

Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā

Arta Spridzāne,

RSU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē

Areta Tula,

RSU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē

Natalja Mošna,

RSU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē

Lāsma Līdaka,

LU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē

Ilze Vīberga,

Dr.med., asociētā profesore, ginekoloģe un dzemdību speciāliste, LU MF

Īsumā

Pēdējos gados aizvien aktuālāks un plaši apspriests jautājums ir demogrāfiskā situācija Latvijā, kas tiek uzskatīta par kritisku. Tās pasliktināšanos gaida arī nākotnē. Dabiskais pieaugums valstī jau stabili ir negatīvs kopš 1995. gada un 2012. gadā bija -4,5 uz 1000 iedzīvotāju. [1] Pastāv gan sociālas, gan politiskas un ekonomiskas tiešas un netiešas ietekmes uz demogrāfiskiem procesiem sabiedrībā. Tās ietekmē ne vien ģimenes plānošanu, bet arī sievietes lēmumu par grūtniecības turpināšanu, ja iestājusies neplānota grūtniecība, – proti, vai nu neplānotā grūtniecība pēc pārdomu perioda kļūst par vēlamu un noslēdzas ar dzemdībām, vai tomēr ir nevēlama un tiek pabeigta, mākslīgi pārtraucot grūtniecību.

Lai apzinātu un labāk izprastu jautājumu saistībā ar neplānotas un nevēlamas grūtniecības iestāšanos sievietei Latvijā, tika veikts pētījums *Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā, 2012./2013. gads*, kas ir pirmais šāda veida pētījums Latvijā.

Sieviete, viņas ķermenis un tā veselība – īpaši, reproduktīvo orgānu – ir viens no svarīgākajiem aspektiem demogrāfijas jautājuma kontekstā. Sievietes ķermenim ir dota tā neparastā bioloģiskā spēja ieņemt, iznēsāt un dzemdēt bērnu. Taču bez šīs bioloģiskās ķermeņa spējas pastāv arī sievietes kā cilvēciskas būtnes izvēle lemt, kad realizēt šo spēju savas dzīves laikā. Protams, ikviena indivīda reproduktīvā funkcija realizējas kopsolī ar seksuālo funkciju ar pretējā dzimuma indivīdu. Vienīgais veids, kā šīs abas funkcijas indivīds var nodalīt vienu no otras, ir lietot kontracepciju. Sievietes dzīvē ir situācijas un periodi, kad viņa izlemj šo dabisko iznākumu nerealizēt līdz galam, t.i., dzemdībām. Jebkura grūtniecība ir plānota vai neplānota. Ja tā ir plānota, tad tā ir vēlama un praktiski vienmēr beigsies ar dzemdībām. Ja tā ir neplānota, tad ir divas iespējas – proti, vai nu neplānotā grūtniecība pēc īsāka vai garāka pārdomu perioda kļūst par vēlamu un tādējādi piebiedrojas

plānotas grūtniecības iznākuma jeb dzemdību kopumam, vai arī kļūst nevēlama un tiek pabeigta nevis ar dzemdībām, bet mākslīgu grūtniecības pārtraukšanas procedūru.

Lai apzinātu problēmas, kas saistītas ar neplānotu un/vai nevēlamu grūtniecību, tika veikts pētījums *Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā, 2012./2013. gads*, kas ir pirmais šāda veida pētījums Latvijā.

Pētījuma mērķis

Mērķis bija analizēt neplānotas grūtniecības iestāšanās iemeslus sievietei un to, kādi apstākļi Latvijā nosaka lēmumu veikt nevēlamas grūtniecības pārtraukšanas procedūru. Pētījumā tika vērtēti sociāli demogrāfiskie un ekonomiskie raksturlielumi, kontracepcijas lietošanas paradumi, kā arī zināšanas par kontracepcijas metodēm un citi faktori, kas ietekmē sievietes lēmumu pārtraukt grūtniecību.

Pētījuma metodika

Pētījums ir šķēsgriezuma perspektīvs pētījums, kurā veicām sieviešu brīvprātīgu un anonīmu aptauju ar anketas palīdzību. Anketā bija iekļauti 47 jautājumi. Pētījums norisinājās no 2012. gada novembra līdz 2013. gada aprīlim. Pētījumu veicām 40 ārstniecības iestādēs Latvijā (slimnīcās, dienas stacionāros), kur iespējams veikt grūtniecības pārtraukšanas procedūras pēc sievietes vēlēšanās atbilstoši Latvijas Republikā pastāvošajiem likumiem un Ministru kabineta noteikumiem.

Pētījumā aicinājām piedalīties sievietes, kas ieradās ārstniecības iestādēs minētajā laika periodā, lai mākslīgi pārtrauktu grūtniecību. Katrā medicīnas iestādē sievietes anketēšana un datu ievākšana notika trīs mēnešus. Lai nodrošinātu maksimālu sievietes anonimitāti, anketa tika ievietota aploksnē, ko sieviete varēja aizlīmēt pēc anketas aizpildīšanas. Aptaujas anketā tika iekļauti jautājumi par respondentē vecumu, dzīvesvietu, izglītību, nodarbošanos, ģimenes stāvokli, reproduktīvo vēsturi, grūtniecības pārtraukšanas iemesliem, iespējamo partnera un sabiedrības ietekmi lēmuma pieņemšanā par grūtniecības pārtraukšanu, kontracepcijas praksi, finansiāliem aspektiem, kā arī vairāki jautājumi, kas atklāja sievietes zināšanas un viedokli par kontracepcijas metodēm.

Kopējais aizpildīto anketu skaits bija 785, no kurām datu apstrādei tika izmantota 731 anketa. Pētījumā atteicās piedalīties 50 sievietes, bet četras anketas tika izslēgtas, jo grūtniecības mākslīga pārtraukšana tika veikta medicīnisku indikāciju dēļ,

nevis pēc pašas sievietes izvēles. 731 aptaujātā sieviete skaitliski atbilst 50,6% sieviešu, kas pārtrauca grūtniecību Latvijā iepriekšējā kalendārā gada – 2011. gada – vienā ceturksnī.

Pētījuma anketa pirms pētījuma veikšanas tika atbilstoši eksperimentāli pārbaudīta mazākā pētāmo grupā.

Pētnieki saņēma LU EKMI Zinātniskās izpētes Ētikas komisijas apstiprinājumu un atļauju veikt pētījumu.

Iegūtos datus pētnieki apstrādāja un analizēja ar MS Excel 2007, SPSS 19, CIA programmatūru palīdzību. Statistiskās nozīmības līmenis tika izvēlēts $p < 0,05$ (CI 95%).

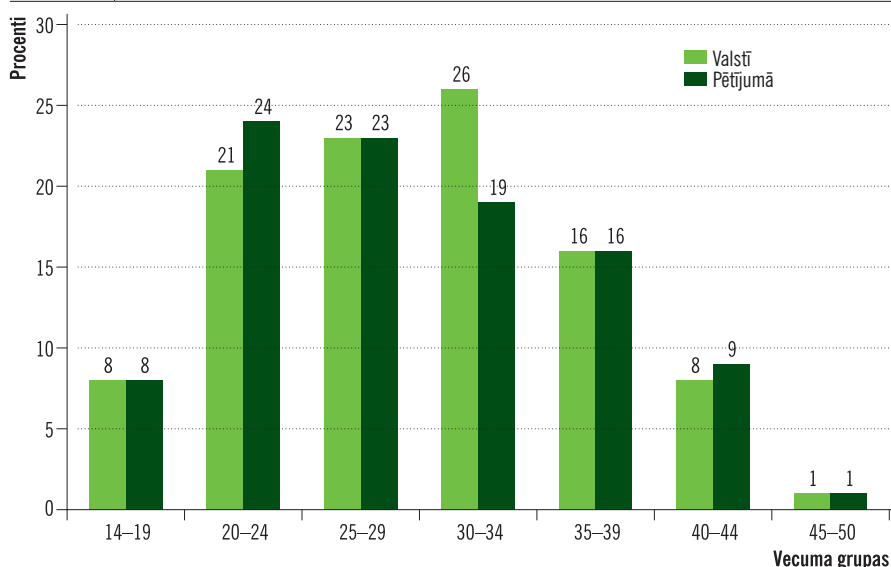
Rezultāti

Sociāli demogrāfiskais raksturojums

Vecums. Vidējais mākslīgi grūtniecību pārtraukušo sieviešu vecums ir 29,2 gadi (SD 7,2). Salīdzinot Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra statistikas datus par mākslīgu grūtniecības pārtraukšanu veikušo sieviešu sadalījumu pa vecuma grupām 2012. gadā un veiktā pētījuma izlases kopas vecuma sadalījuma datus, var secināt, ka tie praktiski neatšķiras. [2] Atride ļauj secināt, ka pētījuma grupa un līdz ar to arī pētījuma dati ir reprezentatīvi un atbilst Latvijas valsts sieviešu populācijai, kam tiek veikta mākslīga grūtniecības pārtraukšana. Rezultāti redzami 1. attēlā.

Izglītība. Četrām piektdaļām jeb 83% respondenšu ($n=601$) ir vismaz vidusskolas izglītība. Sasniegtais formālās izglītības līmenis pētījuma grupā redzams 1. tabulā.

1. attēls Sieviešu sadalījums vecuma grupās valstī 2012. gadā un pētījuma grupā (%)



Sasniegtais formālās izglītības līmenis pētījuma grupā ($n=726$)

1. tabula

Izglītība	n	%
Pamatskolas izglītība	125	17
Vidusskolas izglītība	244	34
Arodskolas un līdzīgas mācību iestādes izglītība	174	24
Augstākā izglītība	183	25

Piederība reliģiskai konfesijai. 67% sieviešu ($n=434$) apstiprināja, ka pieder kādai no reliģiskajām konfesijām. Konfesijas piederība redzama 2. tabulā.

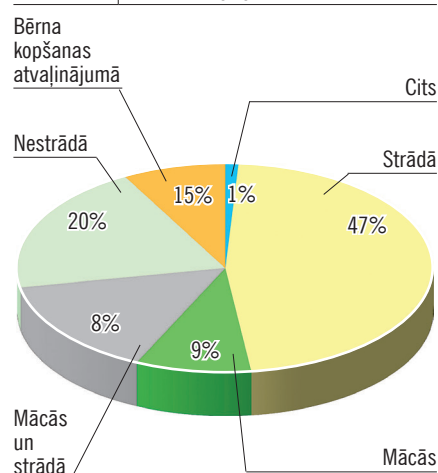
2. tabula Piederība reliģiskai konfesijai ($n=649$)

Konfesijas piederība	n	%
Katoļu	124	19
Luterāņu	113	17
Pareizticīgo	172	27
Vec ticībnieku	24	4
Baptistu	1	–
Neesmu ticīga	189	29
Cits	26	4

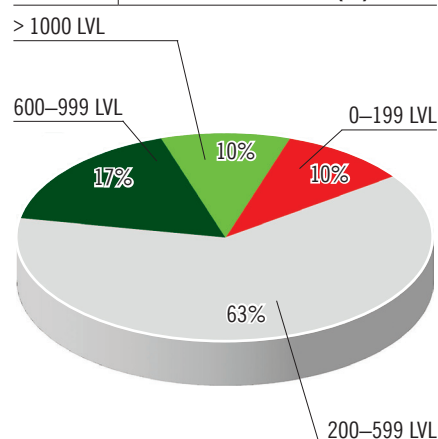
Nodarbinātība un ienākumi. 9% sieviešu ($n=67$) mācās, 54% jeb 399 strādā un 8% jeb 54 apvieno mācības un darbu. Skatīt 2. attēlu.

Uz jautājumu par ģimenes ienākumiem mēnesī atbildēja 80% respondenšu ($n=579$). 90% sieviešu atzīmē, ka ģimenes ienākumi mēnesī ir lielāki par 200 latiem (284,57 eiro), kas ir minimālā mēneša dar-

2. attēls Pētījuma grupas sadalījums atbilstoši nodarbinātībai un mācībām (%)



3. attēls Pētījuma grupas sadalījums atbilstoši ienākumiem (%)



ba alga Latvijā 2012.–2013. gadā. Pētījuma dalībnieču sadalījums atbilstoši ienākumiem attēlots 3. attēlā.

Partnerattiecības. 84% sieviešu ($n=608$) ir pastāvīgas partnerattiecības ar vīrieti, no kura iestājusies grūtniecība. 53% respon-

3. tabula Vidējais *coitarche* vecums, vidējais dzimumpartneru skaits dzīves laikā un pēdējā gada laikā

Raksturlielums	Pētījums	Iedzīvotāju pētījums*
Vidējais <i>coitarche</i> vecums (gadi)	17,2 (SD 1,9)	17,5
Vidējais dzimumpartneru skaits dzīves laikā	4,4 (SD 3,7)	5,2
Vidējais dzimumpartneru skaits pēdējā gada laikā	1,2 (SD 0,6)	1,2

* Salīdzināti mūsu pētījuma dati un Iedzīvotāju reproduktīvās veselības pētījuma rezultāti.

4. tabula | Dzemdību skaits sievietēm anamnēzē, kurām veikta pirmā grūtniecības pārtraukšanas procedūra (n=240)

Dzemdību skaits anamnēzē	n	%
Vienas dzemdības	123	51
Divas dzemdības	84	35
Trīs un vairāk dzemdības	33	14

5. tabula | Sieviešu grupu rakturojums, kurām veikta pirmā grūtniecības pārtraukšanas procedūra un pirmās grūtniecības pārtraukšana

Raksturlielums	Pirmā procedūra (n=348)	Pirmā grūtniecība (n=107)
Vidējais vecums (gadi)	26,5 (SD 7)	21,6 (SD 4,4)
Sasniegtais izglītības līmenis	n=346 (n, %)	n=107 (n, %)
Pamatskolas	68 (20)	18 (17)
Vidusskolas	107 (31)	45 (42)
Arodskolas un līdzīgs	85 (25)	22 (21)
Augstākā	86 (25)	22 (21)
Nodarbinātība	n=348 (n, %)	n=107 (n, %)
Mācās	49 (14)	40 (37)
Strādā	151 (43)	40 (37)
Mācās un strādā	33 (10)	17 (16)
Bērna kopšanas atvaļinājums	51 (15)	–
Bezdarbniece, pašlaik darbu nemeklē	35 (10)	–
Bezdarbniece, pašlaik meklē darbu	6 (2)	9 (8)
Nestrādā, uztur kāds cits	19 (6)	1 (1)
Ienākumi, LVL	n=287 (n, %)	n=85 (n, %)
0–199	33 (11)	14 (17)
200–599	178 (62)	53 (62)
600–999	45 (16)	12 (14)
> 1000	31 (11)	6 (7)
Partnerattiecības	n=348 (n, %)	n=107 (n, %)
Pastāvīgas	276 (79)	67 (63)
Nepastāvīgas	52 (15)	38 (35)
Šķīrusies	18 (5)	2 (2)
Atraitne	1 (0,003)	–

denšu (n=383) ir neregistrētā kopdzīvē, un 31% sieviešu (n=225) ir precējušās.

15% sieviešu (n=108) ir pēcdzemdību jeb bērna kopšanas atvaļinājumā, kas nozīmē to, ka sievietei jau ir mazulis vecumā līdz pusotram gadam.

Dzimumdzīves sākšanas vecums un vidējais dzimumpartneru skaits dzīves laikā un pēdējā gada laikā pētījuma grupā un 2010. gada ledzīvotāju reproduktīvās veselības pētījumā ir redzams 3. tabulā. Tas, ka šie rezultāti neatšķiras, pierāda veiktā pētījuma sieviešu izlases atbilstību vispārējai reproduktīvā vecuma sieviešu populācijai Latvijā, ko reprezentē ledzīvotāju reproduktīvās veselības pētījums. [3]

Pirmā grūtniecības pārtraukšanas procedūra un pirmās grūtniecības pārtraukšana. Pirmā grūtniecības pārtraukšanas procedūra pēc sievietes vēlēšanās (neatkarīgi no sievietei jau bijušo grūtniecību skaita) tika veikta 348 sievietēm jeb 49% pētījuma grupā.

69% šīs apakšgrupas sieviešu (n=240) ir bijušas vismaz vienas dzemdības. Skatīt 4. tabulu.

No 348 sievietēm, kam veikta pirmā grūtniecības pārtraukšanas procedūra, 107 sievietēm (31% šajā apakšgrupā un 15% visā pētījuma grupā) tā bija pirmā grūtniecība.

Abu pētījuma apakšgrupu raksturlielumi ir redzami 5. tabulā.

Kontracepcijas lietojums pirms grūtniecības iestāšanās

Kontracepcijas lietojums pētījuma grupā pirms grūtniecības iestāšanās attēlots 4. attēlā.

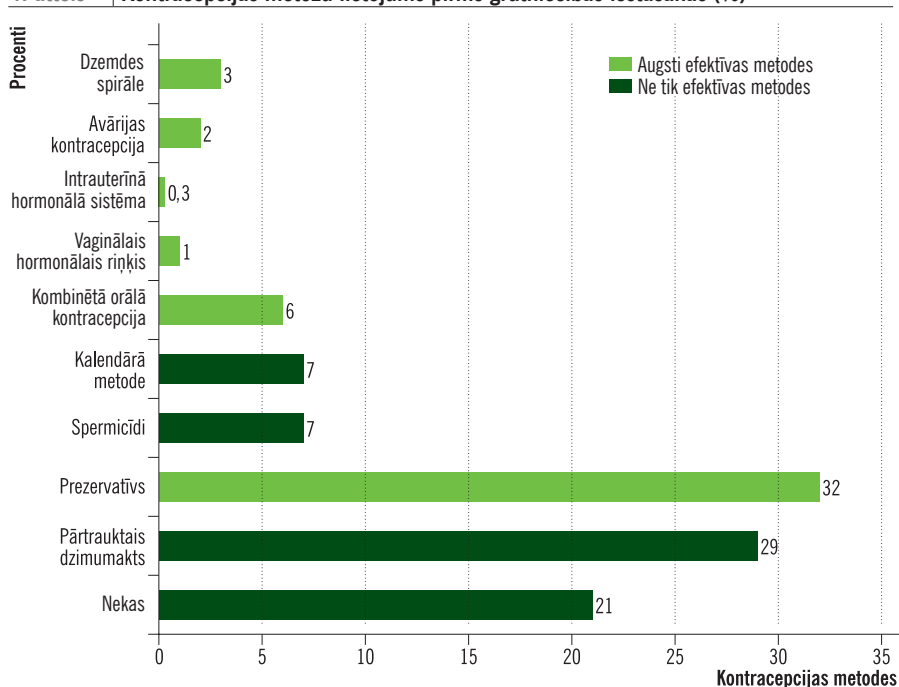
Prezervatīva lietojums. Prezervatīvu kā kontracepcijas metodi, pirms iestāšanās grūtniecība, bija lietojušas 187 sievietes. 94% pāru (n=175) jau uzreiz pēc dzimumakta konstatēja, ka ir notikusi kļūme un kontracepcija varētu nebūt efektīva. Prezervatīva lietojums un lietojuma kļūdas veids redzams 5. attēlā.

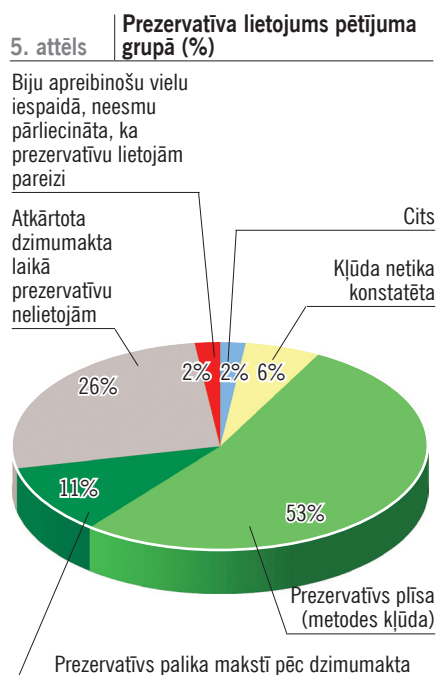
No sievietēm, kuru partneri bija lietojuši prezervatīvu un pāris konstatēja metodes lietošanas kļūdu, 96% sieviešu avārijas kontracepcijas tableti nebija lietojušas, lai arī 74% no tām (n=148) bija informētas par avārijas kontracepcijas tabletes lietošanas iespēju un 63% jeb 123 zināja, ka avārijas kontracepcijas tablete aptiekās ir brīvi pieejama bez ārsta izrakstītas receptes. 28% šīs apakšgrupas sieviešu (n=53) avārijas kontracepcijas tabletes uzskatīja par kaitīgām sievietes veselībai.

Hormonālās tabletes lietojums. Kontracepcijas tableti, pirms iestāšanās nevēlama grūtniecība, ikdienā bija lietojušas 38 respondentes. Metodes lietošanas kļūdu bija konstatējušas visas sievietes, un kļūdas veids redzams 6. attēlā.

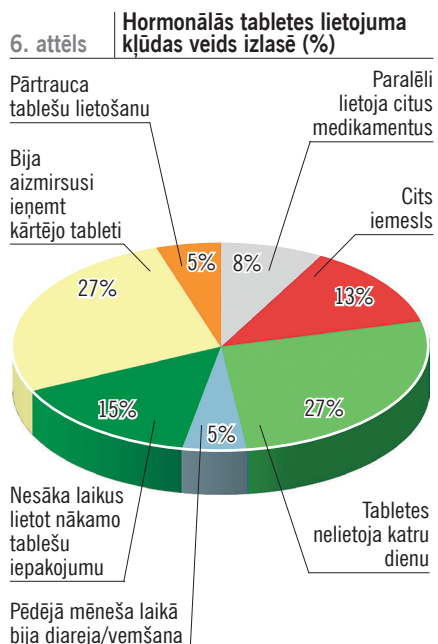
Iemesli kontracepcijas nelietošanai. 21% sieviešu (n=152) pētījuma grupā

4. attēls | Kontracepcijas metožu lietojums pirms grūtniecības iestāšanās (%)





atbildēja, ka dzimumattiecību laikā, kad iestājās nevēlamā grūtniecība, vispār nebija lietojušas kontracepciju. 47% jeb 67 sievietes maldīgi uzskatīja, ka grūtniecība konkrētā brīdī iestāties nevar. 37% no kontracepcijas nelietotājām (n=52) atbildēja, ka pāris nebija gatavojies seksuālām attiecībām. 33% jeb 47 uzskatīja, ka kontracepcijas lietošana traucētu baudīt tuvību. 18% jeb 26 gadījumos kontracepcijas nelietošanas iemesls bija saistīts ar mītiem un zināšanu trūkumu par izsar-



6. tabula | **Turpmākie kontracepcijas lietošanas plāni pētījuma grupā (n=673)***

Atbilde	n	%
Sākšu lietot citu kontracepcijas metodi	274	41
Turpināšu to pašu kontracepcijas metodi	51	8
Nelietošu kontracepciju	12	2
Neesmu vēl izlēmusi	178	26
Nevēlos par to domāt	94	14
Nezinu	52	8

* Respondentes varēja izvēlēties vairākus atbilstu variantus.

7. tabula | **Turpmākie kontracepcijas lietošanas plāni respondentēm, kuras kontracepciju nebija lietojušas (n=139)***

Atbilde	n	%
Sākšu lietot kontracepcijas metodi	62	45
Turpināšu to pašu kontracepcijas metodi	5	4
Nelietošu kontracepciju	1	1
Neesmu vēl izlēmusi	31	22
Nevēlos par to domāt	23	17
Nezinu	17	12

* Respondentes varēja izvēlēties vairākus atbilstu variantus.

gāšanās metodēm. 6% pētījuma dalībnieču (n=8) minēja finansiālus aspektus kā kontracepcijas nelietošanas iemeslu.

Partnera loma kontracepcijas nelietošanā. No 152 sievietēm, kuras nebija lietojušas nevienu kontracepcijas metodi, kad iestājās šī grūtniecība, tikai 16% jeb 24 nebija izsargājušas partnera vēlmes dēļ, jo partneris uzskatīja, ka kontracepcijas lietošana traucē baudīt tuvību.

Nākotnes plāni kontracepcijas lietojumam. Pētījuma grupas sieviešu nākotnes plāni attiecībā uz kontracepcijas lietošanu pēc procedūras redzami 6. un 7. tabulā. Atbildes varēja būt vairākas.

Zināšanas par kontracepcijas metodēm un to lietojumu

Kontracepcijas metodes un seksuāli transmisīvās infekcijas (STI). 66% pētījuma dalībnieču (n=451) zina, ka prezervatīvs ir vienīgā kontracepcijas metode, kas

pasargā no STI. Pārējās respondentes uz šo jautājumu bija atbildējušas kļūdaini, piemēram, uzskatot, ka no STI pasargā arī intrauterīnā kontracepcija (10%, n=66) vai hormonālā tablete (5%, n=34).

Hormonālās kontracepcijas lietojuma aspekti. 60% pētījuma dalībnieču (n=400) zina, ka hormonālās kontracepcijas tablete ir lietojama katru dienu. Citas pētījuma dalībnieces (40%, n=273) nezināja pareizo atbildi uz šo jautājumu. Interesanti, ka 6% sieviešu (n=40) uzskata, ka kontraceptīvais efekts iestājas arī tad, ja hormonālo kontracepcijas tableti iedzer tikai pirms paša dzimumakta.

Jautātas par to, vai, lietojot hormonālo kontracepciju, ir nepieciešams ievērot pauzi, tikai 14% sieviešu (n=95) pareizi atbildēja, ka šāds pārtraukums nav nepieciešams.

Avārijas kontracepcija. 67% pētījuma dalībnieču (n=450) zina, ka aptiekās ir pieejamas speciālas tabletes, kas lietojamas grūtniecības iestāšanās novēršanai pēc neizsargāta dzimumakta. 18% sieviešu (n=124) atbild, ka nezina, vai pastāv avārijas kontracepcijas metode, un 5% dalībnieču (n=33) domā, ka šāda metode neeksistē.

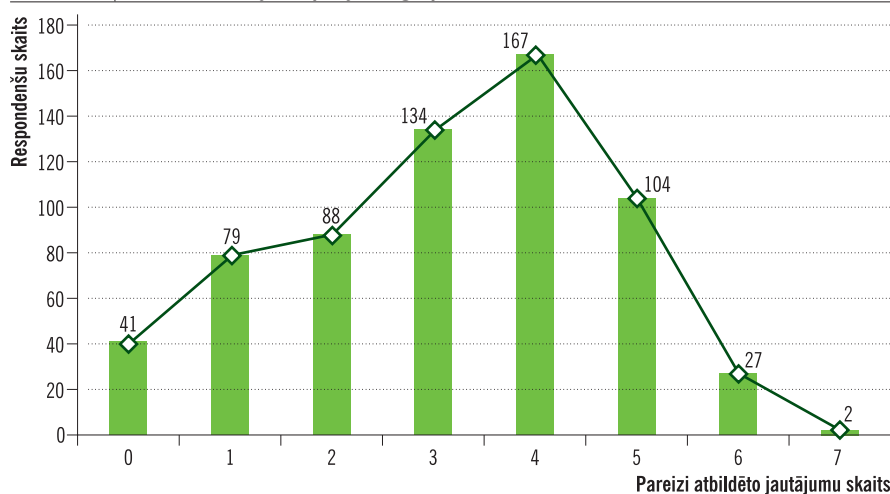
9% sieviešu (n=58) pētījumā grupā maldīgi domā, ka nevēlamu grūtniecību var novērst, veicot maksts skalošanu, 3% jeb 21 pētījuma dalībniece – ka ar apmazgāšanos pēc dzimumakta, un mazāk nekā 1% jeb četras sievietes domā, ka piecelšanās stāvus pēc *coitus* var pasargāt no grūtniecības iestāšanās.

Kontracepcijas pieejamības aspekts. Jautātas par to, kam ir tiesības izrakstīt kontraceptīvos līdzekļus, 39% sieviešu (n=259) pareizi zina, ka šādas tiesības Latvijā ir gan ginekologam, gan ģimenes ārstam. 55% sieviešu (n=366) uzskata, ka pretapaugļošanās līdzekļus var nozīmēt tikai ginekologs.

Uz jautājumu par to, kuri kontraceptīvie līdzekļi ir pieejami bez receptes, pareizi atbild 60% sieviešu (n=403).

Kontracepcija un sievietes veselība. Noskaidrojot pētījuma grupas sieviešu uzskatus par kontracepcijas ietekmi uz sievietes veselību, atklājas, ka tikai 5% pētījuma dalībnieču (n=33) zina, ka neviena no kontracepcijas metodēm nav kaitīga sievietes veselībai. Gandrīz trešdaļa sieviešu (28%; n=184) maldīgi uzskata, ka hormonālā kontracepcija kaitē veselībai, un 25% jeb 169 sievietes domā, ka avārijas

7. attēls | Zināšanu vērtējums pētījuma grupā



kontracepcijai ir nelabvēlīga ietekme uz veselību.

Zināšanu kopējais izvērtējums. Zināšanas par kontracepciju pētījuma dalībnieču vidū tika novērtētas, par katru pareizi atbildētu jautājumu respondentei piešķirot vienu punktu. Maksimālais iespējamais vērtējums ir 7 punkti. Zināšanu vērtējuma sadalījums pētījumā redzams 7. attēlā.

Vidējais zināšanu vērtējums pētījuma grupā ir 3,15 (SD 1,6) punkti. Uz visiem septiņiem jautājumiem pareizi atbildēja tikai divas pētījuma dalībnieces. Starp vidējo zināšanu līmeni testā un iegūtās formālās izglītības līmeni pastāv vāja, bet statistiski ticama korelācija ($r_s=0,2$; $p<0,001$).

Sievietēm, kam tika veikta pirmās grūtniecības pārtraukšana un kas atbildēja uz šiem jautājumiem ($n=101$), vidējais iegūto punktu skaits testā bija 3,49 (SD 1,3). Sievietēm ar atkārtotu grūtniecību ($n=521$) zināšanas tika novērtētas ar 3,09 (SD 1,6) punktiem. Zināšanas par kontracepciju sievietēm, kam anamnēzē bijusi vismaz viena grūtniecība, ir sliktākas nekā tām, kurām neviena grūtniecība anamnēzē nav bijusi (CI 95%: 0,06; 0,74, $p<0,05$).

Tām, kam grūtniecības pārtraukšanas procedūra tika veikta pirmo reizi, zināšanas vērtējamās ar 3,2 (SD 1,6) punktiem. Respondentēm, kurām anamnēzē bija jau vismaz viena grūtniecības pārtraukšana, zināšanas vērtējamās ar 3,11 (SD 1,6) punktiem. Sievietēm ar vismaz vienām dzemdībām anamnēzē ($n=509$) zināšanas sasniedza 3,06 (SD 1,6) punktus.

Salīdzinot zināšanas par kontracepciju tām, kurām nav bijusi neviena grūtniecība,

bas pārtraukšana, ar tām sievietēm, kurām šī ir atkārtota procedūra, statistiski ticamas atšķirības nenovēroja (CI 95%: -0,16; 0,34; $p>0,05$).

Lēmums par grūtniecības pārtraukšanu

Partnera loma lēmuma pieņemšanā par grūtniecības pārtraukšanu. Vairāk nekā divas trešdaļas jeb 77% pētījuma dalībnieču ($n=555$) atzīst, ka partneris zina un atbalsta sievietes izvēli pārtraukt grūtniecību. Vienlaikus bērna tēvu kā personu, kuras viedoklis ir nozīmīgs vai ļoti nozīmīgs lēmuma pieņemšanā par grūtniecības pārtraukšanu, atzīmē 55% pētījuma grupas sieviešu ($n=403$). 15% sieviešu ($n=105$) norāda, ka partneris zina par grūtniecības pārtraukšanu, bet neatbalsta sievietes izvēli to darīt. 7% sieviešu ($n=52$) atbild, ka partneris nezina par nevēlamo grūtniecību. 2% ($n=10$) sieviešu norāda citu atbilžu variantu.

Vaicājot 52 sievietēm, kuras atzīmēja, ka partneris par grūtniecību nezina, kādēļ viņas partneri nav informējušas, 53% jeb 28 no tām atbild, ka nevēlas, lai vīrietis to zinātu. 26% ($n=15$) atbilde ir, ka sieviete baidās par to, ka vīrietis neatbalstīs izvēli. 5% sieviešu ($n=3$) atzīmē, ka nezina, kas ir bērna tēvs. Tikpat daudz saka, ka bērna tēvu informēt nav iespējams. Vēl 10% atzīmē citu atbilžu variantu.

No 721 sievietes, kuras atbildēja uz jautājumu, kādēļ vēlas grūtniecību pārtraukt, 31% jeb 220 min, ka iemesli ir saistīti ar partneri, t.i., vai nu nav stabili attiecību ar partneri, vai arī partneris šobrīd bērnu nevēlas. Tikai kā vienīgus iemeslus tos min 5% jeb 33 pētījuma grupas sieviešu. 25% atzi-

mē, ka lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu varētu mainīt partneris.

Citu personu loma lēmuma pieņemšanā par neplānotās grūtniecības pārtraukšanu. 75% sieviešu ($n=517$) konsultējās ar kādu personu, pirms pieņēma lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu. Personas, kuru viedokli sievietes atzīmēja kā būtisku vai ļoti būtisku, atspoguļotas 8. tabulā. Respondentes varēja atzīmēt vairākus atbilžu variantus.

8. tabula | Personu loks, ar ko sievietes konsultējās pirms lēmuma pieņemšanas ($n=517$)

Persona	n	%
Partneris	403	55
Ārsts	210	29
Sievietes ģimene	189	26
Draugi	72	20
Partnera ģimene	50	7
Mācītājs	21	3
Psihologs	14	2
Cits	10	1

29 sievietes (4%) pārtrauca grūtniecību, jo ģimene bija pret tās turpināšanu. 7% sieviešu ($n=45$) min, ka vecāku vai citu tuvinieku attieksme varētu palīdzēt mainīt domas par grūtniecības pārtraukšanu.

Lai arī 71% sieviešu ($n=456$) pieder kādai no reliģiskajām konfesijām, tikai 21 jeb 3% sieviešu pirms lēmuma pieņemšanas konsultējās ar mācītāju.

Finansiālie aspekti un grūtniecības pārtraukšana. 36% sieviešu ($n=261$) pārtrauca grūtniecību, jo domā, ka nevarēs apvienot bērna audzināšanu ar darbu vai mācībām. Tieši tikpat daudz min, ka baidās, ka nevarēs bērnu uzturēt.

27% jeb 199 sievietes atzīst, ka lēmumu varētu mainīt finansiāla palīdzība un 23% jeb 167, ka būtiskas būtu sociālas garantijas. Ģimenes ienākumi tām sievietēm, kuras šos aspektus nemin, ir statistiski ticami augstāki ($p<0,01$).

Vidējie sievietes izdevumi, kas saistīti ar nevēlamās grūtniecības pārtraukšanas procedūru, ir 83,3 ($\pm 38,3$) LVL.

Diskusija

Veiktais pētījums ir tikai otrais pētījums Latvijā, kas veltīts nevēlamās grūtniecības pārtraukšanas aspekta izpētei valstī. Pirmais pētījums tika veikts 2010./2011. ga-

dā, taču tas fokusējās uz nevēlamas grūtniecības iestāšanās riska faktoriem 16–25 gadus vecām jaunietēm Latvijā. [4] Tā kā minētā pētījuma rezultāti sniedza informāciju tikai par jaunām sievietēm, tas rosināja pētnieces veikt visu Latvijas sieviešu populāciju reprezentējošu pētījumu.

Pētījuma izlases atbilstību vispārējai Latvijas sieviešu populācijai, kam tiek veikta mākslīga grūtniecības pārtraukšana, apliecina vairākas atrades. Salīdzinot Slimību profilakses un kontroles centra 2012. gada statistikas datus attiecībā uz sieviešu sadalījumu pa vecuma grupām Latvijā un mūsu pētījuma izlases vecuma sadalījuma datus, redzam, ka tie praktiski neatšķiras [2]. Arī tādi raksturlielumi kā vidējais *co-itarche* vecums, vidējais dzimumpartneru skaits dzīves laikā un pēdējā gada laikā nav atšķirīgi, salīdzinot mūsu pētījuma izlases datus ar ledzīvotāju reproduktīvās veselības pētījuma rezultātiem, kas reprezentē visu reproduktīvā vecuma sieviešu populāciju, un ar 2010./2011. gada jauniešu pētījuma atradi. [3, 4]

Piedevām konstatējam faktu, ka, līdzīgi mūsu rezultātiem, pētījumos citās pasaules valstīs arī konstatēts, ka lielākā daļa sieviešu, kurām veic grūtniecības pārtraukšanas procedūru, ir 20–29 gadus vecas. [5–7]

Pieņemot to, ka zems formālās izglītības līmenis sieviešu populācijā varētu būt svarīgs neplānotas un nevēlamas grūtniecības iestāšanās riska faktors, pasaulē veikto pētījumu rezultāti pierāda pretējo – izglītības līmenis, kas ir zemāks par vidusskolas līmeni, nav riska faktors grūtniecības pārtraukšanas procedūrai pēc sievietes vēlēšanās neatkarīgi no grūtniecību skaita sievietei kopumā, t.i., gan nedzemdējušai sievietei, gan sievietei, kurai jau ir vismaz viens bērns. [7–9] Arī mūsu pētījumā četrām piektdaļām respondenšu ir vismaz vidusskolas izglītība, kas papildina un apstiprina citās pasaules valstīs veikto pētījumu rezultātus.

Iepriekš minētās līdzības rezultātos ļauj izteikties par to, ka Latvijā veiktais pētījums noteikti var papildināt pasaules pētniecības rezultātus neplānotas un nevēlamas grūtniecības jautājumā.

Ir pierādīts, ka jau notikusi procedūra ir riska faktors nākamajai nevēlamajai grūtniecībai, t.i., ja sievietei jau ir bijusi viena grūtniecības pārtraukšana, ir daudz lielāka iespēja, ka viņai tiks veikta vēl viena. [10] Latvijas pētījumā 51% sieviešu grūtniecī-

bas pārtraukšanas procedūra tiek veikta atkārtoti, kas arī apstiprina pasaules pētījumu gūtos rezultātus. No 49% sieviešu, kas veica procedūru pirmo reizi, 15% tā bija arī pirmās grūtniecības pārtraukšana. Iegūtie rezultāti tiešām rada pamatu nopietnām pārdomām par to, ko varētu darīt, lai mazinātu risku atkārtotai procedūrai nākotnē, un kā realizēt efektīvu seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpi Latvijas valstī, jo vienlaikus gandrīz pusei no mūsu pētījumā iekļautajām sievietēm nav skaidra plāna par to, kādu kontracepciju lietot nākotnē. No pētījumiem un klīniskām vadlīnijām citās valstīs zināms, ka atkārtotas nevēlamas grūtniecības iestāšanās risku būtiski samazina efektīvas kontracepcijas metodes izvēle jau pirms grūtniecības pārtraukšanas procedūras veikšanas. [11] Tas būtu vēra ņemams fakts profesionāļiem, kā arī rekomendācija iedrošināt un palīdzēt sievietei izvēlēties sev piemērotu kontracepcijas metodi turpmākai lietošanai, kļiedējot mītus un maldīgus priekšstatus par to.

15% sieviešu Latvijā, kas veica procedūru, bija pēcdzemdību jeb bērna kopšanas atvaļinājumā, tātad pārim jau ir līdz pusotru gadu vecs mazulis. Ir labi zināms un pierādīts, ka šī sieviešu grupa ir pakļauta lielākam neplānotas un nevēlamas grūtniecības riskam, tāpēc, konsultējot sievietes pēcdzemdībām, kontracepcijas jautājumu nedrīkstētu atstāt bez ievēribas. [12]

Pētījumā konstatējām, ka gandrīz četras piektdaļas sieviešu tomēr bija lietojušas kādu no kontracepcijas metodēm, pirms iestājās neplānotā grūtniecība. Kopumā šo faktu varētu vērtēt kā pozitīvu, kas ļauj skaidri izteikties, ka grūtniecības pārtraukšanas procedūra jeb aborts Latvijā noteikti vairs nav ģimenes plānošanas metode, kā tas bija pirms salīdzinoši neilga laika – apmēram pirms 15 un vairāk gadiem, kad abortu skaits valstī kā absolūti, tā izsakot uz 1000 dzīvi dzimušajiem, bija lielāks par dzemdību skaitu valstī. Jāpiebilst gan arī tas, ka dzemdību skaits tajā laikā bija pat uz pusi lielāks par to, kāds tas ir šobrīd. 1991. gadā Latvijā bija 34,8 tūkstoši dzemdību un 38,4 tūkstoši mākslīgu grūtniecības pārtraukšanu, 2012. gadā Latvijā reģistrēts tikai 19,4 tūkstoši dzemdību, bet mākslīgi pārtraukto grūtniecību skaits samazinājies līdz 6,2 tūkstošiem. Kopš 1999. gada Latvijā skaidri iezīmējas tendence, ka mākslīgi pārtraukto grūtniecību skaits kļūst mazāks par dzemdību skaitu,

un starpība starp šiem rādītājiem turpina ievērojami pieaugt līdz pat šim laikam. [1]

Jautājums ir tikai par to, kāda kontracepcijas metode un vai pareizi ir tikusi lietota, ja jau tomēr grūtniecība pēc kontracepcijas lietošanas ir iestājusies. Nedaudz vairāk nekā divas piektdaļas pētījuma sieviešu bija lietojušas ne tik augsti efektīvas kontracepcijas metodes kā spermicīdu, kalendāro metodi un pārtraukto dzimumaktu. Savukārt piektdaļa sieviešu ziņoja, ka kontracepciju nebija lietojušas vispār, droši vien cerot, ka grūtniecība neiestāsies. Salīdzinot šos kontracepcijas lietošanas paradumus ar rezultātiem šajā aspektā vispārējā Latvijas sieviešu populācijā, skaidri iezīmējas tendence, ka mūsu pētījuma grupā sievietes biežāk izvēlas lietot kontracepcijas metodes, kas nav augsti efektīvas, un biežāk izsargāšanās metodes nelieto vispār. Dati no Latvijas iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības pētījuma atklāj, ka kontracepciju vispārējā sieviešu populācijā nelieto ap 10% (mūsu pētījumā 20%), kontracepcijas metodes, kas nav augsti efektīvas, lietojušas 30% (mūsu pētījumā 43%) sieviešu. [3]

Mūsu pētījumā aptuveni trešdaļa sieviešu, pirms iestājās nevēlamā grūtniecība, bija lietojušas prezervatīvu. Lai gan, pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) datiem, prezervatīva lietošana ir efektīva kontracepcijas metode, lielai daļai pētījuma sieviešu minētā metode nebija nodrošinājusi aizsardzību pret grūtniecības iestāšanos [13]. Protams, aktualizējas jautājums par pareizu metodes lietojumu no partnera puses, jo tā ir vīriešu kontracepcijas metode. Turklāt, lai arī lielākā daļa sieviešu jau uzreiz pēc dzimumakta bija sapratušas, ka ir notikusi kāda metodes lietojuma kļūme, tikai 6 sievietes jeb 3% bija lietojušas avārijas kontracepciju, kaut arī absolūts vairākums par šīs metodes esamību bija informētas. No pētījumiem pasaulē uzzinām, ka avārijas kontracepcijas nelietošana ir aktuāls jautājums ne tikai Latvijā, bet arī citās valstīs. Pētījumos kā biežākie avārijas kontracepcijas nelietošanas iemesli tiek minēti šaubas un zināšanu trūkums par tabletes ieņemšanas laiku un bažas par metodes efektivitāti. [14] Līdzīgus rezultātus mūsējiem publicējusi arī Spānijas pētnieku grupa, aprakstot 2475 sieviešu grupu, kurām tika veikts aborts un no kurām avārijas kontracepciju bija lietojušas tikai 2,5% sieviešu. [5] Perslevs u.c. (*Perslev et al.*)

apraksta avārijas kontracepcijas lietošanu tikai 6,6% no 1365 sievietēm Dānijā, kurā par avārijas kontracepcijas pieejamību bija informētas 89% respondenšu. [15] Relatīvi labākus rezultātus apraksta Moro u.c. (*Moreau et al.*), ziņojot par 1365 sieviešu pētījumu Francijā, kurā sieviešu informētība par avārijas kontracepcijas esamību bija līdzīga mūsu atradei – 89%, bet to lietojušas bija 11%. [16] Tādējādi varam secināt, ka rietumvalstīs avārijas kontracepciju lietotāju skaits tiek vērtēts kā pārāk zems, bet Latvijas sabiedrībā valda vēl vairāk aizspriedumu pret avārijas kontracepciju nekā Rietumeiropas valstīs. Sievietes Latvijā būtu aktīvi jānodrošina ar informāciju par avārijas kontracepcijas lietošanas efektivitāti un lietošanas shēmu, kā arī ar to, ka avārijas kontracepcija nav kaitīga sievietes veselībai un tā ir pieejama aptiekās brīvi bez ārsta receptes, tāpat kā prezervatīvi.

Pirms iestāšanās grūtniecība, hormonālo kontracepciju, kas, pēc PVO un pasaules pētījumu datiem [13], ir augsti efektīva kontracepcijas metode, bija lietojušas 38 pētījuma dalībnieces. Atklājās, ka visas respondentes bija pieļāvušas kādu kļūdu metodes lietojumā. Ir skaidri pierādīts – ja kontracepcijas metode sievietei nav ērta lietošanā sievietes rakstura vai ikdienas ritma dēļ, tad tā ievērojami zaudē efektivitāti, jo ļoti svarīga ir precīza sievietes līdzestība. Veidojot labāku izpratni par sieviešu vēlmēm un prasībām attiecībā uz kontracepcijas metodi profesionāļu vidū, šādas situācijas varētu būt retāk. Hormonālā kontracepcija pieejama ne tikai tablešu formā, bet arī vaginālā riņķa, plāksteru un injekciju veidā, kurām ir ērtāks lietošanas režīms. Taču šis fakts, ka neplānotā grūtniecība iestājusies, kļūdaini lietojot augsti efektīvu hormonālās kontracepcijas metodi, pilnībā apgāž Latvijas sabiedrībā (arī profesionāļu vidū!) eksistējošo mītu par hormonālās kontracepcijas negatīvo ietekmi uz sievietes auglību.

Būtisks aspekts, kas ietekmē kontracepcijas metožu lietošanas paradumus sievietei, ir zināšanas par dažādām kontracepcijas metodēm un to lietošanas un kontraktīvās darbības īpatnībām.

Lai gan lielākā daļa pētījuma dalībnieču zina, ka prezervatīvi ir kontracepcijas metode, kas pasargā no STI, tomēr ievērojamam pacientu skaitam nav zināšanu par šo jautājumu vai viņu uzskati ir maldīgi. Šo sieviešu vidū valda pārliecība, ka hormonālās kontracepcijas tabletes, dzemdes kontracepcija, spermicīdi u.c. pasargā no STI,

kas liecina par nepietiekamām zināšanām par dažādu kontracepcijas līdzekļu īpašībām un nespēju sevi efektīvi pasargāt no dzimumorgānu infekcijām.

Ierobežotas zināšanas par kontracepciju apstiprina arī pētījuma dalībnieču atbildes par hormonālajām tabletēm. Respondentes vai nu atzīst, ka nezina, cik bieži jālieto kontracepcijas tabletes, vai viņām ir aplama pārliecība, ka tabletes jādzē vienreiz nedēļā, vienreiz pusgadā vai tieši pirms dzimumakta. Mūsu rezultāti ir salīdzināmi ar ASV pētījuma datiem, kur 225 sieviešu pētījumā 33% respondenšu (atkarībā no nacionālās piederības) uzskatīja, ka kontracepcijas tabletes efektīvi pasargā no grūtniecības arī tad, ja tiek lietotas vienīgi dienās, kad sieviete ir seksuāli aktīva. [17] Trešdaļa mūsu pētījuma dalībnieču uzskata, ka hormonālā kontracepcija kaitē veselībai, un gandrīz tikpat daudz sieviešu domā, ka avārijas kontracepcijai ir nelabvēlīga ietekme uz veselību, kas ir līdzīgi ar Mačado u.c. (*Machado et al.*) pētījuma rezultātiem 500 sieviešu grupā no Brazīlijas, kur 21% pacientu uzskatīja, ka kontracepcijas tabletes palielina olnīcu vēža risku, un 20% bija līdzīgas domas par endometrija vēža risku. [18] Mūsu pētījuma rezultāti, savukārt, atklāj ievērojami sliktākas sieviešu zināšanas par avārijas kontracepcijas nekaitīgumu nekā Moro (*Moreau et al.*) pētījumā, kur no 1177 pacientēm tikai 3,4% uzskatīja, ka avārijas kontracepcija ir kaitīga sievietes veselībai. [16]

Vidējais pētījuma dalībnieču zināšanu novērtējums kopumā bija zemāks par viduvēju – 3,15 no 7 punktiem. Protams, jāņem vērā, ka šī pētījuma grupa ir sievietes, kam iestājusies neplānota un nevēlama grūtniecība. Mums nav informācijas par zināšanām sievietēm, kam grūtniecība iestājas plānoti un vēlami, un īpaši par tām sievietēm, kam tā iestājas neplānoti, bet nekļūst nevēlama un tiek turpināta. Tajā pašā laikā, jautātas par to, kādus pretapaugļošanās līdzekļus sievietes lieto turpmāk, vairāk nekā pusei, kā jau minējām iepriekš, nebija skaidras atbildes uz šo jautājumu. Protams, pirms grūtniecības pārtraukšanas procedūras sievietes bija vērsušās pie ārsta, lai veiktu vajadzīgos izmeklējumus un saņemtu nosūtījumu procedūras veikšanai. Saskaņā ar PVO rekomendācijām sievietei būtu jāsaņem kvalitatīva konsultācija par kontracepciju, lai tā sāktu efektīvu pretapaugļošanās līdzekļa lietošanu tūlīt pēc aborta. [19] Latvijas ginekologiem

un ģimenes ārstiem ir jāuzņemas aktīvāka loma, rosinot sievieti izvēlēties efektīvu kontracepcijas metodi nākotnē, jo, kā jau minēts iepriekš, sieviete ir atkārtota aborta riska grupā. Kā arī ārstam nevajadzētu pozitīvi pārvērtēt (drīzāk jāpieņem neinformētības fakts!) sievietes informētību par kontracepcijas līdzekļiem. Par neinformētību liecina arī atklājums un pierādījums, ka nav statistiski nozīmīgas atšķirības sieviešu zināšanās par kontracepciju atkarībā no tā, vai sievietei tiek veikta pirmā vai atkārtota grūtniecības pārtraukšana. Kopumā viduvējās sieviešu zināšanas par kontracepciju, kā arī neskaitāmie maldīgie priekšstatu tikai apliecina, ka šis ir viens no iemesliem, kāpēc nevēlamā grūtniecība ir iestājusies.

Pētījuma dalībniecēm, līdzīgi ledzīvotāju reproduktīvās veselības 2010. gada pētījuma datiem, vidējais dzimumpartneru skaits pēdēja gada laikā ir 1,2, kas pierāda to, ka pētījuma grupas sievietes ir stabilās partnerattiecībās ar vīrieti, no kura iestājusies grūtniecība. Tas ļauj arī secināt, ka nepastāvīgas attiecības ar vīrieti, no kura iestājusies grūtniecība, nav riska faktors, lai arī pirmajā brīdī tā šķistu, un, tieši otrādi, pastāvīgas partnerattiecības ir riska faktors grūtniecības pārtraukšanai pēc sievietes vēlēšanās Latvijā, kas ir pierādīts arī citos pasaules pētījumos. [6, 8, 9] Tas nozīmē vienīgi to, ka pārim, ja tas neplāno grūtniecību attiecīgajā dzīves periodā, ir jāizvēlas un jālieto augsti efektīva kontracepcijas metode. Mūsu pētījuma dati palīdz apgāzt arī maldīgu priekšstatu un pieņēmumu, ka sieviete ir vienīgā, kas zina par neplānoto grūtniecību un attiecīgi lemj par tās pārtraukšanu bez partnera ziņas. Četras piektdaļas pētījuma respondenšu ir pastāvīgās partnerattiecībās. Četras piektdaļas vīriešu zina un atbalsta sievietes lēmumu par labu procedūrai, kas tikai atkārtoti apliecina to, ka šī grūtniecība pārim noteikti ir ne tikai neplānota, bet arī noteikti nevēlama. Pētījuma rezultāti praktiski neatšķiras no ledzīvotāju reproduktīvās veselības pētījumā konstatētā šajā aspektā, kur 71% sieviešu ziņoja, ka konsultējušās par grūtniecību un tās pārtraukšanu ar partneri, kā arī lielākajai daļai sieviešu, kas pārtraukušas grūtniecību, bijušas pastāvīgas attiecības. [3] Interesants ir arī atklājums, ka vīriešu loma lēmumā par kontracepcijas lietošanu vai nelietošanu, kā arī metodes izvēlē, nav tik noteicoša, kā varētu šķist. Tikai nepilnai piektdaļai to sieviešu, kas nebija izsargājušās, partnera

vēlme bija noteicošais faktors kontracepcijas nelietošanā. Tas atbilst datiem, kas iegūti visā Eiropā veiktā pētījumā, kurā noskaidrots, ka pārsvarā sievietes neatkarīgi no partnera pieņem lēmumu par kontracepciju un, pat lietojot tādas metodes, kurām nepieciešama partnera līdzdalība (piemēram, prezervatīvs), kopīgi lēmums tiek pieņemts tikai 63% gadījumu. [20] Vācijā veiktā pētījumā tikai 4% respondentu (gan vīriešu, gan sieviešu) atzīmēja, ka lēmuma pieņemšanā par kontracepcijas metodes izvēli būtiska ir partnera vēlme. [21]

Analizējot aspektus, kas mainītu sievietes lēmumu veikt procedūru, atklājas, ka salīdzinoši nelielai jeb ceturtajai daļai sieviešu lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu varētu mainīt finansiāla palīdzība vai sociālās garantijas. Protams, jautājums ir diskutabls, jo lēmums par grūtniecības pārtraukšanu parasti tiek pieņemts vairāku iemeslu kopuma dēļ un katram atsevišķam iemeslam var būt cits nozīmīgums katrā atsevišķā individuālā situācijā. Katra indivīda priekšstats par nepieciešamajiem finansiālajiem līdzekļiem bērna audzināšanai var atšķirties. Piemēram, ASV veiktā pētījumā nedaudz vairāk nekā 70% sieviešu norāda, ka veic abortu, jo šobrīd nevar finansiāli atļauties audzināt bērnu, turpretim citā pētījumā šis skaitlis ir ievērojami mazāks – 40%. [22, 23] Jebkurā gadījumā finansiālais aspekts vienmēr ir bijis un būs nozīmīgs lēmuma pieņemšanā par grūtniecības

pārtraukšanu, tāpēc to nevar atstāt bez ievērošanas.

Mūsaprāt, pētījumā atklājas kāds diezgan svarīgs aspekts, t.i., ka divas trešdaļas sieviešu lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu jau ir pieņēmušas pirms vērsšanās pie ārsta pēc nosūtījuma uz procedūru, jo tikai trešdaļa sieviešu atzīmēja, ka ārsta viedoklis, lemjot par grūtniecības pārtraukšanu, viņām ir svarīgs. Tas parāda to, ka lielākā daļa sieviešu lēmumu ir pieņēmušas jau pirms došanās pie ārsta. Divos Skotijā veiktos pētījumos sieviešu proporcija, kas jau bija pieņēmusi lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu vēl pirms vizītes pie ārsta, bija pat lielāka – attiecīgi 94% un 97%. [24, 25]

Pētnieču grupa uzskata, ka, tikai īstenojot pasākumus zināšanu uzlabošanai par kontracepciju un kļiedējot mītus par to, kam nav nedz medicīniska, nedz zinātniska pamatojuma, neplānotu un nevēlamo grūtniecību skaitu Latvijā varētu vēl vairāk samazināt. Līdzīgus uzskatus pauž pētnieki, veicot savus pētījumus šajā jautājumā arī citās valstīs, kā, piemēram, Somijā un Francijā. [26, 27]

Secinājumi

- Pētījuma dati ir reprezentatīvi sieviešu populācijai Latvijā, kuras pārtrauc grūtniecību pēc savas vēlēšanās.
- 80% sieviešu, kas pārtrauc grūtniecību, ir stabilās partnerattiecībās ar vīrieti, no

kura grūtniecība ir iestājusies, un vairāk nekā divas trešdaļas vīriešu atbalsta sievietes izvēli.

- 80% gadījumu pāris nebija lietojis kontracepciju vai lietojis kļūdaini vai neaugsti efektīvu kontracepcijas metodi.
- Sievietēm ir sliktas zināšanas par avārijas kontracepcijas, un zināšanas par avārijas kontracepciju nenozīmē, ka tā arī tiek izmantota.
- Kopumā sieviešu zināšanas par kontracepciju ir viduvējas un tikpat kā nav atkarīgas no sievietes vecuma, sasniegtā formālā izglītības līmeņa, reproduktīvās anamnēzes, t.i., grūtniecību un dzemdību skaita iepriekš.
- Ārstam konsultācijā pirms grūtniecības pārtraukšanas jāakcentē nepieciešamība izvēlēties efektīvu kontracepcijas metodi nākotnē, jo 55% sieviešu nezina, kādu kontracepcijas metodi lietot nākotnē.
- Divas trešdaļas no sievietēm pieņemto lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu uzskata par negrozāmu jau pirms došanās pie ārsta, lai saņemtu nosūtījumu procedūras veikšanai.
- 25% sieviešu lēmumu pārtraukt grūtniecību varētu mainīt finansiālu vai sociālu garantiju ietekmē.
- Neplānotu un nevēlamo grūtniecību pārtraukšanas procedūru skaitu Latvijā varētu ievērojami samazināt, informējot sievietes par augsti efektīvām kontracepcijas metodēm un to lietojumu. □

Pateicība

Pētījuma veicējas izsaka vislielāko pateicību visiem ārstiem un ārstniecības iestādēm, kas piekrita piedalīties pētījumā un uzrunāja sievietes, lai viņas piedalītos šajā ļoti sensitīvajā pētījumā. Ārstniecības iestāžu un ārstu ieguldījums pētījuma realizācijā ir bijis neatsverams!

Literatūra

1. Latvijas statistikas datu bāzes. <http://data.scb.gov.lv>
2. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2012.gada statistikas dati. <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/>
3. Putniņa A. Iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (2003 – 2011). Rīga, 2011.
4. Līdaka L et al. Nevēlamas grūtniecības iestāšanās riska faktori jauniešiem 16 – 25 gadu vecumā Latvijā. Latvijas Ārsts, 2013; 2: 49.
5. Serrano I et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: A cross-sectional multicenter study. Eur J Contr Reprod Health Care 2012; 17: 158.
6. Rasch V et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. Eur J Pub Health 2007; 18(2): 144.
7. Bahadur A et al. Socio-demographic profile of women undergoing abortion in a tertiary centre. Arch Gynecol Obstet 2008; 278 (4):329.
8. Fisher WA et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ 2005; 172 (5): 637.
9. Mogilevskina I et al. Factors associated with pregnancy termination in Ukrainian women. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 1126.
10. Prager S et al. Risk factors for repeat elective abortion. Am J Obstet Gynecol 2007; 197: 575.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based clinical guideline number 7. 2011.
12. Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2012; 15: 8.
13. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2008.
14. European Consortium for Emergency Contraception (ECEC) <http://www.ec-ec.org/about-ecec/aims/#sthash.Pt8HDHM7.dpuF>
15. Perslev A et al. Emergency contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy. Contraception 2002; 66: 427.
16. Moreau C et al. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception 2005; 71: 202.
17. Garcés-Palacio IC et al. Contraceptive knowledge and use among low-income hispanic immigrant women and non-hispanic women. Contraception 2008; 77: 270.
18. Machado RB et al. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. Contraception 2012; 86: 698.
19. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. World Health Organization, 2012.
20. de Irala J et al. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception 2011; 84(6): 558.
21. Federal Centre for Health Education (BZgA). Contraceptive Behaviour of Adults 2011. Current representative study as part of a telephone survey covering several issues. 2011. <http://publikationen.sexualaufklaerung.de/>
22. Finer LB et al. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. Perspect Sex Reprod Health 2005; 37(3): 110.
23. Biggs MA et al. Understanding why women seek abortions in the US. BMC Womens Health 2013; 5(13): 29.
24. Schünmann C et al. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. Contraception 2006; 73: 520.
25. Lakha F et al. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. Lancet 2006; 368: 1782.
26. Heikinheimo O et al. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. Contraception 2008; 78: 149.
27. Bajos N et al. [Increase of repeat abortion in France: from contraceptive issues to postponement of childbearing age]. Rev Epidemiol Sante Publique 2013; 61(4): 291.