIDS galadokuments *Atbildības deklarācija par HIV/AIDS* (Declaration of Commitment on HIV/AIDS). – UN GA Special Session on HIV/AIDS 25–27 June 2001, New York, USA.

ANO Universālā cilvēktiesību deklarācija. (Universal Declaration of Human Rights). – UN GA resolution 217 A(III) of 10 December 1948.

Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas rekomendācija Nr. 1260 par starptautisko konferenci *Par Iedzīvotājiem un attīstību* (1995). – Council of Europe, Parliamentary Assembly: Recommendation 1260 (1995) on the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994): Follow-up By the Council of Europe and Its Member States, Adopted by the Assembly on February 3rd, 1995.

Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas rezolūcija Nr. 1347 *Meksikas politikas ietekme uz brīvu izvēli kontracepcijas jomā Eiropā* (2003). – Council of Europe, Parliamentary Assembly: Resolution 1347 (2003) Impact of the "Mexico City Policy" on the free choice of contraception in Europe, September 30, 2003.

Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas rekomendācija Nr. 1515 *Demogrāfiskās pārmaiņas un ilgtspējīga attīstība* (2001). – Council of Europe, Parliamentary Assembly: Recommendation 1515 Demographic Change and Sustainable Development, Adopted by the Assembly on April 27, 2001.

Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas rīkojums Nr. 581 *Par pasaules iedzīvotāju stāvokli* (2002). – Council of Europe, Parliamentary Assembly: Order No. 581 on the State of the World Population, Adopted by the Standing Committee, Acting on Behalf of the Assembly, May 29, 2002.

Eiropas Parlamenta rezolūcija *Par seksuālo un reproduktīvo veselību un tiesībām* (2002). – European Parliament: Resolution of the European Parliament on Sexual and Reproductive Health and Rights (2001/2128(INI) of July 3rd, 2002.

Eiropas Parlamenta un ES Padomes lēmums Nr. 1786/2002/EC *Par ES Rīcības programmu sabiedrības veselības jomā 2003–2008.* – European

Parliament and Council of the European Union: Decision No.1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of September 23rd, 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003–2008).

Pasaules veselības organizācijas *Seksuālās un reproduktīvās veselības reģionālā stratēģija* (2001) (Regional Sexual and Reproductive Health Strategy). – WHO Regional Office for Europe 2001. (http://www.euro.who.int).

Informācijas logiem izmantotie avoti

1.2. informācijas logs. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas dokumenti.

2. nodaļā izmantotie avoti

Alkohola aprites likums (1998).

Attieksme un informētība par veselības aprūpes sistēmu Latvijā. – Baltijas Datu nams/Baltijas Sociālo zinātņu institūts, 2000–2001.

Biedrību un nodibinājumu likums (2004).

Cilvēka genoma izpētes likums (2003).

Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programma 2003.–2007. gadam (2003).

Dzimumorgānu infekciju samazināšanas stratēģijas prioritātes Latvijā. – PVO, LM, LĢPSVA *Papardes zieds*, 2000.

Eiropas veselības sistēmu novērotāju ziņojums par Latviju (2001). (European Health Systems Observatory).– Report on Latvia, 2001.

Ģimenes politikas koncepcijas projekts (2001).

Latvijas Republikas Satversme.

LETA ziņu arhīvs.

Likums *Par maternitātes un slimības apdrošināšanu* (1995).

Likums par pašvaldībām (1994).

Likums par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu (1999).

LR Labklājības ministrijas rīkojums Nr. 324 *Par grūtnieču un jaundzimušo aprūpes skrīningdiagnostiku* (1995).

LR Veselības ministrijas rīkojums Nr. 227 *Par rakstveida informāciju par grūtniecības pārtraukšanas morālajiem aspektiem* (2003).

Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija Latvijā (2001).

Miezaine Z. Valsts pārvalde un NVO līdzdalība – efektīvu sadarbības modeli meklējot. – Sabiedriskās politikas centrs, Providus, 2003.

Ministru kabineta noteikumi Nr. 35 *Kārtība, kādā tiek nodrošinātas tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību* (1999).

Ministru kabineta noteikumi Nr. 349 *Noteikumi par bērna kopšanas pabalsta apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta piešķiršanas un izmaksas kārtību* (2003).

Ministru kabineta noteikumi Nr. 355 *Noteikumi par ģimenes valsts pabalsta un piemaksas pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta un piemaksas piešķiršanas un izmaksas kārtību* (2003).

Ministru kabineta noteikumi Nr. 590 *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība* (2003).

Nabadzības novēršanas stratēģija (2000).

NVO sektors Latvijā 2000/2001. – Nevalstisko organizāciju centrs, 2002.

Putniņa A. Iedzīvotāju genoma projekts Latvijā: rīcībspējas izpausmes (Population Genome Project in Latvia: Exploring the Articulation of Agency). – J. Sandor, ed. Society and Genetic Information. Codes and Laws in Genetic Era, CEU Press, 2003.

Sabiedrības veselības stratēģija (2001).

Seksuālās un reproduktīvās veselības likums (2002).

TAIEX ekspertu rekomendācijas ārstniecības personu izglītības un profesionālās darbības jomā, lai nodrošinātu savstarpēju profesionālo kvalifikāciju atzīšanu ES dalībvalstīs. – 29.04.–02.05.2002.

Valsts obligātās apdrošināšanas veselības aģentūras VOAVA dati.

Valsts sociālo pabalstu likums (2002).

Veselības veicināšanas centrs – www.esi-vesels.lv.

Informācijas logiem izmantotie avoti

2.1. informācijas logs. LR Veselības ministrija www.vm.gov.lv, LR Labklājības ministrija www.lm.gov.lv, LR Ministru kabinets www.mk.gov.lv un Veselības veicināšanas centrs www.esi-vesels.lv .

2.2. *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums* (2002.); Ministru kabineta noteikumi Nr. 590 *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība.* – Rīga, 2003. gada 28. oktobrī (prot. Nr. 56, 9.§), www.likumi.lv – 2003. gada 9. decembrī; Veselības ministrijas rīkojums *Par rakstveida informāciju par grūtniecības pārtraukšanas morālajiem aspektiem*; LETA ziņu arhīvs.

2.3. Likums *Par maternitātes un slimības pabalstiem*, Saeimā pieņemts 1995. gada 6. novembrī. – Latvijas Vēstnesis, 1995. gada 23. novembris. Grozījumi likumā *Par maternitātes un slimības pabalstiem.* – Latvijas Vēstnesis, 1998. gada 8. jūlijs; *Valsts sociālo pabalstu likums*, pieņemts 2002. gada 31. oktobrī. – Latvijas Vēstnesis, 2002. gada 19. novembris; Ministru kabineta noteikumi Nr. 349 *Noteikumi par bērna kopšanas pabalsta apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta piešķiršanas un izmaksas kārtību*, izdoti Rīgā 2003. gada 1. jūlijā.

2.4. Labklājības ministrijas rīkojums Nr. 240 (23.08.2000.) *Par primārās veselības aprūpes organizācijas un apmaksas kārtību* un rīkojums Nr. 128 (01.07.2002.) *Par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kārtības pilota projekta aprobāciju Rīgas pilsētā.*

3. nodaļā izmantotie avoti

Atvuda L. Jaunais padomju vīrietis un sieviete – padomju izpratne par dzimuma psiholoģiskajām atšķirībām (Attwood L. The New Soviet Man and Woman – Soviet Views on Psychological Sex Differences). – In Soviet Sisterhood: British Feminists on Women in the USSR, (ed.) B. Holland, London: Fourth Estate, 1985.

Eiropas Kopienas dzimumu līdztiesības pamatstratēģija (2001–2005).

Iedzīvotāju izpratne un attieksme pret dzimumu līdztiesības jautājumiem. – Labklājības ministrijas pasūtīts pētījums, SKDS, 2001.

LM mājaslapa par nodarbinātību, www.lm.gov.lv, 2003. gada decembris.

Pārskats par tautas attīstību 1998. – ANO Attīstības programma, 1998.

Putniņa A. Dzemdības un rīcībspēja pēcpadomju Latvijā (Maternity services and agency in post-Soviet Latvia). – Doctoral dissertation, 1999, University of Cambridge.

Sievietes un vīrieši Latvijā. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

4. nodaļā izmantotie avoti

Centrālās statistikas pārvaldes dati.

HFA (Health for All) datu bāze. – PVO/Eiropa, atjaunota 2003. gada jūnijā.

Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.

Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Rīga, 2003.

Sociālie procesi Latvijā. – LR Centrālā statistikas pārvalde, Rīga, 2003.

Attēliem izmantotie avoti

4.1. attēls. Mātes un bērna veselības aprūpe 2002, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Rīga, 2003.
4.2. attēls. Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.
4.3. attēls. Latvijas demogrāfijas gadagrāmata 2003. – Latvijas Republikas Centrālā statistikas pārvalde, 2003.
4.4. attēls. Centrālās statistikas pārvaldes dati.
4.5.–4.18. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).

Tabulām izmantotie avoti

4.1. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).

5. nodaļā izmantotie avoti

AIDS profilakses centra dati. – www.aids-latvija.lv, 2004.

HFA (Health for All) datu bāze. – PVO/Eiropa, atjaunota 2003. gada jūnijā.

Jaunākais par AIDS epidēmiju (AIDS Epidemic Update 2003). – UNAIDS/WHO, 2003 (www.unaids.org).

Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP/UNFPA, 2002.

Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata. – 2001.

Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, 2003.

Pārskats par tautas attīstību: Cilvēkdrošība. – UNDP, Rīga, 2003., 175. lpp.

Seksuālās un reproduktīvās veselības likums (2002).

Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.

Informācijas logiem izmantotie avoti

5.1. informācijas logs. Pārskatam veiktās fokusgrupu intervijas (2003).

Attēliem izmantotie avoti

5.1.–5.2. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.3.–5.6. attēls. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati.
5.7.–5.9. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.10. attēls. AIDS profilakses centra dati (2004).
5.11.–5.12. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003) un Labklājības ministrijas veiktā pētījuma *Iedzīvotāju reproduktīvā veselība* dati (1997).
5.13.–5.16. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.17. attēls. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata (2001).
5.18. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati un Valsts veselības statistikas departamenta dati (2003).
5.19.–5.20. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.21. attēls. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati (2003).
5.22.–5.42. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.43. attēls. Mātes un bērna veselības aprūpe 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, 2003.
5.44. attēls. HFA (Health for All) datu bāze. – PVO/ Eiropa, atjaunota 2003. gada jūnijā.
5.45.–5.55. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).
5.56. attēls. Latvijas iedzīvotāju veselības un veselības aprūpes pārskats 2002. – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, 2003.
5.57.–5.59. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).

Tabulām izmantotie avoti

5.1. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).

6. nodaļā izmantotie avoti

Eglīte P., Gņedovska I., Ivbulis B. Skolēnu veselības ieradumi un veselības mācības pilnveides virzieni. Laika zinības veselībai. – Rīga, LZA Ekonomikas institūts, 2000.

Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP, 2002.

Koordinēts atbalsts Latvijas jauniešu veselībai un attīstībai. – ANO Attīstības programma, Izglītības un zinātnes ministrija, 2001–2003.

LĢPSVA *Papardes zieds* arhīvs, 2001. un 2003.

LR Centrālās statistikas pārvaldes dati.

LR Izglītības un zinātnes ministrijas dati, www.izm.lv.

Lukašinska I. Ielas bērni Latvijā: problēmas un risinājumi. – Sorosa fonds Latvija, 2002.

Pusaudžiem par intīmo. Rokasgrāmata skolotājiem. ANO Attīstības programma. – Izglītības un zinātnes ministrija, 2003.

Putniņa A. Dzemdības un rīcībspēja pēcpadomju Latvijā (Maternity services and agency in post-Soviet Latvia). – Doctoral dissertation, University of Cambridge, 1999.

Rīgas vidusskolēnu veselība un ieradumi. – LZA Ekonomikas institūts, 1999.

Sociālās palīdzības fonds, 2003.

Veselību veicinošās skolas Latvijā. 1993–2000. Attīstība un iespējas. – PVO, Rīga, 2001.

Vienaudžu izglītības vadlīnijas. – ANO Attīstības programma, Izglītības un zinātnes ministrija, 2003.

Attēliem izmantotie avoti

6.1. attēls. Pārskatam veiktā pētījuma dati (2003).

7. nodaļā izmantotie avoti

Jauniešiem draudzīgi pakalpojumi – pieejamība un vērtējums. – UNDP/UNFPA, 2002.

Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi. – UNDP, 2003.

Pasaules populācijas situācija 2003, ievērojot viena miljarda intereses un investējot jauniešu veselībā un tiesībās. – UNFPA, 2003 (State of World population 2003, making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights).

Pasaules veselības organizācija. Pasaules veselības ziņojums 2002: mazināt risku un veicināt veselīgu dzīvi (The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. – WHO, Geneva, 2002, pp 248.).

Pasaules veselības organizācija. Pasaules veselības ziņojums 2003: veidojot nākotni (WHO. The World Health Report 2003: Shaping the Future. – WHO, Geneva, 2003, pp.193.).

Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums. 2002. gada aptauja Latvijā. – Rīga, Veselības veicināšanas centrs, 2003.

Starptautiskās Ģimenes plānošanas federācijas jauniešiem draudzīgu pakalpojumu pamatprincipi (International Planned Parenthood Federation IPPF Youth Manifesto, 1998).

Informācijas logiem izmantotie avoti

7.1. informācijas logs. Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi. Rokasgrāmata veselības aprūpes sniedzējiem. – UNDP, 2003.

