

1994 m. Kaire vykusioje Jungtinių Tautų organizuotoje konferencijoje “Gyventojai ir socialinė raida” buvo diskutuojama įvairiais su gyventojų problemomis susijusiais klausimais. Vienas iš jų, kuriam, beje, buvo skirtas ypatingas dėmesys, – tai gimstamumo reguliavimas ir reprodukcinė sveikata (McIntosh, Frinkle, 1995). Konferencijos metu daugumos valstybių delegacijoms pritarus buvo priimta Veiksmų programa (Programme, 1996), pateikianti rekomendacijas aptartoms gyventojų problemoms spręsti. Šioje programoje reprodukcinės gyventojų sveikatos klausimas užima labai svarbią vietą. Pripažįstama, kad kiekvienas individas turi savo poreikius ir teises, ir viena iš šių teisių yra teisė džiaugtis geriausia galima fizine ir psichine sveikata, įskaitant sveikatą reprodukcijos ir seksualumo srityse (Lassonde, 1997).

Lietuvos Vyriausybė taip pat pritarė šiam tarptautiniam susitarimui. Veiksmų programa vadovautasi rengiant Šeimos politikos koncepciją (Šeimos, 1995) bei priimanant svarbius sprendimus sveikatos apsaugos srityje. Nepaisant to, apie reprodukcinę gyventojų sveikatą mūsų šalyje dar tik pradama kalbėti. Daugelis netgi nėra susipažinęs su reprodukcinės sveikatos sąvoka, ir prašymas ją apibūdinti ne vienam būtų sudėtinga užduotis.

Reprodukcinės sveikatos sąvoka gana nauja. Nors Pasaulinė sveikatos organizacija šią sąvoką vartoja jau daugelį metų, tačiau jos apibrėžimas, išreiškiantis labiau integruotą požiūrį į gyventojų reprodukciją, buvo suformuluotas tik Kairo konferencijoje (Programme, 1996; Singh, 1998). Reprodukcinė sveikata – tai “visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, ne tik ligos ar negalios nebuvimas, visose sferose, susijusiose su reprodukcijos sistema, jos funkcijomis ir procesais. Todėl reprodukcinė sveikata reiškia, kad žmonės gali turėti juos tenkinantį ir saugų seksualinį gyvenimą, kad jie turi galimybę gimdyti vaikus ir laisvę nuspręsti, ar, kada ir kaip dažnai tai daryti” (International, 1994). Paskutinė sąlyga taip pat užtikrina vyrų bei moterų teisę į informaciją ir į saugių ir efektyvių gimstamumą reguliuojančių priemonių, atitinkančių jų poreikius, prieinamumą; teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, apimančias motinos ir vaiko sveikatą, saugią motinystę, naujagimių išgyvenamumą, šeimos planavimą, priežiūrą ir konsultaciją nėštumo metu, saugų gimdymą, pogimdyminę priežiūrą ir konsultaciją bei seksualinę sveikatą. Švietimas ir kitos informacijos komunikacijos priemonės turėtų papildyti reprodukcinės sveikatos paslaugas bei skatinti naudojimąsi jomis (International, 1994; Lassonde, 1997).

Kairo konferencija, išdrįsusi taip radikaliai naujai pažvelgti į reprodukcinės sveikatos problemą, atvirai prakalbo ir apie ilgai buvusį tabu seksualumo klausimą. Apie

seksualumą prabilta kaip apie sudėtinę individo gerovės dalį bei svarbų asmeninių santykių aspektą. Konferencijos metu buvo pripažinta, kad seksualinės sveikatos problemos negali būti atskirtos nuo reprodukcinės sveikatos problemų, kaip ir kontracepcija – nuo lytiniu keliu plintančių ligų prevencijos ir gydymo (Lassonde, 1997).

Taigi Kairo konferencija išskėlė labai svarbius su žmogaus reprodukine ir seksualine gerove susijusius klausimus, kurie yra aktualūs ir Lietuvoje. Šiame skyriuje, remiantis turimais statistiniais duomenimis, kurie, deja, nėra tikslūs ir išsamūs, aptariami pokyčiai, per praėjusį dešimtmetį įvykę Lietuvos gyventojų kontraceptinėje elgsenoje bei šeimos planavimo srityje (kontracepcijos naudojimo lygis, abortų rodikliai), apžvelgiami sergamumo lytiniu keliu plintančiomis ligomis (sifiliu, gonorėja) pokyčiai per minėtąjį laikotarpį bei AIDS paplitimas Lietuvoje.

3.1. ABORTAI

Abortai seniai pripažinti viena iš didžiausių “visuomenės sveikatos problemų” (Lassonde, 1997). Dėl jų daromos moralinės ir fizinės žalos abortai jokių būdu neturėtų būti skatinami kaip šeimos planavimo metodas. Deja, dar daugelyje šalių abortas traktuojamas kaip gimstamumo reguliavimo priemonė.

Sovietų Lietuvoje, kaip ir kitose Sovietų Sąjungos respublikose, vienas iš pagrindinių šeimos planavimo metodų buvo abortas ir jų buvo daroma daug. Sovietų Sąjunga buvo pirmoji šalis, 1920 m. legalizavusi abortus. Vėliau kurį laiką abortai čia buvo uždrausti, bet 1955 m. vėl priimtas juos legalizuojantis įstatymas (Avdeev ir kt., 1995). Moterims buvo suteikta teisė pačioms apsispręsti dėl nėštumo nutraukimo iki 12 savaitės, o nuo 12 savaitės abortai leidžiami tik dėl griežtų medicininių indikacijų.

Atkūrus Nepriklausomybę, Lietuvoje buvo pradėta aktyvi politinių ir ekonominių šalies struktūrų transformacija. Kartu peržiūrėta ir socialinės politikos programa. Nors buvo reformuoti dauguma sovietmečiu veikusių įstatymų, tačiau laisvė į legalų abortą buvo palikta: moteriai pageidaujant, Lietuvoje nėštumas gali būti nutrauktas iki 12 savaitės. Tai atlikti turi teisę tik gydytojas ir tik medicinos įstaigoje. Nėštumas nuo 12 iki 22 savaitės nutraukiamas tik tuomet, jei gresia pavojus: 1) moters gyvybei, 2) moters fizinei sveikatai, 3) vaisiaus sveikatai arba jei yra jo apsigimimo rizika. Paauglėms, neturinčioms 16 metų, nėštumas nutraukiamas tik po raštiško jų tėvų sutikimo.

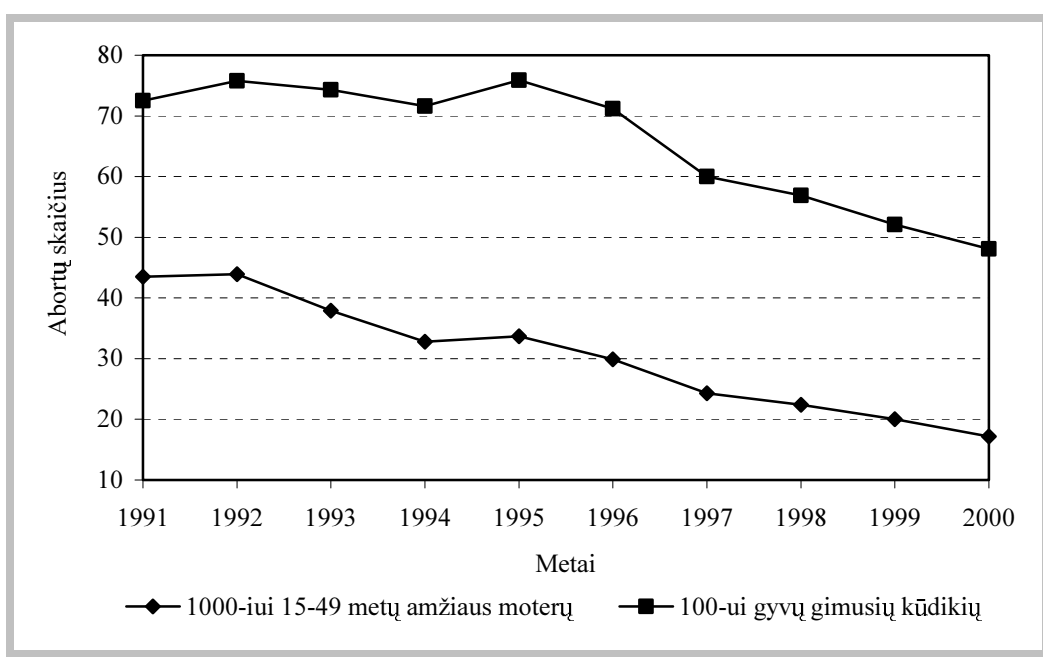
Duomenys apie abortus Lietuvoje niekada nebuvo tikslūs, oficialūs abortų rodikliai neretai yra mažesni negu realūs. Dažniausiai pateikiamas per metus atliktų legalių abortų (moteriai prašant arba dėl medicininių komplikacijų) skaičius bei abortų rodikliai (1000-iai 15-49 metų amžiaus moterų ir 100-ai gyvų gimusių kūdikių tenkantis abortų skaičius). O atsiradus privačioms gydymo institucijoms, statistinių duomenų rinkimas tapo dar komplikuočiau. Todėl atlikti abortų skaičiaus kitimo analizę gana sudėtinga.

Kaip jau buvo minėta, sovietmečiu Lietuvoje abortas buvo viena iš pagrindinių šeimos planavimo priemonių ir atliekamų abortų skaičius buvo didelis. Kita vertus, Lietuvoje abortų buvo daroma gerokai mažiau negu kaimyninėse Baltijos šalyse. Pvz., 1988 m. Lietuvoje 1000-iai 15-49 metų amžiaus moterų teko 38,0 abortai, tuo tarpu

Latvijoje – 76,8, Estijoje – 77,3 (Naselenije, 1989). Nors pastaraisiais metais Lietuvoje pastebima abortų skaičiaus mažėjimo tendencija, vis dėlto jų atliekama gana daug. Abortai vis dar yra viena iš šeimos planavimo priemonių ir modernūs kontracepcijos metodai yra nepakankamai plačiai praktikuojami. Viena iš priežasčių – informacijos apie veiksmingas kontraceptines priemones ir seksualinio švietimo trūkumas. Lietuva iki šiol neturi valstybinės šeimos planavimo ir lytinio švietimo programos. Apklausa rodo, kad apie kontracepciją moterys dažniausiai sužino iš žiniasklaidos, draugų bei panašių šaltinių, ir gaunama informacija neretai būna neobjektyvi ir net klaidinga (Sadauskas, 2000).

3.1 pav.

Abortai Lietuvoje 1991-2000 m.



Šaltiniai: Demografijos, 2001; Demografijos, 1996.

Abortų skaičius Lietuvoje pradėjo mažėti nuo 1995 m. Pagal oficialią statistiką, 1991 m. moters sprendimu arba gydytojui rekomendavus Lietuvoje buvo atlikta 40,8 tūkst. abortų (1 lentelė). 1996 m. abortų skaičius sumažėjo iki 27,8 tūkst., o 2000 m., lyginant su dešimtojo dešimtmečio pradžios duomenimis, bendras abortų skaičius sumažėjo daugiau nei perpus ir sudarė 16,2 tūkst. 1991 m. 1000-iai 15-49 metų amžiaus moterų teko 43,5 aborto (3.1 lentelė; 3.1 pav.). Dešimtmečio viduryje (1995 m.) šis rodiklis sudarė 33,7, o 2000 m. – 17,2 aborto.

Kitas abortų dažnumą vertinantis rodiklis yra abortų skaičius, tenkantis 100-ai gyvų gimusių kūdikių. Didžiausias analizuojamu laikotarpiu abortų skaičius, tenkantis 100-ai gyvų gimusių kūdikių, užfiksuotas 1995 m. – 75,9, tačiau per kitus penkerius metus šis rodiklis smarkiai sumažėjo ir 2000 m. buvo lygus 48,1 (3.1 lentelė; 3.1 pav.).

3.1 lentelė

Abortai Lietuvoje 1991-2000 m.

Metai	Bendras abortų skaičius*	1000-iui 15-49 metų amžiaus moterų	100-ui gyvų gimusių kūdikių
1991	40765	43,5	72,5
1992	40947	43,9	75,8
1993	35206	37,9	74,3
1994	30355	32,8	71,6
1995	31278	33,7	75,9
1996	27832	29,9	71,2
1997	22680	24,3	60,0
1998	21022	22,4	56,9
1999	18846	20,0	52,1
2000	16259	17,2	48,1

Šaltiniai: Demografijos, 2001; Demografijos, 1996.

*Moters sprendimu arba dėl medicininių indikacijų.

Kaip matyti iš trumpos apžvalgos, pradedant 1996 m. abortų rodikliai Lietuvoje kasmet mažėjo, tačiau lyginant su išsivysčiusių Vakarų Europos šalių abortų rodikliais, jie dar gana aukšti. Pvz., 1997 m. 1000-iui 15-49 metų amžiaus moterų Vakarų Vokietijoje teko 6,4 aborto, Nyderlanduose – 5,6¹. Kita vertus, Lietuvą lyginant su kaimyninėmis buvusios sovietinės sistemos šalimis, čia daromų abortų skaičiai yra mažesni (Stankūnienė ir kt., 1999; Vishnevsky, 1999). Pvz., 1999 m. Estijoje legalių abortų skaičius, tenkantis 1000-iui vaisingo amžiaus moterų, sudarė 46,7, Latvijoje – 29,7, tuo tarpu Lietuvoje – 20,0. Abortų skaičius 100-ui gyvų gimusių kūdikių Lietuvoje (1999 m. – 52,1) taip pat mažesnis nei kaimyninėse Estijoje (1999 m. – 135,7) ir Latvijoje (1999 m. – 93,0) (Demografijos, 2001)².

3.2. KONTRACEPCIJOS NAUDOJIMAS

Pagrindinis veiksnys, lemiantis iki šiol gana didelį abortų skaičių Lietuvoje, yra negausus šiuolaikinių kontraceptinių priemonių naudojimas, dažnai pasikliaujant tradiciniais apsisaugojimo nuo nėštumo metodais.

Sovietmečiu modernios kontraceptinės priemonės buvo menkai naudojamos dėl keleto priežasčių, viena iš jų – prasta kontraceptinių priemonių kokybė bei skurdus jų pasirinkimas. Todėl moterys, neturėdamos galimybės pasirinkti efektyvios, patikimos ir jų poreikius atitinkančios kontracepcijos, praktikuodavo tradicinius šeimos planavimo metodus, o neplanuoto nėštumo atveju rinkdavosi abortą. Lietuvai atgavus

¹ Apskaičiuota remiantis: *Recent Demographic Developments in Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000; Recent Demographic Developments in Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1999.*

² Abortų rodikliai Estijoje ir Latvijoje apskaičiuoti remiantis: *Recent Demographic Developments in Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000.*

Nepriklausomybę ir sukūrus laisvą ekonominę rinką, atsivėrė didesnės šeimos planavimo metodų pasirinkimo galimybės. Pastaraisiais metais kontraceptinių priemonių pasirinkimas kur kas gausesnis, geresnė jų kokybė, tačiau nepaisant to, sutuoktiniai ir partneriai nepageidaujamam nėštumui išvengti vis dar dažnai linkę pasikliauti tradiciniais metodais.

Patikimų statistinių duomenų apie modernios kontracepcijos naudojimą Lietuvoje, deja, nėra. Galima remtis tik Lietuvos medicininės informacijos centro medžiaga, kuri rodo, kad 1989 m. hormonines tabletes vartojo tik 0,7 proc. šalies moterų (3.2 lentelė). 1998 m. jas vartojančių moterų dalis padidėjo tik iki 3,6 proc. Pvz., Vakarų Europoje jau praėjusio dešimtmečio pradžioje (apie 1990 m.) hormonines tabletes vartojo 58 proc. lytiškai aktyvių šio regiono moterų (Levels, 1996).

3.2 lentelė

Hormoninių tablečių ir intrauterinių spiralių vartojimas 1989-1998 metų pabaigai (procentais)

Metai	Moterys, vartojančios hormonines tabletes	Moterys su jau įdėtomis spiralėmis	Naujai įdėta spiralių (ambulatorijos ir stacionario sąlygomis)
1989	0,7	9,8	3,6
1990	1,1	11,4	3,6
1991	1,2	10,8	3,7
1992	0,1	10,6	2,3
1993	1,1	10,0	1,8
1994	1,3	9,8	1,7
1995	1,9	9,2	1,6
1996	1,9	8,0	1,5
1997	3,0	8,4	1,4
1998	3,6	8,4	1,4

Šaltiniai: Naskauskienė, 1999; Lietuvos medicininės informacijos centro duomenys.

Intrauterinių spiralių naudojimas Lietuvoje, palyginus 1989 m. ir 1998 m. duomenis, sumažėjo: moterys su jau įdėtomis ir naujai įdedamomis spiralėmis 1989 m. sudarė 13,4 proc., o 1997-1998 m. šis procentas nukrito iki 9,8 proc. (sumažėjo 1,4 karto) (3.2 lentelė).

Apie tai, kiek naudojamosi vyriškais prezervatyvais, duomenų nėra, tačiau vengiant neplanuoto nėštumo ir saugantis lytiniu keliu plintančių venerinių ligų bei iškilusios AIDS grėsmės, prezervatyvai tapo gana populiarūs.

Nėra tikslios informacijos ir apie kitus gimstamumo reguliavimo metodus. Spėjama, kad nutrauktu lytiniu aktu, periodine abstinencija naudojasi dar gana didelė Lietuvos gyventojų dalis, nors vengiant neplanuoto nėštumo šie metodai yra nesaugūs ir nepatikimi. Natūralūs apsaugojimo nuo nėštumo metodai veikiausiai yra dar praktikuojami todėl, kad modernios kontraceptinės priemonės yra brangios ir ne visi gali sau leisti jas pirkti. Be to, natūraliems šeimos planavimo būdams neprieštarauja Katalikų bažnyčia, o Lietuva, kaip žinia, yra išsaugojusi gana griežtas katalikiškas nuostatas.

1994-1995 m. Lietuvos filosofijos ir sociologijos instituto Demografijos skyriaus atliktu tyrimu “Šeima ir gimstamumas Lietuvoje” taip pat bandyta gauti informacijos apie Lietuvos gyventojų kontracetinę elgseną. Šio tyrimo duomenys patvirtina faktą, kad dešimtojo dešimtmečio viduryje Lietuvoje modernios kontracetinės priemonės naudojamos buvo menkai ir kad daugiausia dominavo tradiciniai apsaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo metodai. Net ketvirtadalis visų seksualiai aktyvių porų atsakė nenaudojantys jokios kontracetcijos, apie pusę – naudojantys kokias nors kontracetines priemones (3.1, 3.2 priedai) (Stankūnienė ir kt., 1999).

3.3. SERGAMUMAS VENERINĖMIS LIGOMIS IR AIDS

Remiantis statistiniais duomenimis, pastaraisiais metais užregistruojamų sifilio ir gonorėjos atvejų Lietuvoje mažėja, tačiau duomenys neatspindi realios sergamumo šiomis ligomis situacijos. Atsisakę prievartinio gydymo, dalis žmonių iš viso nesilanko pas gydytojus, o daugelis gydomi privačiai anoniminiuose lytiniu keliu plintančių ligų gydymo kabinetuose ir jų atvejai nėra oficialiai registruojami (Pranešimas, 2000).

2000 m. šalyje buvo užregistruotas 1171 sifilio atvejis: šia liga sirgo 557 moterys ir 614 vyrų (3.3, 3.4 priedai). Tai daugiau nei triskart mažesnis skaičius negu 1996 m., tačiau net 16 kartų didesnis negu praėjusio dešimtmečio pradžioje, t.y. 1990 m. 2000 m. sergamumas sifiliu sudarė 31,7 atvejo 100 000-ių gyventojų. Palyginti su 1996 m., šis rodiklis smarkiai sumažėjo, tačiau palyginti su dešimtmečio pradžia (1990 m.), padidėjo keliolika kartų (3.2 pav.; 3.4 priedas).

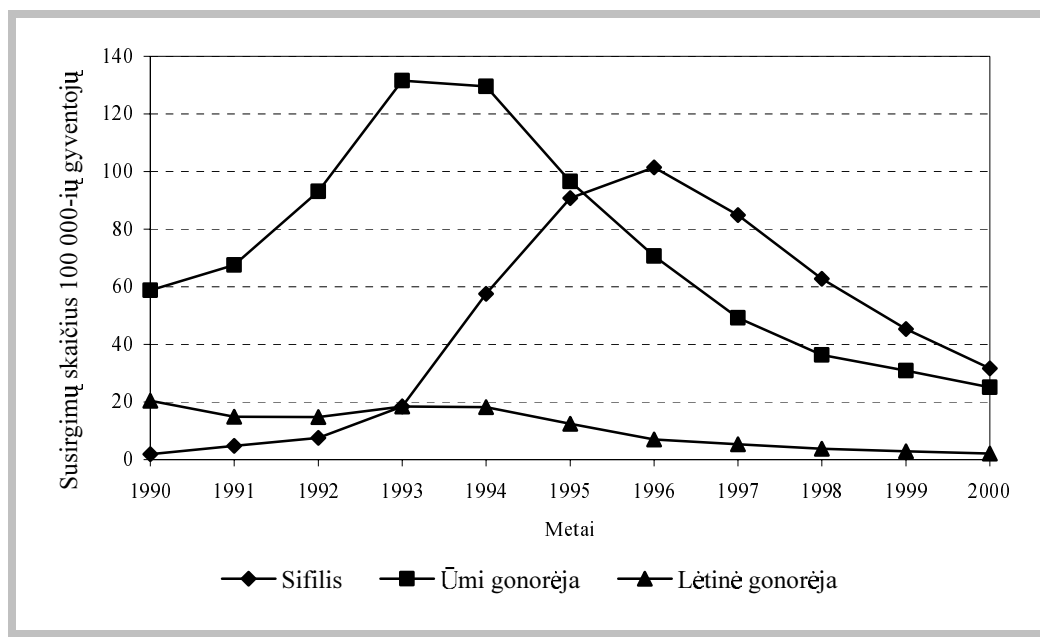
Pastaraisiais metais pastebimai mažėja gonorėjos atvejų skaičius. 2000 m. buvo užregistruoti 1004 gonorėja sergantys ligoniai: 165 moterys ir 839 vyrai (3.3, 3.4 priedai). Palyginti su 1990 m., sergančiųjų šia liga sumažėjo beveik tris kartus. Oficialus sergamumas ūmia gonorėja 2000 m. buvo 25,1 atvejo 100 000-ių gyventojų, lėtine gonorėja – 2,1, tuo tarpu 1990 m. šie rodikliai buvo lygūs: ūmia gonorėja – 58,8, lėtine gonorėja – 20,4 atvejo 100 000-ių gyventojų (3.2 pav.; 3.4 priedas).

Nors oficialūs duomenys apie venerinių ligų atvejus Lietuvoje nėra tikslūs, tačiau jie akivaizdžiai rodo, kad sergančiųjų šiomis ligomis mūsų šalyje yra gerokai daugiau nei daugumoje Europos šalių. Palyginkime su Šiaurės Europos šalimis: 1996 m. Švedijoje 100 000-ių 15 metų amžiaus ir vyresnių gyventojų teko 0,3 gonorėjos atvejo, Danijoje – 3,2, Suomijoje – 5,5, Norvegijoje – 6,3, o Lietuvoje – 80,8. Sergamumo sifiliu duomenys rodo, kad 1996 m. 100 000-ių Šiaurės Europos šalių gyventojų šios ligos atvejų teko gerokai mažiau negu Lietuvoje: Švedijoje – 0,1, Danijoje – 0,9, Suomijoje – 5,3, Norvegijoje – 0,2, o Lietuvoje – 100,6 (Nordic/Baltic, 1998).

Venerinėmis ligomis serga įvairių socialinių sluoksnių žmonės: tiek asocialūs, tiek ir pasiturintys, išsilavinę (Pranešimas, 1998). Daugiausia – 20-29 metų amžiaus gyventojai (Moterys, 2001). Miesto gyventojai šiomis ligomis serga dažniau negu kaimo.

Kokios yra susirgimo venerinėmis ligomis priežastys, išsiaiškinti labai sunku, tačiau spėjama, kad tokią padėtį lemia seksualinio švietimo trūkumas bei plintanti prostitutacija (Pranešimas, 1998).

Sergamumas venerinėmis ligomis 1990-2000 m.



Šaltiniai: Lietuvos, 2001; Lietuvos, 2000; Lietuvos, 1998.

Didelį nerimą Lietuvos, kaip ir viso pasaulio, visuomenei ir jos gydytojams kelia didėjantis sergamumas AIDS. Pirmasis ŽIV infekcijos atvejis Lietuvoje buvo užregistruotas 1988 m. 2001 m. liepos mėnesio pradžioje bendras ŽIV infekuotų pacientų skaičius jau siekė 312, 43 asmenims diagnozuota AIDS, 21 nuo šios ligos mirė (3.3 lentelė) (Lietuvos, 2001). Nors ŽIV paplitimas Lietuvoje dar nepasiekė epidemijos lygio, ir, palyginti su daugeliu Europos šalių, yra nedidelis, tačiau dėl greito infekcijos plitimo tarp intraveninių narkomanų ši situacija per artimiausius metus gali labai pasikeisti (Pranešimas, 1998). Iš trijų Baltijos šalių geriausia padėtis yra Estijoje, o blogiausia – Latvijoje. 1999 m. Estijoje užregistruoti tik 9 nauji ŽIV nešiotų atvejai, Lietuvoje – 66, tuo tarpu Latvijoje – net 241 (The Baltic, 2000).

3.3 lentelė

Sergantys AIDS 1988-2001 m.

	1988-1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Užregistruota ŽIV nešiotųjų	29	11	12	31	52	66	65	46
Diagnozuota AIDS	6	1	5	3	8	6	7	7
Mirė nuo AIDS	3	2	-	-	2	3	7	4

Šaltinis: Lietuvos, 2001.

* * *

Mažėjantys abortų rodikliai – tai neabejotinai pozityvus pastarųjų pokyčių reprodukcinėje elgsenoje požymis. Nepaisant to, Lietuvos abortų rodikliai iki šiol dar daug didesni nei Vakarų Europos šalyse. Abortų skaičiaus pokyčiai ateityje labai priklausys nuo jaunesnės kartos pasitikėjimo moderniomis kontraceptinėmis priemonėmis ir naudojimosi jomis lygio, nuo seksualinio švietimo efektyvumo ir apskritai nuo visuomenės požiūrio į reprodukcinę sveikatą. Seksualinio švietimo veiksmingumas ir dėmesio, skiriamą reprodukcinę sveikatą, adekvatumas lems ir visuomenės galimybes kovoti su lytiniu keliu plintančiomis ligomis, o svarbiausia mažinti AIDS plitimo grėsmę.

LITERATŪRA

- Avdeev, A., A. Blum, I. Troitskaya, (1995). The history of abortion statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. – Population: An English Selection, vol. 7.
- Demografijos metraštis 1995, (1996). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Demografijos metraštis 2000, (2001). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- International Conference on Population and Development, (1994). United Nations, Cairo.
- Lassonde, L., (1997). Coping with population challenges. Earthscan Publications Ltd, London.
- Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1994, (1996). United Nations, New York.
- Lietuvos statistikos metraštis, (2001). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Lietuvos statistikos metraštis, (2000). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Lietuvos statistikos metraštis, (1998). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- McIntosh, C.A., J.L. Finkle, (1995). The Cairo Conference on Population and Development. – Population and Development Review, Vol. 27, No 2 (June).
- Moterys ir vyrai Lietuvoje 1997, (1998). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Moterys ir vyrai Lietuvoje 1999, (2000). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Moterys ir vyrai Lietuvoje 2000, (2001). Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, Vilnius.
- Naselenije SSSR 1988, (1989). Finansy i statistika, Moskva [*rusų kalba*].
- Naskauskienė V., (1999). Gimstamumo reguliavimas: situacija Lietuvoje. – Tradicija ir pokyčiai: filosofinė ir sociologinė perspektyva. Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas, Vilnius.
- Nordic/Baltic Health Statistics 1996, (1998). Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO), Copenhagen.
- Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 1998, (1998). JTVP, Vilnius.
- Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2000, (2000). JTVP, Vilnius.
- Programme of action adopted at the international conference on population and development, (1996). Cairo, 5-13 September 1994. United Nations.
- Recent demographic developments in Europe, (1999). Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Recent demographic developments in Europe, (2000). Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Sadauskas V., (2000). Kai kurie šeimos planavimo aspektai Lietuvoje. – Lietuvos akušerija ir ginekologija, T. 3, Nr. 1.
- Singh, J.Sh., (1998). Creating a new consensus on population: the international conference on population and development. Earthscan Publications Ltd., London.
- Stankūnienė V., M. Baublytė, V. Kanopienė, S. Mikulionienė, (1999). Gimstamumas ir šeima: biografinis požiūris, ats. red. V. Stankūnienė. Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas, Vilnius.
- Šeimos politikos koncepcija, (1995). Vilnius.
- The Baltic and the Nordic countries, (2000). Central Statistical Bureau of Latvia, Riga.
- Vishnevsky A., (1999). Demographic processes in the Post-Soviet states. – Revue Baltique, vol. 13, Vilnius.

Kontracepcija, vaisingumas
Partnerystėje gyvenančių respondentų vaisingumas
ir kontraceptinių priemonių naudojimas
(4 savaitės iki apklausos)

Moterys

Registruotoje ir neregistruotoje santuokoje gyvenančių porų (moterų ir vyrų) vaisingumas ir kontraceptinių metodų naudojimas (procentai)	Respondento amžius (apklausos metu)							Viso
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
	Gimimo kohorta (19..)							
	75-77	70-75	65-70	60-65	55-60	50-55	45-50	
a. nevaisinga	0,0	0,4	0,8	1,9	2,8	6,3	14,5	4,0
b. vaisinga, nėščia	32,4	15,8	7,5	1,7	1,4	0,0	0,4	4,8
c. vaisinga, ne nėščia, neturi lytinių santykių	5,4	4,9	6,7	9,2	10,9	24,3	40,8	14,9
d. vaisinga, ne nėščia, turi lytinių santykių, naudoja kontraceptines priemones:	43,2	47,4	56,7	57,6	50,6	38,5	19,9	46,5
tabletės	5,4	5,6	4,4	4,1	2,5	1,7	0,4	3,3
spiralė	5,4	9,1	17,8	17,3	20,9	10,1	4,6	13,9
injekcijos	0,0	0,4	0,3	0,0	0,6	0,3	0,0	0,2
prezervatyvas	18,9	20,4	15,6	16,6	10,1	8,7	5,0	13,0
periodinis susilaikymas	2,7	6,7	10,8	13,3	10,1	8,0	5,3	9,3
nutrauktas aktas	10,8	4,9	7,2	5,8	4,7	8,3	4,6	6,0
kiti metodai	0,0	0,0	0,8	0,5	1,7	1,4	0,0	0,8
e. vaisinga, ne nėščia, turi lytinių santykių, kontraceptinių priemonių nenaudoja	10,8	25,6	19,4	21,4	25,4	21,5	16,0	21,1
f. neaišku	8,1	6,0	8,9	8,2	8,9	9,4	8,5	8,3
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Respondentų skaičius	37	285	360	415	358	288	282	2025

Šaltinis: Stankūnienė ir kt., 1999.

Kontracepcija, vaisingumas
 Partnerystėje gyvenančių respondentų vaisingumas
 ir kontraceptinių priemonių naudojimas
 (4 savaitės iki apklausos)

Vyrai

Registruotoje ir neregistruotoje santuokoje gyvenančių porų (moterų ir vyrų) vaisingumas ir kontraceptinių metodų naudojimas (procentai)	Respondento amžius (apklausos metu)							
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Viso
	Gimimo kohorta (19..)							
	75-77	70-75	65-70	60-65	55-60	50-55	45-50	
a. nevaisingas	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	0,4	3,2	0,9
b. vaisingas, partnerė nėščia	28,6	17,0	12,3	8,8	1,7	0,4	0,0	5,8
c. vaisingas, partnerė ne nėščia, neturi lytinių santykių	14,3	6,6	4,1	5,1	7,5	11,5	31,2	10,9
d. vaisingas, partnerė ne nėščia, turi lytinių santykių, naudoja kontraceptines priemones:								
tabletės	0,0	4,7	3,7	4,7	3,4	3,3	0,9	3,4
spiralė	14,3	8,5	12,7	15,0	18,8	13,9	6,8	13,3
injekcijos	0,0	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
prezervatyvas	14,3	16,0	16,0	13,5	18,1	15,6	6,8	14,4
periodinis susilaikymas	0,0	4,7	11,5	14,6	9,2	12,7	7,7	10,7
nutrauktas aktas	0,0	8,5	5,3	5,8	5,1	5,3	7,2	5,9
kiti metodai	0,0	0,0	0,8	0,7	1,0	0,4	0,5	0,6
e. vaisingas, partnerė ne nėščia, turi lytinių santykių, kontraceptinių priemonių nenaudoja	0,0	26,4	23,0	22,3	25,6	25,8	27,1	24,7
f. neaišku	28,6	7,5	10,2	9,1	8,2	10,7	8,6	9,3
Iš viso	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Respondentų skaičius	7	106	244	274	293	244	221	1389

Šaltinis: Stankūnienė ir kt., 1999.

3.3 priedas

Sergamumas venerinėmis ligomis pagal lytį 1990-2000 m.
(absoliučiais skaičiais)

Metai	Sifilis		Ūmi gonorėja		Lėtinė gonorėja	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
1990	36	36	1412	778	298	463
1995	1906	1473	2769	828	201	259
1996	2051	1710	2166	524	140	146
1997	1696	1450	1498	325	102	96
1998	1216	1110	1126	219	62	80
1999	891	785	954	191	43	65
2000	614	557	124	804	35	41

Šaltiniai: Moterys, 2001; Moterys, 2000; Moterys, 1998.

3.4 priedas

Sergamumas venerinėmis ligomis 1990-2000 m.

Metai	Sifilis		Ūmi gonorėja		Lėtinė gonorėja	
	Abso- liutūs skai- čiai	100 000-ių gy- ventojų tenka	Abso- liutūs skaičiai	100 000-ių gyventojų tenka	Abso- liutūs skaičiai	100 000-ių gyventojų tenka
1990	72	1,9	2190	58,8	761	20,4
1991	180	4,8	2515	67,6	556	14,9
1992	286	7,6	3482	93,1	553	14,8
1993	694	18,5	4934	131,6	692	18,4
1994	2142	57,6	4823	129,6	678	18,2
1995	3379	90,8	3597	96,6	460	12,4
1996	3761	101,4	2690	70,7	286	7,0
1997	3146	84,9	1823	49,2	198	5,3
1998	2326	62,8	1345	36,3	142	3,8
1999	1676	45,3	1145	30,9	108	2,9
2000	1171	31,7	928	25,1	76	2,1

Šaltiniai: Lietuvos, 2001; Lietuvos, 2000; Lietuvos, 1998.