

PROJEKTU UN KVALITĀTES VADĪBA

PĒTĪJUMS PAR ALKOHOLA UN CITU ATKARĪBU IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANU GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ

AUTORI: Aivita Putniņa, Māris Brants, Artūrs Pokšāns

Rīga, 2023.gada augusts



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Pētījums veikts ESF projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi”
(Identifikācijas Nr.9.2.4.1/16/I/001) ietvaros

Pētījumu pasūtījusi Veselības ministrija un tas veikts Eiropas Sociālā fonda (turpmāk – ESF) projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (Identifikācijas Nr.9.2.4.1/16/I/001) ietvaros.

Pētījumu īstenoja SIA „Projektu un kvalitātes vadība” un SIA „Aptauju centrs”. Projekta vadītāja ir Evija Eglīte, pētījuma vadītāja Aivita Putniņa, datu analīzes speciālists Māris Brants, pētnieks Artūrs Pokšāns un pētījuma asistente Marta Muižniece.

ISBN: 978-9934-9180-3-2

Saturs

Tabulu rādītājs	6
Attēlu rādītājs	7
Saīsinājumi	10
Kopsavilkums	11
Summary	14
Ievads.....	17
1. Nozares politika.....	19
1.1. Politikas ietvars.....	19
1.2. Informatīvie materiāli vecākiem.....	20
1.3. Klīniskās vadlīnijas speciālistiem.....	21
1.4. Informatīvie materiāli speciālistiem	21
1.5. Valsts apmaksāti pakalpojumi	22
2. Atkarību izraisošu vielu paradumi grūtniecības laikā.....	23
2.1. Visbiežāk izplatītie riska faktori.....	23
Alkohola lietošana	23
Smēķēšana.....	24
Narkotiku lietošana.....	26
2.2. Sociāli ekoloģiskais modelis.....	27
2.3. Ārstnieciskā personāla loma	29
3. Pētījuma metodika un mērķauditorija.....	31
3.1. Aptaujas organizēšanas process.....	31
3.2. Kvantitatīvo datu apstrādes un kvalitātes kontroles process	33
3.3. Kvalitatīvais pētījums.....	34
Interviju organizēšanas process	35
Interviju process	35
4. Respondentes un viņu sociāli ekonomiskā situācija	37
4.1. Respondenšu raksturojums	37
4.2. Informācija par jaundzimušo un grūtniecības periodu.....	40
4.3. Respondentes dzīves apstākļi	42
4.4. Labbūtība grūtniecības periodā	58
5. Tabakas izstrādājumu lietošana.....	61
5.1. Smēķēšanas paradumi	61
5.2. Smēķēšanas paradumu ietekme uz grūtniecību un bērna svaru piedzimstot.....	65
5.3. Pasīvā smēķēšana	67

5.4.	Paradumu maiņa grūtniecības laikā.....	70
5.5.	Atbalsts smēķēšanas pārtraukšanai	74
5.6.	Kopsavilkums	78
6.	Alkohola lietošana.....	79
6.1.	Alkohola lietošanas paradumi.....	80
6.2.	Alkohola lietošanas paradumu ietekme uz grūtniecību un bērna svaru piedzimstot	82
6.3.	Paraduma maiņa grūtniecības laikā.....	85
6.4.	Atbalsts alkohola lietošanas paraduma pārtraukšanai	87
6.5.	Kopsavilkums	91
7.	Narkotiku lietošana	92
7.1.	Narkotisko un psihotropo vielu lietošanas paradumi	92
7.2.	Narkotisko un psihotropo vielu lietotāju identifikācija un atbalsts	93
7.3.	Kopsavilkums	94
8.	Mentālā veselība un vardarbība.....	95
8.1.	Vardarbības pieredze.....	95
8.2.	Psihiskās veselības stāvoklis.....	97
8.3.	Kopsavilkums	100
9.	Sieviešu zināšanas un attieksme pret atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā	101
9.1.	Zināšanas par alkohola lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā.....	101
9.2.	Zināšanas par smēķēšanas un narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā.....	108
9.3.	Informācijas saņemšana par atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā .	110
9.4.	Informācijas avoti.....	112
9.5.	Kaitīgo vielu ierobežošanas līdzekļi grūtniecības laikā.....	117
9.6.	Sadarbības tīkli	122
9.7.	Kopsavilkums	123
	Secinājumi.....	124
	Smēķēšana.....	124
	Alkohola lietošana	124
	Narkotisko vielu lietošana.....	124
	Atkarības vielu lietošanas pārtraukšana	124
	Atkarības vielu lietošanas ietekme uz veselību	124
	Profilakses iespējas.....	125
	Rekomendācijas	126
	Politikas veidotāji	126
	Veselības aprūpes speciālisti.....	127
	Sievietes un ģimenes locekļi.....	128

Avoti	129
Pētījumi	129
Normatīvais regulējums	133
Ieteikumi speciālistiem.....	134
Ieteikumi vecākiem, iedzīvotājiem.....	134
Mājas lapas.....	135

Tabulu rādītājs

3.1.1.tabula. Galvenie aptauju raksturojošie rādītāji	32
3.1.2.tabula. Plānotā un sasniegtā izlase	32
3.1.3.tabula. Respondences rādītāji	33
4.1.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars vecuma grupās	37
4.1.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars izglītības līmeņa stratās	37
4.1.3.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar nodarbošanos	38
4.1.4.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars, kuras bijušas pakļautas darba vides riska faktoriem pēdējā gada laikā (vairākas atbildes vienai respondentei)	38
4.1.5.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar ienākumu līmeni uz vienu mājsaimniecības līmeni	39
4.1.6.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar personām, ar kurām dzīvo vienā mājsaimniecībā (vairākas atbildes vienai respondentei)	39
4.1.7.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietu	39
4.1.8.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietas reģionālo piederību	40
4.2.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas svaru	40
4.2.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas laiku	40
4.3.1.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, dzīvesvietu griezumā	49
4.3.2.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, ienākumu griezumā?	50
4.3.3.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, vecumgrupu griezumā?	51
4.3.4.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, izglītības līmeņu griezumā?	52
5.5.1.tabula. Kas ieteica pārtraukt smēķēšanu vai citu tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts. Vecumgrupu griezumā	75
5.5.2.tabula. Kas ieteica pārtraukt smēķēšanu vai citu tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts. Izglītības līmeņu griezumā	75
6.1.1.tabula. Alkoholisko dzērienu lietošana (kaut vai 1 glāze) pēdējo 12 mēnešu laikā	81
9.4.1.tabula. Informācijas ieguves veidi par alkohola, smēķēšanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz grūtniecību. Vecumgrupu griezumā	113
9.4.2.tabula. Informācijas ieguves veidi par alkohola, smēķēšanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz grūtniecību. Izglītības līmeņu un valodu griezumā	114

Attēlu rādītājs

4.2.1. attēls. Grūtniecības plānošana atkarībā no sociāli demogrāfiskajām pazīmēm	41
4.3.1.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja atļauties apmeklēt ģimenes ārstu, izplatība	42
4.3.2. attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja atļauties apmeklēt ginekologu, izplatība	43
4.3.3.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, izplatība	44
4.3.4.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties nepieciešamos medikamentus, izplatība	45
4.3.5.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties pretapaugļošanās līdzekļus, izplatība	46
4.3.6.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties līdzekļus aizsardzībai pret seksuāli transmisīvajām infekcijām, HIV(AIDS), izplatība	47
4.3.7.attēls. Vai pēdējos 12 mēnešos ir bijušas situācijas, kad ienākumu nav pieticis, lai segtu ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros izdevumus	48
4.3.8.attēls. Cik ļoti pietrūkst patīkamas un drošas apkārtnes vietā, kur dzīvo	53
4.3.9.attēls. Cik ļoti pietrūkst veselības aprūpes pakalpojumu vietā, kur dzīvo	54
4.3.10.attēls. Cik ļoti pietrūkst dažādu sadzīves pakalpojumu vietā, kur dzīvo	55
4.3.11.attēls. Cik ļoti pietrūkst pārtikas veikalu vietā, kur dzīvo	55
4.3.12.attēls. Cik ļoti pietrūkst iespējas apmeklēt kultūras, sporta vai citus pasākumus vietā, kur dzīvo	56
4.3.13.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja atļauties apmeklēt ģimenes ārstu, izplatība atkarībā no bērna piedzimšanas laika un svara	56
4.3.14.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, izplatība atkarībā no bērna piedzimšanas laika un svara	57
4.4.1.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejams veselīgs uzturs	58
4.4.2.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejama grūtniecībai atbilstoša fiziskā aktivitāte	59
4.4.3.attēls. Cik lielā mērā bija pieejamas šīs iespējas grūtniecības laikā	59
4.4.4.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejami kursi pirms dzemdībām	60
5.0.1.attēls. Smēķēšanas izplatība sievietu vecumgrupās reproduktīvajā vecumā	61
5.1.1.attēls. Tabakas izstrādājumus lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā	62
5.1.2.attēls. Smēķējošo grūtnieču īpatsvars saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem	62
5.1.3. attēls. Smēķēšanas izplatība 3 mēnešus pirms grūtniecības un grūtniecības laikā	63
5.1.4.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, tabakas izstrādājumu lietošana tika pārtraukta	64
5.2.1. attēls. Bērna svars atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā saskaņā ar aptaujas datiem	65
5.2.2.attēls. Bērna svars atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā 2022.gadā saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem	65
5.2.3.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā saskaņā ar aptaujas datiem	66
5.2.4.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā 2022.gadā saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem	66
5.3.1.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā mājās grūtnieces klātbūtnē	67
5.3.2.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā darbavietā grūtnieces klātbūtnē	68
5.3.3.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā sabiedriskās vietās (uz ielas, parkā, koncertā, kafējnicā u.tml.) grūtnieces klātbūtnē	69
5.4.1.attēls. Vai izdevās pārtraukt smēķēt vai lietot kādu citu tabakas izstrādājumu grūtniecības laikā, ja tas tika mēģināts	70
5.4.2.attēls. Cik bieži lietoja tabakas izstrādājumus attiecīgajā periodā	71
5.4.3.attēls. Smēķēšanu pārtraukušo nākamajā grūtniecības trimestrī īpatsvars no tām, kas atzinušas, ka smēķējušas iepriekšējos trīs mēnešos	71
5.4.4.attēls. Izmēķēto cigarešu/devu skaits dienā attiecīgajā periodā	72

5.4.5.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, tabakas izstrādājumu lietošana tika pārtraukta	73
6.0.1.attēls. Alkohola lietošanas izplatība pēdējā gada laikā sieviešu vecumgrupās reproduktīvajā vecumā	79
6.1.1.attēls. Alkoholu lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā (tai skaitā atsevišķi pa grūtniecības trimestriem)	80
6.1.2.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzinušas alkohola lietošanu grūtniecības laikā izglītības griezumā	82
6.1.3.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzinušas alkohola lietošanu grūtniecības laikā vecumgrupu griezumā	82
6.2.1.attēls. Bērna svars atkarībā no alkohola lietošanas paradumiem grūtniecības laikā	83
6.2.2.attēls. Bērna svars atkarībā no alkohola lietošanas biežuma grūtniecības pirmajā trimestrī	83
6.2.3.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no alkohola lietošanas paradumiem grūtniecības laikā	84
6.2.4.attēls. Bērna svars atkarībā no iespējamās alkohola atkarības (RAPS tests)	85
6.2.5.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no iespējamās alkohola atkarības (RAPS tests)	85
6.3.1.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, alkohola lietošana tika pārtraukta	86
6.3.2.attēls. Alkohola lietošanas biežums attiecīgajā periodā	86
6.3.3.attēls. Izdzerto alkohola devu skaits vidēji dienās, kad lietots alkohols	86
6.3.4.attēls. Vai vecākiem (audžuvecākiem) bijušas problēmas ar alkoholu – repondenšu alkohola lietošanas paradumu griezumā	87
6.4.1.attēls. Kas ieteica pārtraukt alkohola lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts	88
7.1.1.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzīst noteiktu narkotisko un psihotropo vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā	93
8.1.1.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas norāda, ka piedzīvojušas vardarbību, ģimenes valodas, vecuma un izglītības griezumā	95
8.1.2.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas norāda, ka piedzīvojušas vardarbību, atkarību izraisošo vielu lietošanas, depresijas un trauksmes kontekstā	96
8.1.3.attēls. Bērna piedzimšanas laiks atkarībā no tā, vai pēdējo 12 mēnešu laikā bijuši vardarbības gadījumi	97
8.2.1.attēls. Pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušo īpatsvars atkarībā no GAD-7 un PHQ-9 testu rezultātiem	98
8.2.2.attēls. Pēdējo 12 mēnešu laikā alkoholu lietojušo īpatsvars atkarībā no GAD-7 un PHQ-9 testu rezultātiem	99
8.2.3.attēls. Bērna svars atkarībā no iespējamās depresijas un ģeneralizētās trauksmes	99
8.2.4.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no iespējamās depresijas un ģeneralizētās trauksmes	100
9.1.1.attēls. Respondenšu viedoklis, cik daudz alkohola grūtniecības laikā drīkst izdzert, lai neiespaidotu grūtniecības gaitu un nekaitētu gaidāmā bērna veselībai	101
9.1.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jebkāda daudzuma alkohola patēriņš grūtniecības laikā var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam”	102
9.1.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jo biežāk un lielākās devās grūtniecības laikā lieto alkoholu, jo vairāk pieaug risks, ka gaidāmajam bērnam tiks nodarīts kaitējums – izglītības dzīvesvietas un vecumgrupu griezumā”	103
9.1.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jo biežāk un lielākās devās grūtniecības laikā lieto alkoholu, jo vairāk pieaug risks, ka gaidāmajam bērnam tiks nodarīts kaitējums – atkarību izraisošo vielu lietošanas griezumā”	103
9.1.5.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Neliela daudzuma vieglā alkohola (piemēram, glāze vīna vai 0,5 l pudele gaišā alus) lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam”	104
9.1.6.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Neliela daudzuma stiprā alkohola lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam”	105
9.1.7.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Glāze vīna, 0,5 l pudele gaišā alus vai 50 ml degvīna dienā grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam, ja nedēļā netiek izdzerts vairāk par pusotru pudeli vīna, 5 pudelēm alus vai 350 ml degvīna”	106

9.1.8.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Ja pēdējā mēnesī pirms grūtniecības iestāšanās ir lietots alkohols, tas var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam, pat, ja, iestājoties grūtniecībai, sieviete pārstāj lietot alkoholu”	106
9.1.9.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Nav viennozīmīgu datu par to, kāda ir alkohola lietošanas ietekme uz gaidāmā bērna attīstību”	107
9.1.10.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Pat ja jaundzimušajam ir bijuši kādi veselības traucējumi, jo māte grūtniecības laikā lietoja alkoholu, ir liela varbūtība, ka, bērnam izaugot, tie samazināsies vai izzudīs pavisam”	107
9.2.1.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Smēķēšana grūtniecības laikā palielina risku, ka bērns var aiziet bojā grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām”	108
9.2.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Smēķēšana grūtnieces klātbūtnē palielina iedzimtu defektu risku jaundzimušajam”	109
9.2.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā arī pavisam mazā devā var izraisīt to, ka mazulis piedzimst ar pārāk mazu svaru”	109
9.2.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā jebkurā devā un biežumā paaugstina spontānā aborta risku”	109
9.2.5.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā var radīt attīstības traucējumus bērnam tālākā dzīves gaitā”	110
9.3.1.attēls. Vai grūtniecības laikā, pirms grūtniece nonāca slimnīcā saistībā ar dzemdībām, ārsti, medmāsa, vecmāte, sociālie darbinieki vai psihologi pavaicāja par alkohola, narkotiku vai tabakas lietošanu un daudzumu	111
9.3.2. attēls. Vai grūtniecības laikā, pirms grūtniece nonāca slimnīcā saistībā ar dzemdībām, ārsti, medmāsa, vecmāte, sociālie darbinieki vai psihologi informēja, kā alkohols, smēķēšana un narkotikas var ietekmēt grūtnieces un gaidāmā bērna veselību	112
9.4.1.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar alkohola lietošanas ietekmi uz veselību”	115
9.4.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar smēķēšanas un tabakas izstrādājumu lietošanas ietekmi uz veselību”	116
9.4.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar narkotisko un psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz veselību”	116
9.4.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar reproduktīvo veselību”	117
9.5.1.attēls. Respondenšu atbildes, vai viņas zina, kur grūtnieces ar atkarības vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības	118
9.5.2.attēls. Respondenšu viedokļi par jautājumiem, kas saistīti ar politiku alkohola, tabakas izstrādājumu un narkotiku jomā	118

Saīsinājumi

AUDIT - alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests

GAD-7 tests – Ģeneralizētās trauksmes traucējumi (angl. Generalized Anxiety Disorder)

NAP - Nacionālais attīstības plāns

NVD- Nacionālais veselības dienests

PAPI - pildspalvas un papīra intervijas (angl. Pen-and-Paper Interviews)

PVO – Pasaules Veselības organizācija

PHQ-9 tests - depresijas skrīninga tests (angl. Patient Health Questionnaire)

RAPS – Ātrs tests alkohola problēmu noteikšanai (angl. Rapid Alcohol Problems Screen)

SMART – ar alkoholu saistītu problēmu mērījumu standartizēšana

SPKC - Slimību profilakses un kontroles centrs

VM - Veselības ministrija

Kopsavilkums

Pētījums veikts, lai noskaidrotu smēķēšanas, alkohola, kā arī nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtniecības laikā un šo paradumu saistītos faktoros. Šie dati nepieciešami, lai plānotu un īstenotu profilakses pasākumus valsts mērogā. Līdzīgs pētījums Rīgas Dzemdību namā veikts 2013. gadā, bet šis veikts visas Latvijas mērogā un papildināts ar jaunākās pētnieciskās atziņās balstītiem aspektiem.

Politikas konteksts

Latvijā atkarību mazināšana ir viena no sabiedrības veselības politikas prioritātēm. Latvijā tiek īstenota arī mērķēta alkohola un narkotiku atkarību mazināšanas politika, taču grūtnieces tajā nav izdalīta kā īpaša mērķa grupa. Kopš 2020. gada nav jaunu uz mātes un bērna veselību mērķētu politikas dokumentu. Aktuālās atkarību mazināšanas politikas prioritāra mērķa grupa ir jaunieši, kuru vidū veiktie profilaktiskie pasākumi netieši stiprinās arī kaitīgo vielu nelietošanu grūtniecības periodā. Sievietēm un viņu ģimenēm Latvijā patlaban netiek veltīti mērķtiecīgi pasākumi atkarību izraisošo vielu lietošanas pārtraukšanai grūtniecības laikā.

Pētījuma metodes

Pētījumā izmantotas divas datu ieguves metodes. Kvantitatīvā aptauja veikta ar pašreizpildes anketēšanas metodi (PAPI), lūdzot piedalīties pilngadīgas (18 gadi un vecākas) sievietes, kuras atradās stacionārā pēcdzemdību periodā neatkarīgi no dzemdību iznākuma visā Latvijas teritorijā. Kopumā tika aizpildītas 3761 anketas. Kvalitatīvās padziļinātās intervijas veiktas ar 11 sievietēm, kurām ir smēķēšanas, alkohola vai nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanas pieredze grūtniecības laikā; 18 ārstniecības personām, kuras piedalās grūtnieču un/vai dzemdētāju veselības aprūpē; kā arī 8 nozarē strādājošiem ekspertiem no valsts, pašvaldību, privātā un nevalstiskā sektora. Pētījuma metodoloģija izvērtēta un saņemts pozitīvs atzinums no Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Atbalsta fonda Medicīnisko un biomedicīnisko pētījumu ētikas komitejas.

Pētījuma dalībnieces

Pētījumā piedalījušos sieviešu vidējais vecums, kuras atbildēja uz jautājumiem, ir 31,2 gadi. Lielākā daļa pētījuma dalībnieču bija ar augstāko izglītību un dzīvoja pilsētās. Vidējais jaundzimušo svars ir bijis 3518 grami. 86% sieviešu atbildējušas, ka mazulis piedzimis bez veselības problēmām. 16% norāda, ka ar viņu ienākumiem nepietiek, lai segtu ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros izdevumus. Augstāks sociālekonomiskais statuss ievērojami uzlabo piekļuvi gan veselības aprūpes pakalpojumiem, gan veselīgai pārtikai un dzīvesveidam. Bērna svars biežāk bijis mazāks par normu sievietēm, kuras norāda, ka kādreiz nav varējušas atļauties apmeklēt ģimenes ārstu un mazāk būtiska tendence vērojama arī pietiekamas pārtikas pieejamībā. Izteiktāka saikne starp trūcīgumu un grūtniecības iznākumu vērojama dzemdību

terminā – sievietēm, kuras biežāk nav varējušas atļauties apmeklēt ģimenes ārstu vai iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, arī bērni biežāk dzimuši priekšlaicīgi.

Smēķēšana

Aptaujā vidēji 25% sieviešu atzina, ka pēdējā gada laikā ir smēķējušas, savukārt 73% apgalvojušas, ka to nav darījušas. No tām, kas ir atzinušas smēķēšanu 3 mēnešu laikā pirms grūtniecības iestāšanās, 39% smēķējušas 5-10 cigaretes dienā, bet 24% - 4 un mazāk. Jo jaunāka respondente, jo biežāk atzīts, ka pēdējā gada laikā viņa lietojusi tabakas izstrādājumus.

23% visu respondenšu norāda, ka grūtniecības laikā viņu klātbūtnē smēķēts mājās, 15% - darbavietā, bet 66% - sabiedriskās vietās. 15% respondenšu norāda uz ikdienas smēķēšanu viņu klātbūtnē mājās un sabiedriskās vietās. Darba vidē tādu gadījumu ir 6%.

Smēķēšanu grūtniecības laikā atzina 10% grūtnieču. Tikai 9% iepriekš smēķējušo sieviešu atzīst, ka nav mēģinājušas pārtraukt smēķēt vai lietot kādu citu tabakas izstrādājumu grūtniecības laikā. No tām respondentēm, kas atzinušas smēķēšanu grūtniecībai sākoties, 50% izdevies to atstāt. 33% to ir mēģinājušas darīt, bet nav izdevies. Ieteikumu pārtraukt smēķēšanu nebija saņēmušas bija vien 15% respondenšu.

Pētījuma dati rāda, ka tām respondentēm, kuras grūtniecības laikā smēķējušas, biežāk ir piedzimis bērns ar vidēji zemāku svaru, bet nav izteiktas saistības ar gestācijas laiku.

Alkohola lietošana

Par alkohola lietošanu grūtniecības laikā sīkākus salīdzinošus secinājumus grūti iegūt, jo teju puse sieviešu izvēlējās uz jautājumu neatbildēt. Divpadsmit mēnešu laikā pirms grūtniecības iestāšanās alkoholu lietojušas lielākā daļa intervēto sieviešu. Kopumā alkoholisko dzērienu lietošanu grūtniecības laikā atzīst 19% respondenšu. Visbiežāk pirmajā grūtniecības trimestrī lietots vīns (11%) un alus (5%). Arī otrajā un trešajā trimestrī visbiežāk lietotie alkoholiskie dzērieni ir vīns un alus, taču lietotāju īpatsvars būtiski samazinājies.

Priekšstats par alkoholisko dzērienu lietošanas kaitīgumu un nepieļaujamību grūtniecības laikā un gana liberāla alkohola lietošanas kultūra Latvijā rada īpatnēju situāciju, kur ir gan augsta tolerance pret alkohola lietošanu grūtniecības laikā, īpaši, ja tas lietots nelielās devās, gan labas zināšanas par kaitīgumu. Visticamāk šis apstāklis ir radījis tādu respondenšu augstu īpatsvaru, kuras izvēlas neatbildēt uz jautājumiem, kas saistīti ar viņu alkohola patēriņu.

Narkotiku lietošana

16% no visām respondentēm norāda, ka kaut reizi mūžā ir lietojušas narkotiskās vai psihotropās vielas. 89% no tām šīs vielas pamēģinājušas dažas reizes dzīvē, bet pārtraukušas. Īsākā laika nogrieznī – pēdējā gada laikā tās lietojušas 2% aptaujāto sieviešu. Grūtniecības laikā šīs vielas lietojušas vien 10 sievietes.

Psihiskā veselība un vardarbības pieredze

Pētījums uzrāda saikni starp psihiskās veselības stāvokli, vardarbības pieredzi un atkarību izraisošu vielu lietošanu. Iespējams gan tieši, gan pastarpināti psihiskās veselības stāvoklis ietekmē to, ka sievietēm ar augstāku trauksmes izpausmi biežāk dzimuši bērni ar mazu svaru, bet iespējamās depresijas gadījumā šāda saikne nav novērojama. Redzama tendence sievietēm, kurām tests uzrāda iespējamu depresiju un trauksmi, salīdzinoši biežāk dzemdēt bērnus priekšlaicīgi.

Zināšanas un attieksme

Sievietēm ir kopumā negatīva attieksme pret atkarību izraisošo vielu lietošanu, taču nav dziļas zināšanas par ietekmi un risku varbūtību. Jo detalizētāks ir jautājums, jo augstāks sieviešu īpatsvars nespēj atbildēt uz jautājumu. 80% respondenšu uzskata, alkohola lietošana grūtniecības laikā nav pieļaujama vispār, lai neiespaidotu grūtniecības gaitu un nekaitētu gaidāmā bērna veselībai. Tam, ka smēķēšana grūtniecības laikā palielina risku, ka bērns var aiziet bojā grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām, piekrīt 61% aptaujāto sieviešu, 9% nepiekrīt, bet 31% nespēj uz šo jautājumu atbildēt. Tam, ka kanabisa lietošana grūtniecības laikā var radīt attīstības traucējumus bērnam tālākā dzīves gaitā, piekrīt 69% sieviešu, bet 29% uz jautājumu neatbild.

84% aptaujāto atzīst, ka laikā pirms dzemdību palīdzības sniegšanas ārstniecības un atbalsta personāls viņām ir uzdevis jautājumus par atkarību izraisošo vielu lietošanu, bet 15% atbild, ka nav. Sievietēm ar augstāku sociālekonomisko statusu retāk veselības aprūpes iestādēs tiek jautāts par kaitīgiem paradumiem un retāk runāts par to ietekmi uz gaidāmā bērna veselību.

Informācijas avotos par kaitējošu vielu lietošanu grūtniecības laikā dominē internetā - sociālajos tīklos, forumos (64%) - iegūtā informācija. Otrs populārākais avots, kas atpaliek par teju 10 procenta punktiem, ir skola ar veselības mācību vai tamlīdzīgi sniegtu informāciju. Šim avotam pēc nozīmības seko speciālie bukleti, informatīvie materiāli, televīzijas un radio materiāli, žurnāli un grāmatas (55%). Kā nākamie pēc popularitātes šiem avotiem seko ģimene – vecāki (52%).

Summary

The study is conducted to find out the prevalence of smoking, alcohol, as well as the use of illegal addictive substances during pregnancy and to reveal the factors related to these habits. These data are necessary to plan and implement prevention measures on a national scale. A similar study was conducted in the Riga Maternity Hospital in 2013, but this scales it up to national level and is supplemented with aspects based on the latest research findings.

Policy context

Addiction reduction is one of the priorities of public health policy in Latvia. Latvia also implements a targeted policy to reduce alcohol and drug addiction, but pregnant women in this policy are not singled out as a special target group. A targeted policy focused on maternal and child health has ended in 2020 and no new policy documents have been created. The priority target group of the addiction reduction policy is young people, among whom preventive measures will indirectly strengthen the non-use of harmful substances during pregnancy. Women and their families in Latvia currently do not have access to targeted measures for stopping the use of addictive substances during pregnancy.

Research methodology

Two methods of data collection are used in the study. The quantitative survey was carried out using the self-administered questionnaire method (PAPI), asking adult (18 years and older) women who were hospitalized in the postpartum period, regardless of the outcome of childbirth, to participate in the entire territory of Latvia. A total of 3,761 questionnaires were filled out. Qualitative in-depth interviews were conducted with 11 women who have experience of smoking, using alcohol or illegal addictive substances during pregnancy; 18 medical personnel representatives who participate in the health care of pregnant women and/or mothers in labour; as well as 8 experts working in the sector from the state, local government, private and non-governmental sectors. The research methodology was evaluated and permission to conduct research was received from the Medical and Biomedical Research Ethics Committee of the Riga East Clinical University Hospital Support Foundation.

Research participants

The average age of the women who answered the questions in the study is 31.2 years. Most of the study participants had higher education and lived in cities. The average weight of their newborns has been 3518 grams. 86% of women answered that the baby was born without health problems.

16% of respondents state that their income is not enough to cover the regular expenses necessary for daily life. Higher socioeconomic status significantly improves access to both health care services and healthy food and lifestyle. The child's weight was more often lower than the norm for women who indicate that they have never been able to afford to visit a family doctor, and a less significant trend is also observed in the availability of sufficient food. A more pronounced trend between poverty and the outcome of pregnancy can be observed in terms of

delivery - women who more often could not afford to visit a family doctor or buy food in sufficient quantity also had more often delivered prematurely.

Smoking

In the survey, an average of 25% of women admitted that they had smoked in the last year, while 73% claimed that they had not. Of those who admitted to smoking in the 3 months before becoming pregnant, 39% smoked 5-10 cigarettes a day, while 24% smoked 4 or less. The younger the respondent, the more often it is acknowledged that she has used tobacco products in the last year.

Smoking during pregnancy was recognized by 10% of pregnant women. Only 9% of women who used to smoke admit that they did not try to stop smoking or use any other tobacco product during pregnancy. Of those respondents who admitted to smoking at the beginning of pregnancy, 50% managed to quit. 33% have tried to do it but failed. Only 15% of respondents had not received advice to stop smoking.

23% of all respondents state that during pregnancy someone smoked in their presence at home, 15% - at work, and 66% - in public places. 15% of respondents indicate daily smoking in their presence at home and in public places. There are 6% of such cases in the work environment.

Only 9% of women who used to smoke admit that they did not try to stop smoking during pregnancy. Of those respondents who admitted smoking at the beginning of pregnancy, 50% managed to quit. 33% have tried to do it but failed.

Smoking during pregnancy was recognized by 10% of pregnant women. Only 9% of women who used to smoke admit that they did not try to stop smoking or use any other tobacco product during pregnancy. Of those respondents who admitted to smoking at the beginning of pregnancy, 50% managed to quit. 33% have tried to do it but failed. Only 15% of respondents had not received advice to stop smoking.

Research data show that those respondents who smoked during pregnancy more often gave birth to a child with an average lower weight, but there was no strong relationship with gestational age.

Alcohol consumption

It is difficult to obtain more detailed comparative conclusions about the use of alcohol during pregnancy, because almost half of the women chose not to answer the question. Most of the interviewed women used alcohol in the twelve months before becoming pregnant. In general, 19% of respondents admit to using alcoholic beverages during pregnancy. Wine (11%) and beer (5%) were used most often in the first trimester of pregnancy. Also in the second and third trimester, the most frequently used alcoholic beverages are wine and beer, but the proportion of users has significantly decreased.

The perception of the harmfulness and inadmissibility of drinking alcoholic beverages during pregnancy and the rather liberal alcohol consumption culture in Latvia create a special situation where there is both a high tolerance for alcohol consumption during pregnancy, especially if it

is used in small doses, and a good knowledge of its harmfulness coexist. This circumstance is likely to have resulted in a high proportion of respondents who choose not to answer questions related to their alcohol consumption.

Drug use

16% of all respondents indicate that they have used narcotic or psychotropic substances at least once in their life. 89% of them have tried this substance a few times in their life, but stopped. 2.1% of the surveyed women have used them in the last year. Only 10 women used these substances during pregnancy.

Mental health and experiences of violence

Research shows a link between mental health status, experience of violence and substance use. It is possible that it affects both directly and indirectly, women with a higher manifestation of anxiety are more likely to have children with low birth weight, but in the case of possible depression, such a connection is not observed. There is a tendency for women who test positive for depression and anxiety to give birth prematurely more often.

Knowledge and attitude

Women have a generally negative attitude towards the use of addictive substances, but do not have a deep knowledge of the effects and the likelihood of risks. The more detailed the question, the higher the proportion of women unable to answer the question. 80% of respondents believe that alcohol consumption during pregnancy is not allowed at all, so as not to affect the course of pregnancy and not harm the health of the expected child. 61% of surveyed women agree that smoking during pregnancy increases the risk that the child may die during pregnancy or shortly after birth, 9% disagree, and 31% cannot answer this question. 69% of women agree that the use of cannabis during pregnancy can cause developmental disorders for the child later in life, while 29% do not answer the question.

84% of the respondents admit that during pregnancy medical and support staff have asked them questions about the use of addictive substances, while 15% answer that they have not. Women with a higher socioeconomic status are less often asked about harmful habits in health care institutions and less often talked about their impact on the health of the expected child.

Information sources are dominated by information on the Internet - social networks, forums (64%). The second most popular source, trailing by almost 10 percentage points, is a school with health education or similar information. This source is followed by special booklets, informative materials, television and radio materials, magazines and books (55%). Family - parents (52%) are the next most popular sources.

Ievads

Šis ir pirmais nacionāli reprezentatīvs pētījums atkarību izraisošo vielu lietošanas grūtniecības laikā noteikšanai un šo paradumu asociēto faktoru identificēšanai. Pētījuma specifikācija¹ paredz, ka “šāda informācija ir neaizstājama visaptverošas, ilgtspējīgas, mērķtiecīgas un efektīvas valsts sabiedrības veselības un veselības aprūpes politikas plānošanai un īstenošanai vielu lietošanas mazināšanas un mātes un bērna veselības uzlabošanas jomās”. Pētījumu pasūtījusi Veselības ministrija un tas tika veikts Eiropas Sociālā fonda (turpmāk – ESF) projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (Identifikācijas Nr.9.2.4.1/16/I/001) ietvaros. Pētījumu īstenoja SIA „Projektu un kvalitātes vadība” un SIA „Aptauju centrs”.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot smēķēšanas, alkohola, kā arī nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību grūtniecības laikā un šo paradumu asociētos faktorus Latvijā, lai plānotu un īstenotu nepieciešamo uz pierādījumiem balstītu profilakses pasākumu apjomu valsts mērogā.

Saskaņā ar pētījuma tehnisko specifikāciju tiek izpildīti šādi **pētījuma uzdevumi**:

- veikt Latvijas politikas un tiesību aktu analīzi atkarību izraisošo vielu lietošanas grūtniecības laikā ierobežošanas jomā (tostarp klīniskās vadlīnijas, metodiskos ieteikumus, ja tādas ir);
- noskaidrot alkohola lietošanas paradumus un modeļus grūtniecības laikā Latvijā;
- noskaidrot smēķēšanas paradumus un modeļus grūtniecības laikā Latvijā;
- noskaidrot nelegālo atkarību izraisošo vielu (īpaši marihuānas) lietošanas paradumus un modeļus grūtniecības laikā Latvijā;
- noskaidrot faktorus, kas saistīti ar atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā – grūtnieces raksturojošos sociāli demogrāfiskos un ekonomiskos faktorus, grūtniecības iznākumu raksturojošos, zināšanas un attieksmi raksturojošos, saskarsmi ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem raksturojošos faktorus;
- veikt pieejamo statistikas datu analīzi atkarību izraisošo vielu lietošanas grūtniecības laikā jomā (tostarp salīdzinot pētījumā iegūtos rezultātus ar jaundzimušo reģistrā pieejamajiem datiem);
- noskaidrot sievietes, kuras ir lietojušas atkarību izraisošās vielas grūtniecības laikā, veselības aprūpes pieredzi, kā arī iemeslus un attieksmi pret vielu lietošanu grūtniecības laikā un viedokli par iespējamiem risinājumiem paraduma praktizēšanas mazināšanai;
- noskaidrot ārstniecības personu un jomas ekspertu attieksmi pret atkarību izraisošo vielu lietošanas grūtniecības laikā jautājumiem, kā arī viedokli par iespējamiem risinājumiem;
- balstoties uz pētījuma rezultātiem, izstrādāt priekšlikumus atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatības ierobežošanas pasākumiem Latvijā.

Pētījuma mērķgrupas ir:

- Pilngadīgas sievietes (18 gadi un vecākas), kuras atrodas stacionārā pēcdzemdību periodā neatkarīgi no dzemdību iznākuma;

¹ Skat. <https://www.eis.gov.lv/EKEIS/Supplier/Procurement/20618>

- Sievietes, kurām ir smēķēšanas, alkohola vai nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanas pieredze grūtniecības laikā;
- Ārstniecības personas, kuras piedalās grūtnieču un/vai dzemdētāju veselības aprūpē;
- Nozarē strādājošie eksperti no valsts, pašvaldību, privātā un nevalstiskā sektora.

Pētījumā izmantotas kvalitatīvās un kvantitatīvās metodes.

Kvantitatīvā pētījuma datu kopu veido 3761 respondentes atbildes uz pašreizpildes anketu. Respondentes bija sievietes ārstniecības iestāžu dzemdību nodaļā pēcdzemdību periodā. Izlasē iekļautas visas ārstniecības iestādes, kur aptaujas veikšanas periodā sniegta dzemdību palīdzība. Sākotnēji anketēšanas vietā kā metode tika plānota intervēšana, taču Covid-19 ierobežošanas pasākumu dēļ intervētāju ierašanās ārstniecības iestādēs nebija pieļaujama.

Kvalitatīvo pētījumu veido 37 padziļinātās intervijas ar sievietēm kuras grūtniecības laikā smēķējušas, lietojušas alkoholu vai narkotiskās vielas, kā arī veselības aprūpes speciālistiem, politikas veidotājiem un īstenotājiem, nozarē strādājošiem nevalstisko organizāciju pārstāvjiem, privātuņēmumu pārstāvjiem, ārstniecības personu profesionālo organizāciju pārstāvjiem. Intervijas ar sievietēm veiktas telefoniski, bet ar ekspertiem un speciālistiem gan klātienē, gan attālināti, ņemot vērā Covid-19 ierobežošanas pasākumu ietekmi.

Ziņojums strukturēts 9 sadaļās. Pirmā sadaļa analizē pieejamos politikas dokumentus un vadlīnijas saistībā ar alkohola, narkotiku lietošanu un smēķēšanu grūtniecības laikā. Otrā sadaļa veltīta pētījuma pieejas pamatojumam un balstās citviet veikto pētījumu atziņās par atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā. Smēķēšana, alkohola un narkotiku lietošana skatīta kā riska faktori, kā to nosaka pētījuma tehniskā specifikācija, bet, balstoties zinātnes atradnēs, šie riska faktori skatīti plašākā kontekstā, izmantojot sociāli ekoloģisku pieeju. Trešā sadaļa veltīta pētījuma metodoloģijai.

Ceturtnā nodaļa sniedz tehniskajā specifikācijā pieprasīto respondenšu raksturojumu. Tas papildināts ar sociālekonomiskās situācijas un labbūtības analīzi. Tālākās trīs nodaļas veltītas datu analīzei attiecīgi smēķēšanas, alkohola un narkotiku lietošanas jomās. Kur tas iespējams, dati salīdzināti ar citu līdzīgu pētījumu datiem, kur iekļauta līdzīga mērķgrupa, kā arī ar statistikas datiem no Jaundzimušo reģistra. Balstoties sociāli ekoloģiskā pieejā, sociālekonomiskais raksturojums te papildināts ar vardarbības pieredzi un sliktu mentālo veselību kā iespējamiem grūtniecības riska faktoriem.

Noslēdzošā nodaļa veltīta sieviešu zināšanām un attieksmei pret kaitīgo vielu lietošanu, to informācijas avotiem, kā arī sniedz ekspertu un grūtnieču intervijās balstītu risinājumu apskatu. Šajā sadaļā analizēti sadarbības tīkli atbalsta sniegšanā grūtniecēm, atbrīvojoties no kaitīgiem paradumiem. Katras analītiskās sadaļas noslēgumā piedāvāts kopsavilkums.

Ziņojumu noslēdz īss kopsavilkums ar atradnēm un rekomendāciju sadaļa.

1. Nozares politika

1.1. Politikas ietvars

Politikas dienas kārtībā Latvijas Nacionālajā attīstības plānā (NAP) 2021.-2027.gadam² mātes un bērna veselība iezīmēta prioritātes “Stipras ģimenes, veseli un aktīvi cilvēki” ietvaros risināmos uzdevumos. Rīcības virziens “Psiholoģiskā un emocionālā labklājība” norāda, ka “slimības, kas ir par pamatu izplatītākajiem priekšlaicīgas nāves un darbnespējas cēloņiem, nereti ir sekas neveselīgam dzīvesveidam – smēķēšanai, pārmērīgai alkohola lietošanai” (20.lpp). Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.-2027.gadam 3. virzienā: “Uz cilvēku centrēta un integrēta veselības aprūpe” minētas atšķirības veselībratībā sociālās atstumtības riskam pakļautajām grupām, kam par iemeslu ir vājas zināšanas par kontracepcijas iespējām un ierobežota pieeja piemērotiem kontracepcijas līdzekļiem, kas rada pusaudžu grūtniecības un/ vai aborta veikšanas gadījumus (37.lpp). Turpat uzsvērts, ka jāattīsta jauni pakalpojumi atkarību ārstēšanai un jāatceļ pacientu līdzmaksājumi par narkoloģisko ārstēšanu, jāattīsta starpdisciplināra sadarbība, veicinot iespēju saņemt atkarīgajām personām nepieciešamos sociālos pakalpojumus (33.lpp). Uz atkarību mazināšanu vērsts 1. Rīcības virziens: “Veselīgs un aktīvs dzīvesveids” un 4. Politikas rezultāts: “Samazinājusies atkarību izraisošo vielu lietošana un procesu atkarības iedzīvotāju vidū”.

Profilakses pasākumu un veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plāns alkoholisko dzērienu un narkotisko vielu lietošanas izplatības mazināšanas jomā 2023.-2025.gadam fokusēts uz alkohola un narkotiku lietošanas profilaksi un ārstēšanu, taču neaptver tabakas izstrādājumu lietošanu un tajā grūtnieces nav izdalītas kā atsevišķa mērķa grupa, lai arī norādīts, ka grūtniecības periods var būt nozīmīgs atkarības veidošanās procesā (4.lpp).

Pētījuma mērķgrupu aptvēra „Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.–2020.gadam”, kas aktualizēja atkarības vielu lietošanu grūtniecības periodā kā dzīvesveida un zināšanu problēmu. Plāna pasākumi rīcības virzienā “Veselības veicināšana un profilakse” paredzēja īstenot “sabiedrības informēšanas un izglītošanas pasākumus mātes un bērna veselības veicināšanai un slimību profilaksei”, tostarp atkarību izraisošo vielu lietošanas profilakses jomā, kas bija plānoti 2020. gada otrajā pusē. Informatīvajā ziņojumā "Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna 2018.–2020. gadam izpilde" norādīts uz vairākiem izglītojošiem pasākumiem speciālistiem, kā arī starpinstitūciju sadarbību veicinošām aktivitātēm. Atkarību profilakse grūtniecības laikā kā atsevišķa joma gan netiek minēta.

2006.gada 25.jūlija Ministru kabineta noteikumu Nr.611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” 1. pielikums “Dzemdību palīdzība grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā” (Pielikums MK 31.01.2017. noteikumu Nr. 60 redakcijā, kas grozīta ar MK 17.09.2019. noteikumiem Nr. 441) paredz pirmreizējā apmeklējuma laikā no 8. grūtniecības nedēļas līdz 12.grūtniecības nedēļai ārstniecības personai (ginekologam, dzemdību speciālistam, vecmātei vai ģimenes ārstam), ievācot anamnēzi un nosakot grūtniecības riska novērtējumu, iegūt informāciju arī par profesiju, darba apstākļiem un veselībai kaitīgiem ieradumiem. Savukārt noteikumos paredzētā informācija un grūtniecei izsniedzamā medicīniskā dokumentācija ietver “nikotīna, alkohola un citu atkarību izraisošo vielu (..) ietekmi uz grūtniecības norisi”. Nākamajā vizītē saskaņā ar noteikumiem paredzēts informēt par “grūtniecības norisi – fizioloģiju, psiholoģiju, garīgās veselības aspektiem grūtniecības un pēcdzemdību periodā, medicīnisko aprūpi, darba un sociālajām garantijām, personīgo un dzimumdzīves higiēnu,

² Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam gala redakcijas projekts.
<https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027galaredakcija.pdf>

fiziskajām aktivitātēm, uzturu, nemedikamentozās ārstniecības metodēm, risku un tā novēršanu”, specifiski neminot atkarību izraisošo vielu lietošanu. Nākamo reizi veselībai kaitīgo paradumu profilaksi veic 5.vizītē (34.–36. grūtniecības nedēļa), informējot par “jaundzimušajam veselīgiem un drošiem dzīves apstākļiem”, taču specifiski neminot mātes kaitīgos paradumus un to ietekmi uz jaundzimušo.

Zemāk aplūkoti metodiskie un informatīvie materiāli, kurus dažādām mērķgrupām sagatavojušas valsts iestādes un Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija.

1.2. Informatīvie materiāli vecākiem

Informatīvajā vietnē <https://esparveselibu.lv/> atrodama informācija par izglītojošiem materiāliem par dažādām veselības tēmām, tai skaitā par atkarībām. Atkarību profilakses tematika galvenokārt vērsta uz jauniešiem, taču īstenota kampaņa, kas aktualizē vēršanos pēc palīdzības atkarību gadījumos, piedāvājot gan trīs video, gan praktisku informāciju³. Kampaņa vērsta uz tādām atkarīgām personām, kas vēlas savas problēmas risināt, taču video tiek uzrunātas, izmantojot ģimenes locekļus un viņu rūpes par atkarīgo personu. Galvenā atkarīgo personu mērķgrupa kampaņā gan ir vīrieši, taču resursu sadaļa ietver apjomīgu un reģionāli sadalītu kontaktu sarakstu, kas noderētu arī atkarīgām grūtniecēm.

Specializētajā portālā <https://grutnieciba.lv/>, kuru izveidoja veselības ministrija kopā ar Slimību profilakses un kontroles centru, atrodama informācija par kaitīgu vielu lietošanu grūtniecības laikā⁴. Tajā skaidrota visu kaitīgo vielu ietekme uz mazuļa attīstību, kā arī sniegts viens pieredzes stāsts. Informācija galvenokārt izklāstīta teksta veidā un apkopo dažādus materiālus par tēmu.

Nacionālā veselības dienesta (NVD) mājas lapā “<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/grutnieciba-un-dzemdibas>” izvietotā informācija par aprūpi grūtniecības laikā ietver gan infografiku par valsts apmaksāto pakalpojumu saturu, gan videoklipus, taču neviens no tiem neaptver kaitīgu veselības paradumu izvērtēšanu.

2015. gadā Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) organizēja kampaņu pret pasīvo smēķēšanu, aptverot arī vecākus un bērnus kā mērķa grupu – “<https://pasivasmekesana.spkc.gov.lv>”.

SPKC mājas lapā pieejama vispārēja informācija par smēķēšanas kaitīgumu – “<https://spkc.gov.lv/lv/tavai-veselibai/atkaribu-slimibas/smekesana>”, tostarp pieejams materiāls par smēķēšanas atmešanu (https://spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets_ka_atmest_smekesanu.pdf), taču smēķēšanas ietekme grūtniecības laikā tajā nav pieminēta.

Veselības ministrija veica pilotprojektu smēķēšanas atmešanai Eiropas sociālā fonda projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros, iesaistot iedzīvotājus vecumā no 18 gadiem, jo īpaši - smēķējošās grūtnieces un jaunās māmiņas, viņu dzīvesbiedrus, paredzot atbalsta grupu nodarbības un projekta izvērtēšanu. Projekta ietvaros izstrādāta rokasgrāmata ārstiem, atbalsta grupu vadītājiem un dalībniekiem. Kā rāda projekta rezultātu izvērtējums, atsaucība no grūtnieču un māmiņu vidus nebija pietiekama; grupas

³ Skat. <https://esparveselibu.lv/kampana/interneta-vides-kampana-par-palidzibas-iespejam-cilvekiem-kuri-velas-partraukt-atkaribu>

⁴ Skat. <https://www.spkc.gov.lv/lv/kaitigas-vielas-grutniecei>

galvenokārt veidoja sociālā dienesta klientes, kuras pašas dalībai nebija augsti motivētas (Pilotprojekts smēķēšanas atmešanai slimību profilakses pasākumu īstenošanai. Noslēguma ziņojums, 15.lpp).

1.3. Klīniskās vadlīnijas speciālistiem

“Vadlīnijas «Psihiskās veselības problēmu identifikācija grūtniecības laikā un postnatalajā periodā». Klīniskais algoritms” (SPKC, ND) ietver sadaļu par alkohola vai narkotiku pārmērīgu lietošanu (9.-10.lpp). Tā iesaka aizdomu gadījumā par alkohola pārmērīgu lietošanu, veikt 10 jautājumu alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas testu (AUDIT). Ja kopējais punktu skaits ir 8 un vairāk, ieteikts to uzskatīt par pazīmi, ka alkohols tiek lietots riskantā un kaitīgā veidā vai arī ir jau iestājusies alkohola atkarība, nosūtot pie narkologa. Rekomendācijas nikotīna vai nelegālo vielu lietošanas, pārmērīgas lietošanas vai atkarības gadījumā nav iekļautas.

1.4. Informatīvie materiāli speciālistiem

Specifiski grūtnieču grupai veltīta sadaļa materiālā **“Ieteikumi ģimenes ārstiem alkohola atkarības profilaksē”** (SPKC, VM, 2015), rekomendējot “izmantot konservatīvu pieeju, iesakot pilnībā nelietot alkoholu grūtniecības un bērna zīdīšanas laikā” un uzskaitot alkohola lietošanas grūtniecības laikā izraisīto kaitējumu. Savukārt ieteikumi vecākiem “Gribu būt māmiņa” (SPKC, 2019) min smēķēšanas, tai skaitā pasīvās, alkohola un narkotiku lietošanas kaitīgumu, taču, nedetalizējot par sekām un palīdzības meklēšanu, ja vecāki vēlas kaitīgos ieradumus pārtraukt.

2017. gadā publicētais metodiskais materiāls **“Piemērots uzturs, plānojot grūtniecību un grūtniecības laikā, veselīga dzīves sākuma pamats. Ieteikumi veselības aprūpes speciālistiem”** (SPKC), balstoties Pasaules Veselības organizācijas (PVO) rekomendācijās, iesaka izslēgt alkohola lietošanu grūtniecības un laktācijas periodā, diferencēt lietošanas periodu un tajā izraisītās iespējamās sekas. Materiāls min pirmajos 3 mēnešos paaugstināto strukturālo anomāliju risku, bet vēlākajos mēnešos – pieaugošus augšanas aiztures un patoloģiskas smadzeņu attīstības riskus. Tāpat autori norāda, ka priekšstats, ka nelielas alkohola devas nekaitē bērnam, var mudināt sievietes noklusēt dzeršanas paradumus. Tāpēc, autori uzsver, speciālistiem jāpievērš uzmanību problēmai un jānoskaidro grūtnieces alkohola lietošanas paradumus.

Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas mājaslapā pārpublicētas PVO (WHO, 2015) vadlīnijas **“Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice”** angļu valodā (Grūtniecība, dzemdības, pēdzemdību periods un jaundzimušā aprūpe: prakses vadlīnijas), kas ietver arī jautājumus par tabakas, alkohola un narkotiku lietošanu, iesakot antenatālajā aprūpē identificēt šādu paradumu esamību, iespējamo atkarību kā veselības risku. Pārrunās ar grūtnieci (arī ģimenes locekļiem) par pašaprūpi grūtniecības laikā ieteikts informēt par smēķēšanas, tai skaitā pasīvās smēķēšanas kaitīgumu, atmešanas iespējam, bet alkohola un narkotiku atkarīgās lietotājas novirzīt specializētā aprūpē. Līdzīga pieeja ieteikta arī pēdzemdību periodā. Vadlīnijās ietverta arī sadaļa par kopienas atbalstu, kur ietverta partneru un ģimenes locekļu motivēšana nesmēķēt grūtnieces klātbūtnē. Šādi pat ieteikumi sniegti zīdaiņu aprūpes sadaļā.

1.5. Valsts apmaksāti pakalpojumi

Grūtniecēm nav jāmaksā pacientu līdzmaksājums, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi, pie speciālista, kurš ir līgumattiecībās ar NVD. Arī dzemdību palīdzība dzemdībās stacionārā ārstniecības iestādē, kas ir līgumattiecībās ar NVD, ir valsts apmaksāts pakalpojums.

Saskaņā ar Veselības aprūpes finansēšanas likumu grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām no pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvotas tikai gadījumos, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi. Patlaban grūtnieces netiek skatītas kā atsevišķa grupa, kurai atkarības gadījumā tiktu nodrošināta valsts apmaksāta un tūlītēja narkologa palīdzība un ārstēšana, ja tas nepieciešams. Lai arī vadlīnijas ārstiem nosaka šādu pacientu nosūtīšanu pie narkologa, pētījumā noskaidrots, ka ieteikums praksē reti tiek īstenots.

2. Atkarību izraisošu vielu paradumi grūtniecības laikā

Latvijā nav veikti iepriekšēji līdzīga tvēruma pētījumi. 2013.gadā Rīgas Dzemdību namā veikts mazāka mēroga pētījums⁵, aptaujājot 602 sievietes. Tā rezultāti rāda, ka grūtniecības laikā smēķējušas 9,5% respondenšu, alkoholu kaut reizi grūtniecības laikā lietojušas 17,3% aptaujas dalībnieču, bet narkotiskās un psihotropās vielas lietojušas 0,3% pētījumā iesaistīto grūtnieču. Pētījums atklāja, ka tikai puse sieviešu grūtniecības laikā, kā pašas norāda, saņēmušas informāciju par smēķēšanas, alkohola vai narkotisko/ psihotropo vielu kaitīgumu. 72,1% respondenšu minēja, ka nezina, kur grūtnieces ar atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības. Pētnieces norāda, ka respondentēm ir sliktas faktiskās zināšanas par šo vielu ietekmi uz grūtniecību un bērna attīstību. Pētījuma ietvaros veiktās ekspertu intervijas savukārt liecina par speciālistu zināšanu trūkumu atkarību izraisošo vielu lietošanas profilakses jomā.

Metodoloģiski no šī pētījuma pārņemama atziņa, kas apstiprinās arī patlaban veicamā pētījuma priekšizpētē un to ietekmē – sievietēm nav vēlēšanās stāstīt par saviem atkarību izraisošu vielu lietošanas paradumiem, šādi ietekmējot aptaujas un, iespējams, arī kvalitatīvi iegūto datu ticamību. No 2013.gada aptaujas šī pētījuma pamatā pārņemts instrumentārijs ar priekšizpētes modifikācijām, kuras veiktas sadarbībā ar pasūtītāju.

Kā minēts politikas dokumentu un vadlīniju, kas publicētas Latvijā, apskatā, atkarību izraisošo vielu lietošana bieži skatīta šaurākā mātes un bērna veselības kontekstā, fokusējoties uz iespējamu kaitējumu gaidāmajam bērnam un veselības zināšanām, taču neņemot vērā plašāku sociālekonomisko vidi, kurā sievietes dzīvo un kurai ir būtiska nozīme veselības paradumu radīšanā. Šajā sadaļā piedāvāts plašāks konteksts, kas pamato pētījumā izmantoto pieeju.

2.1. Visbiežāk izplatītie riska faktori

Neskatoties uz atšķirīgiem atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumiem dažādās valstīs, pētījumos ir novēroti vairāki universāli riska faktori, kas pastiprina šo vielu lietošanas risku grūtniecības laikā. Šiem, zemāk aprakstītajiem, faktoriem tiek pievērsta īpaša uzmanība arī šī pētījuma ietvaros.

Alkohola lietošana

Pirmkārt, alkohola lietošana bieži saistīta ar **smēķēšanas paradumiem**. Iepriekšēja **saskarsme ar fizisku un/vai seksuālu vardarbību no partnera vai ģimenē** ir otrs faktors, par kuru zinātniskajā literatūrā ir vienprātība, ka tie palielina sievietes risku lietot alkoholu grūtniecības laikā^{6,7}. Jāņem vērā, ka kopumā atkarību izraisošo vielu lietošanas rādītāji ir augstāki tieši tām sievietēm, kas ir saskārušās ar vardarbību. Traumatiskā pieredze bieži atstāj smagas psiholoģiskas sekas, kā rezultātā šādas sievietes nereti izmanto atkarību izraisošas vielas, lai pašārstētos (self-medicate)⁸. Šīs psiholoģiskas sekas var izpausties kā zems pašnovērtējums,

⁵ SPKC, VM (2013). Pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību sievietēm grūtniecības laikā. https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/grutniecu_petijums.pdf

⁶ Janna Skagerstrom, Grace Chang and Per Nilsen, "Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review," *Journal of Women's Health* 20, no.6 (2011): 908-911, doi: 10.1089/jwh.2010.2216.

⁷ Linda M O'Keeffe, Patricia M Kearney, Fergus P McCarthy, Ali S Khashan, Richard A Greene, Robyn A North, Lucilla Poston, Lesley M E McCowan, Philip N Baker, Gus A Dekker, James J Walker, Rennae Taylor, Louise C Kenny, "Prevalence and Predictors of Alcohol Use During Pregnancy: Findings from International Multicentre Cohort Studies," *BMJ Open* 5 (2015): 4-5, doi:10.1136/bmjopen-2014-006323.

⁸ Sara E. Gutierrez, Christina Van Puymbroeck, Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances," *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 497-513. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.010>.

depresija, trauksme, sevis vainošana par notikušo, bezpalīdzības un kauna sajūta. Ja vardarbība turpinās arī grūtniecības laikā tad, kā jau iepriekš norādīts, pastāv liela iespēja, ka sieviete nepārtrauks lietot atkarību izraisošās vielas, lai mazinātu psiholoģisko spiedienu (turpat). Šī iemesla dēļ vairāki pētījumu autori norāda, ka, veidojot rīcībpolitiku^{9, 10}. Šajā pētījumā izdalīta atsevišķa sadaļa par psihisko veselību.

Lai gan kopumā alkohola patēriņam grūtniecības laikā nav daudz pavisam universālu korelāciju ar sociāli demogrāfiskajiem faktoriem, smaga epizodiska dzeršana (*binge drinking*) grūtniecības laikā, kas ievērojami palielina zīdaiņa alkohola sindroma risku, korelē ar vairākām pazīmēm. Piemēram, tās visbiežāk mēdz būt sievietes ar **zemu sociāli ekonomisko statusu**, kuru **ģimenē alkohols ticis lietots lielos daudzumos** un kuru **partneris arī patērē daudz alkohola**¹¹.

Tieši partnera uzvedībai un sievietes partnerattiecībām ir ārkārtīgi liela nozīme paraduma maiņā. Pētījumi ir parādījuši, ka sievietēm ar atkarību izraisošo vielu lietošanas pieredzi biežāk ir partneri ar tādu pašu pieredzi, turklāt vielu lietošana var būt attiecību būtiska sastāvdaļa un tuvības simbols¹². Attiecīgi ir novērots, ka lēmums pārtraukt lietot atkarību izraisošās vielas nereti var tikt uztverts kā attiecību un savstarpējās uzticības apdraudējums (turpat).

Smēķēšana

Ar smēķēšanu (un arī nelegālu vielu lietošanu) grūtniecības laikā korelē **zems sociāli ekonomiskais statuss, zems izglītības līmenis un zemi ienākumi**, kas ir bieži novēroti riska faktori gan Austrālijā, gan Ziemeļamerikā, gan Ungārijā un Dienvidāfrikā veiktos pētījumos^{13, 14, 15}. Arī Austrumeiropā zems izglītības līmenis ir viens no riska faktoriem, tāpat kā vāja veselībpratība (*health literacy*), kā arī tās biežāk ir sievietes, kas nav lietojušas folškābi grūtniecības laikā un kuru grūtniecība nav bijusi plānota¹⁶.

Pretēji plaši izplatītam viedoklim ārzemju pētījumi kopumā liecina, ka ir ārkārtīgi maz tādu grūtnieču, kas nezinātu par smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz bērna veselību¹⁷. Tomēr ir vairāki faktori, kas var ietekmēt sievietes lēmumu nepārtraukt smēķēšanu grūtniecības laikā. Pirmkārt, tā ir konkrētā indivīda **riska izpratne**. Lai gan grūtnieces zina par smēķēšanas riskiem, viņas bieži mēdz tos racionalizēt, samazināt smēķēšanas iespējamo kaitīgumu vai tieši otrādi – izcelt to iespējamo labvēlīgo ietekmi (turpat). Piemēram, intervijās sievietes mēdz apgalvot, ka

⁹ Martha E. Velez et al, "Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children," *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1): 31–38, doi: 10.1016/j.jsat.2005.09.001.

¹⁰ "Women Who Use Drugs: Issues, Needs, Responses, Challenges and Implications for Policy and Practice," European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, accessed March 17, 2020.

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf

¹¹ *ibid.*

¹² Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, U.S. Department of Health and Human Services, accessed March 17, 2020, <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4426.pdf>.

¹³ Andrea Fogarasi-Grenczer, "Socioeconomic Factors of Tobacco Smoking During Pregnancy," in *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013* (Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2013), 139–141.

¹⁴ Mathias Mund, Frank Louwen, Doris Klingelhofer and Alexander Gerber, "Smoking and Pregnancy — A Review on the First Major Environmental Risk Factor of the Unborn," *Environmental Research and Public Health* 10, no.12 (December 2013): 6486–6487, doi: 10.3390/ijerph10126485.

¹⁵ Michael Nnachebe Onah, Sally Field, Thandi van Heyning, and Simone Honikman, "Predictors of alcohol and other drug use among pregnant women in a peri-urban South African setting," *International Journal of Mental Health Systems* 10, no.38 (2016): 6–7, doi: 10.1186/s13033-016-0070-x.

¹⁶ Smedberg, J., Lupattelli, A., Mårdby, A. et al. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 213 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-213>

¹⁷ Flemming K., Mccaughan D., Angus K. & Graham H. (2015) Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 71(6), 1210–1226. doi: 10.1111/jan.12580.

smēķēšanas atmešana grūtniecības laikā var tieši nodarīt lielu kaitējumu bērnam¹⁸. Tāpat smēķēšanas radītais risks, ka jaundzimušajam būs pārāk zems ķermeņa svars, tiek nereti izmantots kā pozitīvs iemesls, lai turpinātu smēķēt, jo tas nodrošinātu vieglākas dzemdības¹⁹. Citos pētījumos sievietes apgalvo, ka smēķē, jo tas samazina apetīti un viņām ir svarīgi nepieņemties svarā²⁰. Arī personīgajai pieredzei ir liela loma – ja viņas smēķēja arī iepriekšējās grūtniecības laikā un bērns piedzimis bez veselības problēmām, tas var tikt izmantots kā arguments kā smēķēšana nav tik kaitīga, kā zinātnieki un ārsti apgalvo²¹. Šādu viedokli izteica smēķējošās sievietes arī šajā pētījumā.

Tomēr ir jānorāda, ka sievietes, kas šādus argumentus izmanto, tajā pašā laikā arī bieži atzīst, ka apzinās smēķēšanas nodarīto kaitējumu bērnam²², tātad šāds argumentācijas veids, iespējams, var būt psiholoģisks instruments, kā samazināt vainas apziņu un racionalizēt savu lēmumu.

Otrkārt, līdzīgi kā alkohola lietošanas gadījumā būtiska nozīme ir **sociālajam kontekstam**, kurā atrodas grūtniece. Smēķēšanai var būt nozīmīga psiholoģiska funkcija sievietēm smagās dzīves situācijās. Finansiālas grūtības, nedroši nodarbinātības un dzīvesvietas apstākļi rada hronisku stresu, savukārt smēķēšana grūtniecēm sniedz psiholoģisku atvieglojumu no situācijas, kuru viņas, iespējams, nespēj izmainīt²³. Kā rāda šis pētījums, trūcīgums, nespēja piekļūt veselības aprūpes pakalpojumiem un pārtikai korelē ar gestācijas ilgumu un mazākā mērā ar zemāku bērna svaru. Ārvalstu pētījumi par smēķēšanu grūtniecības laikā ir pievērsuši īpašu uzmanību grūtnieču **dzīvesvietai** kā iespējamam riska faktoram^{24, 25}. Kopumā pētījumi par ne tikai smēķēšanas, bet arī alkohola un citu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā iezīmē apkārtējās vides lielo nozīmi, kur šīs vielas tiek izmantotas kā veids, lai atvieglotu bezdarba, nabadzības un citu ārēju faktoru radītu stresu^{26, 27}. Sociālā atstumtība un zems sociāli ekonomisks statuss ir cieši saistīti ar mentālām problēmām un atkarību izraisošu vielu lietošanu, tādēļ zemāk aprakstītais sociāli ekoloģiskais modelis bija labi piemērots šādu grūtnieču pieredžu analizēšanai, lai saprastu situāciju, kādā atrodas sievietes, kas nepārtrauc lietot atkarību izraisošas vielas grūtniecības laikā.

¹⁸ Abrahamsson A., Springett J., Karlsson L. & Ottosson T. (2005) Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach. *Health Education Research* 20, 367–378.

¹⁹ Haslam, C., & Draper, E. S. (2001). *A qualitative study of smoking during pregnancy*. *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 95–99. doi:10.1080/713690228.

²⁰ Hotham, E. D., Atkinson, E. R., & Gilbert, A. L. (2002). *Focus groups with pregnant smokers: barriers to cessation, attitudes to nicotine patch use and perceptions of cessation counselling by care providers*. *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 163–168. doi:10.1080/09595230220139064

²¹ Flemming K., Mccaughan D., Angus K. & Graham H. (2015) Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 71(6), 1210–1226. doi: 10.1111/jan.12580.

²² Wigginton B. & Lee C. (2012) A story of stigma: Australian women's accounts of smoking during pregnancy. *Critical Public Health* 23, 466–481. doi:10.1080/09581596.2012.753408.

²³ Pletsch, P. K., Morgan, S., & Pieper, A. F. (2003). *Context and Beliefs About Smoking and Smoking Cessation*. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(5), 320–325. doi:10.1097/00005721-200309000-00012.

²⁴ Carla Shoff, Tse-Chuan Yang, "Understanding Maternal Smoking during Pregnancy: Does Residential Context Matter?" *Social Science & Medicine* 78 (February 2013): 3-4, doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.027.

²⁵ Stephen Nkansah-Amankra, "Neighborhood Contextual Factors, Maternal Smoking, and Birth Outcomes: Multilevel Analysis of the South Carolina," *Journal of Women's Health* 8 (2010): 1544, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678006>.

²⁶ Melissa H. Watt, Lisa A. Eaton, Karmel W. Choi, Jennifer Vellozo, Seth C. Kalichman, Donald Skinner, Kathleen J. Sikkema, "It's Better for Me To Drink, At Least The Stress Is Going Away": Perspectives On Alcohol Use During Pregnancy Among South African Women Attending Drinking Establishments," *Social Science & Medicine* 116 (September 2014): 6, doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.048.

²⁷ Patricia Harrison, Abbey C. Sidebottom, "Alcohol and Drug Use Before and During Pregnancy: An Examination of Use Patterns and Predictors of Cessation," *Maternal and Child Health Journal* 13, no. 386 (May 2009), doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0355-z>.

Tāpat kā ar alkoholu arī smēķēšanas gadījumā liela nozīme ir grūtnieces partnerim. Sieviešu partneri ļoti bieži paši ir smēķētāji, un, kā liecina pētījumi, ne vienmēr ir atbalstoši sieviešu centienos atstāt smēķēšanu grūtniecības laikā. Vairākos pētījumos novērots, ka, partnerim paužot skatu nosodījumu, vainojot viņu par nodarīto kaitējumu bērnam, bet tajā pašā laikā pašam smēķējot viņas klātbūtnē, attiecībās rodas papildu spriedze, kas samazina iespēju, ka sieviete tiešām pārtrauks smēķēt²⁸. Tāpat intervijās sievietes apliecina, ka partneri bijuši kontrolējoši, emocionāli agresīvi un pat fiziski atņēmuši vai draudējuši atņemt cigaretes vai naudu, lai viņas nevarētu iegādāties cigaretes²⁹. Lai gan teorētiski šādā veidā būtu iespējams vieglāk atstāt smēķēšanu, šāda izturēšanās var radīt papildu stresu, ko sieviete vēlētās atvieglot ar smēķēšanas palīdzību. Attiecībās, kurās partneris bija atbalstošs un arī pats mainīja savus smēķēšanas paradumus, grūtniecēm ir lielākas iespējas pārtraukt smēķēšanu. Turklāt smēķēšanai ir līdzīga emocionāla loma attiecībās kā alkohalam – kopīga smēķēšana var būt tuvības un intimitātes elements. Grūtniecei pārstājot smēķēt, nereti mainās visa attiecību dinamika (turpat). Arī šajā pētījumā veselības aprūpes speciālistu uzsvēra, ka vērsšanās pret kaitīgiem paradumiem nedrīkst radīt stresa un vainas sajūtas sievietēs, jo arī šādi gaidāmajam bērnam var nodarīt kaitējumu.

Tāpat pētījumos grūtnieces kritizē ārstus, kuri, viņuprāt, sniedz tikai ļoti virspusējus padomus bez praktiskiem ieteikumiem, kā atstāt smēķēšanu, vai speciālistiem, pie kuriem vērsties pēc palīdzības³⁰.

Narkotiku lietošana

Pētījumi rāda, ka narkotisko vielu lietošanas izpēte ir vissarežģītākā, iespējams, salīdzinoši zemās izplatības dēļ. Tāpat korektu datu iegūvi apgrūtina fakts, ka grūtnieces bieži nevēlas vai arī nespēj sniegt informāciju par reālo narkotisko vielu lietošanas daudzumu un biežumu, ko ir konstatējuši arī citi pētnieki³¹. Tomēr, neskatoties uz ierobežoto pētījumu skaitu un trūkumiem datu kvalitātē, pastāv vairāki ar narkotiku lietošanu grūtniecības laikā saistīti riska faktori, kuri ir novēroti dažādās valstīs un dažādos kontekstos. **Smēķēšana, psihiskas saslimšanas un zems sociālekonomiskais statuss**³² ir to faktoru skaitā, kas korelē ar narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā.

Papildu šiem riska faktoriem ir zināms, ka traumatiska pieredze, ko piedzīvojusi sieviete bērnības laikā ģimenē, var veicināt narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā. Piemēram, ka sievietēm, kurām kāds vai abi no vecākiem ir bijuši ar narkotisko vielu vai alkohola atkarību, ir lielāks risks pašām vēlāk lietot narkotiskās vielas grūtniecības laikā. Lai gan nepastāv vienprātība attiecībā uz šīs korelācijas skaidrojumu, daži pētnieki apgalvo, ka ģimenēs, kur kādam no vecākiem ir atkarība, pastāv cita attiecību dinamika, cits, psiholoģiski nevēlamāks audzināšanas veids, kas varētu veicināt vēlāku atkarību veidošanos sievietei jau pieaugušā vecumā.

²⁸ Flemming K., Mccaughan D., Angus K. & Graham H. (2015) Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 71(6), 1210–1226. doi: 10.1111/jan.12580.

²⁹ Bottorff, J., Kalaw, C., Johnson, J., Stewart, M., Greaves, L., & Carey, J. (2006). *Couple dynamics during women's tobacco reduction in pregnancy and postpartum. Nicotine & Tobacco Research*, 8(4), 499–509. doi:10.1080/14622200600789551.

³⁰ Haslam, C., & Draper, E. S. (2001). *A qualitative study of smoking during pregnancy. Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 95–99. doi:10.1080/713690228.

³¹ Lester, B. M., ElSohly, M., Wright, L. L., Smeriglio, V. L., Verter, J., Bauer, C. R., Maza, P. L. (2001). *The Maternal Lifestyle Study: Drug Use by Meconium Toxicology and Maternal Self-Report. Pediatrics*, 107(2), 309–317. doi:10.1542/peds.107.2.309.

³² Kennare, R., Heard, A., & Chan, A. (2005). Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(3), 220–225. doi:10.1111/j.1479-828x.2005.00379.

Iepriekšēja saskarsme ar seksuālu vardarbību ģimenē ir bieži sastopama narkotisku vielu lietojošo grūtnieču vidū³³. Skaitļi mēdz mainīties atkarībā no pētījumā izmantotās seksuālās vardarbības definīcijas un izlasi raksturojošajām iezīmēm, tāpat pētījumos reti ir izmantota kontroles grupa, t.i. bez vielu lietošanas pieredzes (*non-abusing comparison group*), taču kopumā šī korelācija ir bieži novērota.

Tāpat grūtnieces partnerim ir būtiska loma. Sievietes, kas lieto narkotiskās vielas, ir biežāk vardarbīgās attiecībās, turklāt arī viņu partneris nereti pats lieto narkotiskās vielas (turpat). Līdzīgi kā aprakstīts iepriekšējā apakšnodaļā par alkohola lietošanu, tam, vai grūtnieces partneris lieto narkotiskās vielas, ir liela nozīme. Daudzas atkarīgās sievietes uzsāk lietot narkotiskās vielas pēc viņu partnera pamudinājuma³⁴, un pēcāk tieši partneri nodrošina viņas ar šo vielu piegādi. Un, kā norāda Hansa, atkarīgai sievietei ir ārkārtīgi grūti pamest vardarbīgu partneri, ja viņa ir spiesta paļauties uz viņu, lai iegūtu narkotikas³⁵. Tomēr ir jāpiezīmē, ka zinātniskajā literatūrā nav vienprātība, vai tie viennozīmīgi vienmēr ir vīrieši, kas pamudina un iedrošina sievieti uzsākt lietot narkotiskās vielas, jo atkarībā no valsts, kur tika veikts pētījums, un atkarībā no konkrētās vielas pastāv atšķirīgi novērojumi^{36, 37}. Līdz ar to, ir jāņem vērā vietējais konteksts un citi faktori, kas to varētu ietekmēt.

Pētījumi rāda, ka daudzas sievietes, kas bieži lietojušas nelegālās vielas, to pārstāj darīt grūtniecības laikā³⁸, taču ir pētījumi, kas uzrāda, ka ir grūtnieces, kas turpina smēķēt tieši kanabisu, jo neuzskata to par kaitīgu veselībai, salīdzinājumā ar citām nelegālām vielām³⁹.

2.2. Sociāli ekoloģiskais modelis

Ņemot vērā iepriekš minēto, pētījumā nepieciešams aplūkot ne tikai Latvijai raksturīgos sociāli demogrāfiskos un ekonomiskos faktorus, bet arī vispārējo kontekstu, kurā grūtniece pieņem lēmumu lietot atkarību izraisošas vielas. Šāda pieeja ir izmantota arī citu valstu pētījumos, tāpēc interpretācijas pamatā izmantosim Pasaules veselības organizācijas (PVO) izstrādāto un visbiežāk starptautiski lietoto **sociāli ekoloģisko modeli**, kurš veiksmīgi izmantots vardarbības un veselības saiknes pētīšanai⁴⁰. Sociāli ekoloģiskā modeļa priekšrocība ir tā produktivitāte un ērta izmantošana politikas veidošanā, jo tas ļauj sistematizēt rīcībpolitikas darbības līmeņus.

Tāpat modelis ļauj aplūkot pētāmo fenomenu holistiski. Saskaņā ar to, veselību un pieņemtos lēmumus ietekmē ne tikai bioloģiski faktori un individuāli paradumi, bet arī vide, kurā indivīds

³³ Hans, S. L. (1999). Demographic and Psychosocial Characteristics of Substance-Abusing Pregnant Women. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 55–74. doi:10.1016/s0095-5108(18)30072-1.

³⁴ Ajogbon, Daniel & Babalola, Emmanuel & Adebowale, Timothy. (2018). Psychosocial Correlates of Psychoactive Substance Use among Pregnant Women. *International Neuropsychiatric Disease Journal*. 11. 1-12. 10.9734/INDJ/2018/39639.

³⁵ Hans, S. L. (1999). Demographic and Psychosocial Characteristics of Substance-Abusing Pregnant Women. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 55–74. doi:10.1016/s0095-5108(18)30072-1.

³⁶ Doherty, M.C., Garfein, R.S., Monterroso, E. et al. Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults. *J Urban Health* 77, 396–414 (2000). <https://doi.org/10.1007/BF02386749>.

³⁷ Bryant, J. And Treloar, C. (2007). The gendered context of initiation to injecting drug use: evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review*, 26: 287–293. doi:10.1080/09595230701247731.

³⁸ Moore DG, Turner JD, Parrott AC, Goodwin JE, Fulton SE, Min MO, Fox HC, Braddick FM, Axelsson EL, Lynch S, Ribeiro H, Frostick CJ, Singer LT, “ During Pregnancy, Recreational Drug-Using Women Stop Taking Ecstasy (3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamine) and Reduce Alcohol Consumption, But Continue to Smoke Tobacco And Cannabis: Initial Findings From The Development and Infancy Study,” *Journal of Psychopharmacology* 24 no.9 (November 2009) :1407-1409, doi: 10.1177/0269881109348165.

³⁹ Hamideh Bayrampour, MikeZahradnik, Sarka Lisonkova, Patti Janssen, “ Women's Perspectives About Cannabis Use During Pregnancy and The Postpartum Period: an Integrative Review,” *Preventive Medicine* 119 (February 2019): 17-22, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.12.002>.

⁴⁰ World report on violence and health, ed. by Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. WHO, 2002. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

uzturas (viņa apkaime, skola, darbs, mājas), ģimenē un draugu, paziņu lokā valdošie priekšstati par veselību, kā arī sabiedrības paradumi un kultūras normas^{41, 42}.

Šāda modeļa izmantošana pētījumam ir nepieciešama **trīs iemeslu dēļ**. Pirmkārt, sievietes, kas lieto atkarību izraisošas vielas grūtniecības laikā nav homogēna grupa. Tajā atrodas gan sievietes ar atkarībām, gan tādas, kas šīs vielas lieto epizodiski. Šis fenomens ir īpaši bieži novērojams attiecībā tieši uz alkohola lietošanu. Proti, ir gan grūtnieces, kas patērē alkoholu reti, bet lielos daudzumos, gan tādas, kas bieži, bet mazos daudzumos, kā arī tādas, kam ir alkohola atkarība⁴³.

Līdz ar to, pētījumā ir izšķirtas šīs dažādās sieviešu kategorijas, lai gūtu pilnīgāku ieskatu par šo tēmu. Sociāli ekoloģiskais modelis ļauj izprast sociālekonomiskos un cita veida riska faktorus, kas pastiprina atkarību izraisošo vielu lietošanu un tās turpināšanu grūtniecības laikā, kā arī sniedz ieskatu grūtnieču veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pieredzē Latvijā.

Arī citās valstīs veiktie pētījumi liecina, ka ir nepieciešams pievērst šim aspektam uzmanību. Proti, grūtniecība un bērna veselība var kalpot kā motivācija sievietei, lai meklētu palīdzību atkarību izraisošo vielu lietošanas pārtraukšanai/mazināšanai⁴⁴. Taču ļoti bieži rehabilitācijas programmas nav piemērotas grūtniecēm, vai arī sievietes var baidīties meklēt palīdzību, būdamas pārliecinātas, ka pastāv risks zaudēt aizgādības tiesības, ja tiks atklāts, ka viņām ir problēmas ar šo vielu lietošanu^{45, 46}. Bailes un kauns tikt uztvertām kā sliktām mātēm var būt nopietns šķērslis, lai vērstos pie speciālista pēc palīdzības⁴⁷. Šīs bailes un nevēlēšanās saņemt nosodījumu visticamāk skaidro sieviešu nevēlēšanos piedalīties šī pētījuma intervijās un aptaujā sniegt atbildes par smēķēšanas paradumiem.

Otrkārt, atkarību izraisošu vielu (it īpaši alkohola) lietošanu būtiski ietekmē apkārt esošās sociālās un kultūras normas, kuru analīze ir būtiski nepieciešama, lai saprastu šādu lēmumu. Atšķiras ne tikai alkohola lietošanas paradumi dažādās valstīs, bet arī priekšstati par to, vai ir pieņemts lietot alkoholu grūtniecības laikā⁴⁸. Piemēram, šī parādība tika novērota Mårdby et al (2017) veiktajā pētījumā, kurā tika iezīmēta būtiska atšķirība Itālijas un Krievijas alkohola lietošanas tradīcijās – proti, Krievijā, kur ir vieni no visaugstākajiem alkohola patēriņa rādītājiem, grūtnieces alkoholiskus dzērienus patērēja krietni retāk nekā Itālijā, kur vidējais patēriņš bija zems, taču lietošana biežāka. Latvijā alkohola lietošana dažādās sociālās situācijās tiek uzskatīta par normu, kas ietekmē arī zināšanu par alkohola lietošanas kaitīgumu

⁴¹ May Sudhinaraset, Christina Wigglesworth, and David T. Takeuchi, "Social and Cultural Contexts of Alcohol Use Influences in a Social–Ecological Framework," *Alcohol Research: Current Reviews* 38, no.1 (April 2016): 35–38, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872611/>.

⁴² Kelly A. Yotebieng, Kawango Agot, Grace Rota, Craig R. Cohen, and Jennifer L. Syvertsen, "A Qualitative Study of Substance use during Pregnancy: Implications for Reproductive Healthcare in Western Kenya," *African Journal of Reproductive Health* 20, no.4 (December 2016): 7–10, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076375/>.

⁴³ Kelly Coons, "Determinants of Drinking During Pregnancy and Lifespan Outcomes for Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorder," *Journal of Developmental Disabilities* 19, no.3 (2013): 16, URL: https://oadd.org/wp-content/uploads/2013/01/41014_JoDD_19-3_FASD_15-28_Coons.pdf.

⁴⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Women Who Use Drugs: Issues, Needs, Responses, Challenges and Implications for Policy and Practice"

⁴⁵ U.S. Department of Health and Human Services, "Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women"

⁴⁶ Chaya G. Bhuvaneshwar, Grace Chang, Lucy A. Epstein and Theodore A. Stern, "Alcohol Use During Pregnancy: Prevalence and Impact", *The Primary Care Companion: The Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 9(6): 455–460. doi: 10.4088/pcc.v09n0608.

⁴⁷ Norma Finkelstein, "Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women," *Health & Social Work*, 19, no.1 (February 1994): 7–15, <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/19/1/7/627695?redirectedFrom=PDF>.

⁴⁸ Mariam Iyabode Wahab "Medicine and Recreational Substance Use in Pregnancy: Epidemiology and the Health Beliefs of Expectant Mothers" (PhD diss., University College London, 2014), 190–192.

pielietošanu un attaisno alkoholisko dzērienu lietošanu grūtniecības laikā “nelielos daudzumos” vai “īpašās reizēs”.

Treškārt, ar šādu pieeju ir gūta dziļāka izpratni par apstākļiem, kādos grūtniece izvēlas lietot atkarību izraisošas vielas. Tā vietā, lai viņas izvēli reducētu uz zināšanu trūkumu vai vienaldzību, šī pieeja ļauj aplūkot, kā dažādi riska faktori savstarpēji mijiedarbojas, rezultējas atkarību izraisošu vielu lietošanā, un prognozēt, kā būtu iespējams šos faktoros novērst vai mazināt to ietekmi.

Vēl ir ieteicams ņemt vērā, ka nelegālu vielu lietošana grūtniecības laikā it īpaši korelē ar psihiska rakstura problēmām (piemēram, trauksmi vai depresiju)^{49 50}. Saskaņā ar PVO datiem mentāla rakstura problēmas ir visvairāk sastopamas nabadzīgu indivīdu vidū, kuriem biežāk jāsaskaras ar lielu finansiālo nedrošību, hroniskām slimībām, apgrūtinātu piekļuvi veselības aprūpei un citiem stresu izraisošiem aspektiem⁵¹. Latvijā 2023. gadā veiktais pētījums gan atklāj neviennozīmīgu un dažādu sociālekonomisko faktoru ietekmes nozīmi uz psihiskiem traucējumiem un pašnāvniecisku uzvedību⁵².

2.3. Ārstnieciskā personāla loma

Lai gūtu dziļāku izpratni par situāciju, kādā atrodas sievietes, kuras nepārstāj lietot atkarību izraisošas vielas grūtniecības laikā, ir analītiski jāizvērtē grūtniecēm pieejamā atbalsta sistēma un tās sniegtās informācijas kvalitāte. Jāatzīmē, ka šāda veida pētījumos redzama arī ārstniecības personu un skaidras, tiešas komunikācijas lielā nozīme – tā kā ārsti nebija informējuši šīs grūtnieces par kanabisa kaitīgo ietekmi, viņas jutās droši to turpināt lietot arī grūtniecības laikā⁵³. Savukārt citi pētnieki secinājuši, ka pastāv gadījumi, kad ārsti tieši iesaka lietot alkoholu mazās devās, lai atslābinātos⁵⁴. Līdz ar to, ir svarīgi interviju laikā noskaidrot tieši, **kāda veida informāciju** grūtnieces saņēmušas no ārsta, jo tas var ietekmēt lēmumu turpināt vai pārtraukt lietot atkarību izraisošas vielas.

Tajā pašā laikā liela nozīme ir arī pašas grūtnieces izpratnei par alkohola, narkotiku un tabakas kaitīgo ietekmi, kas var pastāvēt neatkarīgi no ārstnieciskā personāla rekomendācijām. Arī citu valstu pētījumi apliecina, ka pašu grūtnieču vidū pastāv uzskats, ka ir drošs veids, kā lietot alkoholu grūtniecības laikā^{55, 56} - piemēram, lietojot to mazākās devās, retāk, dzerot lēnām vai

⁴⁹ Valerie E. Whiteman, Jason L. Salemi, Mulubrhan F. Mogos, Mary Ashley Cain, Muktar H. Aliyu, and Hamisu M. Salihu, “ Maternal Opioid Drug Use during Pregnancy and Its Impact on Perinatal Morbidity, Mortality, and the Costs of Medical Care in the United States,” *Journal of Pregnancy* (2014): 1-5, doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/906723>.

⁵⁰ R.A. Brown, H. Dakkak, J. Gilliland and J.A. Seabrook, “ Predictors of Drug Use During Pregnancy: The Relative Effects of Socioeconomic, Demographic, And Mental Health Risk Factors,” *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* (December 2018), doi: 10.3233/NPM-1814.

⁵¹ “Social Determinants of Mental Health,” World Health Organization, accessed June 4, 2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1.

⁵² Kīvīte-Urtāne A., Rancāns E., Vinogradova V. V., Kursīte M., Libora I. (2023). Pētījums par psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijā. Pētījuma ziņojums. Rīga: LR Veselības ministrija

⁵³ Marian Jarlenski, Jonathan W. Koma BS, Jennifer Zan, Lisa M. Bodnar, Debra L. Bogen, Judy C. Chang, “ *Gynecology*, 217, no.6 (December 2017): 706, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.015>.

⁵⁴ Elvira Elek, Shelly L. Harris, Claudia M. Squire, Marjorie Margolis, Mary Kate Weber, Elizabeth Parra Dang, and Betsy Mitchell, “Women’s Knowledge, Views, and Experiences Regarding Alcohol Use and Pregnancy: Opportunities to Improve Health Messages,” *American Journal of Health Education* 2013; 44(4): 177–190, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332134/>.

⁵⁵ Raphael Hammer, Sophie Inglin, “ ‘I don’t think it’s risky, but...’: pregnant women’s risk perceptions of maternal drinking and smoking,” *Health, Risk & Society* 16, no 1 (2014): 22-35, doi: <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.863851>.

⁵⁶ Ulrik Schiøler Kesmodel, Pia Schiøler Kesmodel, “ Drinking During Pregnancy: Attitudes and Knowledge Among Pregnant Danish Women, 1998,” *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 26, no 10 (2002): 1553-60, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394289>

nedzerot tukšā dūšā. Turpretim attiecībā uz smēķēšanu zinātniskajā literatūrā ir retāk sastopams uzskats, ka eksistētu veids, kā samazināt tās radītos veselības riskus bērnam (turpat). Tieši otrādi, arī pašas smēķētājas pētījumos nereti pauž uzskatu, ka tikai sliktas mātes, kas nespēj sevi kontrolēt, smēķē grūtniecības laikā⁵⁷. Salīdzinājumā ar alkohola lietošanu grūtniecības laikā, smēķēšana tiek daudz vairāk stigmatizēta un nosodīta – gan no smēķējošo, gan nesmēķējošo grūtnieču puses, kas attiecīgi var apgrūtināt sieviešu iespējas meklēt palīdzību, lai atmestu smēķēšanu. Ņemot vērā visu iepriekš minēto, jāpievērš padziļināta uzmanība arī pašu grūtnieču izpratnei par veselības riskiem, tādēļ ka ir liela iespēja, ka atkarību izraisošās vielas tiek lietotas par spīti ārstu ieteikumiem to nedarīt, jo pastāv uzskats, ka tas nerada kaitējumu bērnam. Šajā pētījumā veselības aprūpes speciālisti norāda, ka sievietes par kaitīgo vielu lietošanu godīgas atbildes sniedz, ja tās uzticas ārstam. Savukārt pašas sievietes norāda uz selektīvu pieeju – daļa atzīst kaitīgos paradumus, bet daļa atzīstas, ka melojušas ārstam, jo baidījušās no nosodījuma.

⁵⁷Danielle Bessett, "Negotiating normalization: the perils of producing pregnancy symptoms in prenatal care," *Social science & medicine*, 71, no 2 (2010): 370–377, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.007

3. Pētījuma metodika un mērķauditorija

Pētījuma ietvaros datu iegūšanā tika izmantotas divas metodes:

1. Kvantitatīvā aptauja ar paš aizpildes anketēšanas metodi* (PAPI) ar pilngadīgām sievietēm (18 gadi un vecākas), kuras atrodas stacionārā pēcdzemdību periodā neatkarīgi no dzemdību iznākuma visā Latvijas teritorijā.
2. Kvalitatīvās padziļinātās intervijas ar:
 - sievietēm, kurām ir smēķēšanas, alkohola vai nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanas pieredze grūtniecības laikā;
 - ārstniecības personām, kuras piedalās grūtnieču un/vai dzemdētāju veselības aprūpē;
 - nozarē strādājošiem ekspertiem no valsts, pašvaldību, privātā un nevalstiskā sektora.

Pētījumā sākotnēji tika paredzēta tiešās intervijas metode ar mērķauditorijas respondentēm medicīnas iestāžu telpās un klātienē padziļinātās intervijas, tomēr pandēmijas Covid-19 globālās rezultātā 2020.gada 12.martā Latvijas Republikas Ministru kabinets izdeva rīkojumu Nr.103 "Par ārkārtas situācijas izsludināšanu", kas paredzēja personisko kontaktu un pulcēšanās ierobežojumus. Rezultātā medicīnas iestādes, tai skaitā visas pētījumā iekļautās dzemdību iestādes, veica individuālus pandēmijas ierobežošanas un kontroles pasākumus – apmeklētāju karantīnu. Lai turpinātu iesāktu pētījumu, pasūtītājs un izpildītājs vienojās par pētījuma izpildes termiņa pagarināšanu, bet tiešo interviju metodi nomainīja pret paš aizpildes anketēšanu, bet kvalitatīvās padziļinātās intervijas organizēja, izmantojot attālinātās digitālās metodes video/telefona konferenču veidā, kas nodrošina bezkontakta datu iegūšanu.

Pētījuma metodoloģija izvērtēta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Atbalsta fonda Medicīnisko un biomedicīnisko pētījumu ētikas komitejā, un 2020. gada 23. martā saņemts pozitīvs atzinums, ļaujot uzsākt pētījumu.

3.1. Aptaujas organizēšanas process

Datu iegūšanā saskaņā ar pasūtītāja iesniegtu anketu tika izmantota paš aizpildes anketēšanas metode, respondentēm atrodoties ārstniecības iestāžu dzemdību nodaļā pēcdzemdību periodā. Aptaujas anketas tika tipogrāfiski sagatavotas papīra formātā latviešu un krievu valodā, nodrošinot iespēju respondentei izvēlēties, kurā valodā atbildēt uz aptaujas jautājumiem. Tāpat tika nodrošināta nerespondences anketa gadījumiem, ja respondente nevēlējās piedalīties aptaujā, norādot galvenos iemeslus un sociāli demogrāfiskus jautājumus. Papildus katrai anketai tika nodrošināta nemarkēta paš aizlīmējoša aploksne, kurā respondente pēc anketas aizpildīšanas patstāvīgi to ievietoja, aploksni aizlīmēja un pēc tam nodeva medicīnas personālam. Anketēšanas process tika nodrošināts pilnībā brīvprātīgi, anonīmi un tika nodrošināta personas datu aizsardzība un konfidencialitāte.

Kopsavilkums ar galvenajiem aptauju raksturojošajiem rādītājiem sniegts 3.1.1.tabulā.

Aptaujas organizators pētījuma īstenošanai sadarbojās ar izlasē iekļauto medicīnas iestāžu personālu. Ar visām ārstniecības iestādēm tika noslēgtas vienošanās par atbalsta sniegšanu aptaujas procesā, kuras uzdevums bija veicināt pēcdzemdību periodā esošo sieviešu piedalīšanos aptaujā, aptaujas anketu izdalīšanu un aizpildīto anketu savākšanu, kā arī to

nodošanu izpildītāja nodrošinātam kurjeram periodiski reizi nedēļā. Ārstniecības iestādē tika nozīmēta viena atbildīgā persona (piemēram, vecākā māsa vai nodaļas vadītājs), ar kuru projekta gaitā varēja sazināties par anketu izplatīšanu un statusu, kā arī tika koordinēta aizpildīto anketu nogādāšana izpildītāja kurjeram un jaunu anketu saņemšana.

3.1.1.tabula. Galvenie aptauju raksturojošie rādītāji

Ģenerālais kopums	Sievietes vecumā no 18 gadiem, kuras atrodas Latvijas dzemdību iestādē pēcdzemdību aprūpes periodā.
Plānotās izlases apjoms	3576 anketas
Sasniegtās izlases apjoms	3761 anketas
Lauka darba laiks	12.05.2022 - 10.03.2023
Pētījuma metode	Papīra anketas pašreizpilde, respondentēm atrodoties ārstniecības iestāžu dzemdību nodaļā pēcdzemdību aprūpes periodā.

Medicīnas personālam pirms pētījuma uzsākšanas tika rīkotas attālinātas apmācības Zoom platformā, kuru laikā tas iepazinās ar projekta mērķiem, uzdevumiem un sadarbības praktisko kārtību. Sākotnēji pētījumā bija plānota 18 slimnīcu, kur tiek sniegta dzemdību palīdzība, līdzdalība, taču pētījuma īstenošanas laikā notika slimnīcu reorganizācija, kā rezultātā Cēsu slimnīcas dzemdību nodaļa, kura sākotnēji tika iekļauta izlasē, pārtrauca savu darbību un tika apvienota ar Vidzemes reģiona slimnīcu Valmierā. Līdz ar to, pētījumā piedalījās 17 Latvijas slimnīcas.

3.1.2.tabula. Plānotā un sasniegtā izlase

Reģions	Dzemdību palīdzības iestāde	Plānotā izlase	Aizpildītās anketas	Izpilde %
Rīga/Pierīga	Rīgas Dzemdību nams	531	550	104%
	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	145	195	135%
	Siguldas slimnīca	97	128	133%
	Jūrmalas slimnīca	155	168	109%
	Ogres rajona slimnīca	39	47	122%
	Kopā	966	1088	113%
Kurzeme	Kuldīgas slimnīca	164	197	120%
	Liepājas reģionālā slimnīca	343	249	73%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	178	203	114%
	Kopā	685	649	95%
Zemgale	Dobeles un apkārtnes slimnīca	166	172	103%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	215	259	121%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	312	341	109%
	Kopā	693	772	111%
Vidzeme	Cēsu klīnika (apvienota ar Vidzemes slimnīcu)		0	
	Madonas slimnīca	138	159	116%
	Vidzemes slimnīca	488	426	87%
	Kopā	625	585	94%
Latgale	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	79	98	124%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	249	227	91%
	Preiļu slimnīca	121	150	124%
	Rēzeknes slimnīca	158	192	122%
	Kopā	607	667	110%
KOPĀ		3576	3761	105%

Plānotās un sasniegtās izlases apjoms atspoguļots 3.1.2.tabulā. Savukārt 3.1.3. tabula atspoguļo respondences rādītājus.

3.1.3.tabula. Respondences rādītāji

Kategorija	Skaitis	Skaidrojums
Saņemtās anketas, t.sk.:	4040	No medicīnas personāla saņemtās aplokšnes ar anketām.
Atteikuma anketas	67	Nevēlas piedalīties aptaujā. Komentārs no medicīnas personāla, ka lielāko tiesu jaunās māmiņas nepiekrīt aizpildīt arī atteikuma anketu, ja nevēlas piedalīties aptaujā.
Nederīgas anketas	176	Daļēji aizpildītas anketas vai iesāktas un nav aizpildītas pilnībā. Viena anketa no sievietes, kura ir bērniņa gaidībās.
Ievadītās anketas, t.sk.:	3797	Pilnībā aizpildītas anketas un ievadītas datu masīvā ar dubultās ievades metodi pirms datu statistiskās tīrīšanas.
Dzēstas datu tīrīšanas laikā	36	Anketas dzēstas datu tīrīšanas laikā kā neatbilstošas turpmākai datu apstrādei.
Derīgas anketas	3761	Datu failā iekļautās derīgās anketas.

Neskatoties uz to, ka dzemdību skaits 2022.gadā, salīdzinoši ar 2020. gadu ir samazinājies gandrīz par 10% (saskaņā ar individuāli pieprasītiem Nacionālā veselības dienesta datiem pilngadīgo dzemdētāju skaits 2022.gadā bija 15384, bet 2020.gadā – 16900 dzemdētājas), kopējais sasniegtais izlases apjoms ir 105%. 14 medicīnas iestādes sasniedza plānoto izlases apjomu. Tikai 3 slimnīcās (Liepājas reģionālā slimnīca, Vidzemes slimnīca un Daugavpils reģionālā slimnīca) plānotais daudzums netika sasniegts, kas izskaidrojams ar to, ka dzemdību nodaļās ir nepietiekams darbinieku resurss, lai pildītu papildus pienākumus, personāla slimošana, atvaļinājumi, respondentu atteikumi piedalīties aptaujā. Arī pētījuma tehniskajā specifikācijā jau bija paredzēts, ka Vidzemes reģionu būs grūtāk sasniegt (paredzot aptaujai Vidzemē ilgāku laika posmu).

Nerespondence medicīnas personāla raksturojumā skaidrojama ar nevēlēšanos atbildēt, laika trūkumu, nogurumu, sliktu pašsajūtu. Kopumā respondentes bija atsaucīgas un atbildīgās personas medicīnas iestādē palīdzēja pētījumu realizēt.

3.2. Kvantitatīvo datu apstrādes un kvalitātes kontroles process

Tika izveidota regulāra un sistemātiska sadarbība ar ārstniecības iestāžu atbildīgo personu, kurai piegādāja aptaujas anketas un reizi nedēļā vai katru otro nedēļu (atkarībā no ārstniecības iestādē notiekošo dzemdību skaita) no tās saņēma aizpildītās anketas. Turpmākajā procesā:

- Katra anketa tika saturiski novērtēta – vai tā ir aizpildīta un uzskatāma par derīgu turpmākai datu ievadei, vai tā ir nederīga, vai arī ir saņemts atteikums.
- Anketu reģistrēšana – tika piešķirts unikāls anketas identifikators, lai datu apstrādes gaitā anketu nepieciešamības gadījumā varētu atrast dokumentu arhīvā un precizēt informāciju anketas oriģinālā.
- Datu ievades forma – tika izveidota datu ievades forma MS Excel vidē ar norādījumiem par anketas jautājumu numuru un ievadāmām vērtībām, lai datu ievades laikā šī informācija būtu pastāvīgi redzama datu ievades operatoram un kalpotu kā papildu kontroles veids.

- Datu dubultā ievade – katra anketa tika ievadīta divas reizes divos atšķirīgos datu masīvos un to darīja atsevišķi operatori. Neskaidrību gadījumā datu operatori veica atzīmes anketā par ievadīto vērtību (piemēram, grūti salasāms rokraksts vai simbols utml.), lai nodrošinātu pēctecīgu un izsekojamu informāciju turpmākā datu apstrādes gaitā. Pēc anketas ievades operators veica atzīmi uz anketas pirmās lapas par ievadīšanas fakta izpildi.
- Ievadīto datu salīdzināšana – turpmākajā datu apstrādes procesā statistiķis veica ievadīto datu masīvu salīdzinājumu un atšķirību gadījumā, vadoties pēc anketas oriģināla, veica nepieciešamo datu precizējumu.
- Datu masīvs – pēc ievadīto datu savstarpējās pārbaudes, tika izveidots datu masīvs SPSS datu formātā Unicode formatējumā un apzīmējumiem saskaņā ar datu kodēšanas rokasgrāmatu.
- Datu precizēšana – pēc datu faila saņemšanas no lauka darba aģentūras, pētnieki veica datu masīva loģisko kontroli (precizēšanu atbilstoši anketā paredzētajiem filtriem, kuru ievērošana pašaizpildes anketas gadījumā mēdz būt neprecīza, jo atkarīga no konkrētās respondentes, nevis apmācīta intervētāja).
- Datu svēršana – datu failam tika piemēroti svāri atbilstoši Jaundzimušo reģistra datiem, nodrošinot datu masīvā tādas proporcijas, kas atbilst 2022.gadā notikušajām dzemdībām pēc trim pazīmēm – slimnīcām, kurās dzemdības notikušas, dzemdētāju vecuma un reģistrētās dzīvesvietas (statistisko reģionu līmenī).
- Datu faila sagatavošana – noslēdzošajā posmā datu masīvs tika tīrīts atbilstoši datu kodēšanas rokasgrāmatai un sagatavots turpmākajam datu analīzes darba posmam.
- Datu kodēšanas rokasgrāmata – atbilstoši datu failam tika aktualizēta datu kodēšanas rokasgrāmata, lai ar datu masīvā orientētos un ar to varētu strādāt jebkurš speciālists.

Kopumā konstatējams, ka aptaujas anketa bija komplicēta, sākotnēji tā bija paredzēta tiešajām intervijām, kur aizpildes loģikai un kvalitātei sekotu intervētājs. Līdz ar to anketēšana ar pašaizpildes metodi radīja problēmas, kas saistījās ar grūtībām pareizi interpretēt pārejas anketā. Tāpat situācija, kad medicīnas personāls no respondentēm saņēma aizlīmētu aploksnī nedeva iespēju kontrolēt aizpildes kvalitāti, kas savukārt noveda pie atbilžu trūkuma uz atsevišķiem jautājumiem (īpaši uz sensitīviem, kur daļa respondenšu varēja vēlēt neatbildēt).

3.3. Kvalitatīvais pētījums

Laikā no 2022. gada 13. jūlija līdz 2023.gada 23.martam tika veiktas daļēji strukturētas intervijas ar šādām personām:

- 11 intervijas ar grūtniecēm, kurām ir atkarīgo vielu lietošanas pieredze. Tika intervētas 8 sievietes, kuras grūtniecības laikā lietojušas alkoholu, 6 sievietes, kuras smēķējušas, kā arī 3 sievietes, kura grūtniecības laikā lietojušas narkotikas. Vairākām grūtniecēm bijusi vairāku atkarīgo vielu lietošanas pieredze. 6 respondentes ir no Rīgas, pa 2 no Vidzemes un Zemgales, kā arī 1 no Kurzemes;
- 8 intervijas ar nozarē strādājošiem ekspertiem no valsts, pašvaldību, privātā un nevalstiskā sektora: 2 ar privātu organizāciju pārstāvjiem, 2 ar pašvaldību atkarības profilakses centru

pārstāvjiem, 1 ar nevalstiskas organizācijas, 2 ar profesionālo organizāciju pārstāvjiem, 1 dubultintervija ar veselības ministrijas ierēdnēm;

- 18 intervijas ar ārstniecības personām, kuras piedalās grūtnieču un/vai dzemdētāju veselības aprūpē, tajā skaitā 6 vecmātēm, 10 ginekologiem un 2 ģimenes ārstiem. Tika intervētas 9 ārstniecības personas no Rīgas, 4 no Kurzemes, 4 no Vidzemes un 1 no Latgales.

Interviju organizēšanas process

Intervējamie tika rekrutēti, izmantojot vairākas metodes. Ārstniecības personas tika uzrunātas, sazinoties ar slimnīcu dzemdību un ginekoloģijas nodaļām, kā arī privātklīnikām. Tāpat tika izmantota tā saucamā “sniega pikas” metode, kur intervijas beigās katram intervējamajam tika lūgts ieteikt kādu citu ārstu vai vecmāti, kurš varētu būt ieinteresēts sniegt interviju.

Sievietes pēc dzemdībām savukārt tika rekrutētas, izmantojot anketu, kuras beigās viņām bija iespēja atstāt savu kontaktinformāciju gadījumā, ja viņas piekristu tikt intervētas, kā arī sazinoties ar HIV profilakses punktiem un krīzes centriem.

Ar respondentēm sazināšanās notika telefoniski, zvanot sievietēm, kas šī pētījuma ietvaros bija aizpildījušas anketu un norādīja, ka būtu gatavas sniegt interviju. Sievietēm tika piedāvāts interviju veikt jebkurā viņām ērtajā laikā. Atsaucība vērtējama kā viduvēja, jo vairākas sievietes atteicās sniegt interviju laika trūkuma dēļ, savukārt sievietes ar narkotiku lietošanas pieredzi atteica sarunu vai uz zvanu neatbildēja. Ņemot vērā, ka respondentes, kurām ir narkotiku lietošanas pieredze, baidās par to runāt, jo viņām var izbeigt vecāku tiesības uz jaundzimušo, viņas par šo atkarību ārstiem, sociālajiem darbiniekiem nestāsta, kā arī neuzticas svešiniekiem, t.sk. intervētājiem. Līdz ar to, bija problēmas rekrutēt tieši šādas personas. Kā risinājums tika meklēta palīdzība Rīgā pieejamajiem HIV profilakses punktiem, lūdzot to vadītājus uzrunāt potenciālās intervējamās. Rezultātā tika noorganizēta viena intervija.

Nozares eksperti tika uzrunāti, izmantojot viņu pārstāvošo organizāciju publiski pieejamo kontaktinformāciju.

Interviju process

Pirms intervijas sākuma visi pētījuma dalībnieki tika informēti par pētījuma mērķi un viņu tiesībām atteikties atbildēt uz jautājumiem un pārtraukt interviju kopumā. Neviens no intervējamajiem, kas iesaistījās intervijā, interviju nepārtrauca. Daļa no intervijām ar sievietēm tika veikta vairākos posmos, pielāgojoties viņu dzīves ritmam ar jaundzimušo. Tāpat pētījuma dalībnieki tika informēti par personas datu aizsardzību un konfidencialitāti, proti, ka intervijas laikā minētā informācija, pēc kuras viņu identitāti būtu iespējams identificēt, tiks anonimizēta. Piemēram, intervijas laikā norādītajiem cilvēku vārdiem transkriptos tika piešķirti pseidonīmi, slimnīcu, klīniku un citu organizāciju nosaukumi arī tika anonimizēti.

Atsaucība ārstniecības personu, grūtnieču un nozarē strādājošo ekspertu vidū vērtējama kā zema. Galvenie iemesli, kādēļ intervējamie atteica interviju, bija šādi:

- Ģimenes ārsti bieži uzsvēra laika trūkumu, tādēļ intervijas ar ģimenes ārstiem dažkārt bija īpaši īsas (15 minūtes). Arī ginekologi un vecmātes bieži argumentēja, ka ir pārāk aizņemti, un, arī piekrītot intervijai, norādīja, ka varot veikt ne vairāk kā 30-40 minūtes laika. Vidēji

intervijas garums šajā grupā bija 40 minūtes. Lielākā daļa sieviešu, kas sākotnēji piekrita intervijai, vēlāk pārdomāja vai norādīja, ka tam nav laika. Daļu interviju nācās veikt vairākos posmos;

- Pieredzes trūkums darbā ar atkarīgām grūtniecēm. Šo argumentu bieži izmantoja privātp praksēs strādājošie ginekologi;
- Nevēlēšanās publiski paust savu viedokli. Neskatoties uz konfidencialitātes un anonimitātes garantiju, vairākas ārstniecības personas nevēlējās sniegt interviju, kas tiktu ierakstīta.

Tāpat pētnieciskā procesa laikā tika pieņemts lēmums neintervēt medicīnas māsas, jo uzrunātās medicīnas māsas atteicās piedalīties intervijā, norādot, ka viņām nav pieredzes ar šādām grūtniecēm un viņas nepieņem ārstniecības lēmumus, attiecīgi viņas nejustos kompetentas sniegt interviju. Medicīnas māsas arī nestrādāja grūtnieču aprūpes jomā.

4. Respondentes un viņu sociāli ekonomiskā situācija

4.1. Respondenšu raksturojums

Pētījumā piedalījušos sieviešu vidējais vecums, kuras atbildēja uz jautājumiem, ir 31,2 gadi (standartnovirze – 5,5). Vecuma mediāna ir tuva vidējam rādītājam – 31 gads, moda – 32 gadi. Respondenšu sadalījums piecu gadu vecuma grupās atspoguļots 4.1.1.tabulā. Turpmākajās tabulās sniegti gan nesvērti dati, gan dati pēc svaru piemērošanas, kas ļauj novērtēt svēršanas rezultātā notikušās proporciju izmaiņas. Vecuma gadījumā konstatējams, ka anketas nedaudz biežāk aizpildījušas jaunākas sievietes, tādējādi svaru piemērošanas rezultātā viņu īpatsvars datu kopā samazināts, palielinot vecāko sieviešu īpatsvaru.

4.1.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars vecuma grupās

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Līdz 19 gadiem	91	3	61	2
20-24 gadi	504	13	425	11
25-29 gadi	964	26	864	23
30-34 gadi	1 218	32	1 276	34
35-39 gadi	730	19	813	22
40 gadi un vairāk	186	5	238	6
Nav atbildes	68	2	83	2
Kopā	3 761	100	3 761	100

Ievērojama daļa pētījuma dalībnieču bija ar augstāko izglītību (skat. 4.1.2. tabulu). Turklāt svaru piemērošanas rezultātā (pēc šīs pazīmes svērta netika) personu skaits ar augstāko izglītību vēl vairāk pieaudzis, kas visdrīzāk saistāms ar to, ka anketas biežāk aizpildīja jaunākas sievietes (daļa no viņām augstāko izglītību vēl nav paspējušas iegūt), kā arī to, ka izlase bija pārdalīta tā, ka Rīgā, kur augstākā izglītība sastopama biežāk, tika aptaujāts proporcionāli mazāk respondētājus, nekā ārpus Rīgas, pēc tam šīs atšķirības koriģējot ar svāriem.

4.1.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars izglītības līmeņa stratās

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Nepabeigta pamatizglītība	20	1	14	0
Pamatizglītība	274	7	197	5
Nepabeigta vidējā; arodizglītība bez vidējās	137	3	97	2
Vispārējā vidējā	505	13	403	11
Profesionālā izglītība ar vidējo	785	21	668	18
Nepabeigta augstākā (vismaz 2 pilni gadi)	281	8	293	8
Augstākā (bakalaura, maģistra vai doktora grāds)	1 732	46	2 061	55
Nav atbildes	27	1	28	1
Kopā	3 761	100	3 761	100

Lielākā daļa (74%) respondētājus, ja analizējam datus pēc svaru piemērošanas, atzīmēja, ka strādājušas algotu darbu, bet 6,8 bijušas bērna kopšanas atvaļinājumā ar iepriekšējo bērnu (skat. 4.1.3. tabulu).

4.1.3.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar nodarbošanos

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Strādā algotu darbu (pilna vai nepilna slodze)	2 632	70	2 764	74
Uzņēmēja vai pašnodarbinātā	224	6	242	6
Bezdarbniece	195	5	139	4
Studente, skolniece	121	3	92	2
Mājsaimniece; veic mājas darbus	310	8	249	7
Pastāvīgi darba nespējīga/ persona ar invaliditāti	5	0	3	0
Bērna kopšanas atvaļinājums (ar iepriekšējo bērnu)	250	7	255	7
Nav atbildes	24	1	17	0
Kopā	3 761	100	3 761	100

Aptuveni puse pētījuma dalībnieču norāda, ka grūtniecības laikā nav bijusi saskarsme ar darba vides riska faktoriem. Biežāk minētie riska faktori bijuši smagu priekšmetu celšana (28%), augsta vai zema gaisa temperatūra (24%) un troksnis (20%). Visi faktori atspoguļoti 4.1.4. tabulā.

4.1.4.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars, kuras bijušas pakļautas darba vides riska faktoriem pēdējā gada laikā (vairākas atbildes vienai respondentei)

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Smagu priekšmetu celšana un pārvietošana	926	32	840	28
Augsta vai zema gaisa temperatūra	762	27	705	24
Troksnis	650	23	593	20
Vibrācija	158	6	145	5
Radiācija	50	2	55	2
Darbs ar tādām ķīmiskām vielām kā oglekļa monoksīds, dzīvsudrabs, arsēns, fosfors	18	1	15	1
Nebija saskarsmes ne ar vienu no šeit minētajiem faktoriem	1 371	48	1 608	54
Grūti pateikt / Nevēlas atbildēt	81	3	89	3
Kopā	3 761	100	3 761	100

Teju katra piektā pētījuma dalībniece nenorāda savu ienākumu līmeni. Ienākumu sadalījums redzams 4.1.5. tabulā. Sīkāks respondenšu sociālekonomiskās situācijas raksturojums sniegts 4.3. nodaļā.

Respondentes lielākoties dzīvo vienā mājsaimniecībā ar vīru (67%) vai patstāvīgu partneri (28%), bet 59% jau ir savi vai partnera bērni (skat. 4.1.6.tabulu).

Pēc dzīvesvietas tipa, ievērojama daļa respondenšu dzīvo pilsētās (skat. 4.1.7.tabulu), kas ir kopīga tendence reprodūktīvajā vecumā. Ar svaru palīdzību ievērojami koriģēta Rīgā dzīvojošo respondenšu proporcija, jo nolūkā iegūt reprezentatīvākus datus par pārējo Latviju, no Rīgas slimnīcām ievācamo anketu daudzums tika mērķtiecīgi uz šī rēķina proporcionāli samazināts, pēc tam atšķirības koriģējot ar svāriem.

4.1.5.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar ienākumu līmeni uz vienu mājsaimniecības līmeni

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Līdz 400 euro	453	12	332	9
401-600 euro	608	16	515	14
601-900 euro	861	23	824	22
901-1200 euro	580	15	674	18
Vairāk par 1200 euro	540	15	732	19
Nav atbildes	719	19	683	18
Kopā	3 761	100	3 761	100

4.1.6.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar personām, ar kurām dzīvo vienā mājsaimniecībā (vairākas atbildes vienai respondentei)

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Dzīvo viena	23	1	22	1
Vīrs	2 387	64	2 523	67
Draugs, pastāvīgs partneris	1 152	31	1 053	28
Bērni (t.sk., adoptētie, partnera), neskaitot jaundzimušo	2 297	61	2 207	59
Viens vai abi vecāki	198	5	166	4
Brāļi, māšas, vecvecāki, citi radnieki	157	4	141	4
Citi (ne radnieki)	22	1	21	1
Nav atbildes	82	2	65	2
Kopā	3 761	100	3 761	100

4.1.7.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietu

	Nesvērti dati		Svērti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Rīga	668	18	1 175	31
Citā liela pilsēta (Daugavpils, Liepāja, Jelgava, Ventspils Jūrmala, Rēzekne, Valmiera, Jēkabpils, Ogre)	1 173	31	850	23
Cita pilsēta	983	26	949	25
Pagasta centrs	426	11	377	10
Lauku māja vai lauku saimniecība (ārpus pagasta centra)	476	13	367	10
Nav atbildes	35	1	43	1
Kopā	3 761	100	3 761	100

Šīs pašas atšķirības starp svērtiem un nesvērtiem datiem varam novērot arī 4.1.8.tabulā, kur atspoguļots respondenšu sadalījums pēc reģistrētās dzīvesvietas reģionālās piederības. Novērojams, ka Pierīgas reģiona proporcijas izlasē lēmums Rīgas slimnīcas iekļaut proporcioniāli retāk ietekmējis pat vairāk, nekā Rīgas reģionu. Tas skaidrojams gan ar apstākli, ka Pierīgas reģionā dzīvojošās sievietes visbiežāk izvēlas dzemdēt Rīgā, kā arī ar to, ka Pierīgā ir proporcioniāli visvairāk personu reproduktīvajā vecumā, salīdzinot ar citiem Latvijas reģioniem.

4.1.8.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar dzīvesvietas reģionālo piederību

	Nesvēti dati		Svēti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Rīga	668	18	1 175	31
Pierīga	279	7	815	22
Vidzeme	717	19	387	10
Kurzeme	697	18	480	13
Zemgale	632	17	460	12
Latgale	713	19	392	11
Nav atbildes	55	2	52	1
Kopā	3 761	100	3 761	100

Tā kā šī bija pazīme, pēc kuras dati tika svēti, pētnieki saskārās ar problēmu, ka daļa respondentu uz jautājumu nav atbildējušas. Šī pati problēma attiecās arī uz vecumu (skatīt 4.1.1.tabulu). Tiešajās intervijās šādas problēmas nebūtu, jo situācijās, kad nav atbildēti demogrāfiskie pamatjautājumi, anketa tiek automātiski brāķēta. Šoreiz tomēr pētnieki izvēlējās attiecīgās anketas datu kopā saglabāt. Līdz ar to, izvēlētais risinājums svaru aprēķinam bija reģionu gadījumā piemērot to reģionu, kurā atrodas slimnīca, kur sievietē dzemdējusi. Savukārt vecuma gadījumā svaru aprēķinā uz jautājumu neatbildējušajām sievietēm svaru aprēķinā tika piemērota nejauši izvēlēta vecumgrupa, saglabājot nemainīgu kopējo vecumgrupu proporciju.

4.2. Informācija par jaundzimušo un grūtniecības periodu

Vidējais jaundzimušo svars ir bijis 3518 gramu. 86% aptaujāto atbild, ka mazulis piedzimis bez veselības problēmām. Savukārt 76% aptaujāto sieviešu atzīst, ka bērns piedzimis ar normālu svaru (skat. 4.2.1. tabulu).

4.2.1.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas svaru

	Nesvēti dati		Svēti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Zems svars (2499 gramu vai mazāk)	139	4	132	4
Normāls svars (2500-3999 gramu)	2 857	76	2 849	76
Smags bērns (4000-4499 gramu)	550	15	576	15
Ļoti liels bērns (4500 gramu vai vairāk)	80	2	82	2
Nav atbildes	135	3	122	3
Kopā	3 761	100	3 761	100

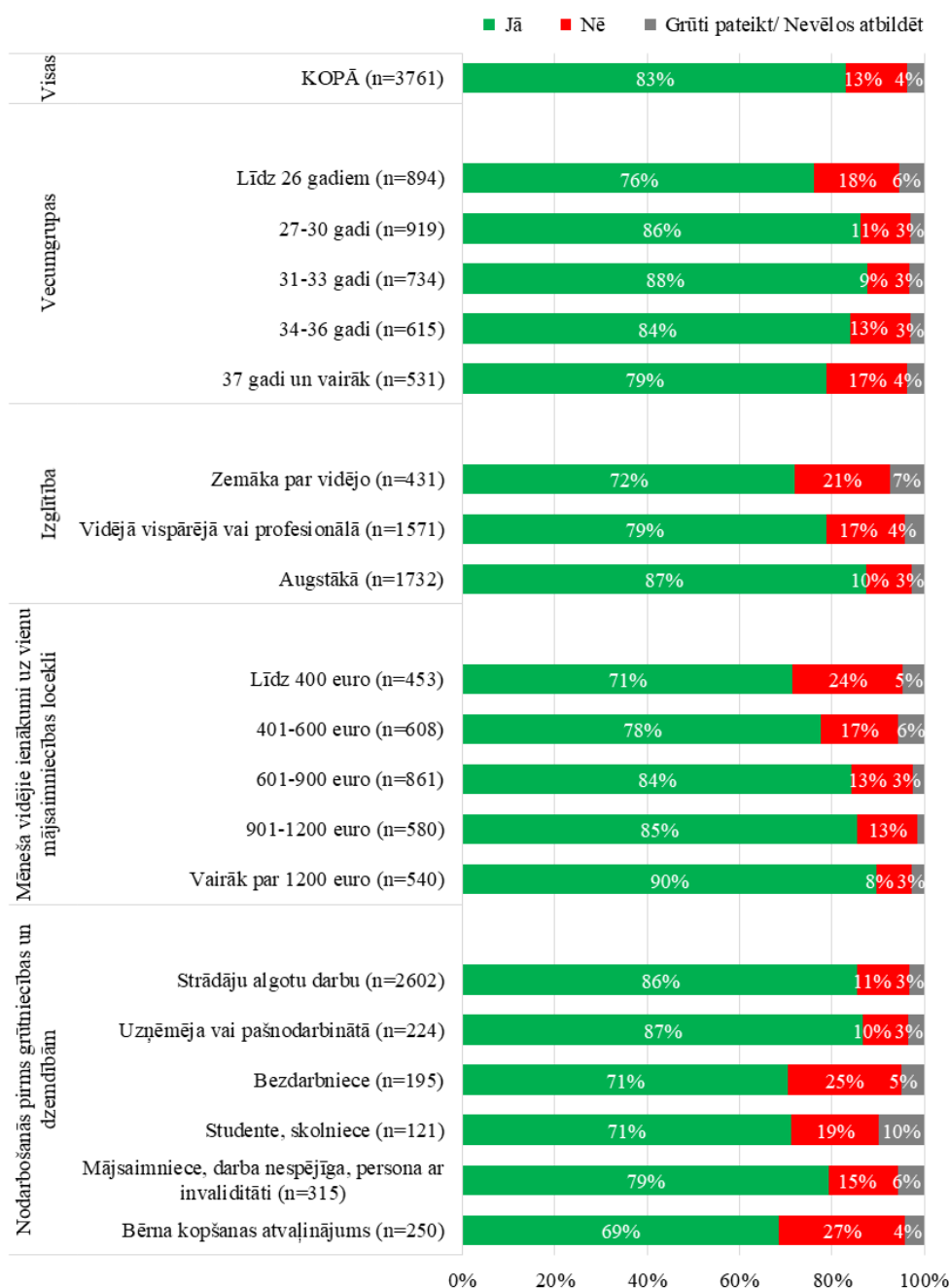
4.2.2.tabula. Respondenšu skaits un īpatsvars saistībā ar jaundzimušā dzimšanas laiku

	Nesvēti dati		Svēti dati	
	Skaits	Procenti	Skaits	Procenti
Priekšlaicīgi dzimis bērns (līdz 36.nedēļai)	195	5	205	5
Savlaicīgi dzimis bērns (37.-42.nedēļa)	3 420	91	3 441	92
Pārnēsāts bērns (43.nedēļa un vēlāk)	7	0	6	0
Grūti pateikt / nav atbildes	139	4	109	3
Kopā	3 761	100	3 761	100

6% respondentu atzīst, ka bērns piedzimis priekšlaicīgi, bet 92% atzīmē, ka bērns piedzimis laikā (skat. 4.2.2. tabulu). Vidēji bērns piedzimis 39,13. nedēļā.

Teju visas respondentes (99%) bijušas grūtniecības uzskaitē. Vidēji sievietes tajā stājušās 8,95. nedēļā.

4.2.1. attēls. Grūtniecības plānošana atkarībā no sociāli demogrāfiskajām pazīmēm



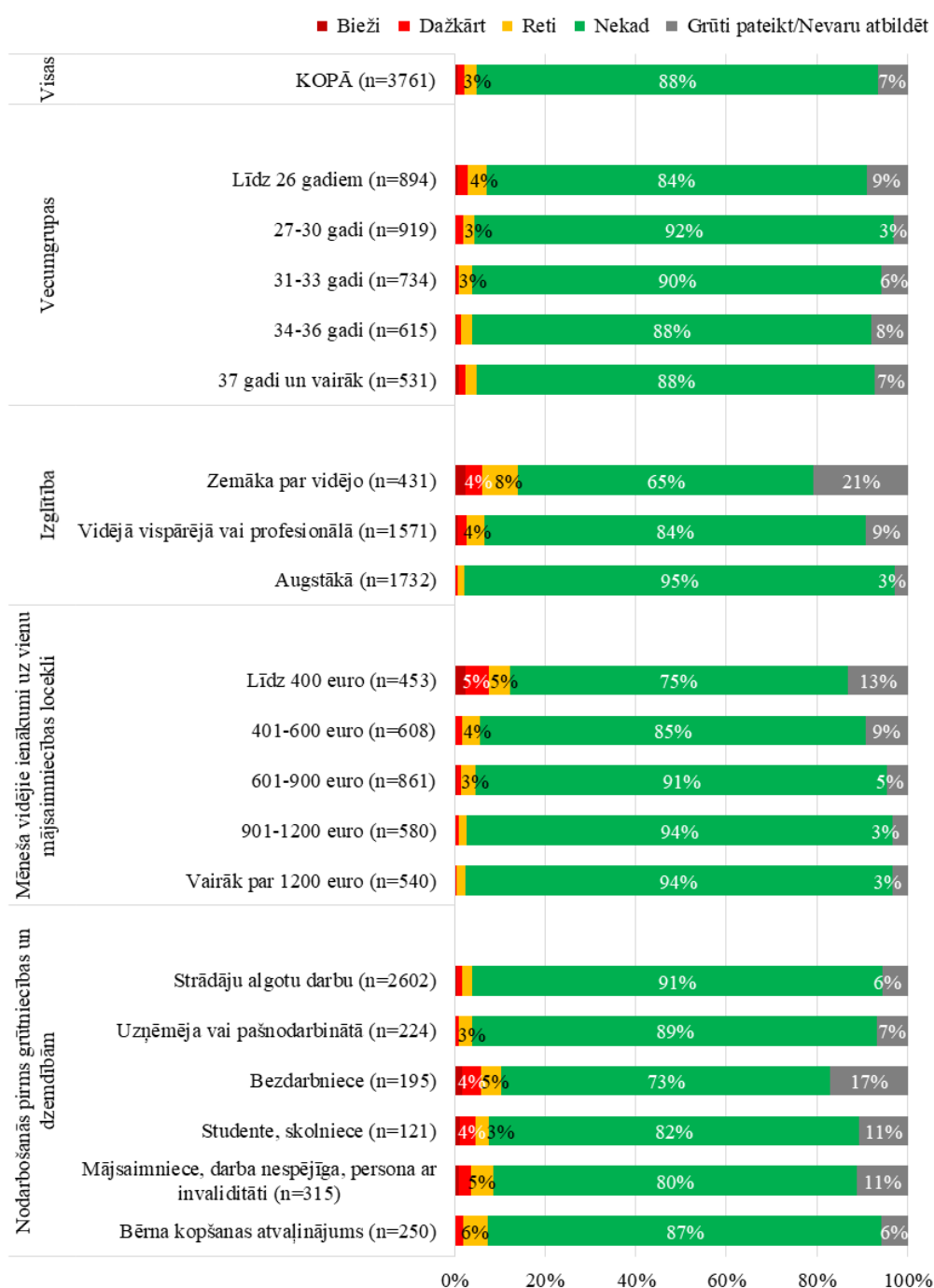
Grūtniecība bijusi plānota 83% gadījumu, bet tāda nav bijusi 13% gadījumu (skat 4.2.1 attēlu). Augstāks neplānotu grūtniecību īpatsvars ir jaunākajā vecuma grupā līdz 26 gadiem un virs 37 gadiem (attiecīgi 18% un 17%), sieviešu grupā ar izglītību, kas zemāka par vidējo (21%), kā

arī sievietēm, kas bijušas bērna kopšanas atvaļinājumā ar iepriekšējo bērnu (27%), bezdarbniecēm (25%), kā arī studentēm vai skolniecēm (19%). Grūtniecības plānošanas īpatsvaram ir saistība arī ienākumu līmeni – jo tie zemāki, jo retāk grūtniecība plānota.

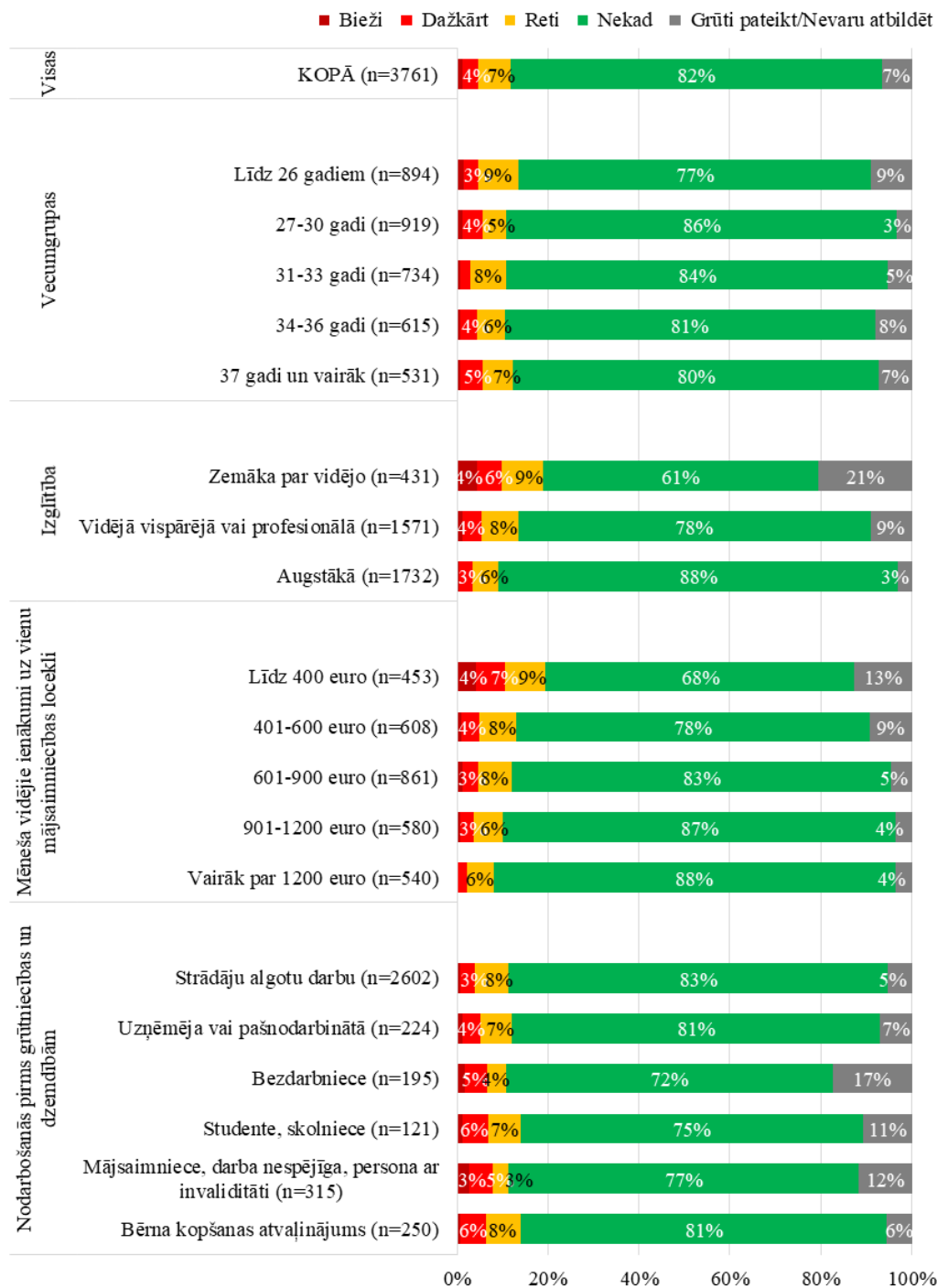
4.3. Respondentes dzīves apstākļi

Respondentes sociāli ekonomiskajam statusam ir nozīme gan piekļuvē veselības aprūpes pakalpojumam, gan informācijas apmaiņai ar ārstu.

4.3.1.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja atļauties apmeklēt ģimenes ārstu, izplatība



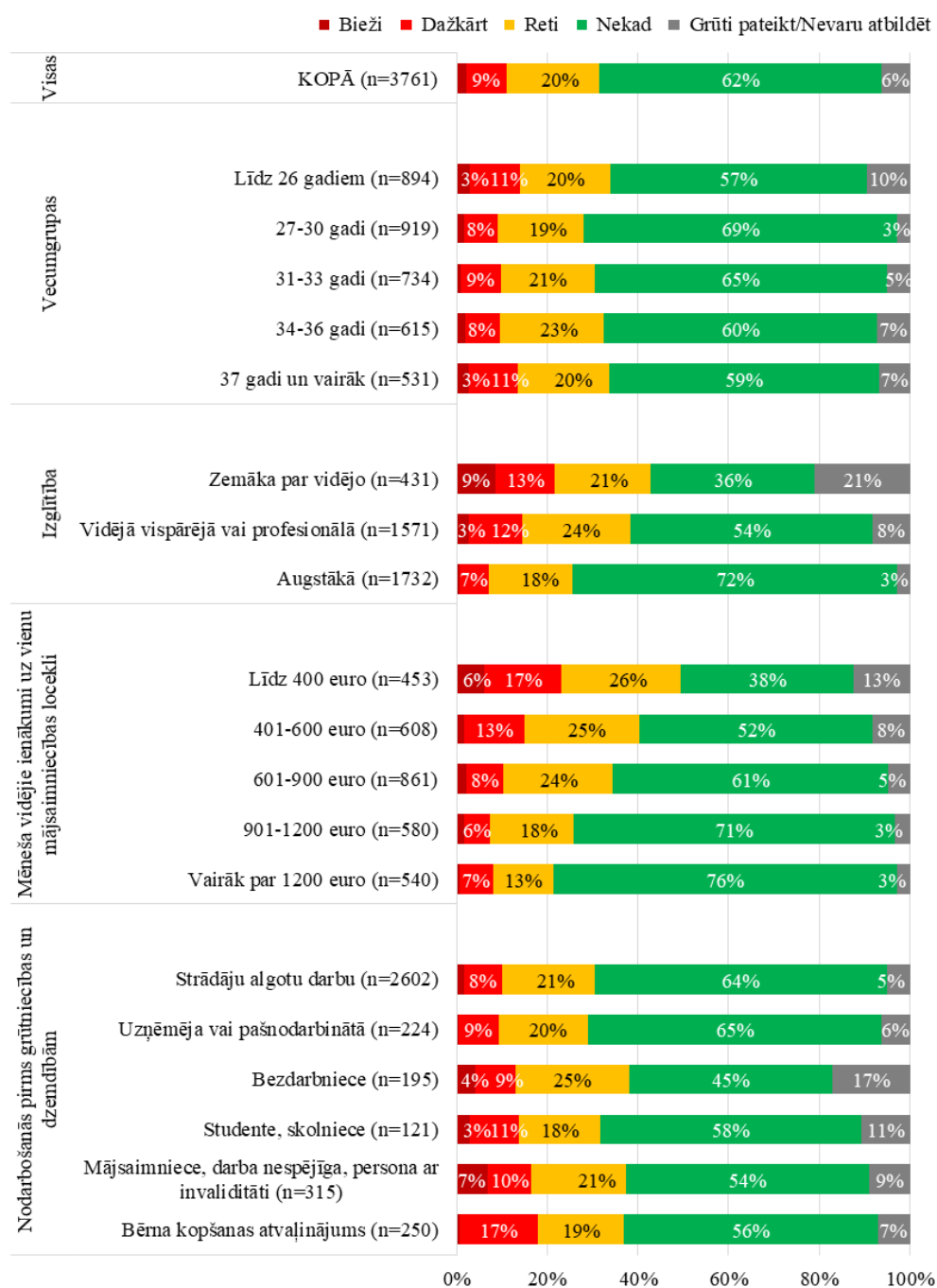
4.3.2. attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja atļauties apmeklēt ginekologu, izplatība



88% respondentu ir atzinušas, ka viņām **nekad** nav bijusi situācija, kad **nepietiekamu līdzekļu dēļ** nav varējusi atļauties apmeklēt ģimenes ārstu (skat. 4.3.1.attēlu), bet 82% - **ginekologu** (skat 4.3.2. attēlu). 5% norāda, ka šāda situācija ar ģimenes ārstu ir bijusi vismaz kādreiz, bet 7% nespēj uz to atbildēt. Ginekologu vismaz reizi nav varējušas apmeklēt jau 12% aptaujāto sievietes. Augstāks īpatsvars sievietes, kas kaut reizi nav varējušas atrast līdzekļus ģimenes ārsta apmeklējumam, ir starp sievietēm ar izglītību, kas zemāka par vidējo (14% ģimenes ārstu, 19% ginekologu); šajā grupā arī 21% nav sniegušas atbildes. Pārliecība, ka šādas situācijas nav bijis

nekad, zemāka ir starp sievietēm, kas ir bezdarbnieces (72-73%), starp mājsaimniecēm, pastāvīgi darba nespējīgām personām un personām ar invaliditāti (77-80%). Ģimenes ārsta un ginekologa pieejamībai ir tieša saistība ar ienākumiem – zemākajā ienākumu grupā šādas situācijas nav bijis vien 68% sieviešu attiecībā uz ginekologu un 75% sieviešu attiecībā uz ģimenes ārstu.

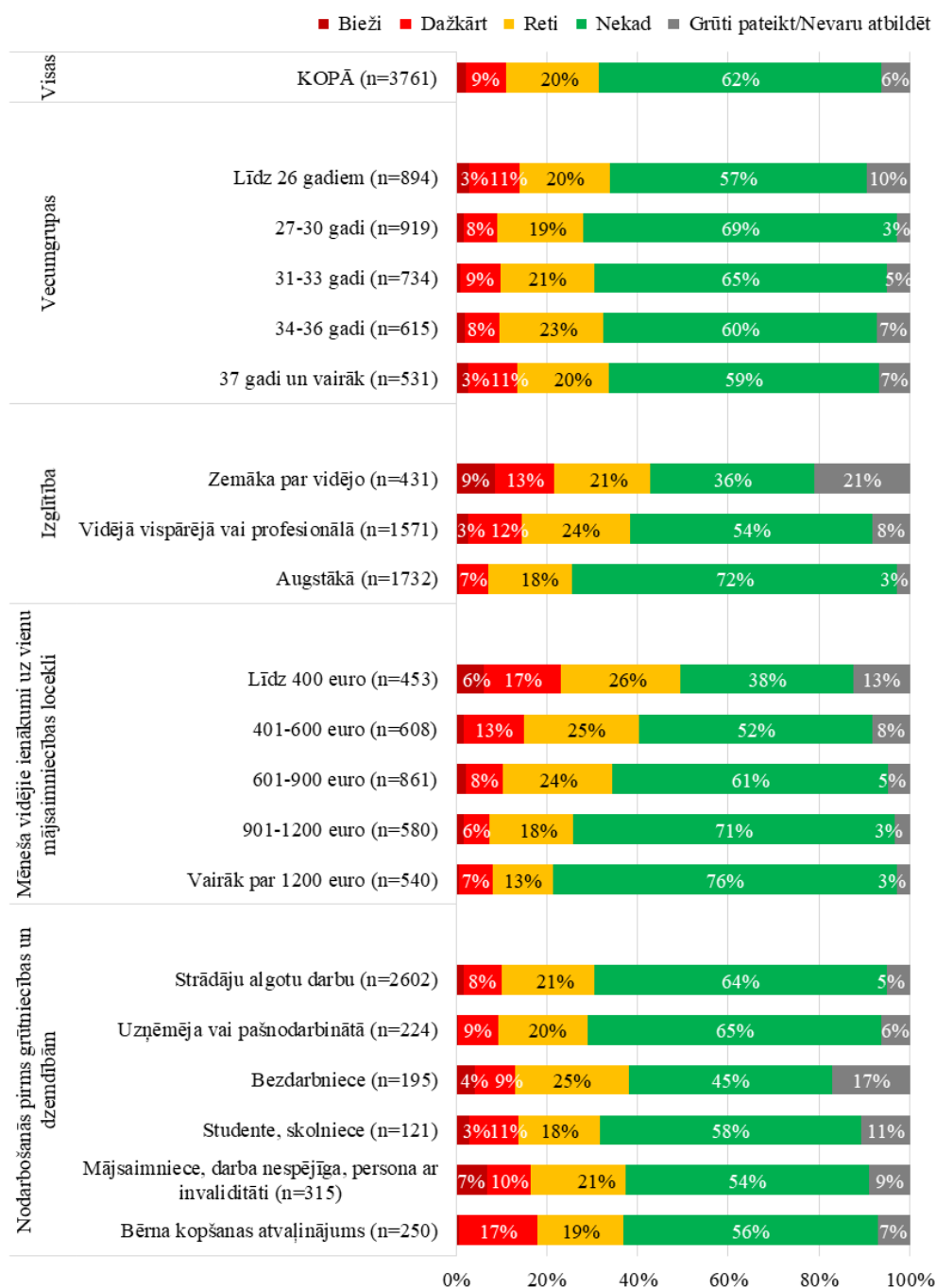
4.3.3.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, izplatība



Situāciju, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ respondente nav varējusi atļauties iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, nekad nav piedzīvojušas vien 62% sieviešu. 2% atzīst, ka šāda situācija bijusi bieži, 9% - dažkārt, bet 20% reti (skat. 4.3.3. attēlu). Te vien 36% sieviešu

ar izglītību, kas zemāka par vidējo, un 54% ar vidējo izglītību atbildējušas, ka šādas situācijas nav bijis nekad. Ienākumu grupā līdz 400 euro uz personu pārtiku bieži nav varējušas iegādāties 6% respondentu, bet 17% dažkārt un 26% - reti.

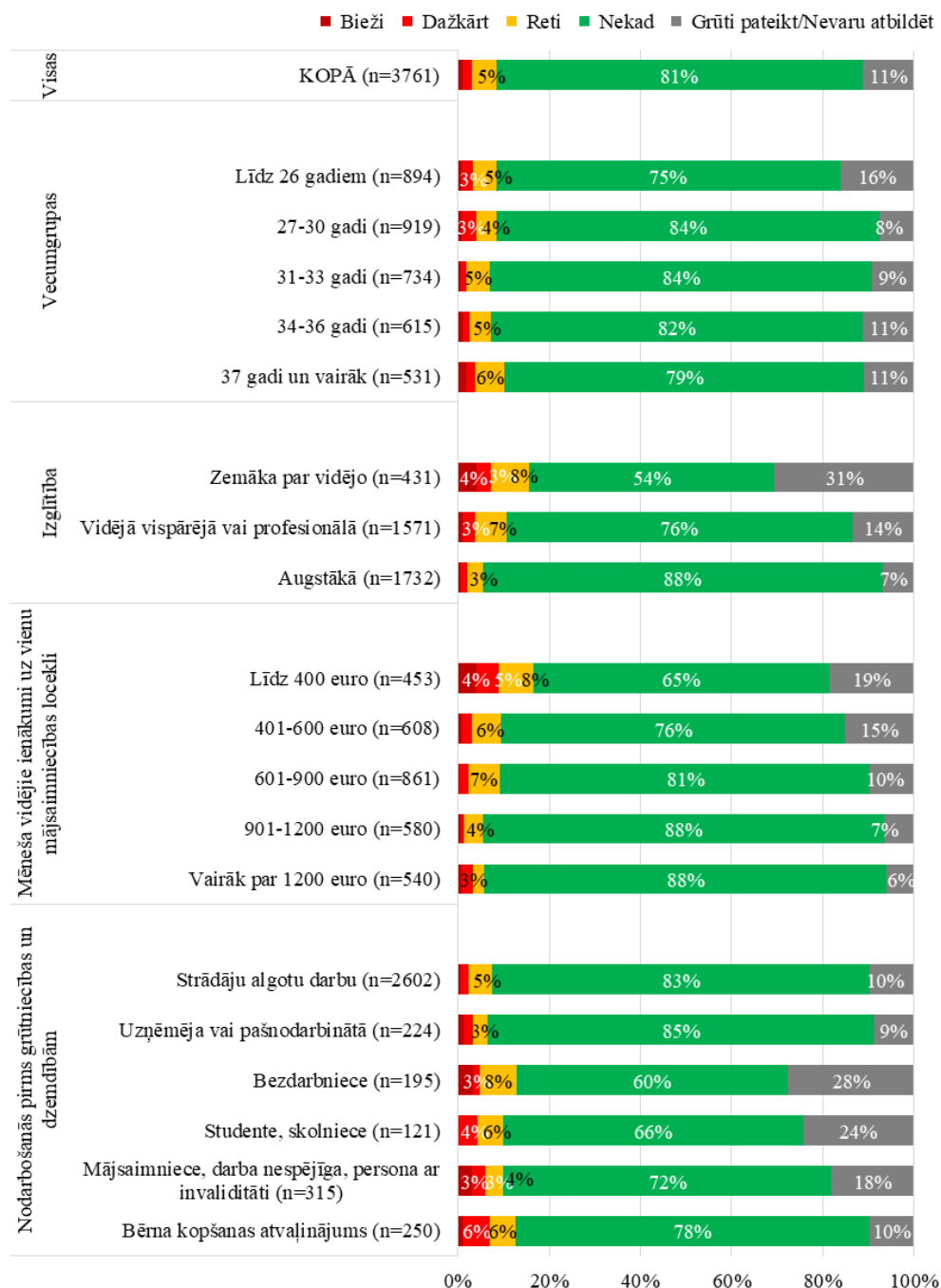
4.3.4.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties nepieciešamos medikamentus, izplatība



Situācija, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ respondente **nav varējusi atļauties iegādāties nepieciešamos medikamentus**, nekad nav bijusi 62% respondentu (skat. 4.3.4. attēlu). 2% atzīst, ka šāda situācija bijusi bieži, 10% - dažkārt, bet 21% reti, tādējādi kopā kaut reizi tā bijis 33% respondentu. Šāda situācija biežāk bijusi jaunākām respondentēm līdz 26 gadu vecumam (38%). Līdzīgi kā ar pārtiku, vien 35% sieviešu ar izglītību, kas zemāka par vidējo, un 52% ar

vidējo izglītību, ka šādas situācijas nav bijis nekad. Ienākumu grupā līdz 400 euro uz personu, medikamentus bieži nav varējušas iegādāties 6% respondentu, bet 15% dažkārt un 31% - reti.

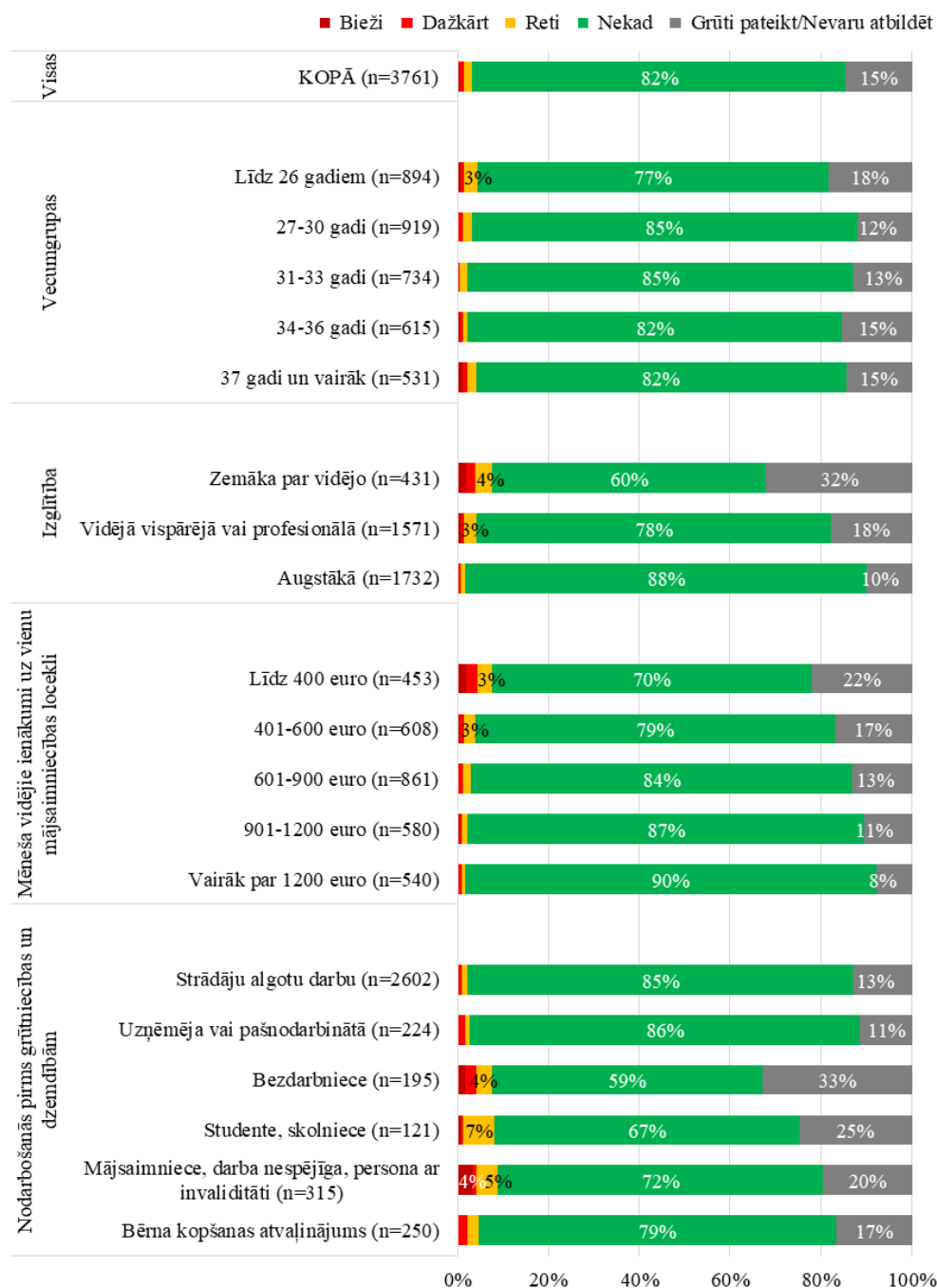
4.3.5.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties pretapaugļošanās līdzekļus, izplatība



81% aptaujāto sieviešu atzīmējušas, ka nekad nav piedzīvojušas situāciju, kad **nav varējušas atļauties iegādāties pretapaugļošanās līdzekļus** (skat. 4.3.5. attēlu). 11% uz šo jautājumu nespēja vai nevēlējās atbildēt, bet 5% atzīmē, ka tas noticis reti. “Grūti pateikt” atbilžu īpatsvars ir augstāks vecuma grupā līdz 26 gadiem (16%) un sieviešu, kurām nav pabeigtas vidējās izglītības, vidū (31%), kas rāda, ka atbildi ietekmē ne tikai ekonomiskā situācija, bet arī priekšstati par kontracepciju. Tomēr ienākumu grupā līdz 400 euro uz personu līdzekļu

trūkumu kontracepcijai bieži atzinušas 4% respondentu, 5% dažkārt un 8% - reti. Jāatzīmē, ka, jo zemāki ienākumi, jo biežāk uz jautājumu nav atbildēts.

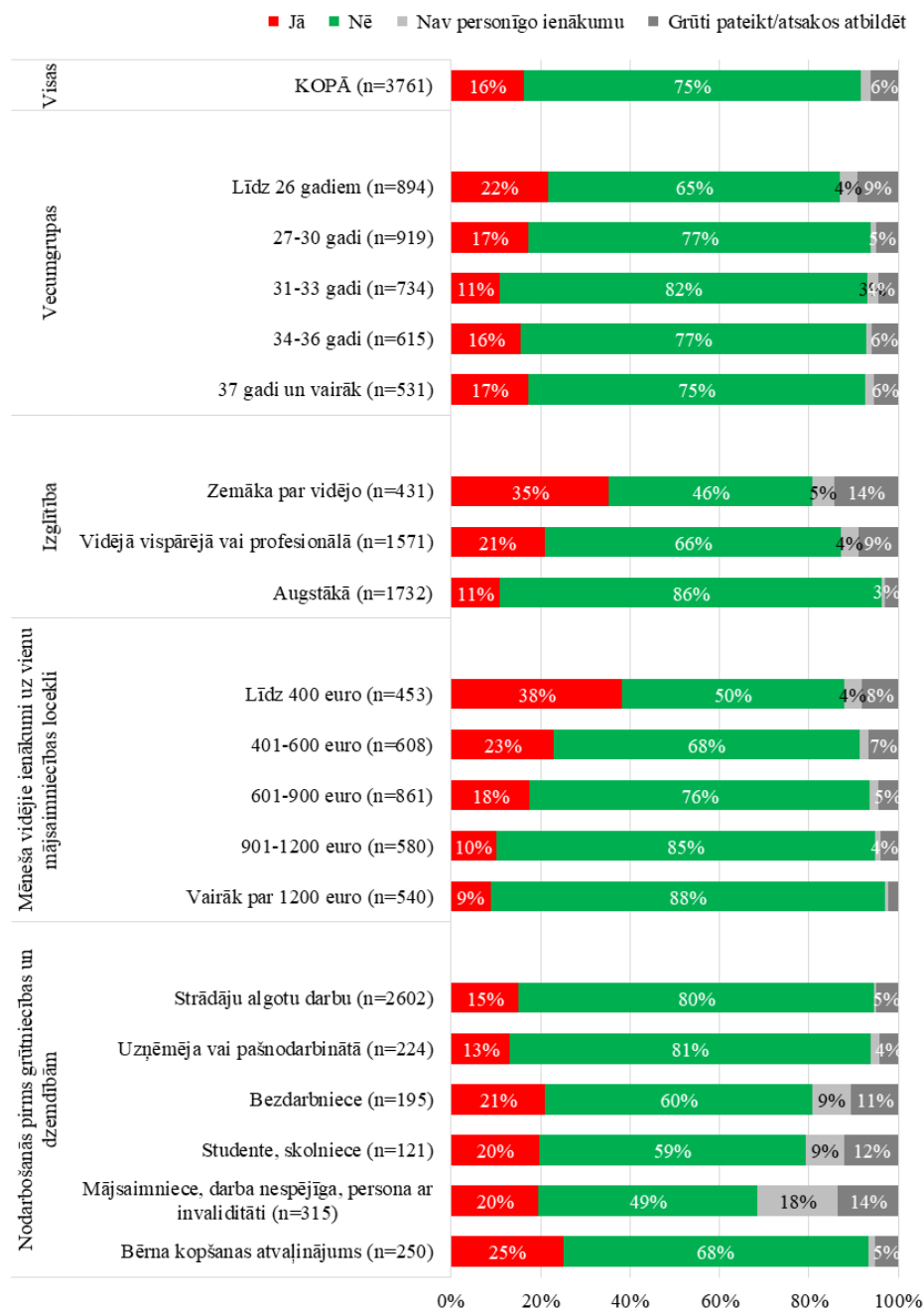
4.3.6.attēls. Situācijas, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijusi iespēja iegādāties līdzekļus aizsardzībai pret seksuāli transmisīvajām infekcijām, HIV(AIDS), izplatība



Situācija, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav bijis iespējams atļauties iegādāties līdzekļus aizsardzībai pret seksuāli transmisīvajām infekcijām, HIV(AIDS) nekad nav bijusi 82% atbildējušo sieviešu (skat. 4.3.6. attēlu). Kaut reizi šādas problēmas atzinušas 3% sieviešu, bet 15% nav spējušas atbildēt. Arī te atbildi visticamāk ietekmē ne tikai ekonomiskās iespējas, bet arī priekšstati par aizsargāšanos. Zemāks īpatsvars negatīvai atbildei ir jaunākajā vecuma grupā

līdz 26 gadiem, sievietēm bez vidējās izglītības un sievietēm ar zemākiem ienākumiem vidū. Taču raksturīgi, ka šajās grupās ne tik daudz biežāk sniegtas pozitīvas atbildes, cik atbilžu nav vispār.

4.3.7.attēls. Vai pēdējos 12 mēnešos ir bijušas situācijas, kad ienākumu nav pieticis, lai segtu ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros izdevumus?



Atbildot uz jautājumu, vai pēdējos 12 mēnešos ir bijis tā, ka ienākumu nav pieticis, lai **segta ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros izdevumus**, 16% respondenšu atbild apstiprinoši un vēl 2% atzīst, ka personisko ienākumu viņām nav (skat 4.3.7. attēlu). Apstiprinošu atbildi sniegušo ir 22% vecuma grupā līdz 26 gadiem un 35% starp sievietēm bez vidējās izglītības, 57% starp sievietēm, kas dzīvoja vienas. Pozitīva atbilde korelē arī ar ienākumu līmeni – šādi atbildējušas 38% sieviešu grupā ar ienākumiem līdz 400 euro uz ģimenes locekli un 23% ar ienākumiem no 401 līdz 600 euro uz personu.

4.3.1.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, dzīvesvietu griezumā

	Visas, kam pēdējos 12 mēnešos nav pieticis ienākumu, lai segtu nepieciešamos regulāros izdevumus (n=688)	Dzīvesvieta				
		Rīga (n=109)	Cita lielā pilsēta (n=226)	Cita pilsēta (n=183)	Pagasta centrs (n=79)	Lauku māja vai lauku saimniecība (n=86)
Samazināju tēriņus, iztiku bez trūkstošajiem līdzekļiem	55%	57%	53%	56%	44%	67%
Aizņēmos pārtiku (naudu) no ģimenes vai draugiem	47%	46%	44%	52%	48%	50%
Izņēmu daļu savu uzkrājumu vai pārskaitīju uzkrājumus norēķinu kontā	33%	47%	28%	27%	25%	25%
Vairāk strādāju, nopelnīju papildu līdzekļus	27%	34%	23%	26%	24%	25%
Kavēju rēķinu apmaksu	26%	23%	29%	24%	31%	27%
Pārdevu kaut ko, kas pieder man	22%	23%	23%	13%	31%	28%
Paņēmu “ātro kredītu”	17%	18%	19%	14%	17%	15%
Izmantoju iepriekš apstiprinātu overdraftu vai kredītliniju	11%	15%	10%	10%	9%	11%
Izmantoju kredītkartes līdzekļus, lai nopirktu pārtiku (samaksātu) rēķinus	11%	11%	11%	10%	13%	9%
Ieķīlāju lombardā kaut ko, kas man pieder	8%	11%	6%	5%	8%	7%
Aizņēmos no darba devēja avansā	5%	9%	5%	1%	8%	4%
Paņēmu kredītu no finanšu pakalpojumu sniedzēja	4%	6%	6%	2%	2%	1%
Ņēmu pārtiku un preces uz kredīta no tirgotāja	3%	2%	3%	2%	5%	4%
Aizņēmos no sava hipotekāra kredīta atmaksas konta	2%	2%	3%	1%	2%	1%
Paņēmu kredītu pret savu uzkrājumu ķīlu	2%	2%	2%	1%	1%	3%
Paņēmu kredītu no neoficiāla aizdevēja	1%	0%	0%	1%	5%	2%
Pārsniedzu overdraftu	1%	1%	0%	0%	1%	1%
Cita atbilde	1%	1%	0%	0%	6%	1%
Nezina/ atsakās atbildēt	3%	0%	3%	8%	4%	2%

4.3.2.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, ienākumu griezumā

	Visas, kam pēdējos 12 mēnešos nav pieticis ienākumu, lai segtu nepieciešamos regulāros izdevumus (n=688)	Mēneša vidējie ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli				
		Līdz 400 euro (n=163)	401-600 euro (n=130)	601-900 euro (n=157)	901-1200 euro (n=69)	Vairāk par 1200 euro (n=59)
Samazināju tēriņus, iztiku bez trūkstošajiem līdzekļiem	55%	54%	52%	66%	59%	44%
Aizņēmos pārtiku (naudu) no ģimenes vai draugiem	47%	52%	47%	43%	39%	50%
Izņēmu daļu savu uzkrājumu vai pārskaitīju uzkrājumus norēķinu kontā	33%	26%	30%	37%	43%	46%
Vairāk strādāju, nopelnīju papildu līdzekļus	27%	24%	30%	27%	33%	24%
Kavēju rēķinu apmaksu	26%	40%	31%	20%	22%	7%
Pārdevu kaut ko, kas pieder man	22%	31%	31%	12%	23%	18%
Paņēmu “ātro kredītu”	17%	16%	18%	20%	20%	6%
Izmantoju iepriekš apstiprinātu overdraftu vai kredītliniju	11%	9%	15%	8%	18%	4%
Izmantoju kredītkartes līdzekļus, lai nopirktu pārtiku (samaksātu) rēķinus	11%	11%	9%	12%	14%	13%
Ieķīlāju lombardā kaut ko, kas man pieder	8%	11%	12%	4%	7%	5%
Aizņēmos no darba devēja avansā	5%	2%	10%	4%	4%	1%
Paņēmu kredītu no finanšu pakalpojumu sniedzēja	4%	3%	2%	6%	1%	9%
Ņēmu pārtiku un preces uz kredīta no tirgotāja	3%	3%	1%	3%	6%	2%
Aizņēmos no sava hipotekāra kredīta atmaksas konta	2%	1%	3%	0%	6%	2%
Paņēmu kredītu pret savu uzkrājumu ķīlu	2%	1%	2%	3%	0%	0%
Paņēmu kredītu no neoficiāla aizdevēja	1%	3%	1%	0%	2%	1%
Pārsniedzu overdraftu	1%	0%	0%	0%	1%	1%
Cita atbilde	1%	0%	3%	3%	0%	0%
Nezina/ atsakās atbildēt	3%	3%	3%	3%	1%	1%

4.3.3.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, vecumgrupu griezumā

	Visas, kam pēdējos 12 mēnešos nav pieticis ienākumu, lai segtu nepieciešamos regulāros izdevumus (n=688)	Vecumgrupas				
		Līdz 26 gadiem (n=195)	27-30 gadi (n=169)	31-33 gadi (n=105)	34-36 gadi (n=112)	37 gadi un vairāk (n=96)
Samazināju tēriņus, iztiku bez trūkstošajiem līdzekļiem	55%	54%	60%	58%	60%	47%
Aizņēmos pārtiku (naudu) no ģimenes vai draugiem	47%	66%	43%	51%	35%	35%
Izņēmu daļu savu uzkrājumu vai pārskaitīju uzkrājumus norēķinu kontā	33%	25%	39%	27%	46%	28%
Vairāk strādāju, nopelnīju papildu līdzekļus	27%	24%	31%	28%	35%	17%
Kavēju rēķinu apmaksu	26%	31%	20%	32%	24%	27%
Pārdevu kaut ko, kas pieder man	22%	24%	21%	21%	23%	24%
Paņēmu “ātro kredītu”	17%	19%	18%	21%	13%	10%
Izmantoju iepriekš apstiprinātu overdraftu vai kredītlīniju	11%	10%	7%	8%	12%	21%
Izmantoju kredītkartes līdzekļus, lai nopirktu pārtiku (samaksātu) rēķinus	11%	9%	14%	9%	5%	17%
Ieķīlāju lombardā kaut ko, kas man pieder	8%	8%	10%	5%	5%	8%
Aizņēmos no darba devēja avansā	5%	7%	1%	5%	9%	4%
Paņēmu kredītu no finanšu pakalpojumu sniedzēja	4%	3%	4%	2%	4%	8%
Ņēmu pārtiku un preces uz kredīta no tirgotāja	3%	2%	1%	3%	5%	3%
Aizņēmos no sava hipotekāra kredīta atmaksas konta	2%	4%	2%	1%	0%	0%
Paņēmu kredītu pret savu uzkrājumu ķīlu	2%	1%	2%	2%	2%	2%
Paņēmu kredītu no neoficiāla aizdevēja	1%	1%	1%	0%	0%	3%
Pārsniedzu overdraftu	1%	0%	0%	0%	3%	0%
Cita atbilde	1%	2%	0%	4%	0%	0%
Nezina/ atsakās atbildēt	3%	4%	3%	1%	4%	3%

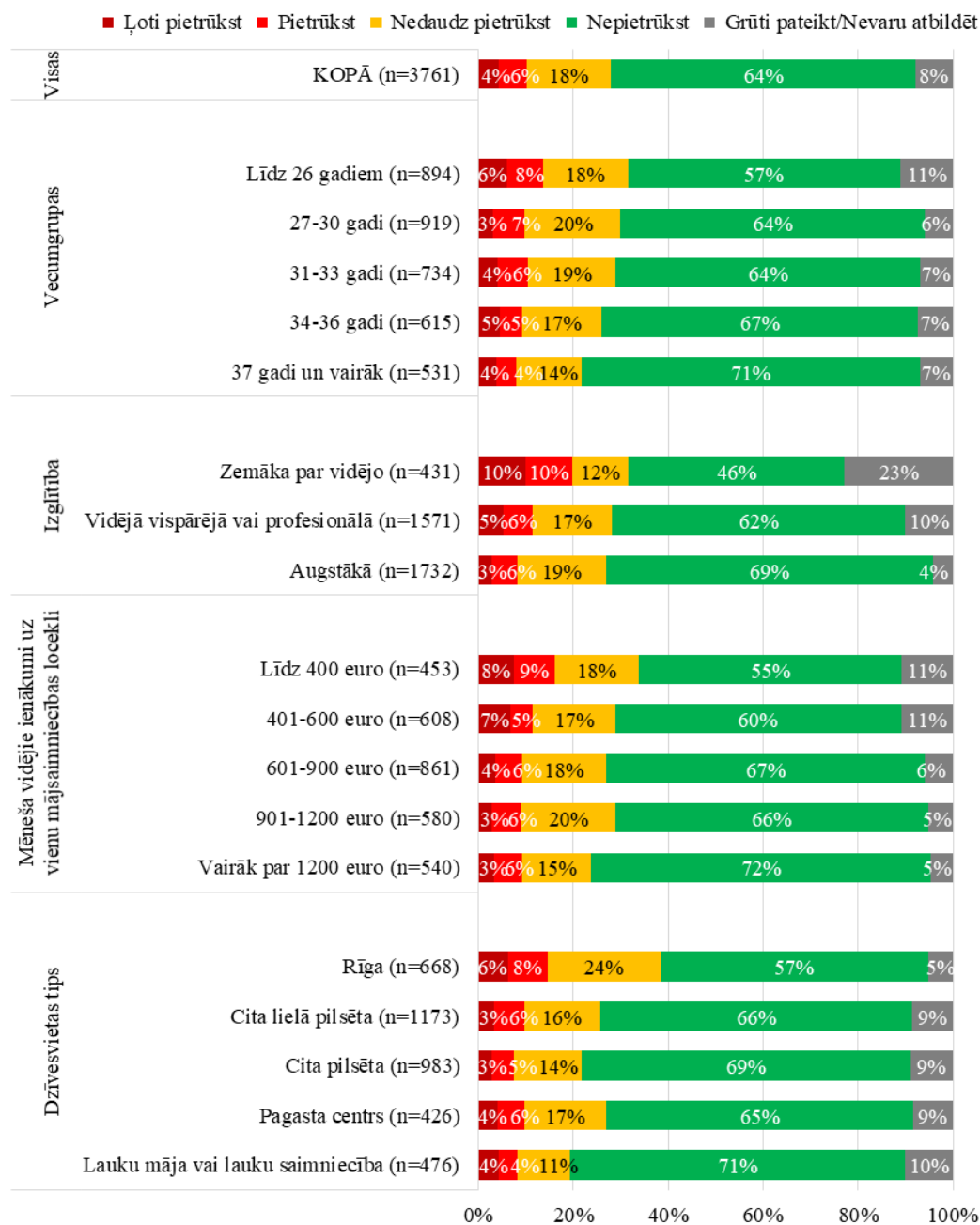
4.3.4.tabula. Rīcība pēdējo reizi, kad “nesavilka galus kopā”, izglītības līmeņu griezumā

	Visas, kam pēdējos 12 mēnešos nav pieticis ienākumu, lai segtu nepieciešamos regulāros izdevumus (n=688)	Izglītības līmeņi		
		Zemāka par vidējo (n=148)	Vidējā vispārējā vai profesionālā (n=344)	Augstākā (n=193)
Samazināju tēriņus, iztiku bez trūkstošajiem līdzekļiem	55%	47%	57%	57%
Aizņēmos pārtiku (naudu) no ģimenes vai draugiem	47%	56%	49%	40%
Izņēmu daļu savu uzkrājumu vai pārskaitīju uzkrājumus norēķinu kontā	33%	22%	27%	46%
Vairāk strādāju, nopelnīju papildu līdzekļus	27%	21%	28%	29%
Kavēju rēķinu apmaksu	26%	38%	28%	19%
Pārdevu kaut ko, kas pieder man	22%	22%	23%	23%
Paņēmu “ātro kredītu”	17%	20%	22%	9%
Izmantoju iepriekš apstiprinātu overdraftu vai kredītliniju	11%	13%	11%	12%
Izmantoju kredītkartes līdzekļus, lai nopirktu pārtiku (samaksātu) rēķinus	11%	5%	10%	14%
Ieķīlāju lombardā kaut ko, kas man pieder	8%	21%	8%	2%
Aizņēmos no darba devēja avansā	5%	3%	5%	7%
Paņēmu kredītu no finanšu pakalpojumu sniedzēja	4%	1%	4%	5%
Ņēmu pārtiku un preces uz kredīta no tirgotāja	3%	4%	2%	3%
Aizņēmos no sava hipotekāra kredīta atmaksas konta	2%	1%	3%	1%
Paņēmu kredītu pret savu uzkrājumu ķīlu	2%	1%	3%	1%
Paņēmu kredītu no neoficiāla aizdevēja	1%	3%	1%	0%
Pārsniedzu overdraftu	1%	0%	1%	1%
Cita atbilde	1%	0%	1%	2%
Nezina/ atsakās atbildēt	3%	3%	5%	0%

To 16% sieviešu vidū, kurām ienākumu nav pieticis, lai segtu ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros izdevumus, populārākais risinājums, kad neizdodas “savilkt kopā galus”, ir tēriņu samazināšana un iztikšana bez trūkstošajiem līdzekļiem (55%) (skat 4.3.1. - 4.3.4. tabulas). Šo risinājumu biežāk pielietojušas sievietes ar vidēji augstiem ienākumiem un laukos dzīvojošas respondentes. Pārtikas (naudas) aizņemšanās no ģimenes vai draugiem atzīst 47% respondenšu, kurām ienākumu nav pieticis, lai segtu ikdienas dzīvei nepieciešamos regulāros

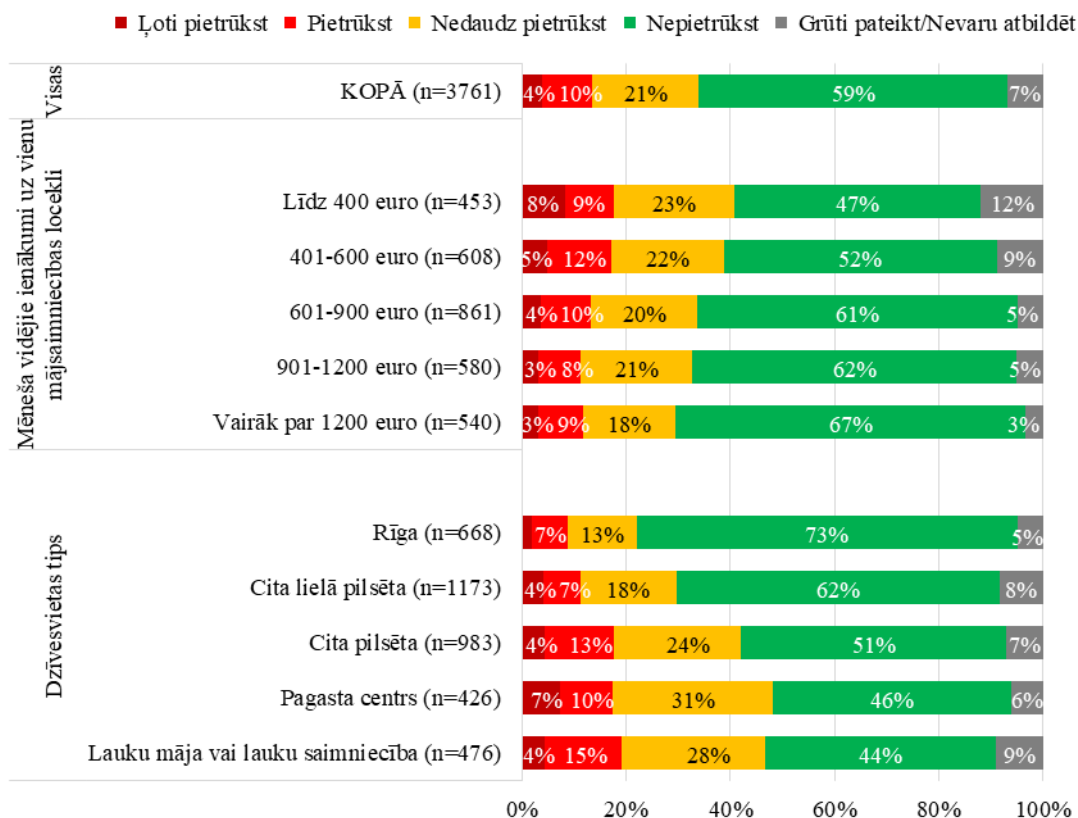
izdevumus – šis risinājums bijis populārāks starp gados jaunākajām (66% vecuma grupā līdz 26 gadiem) un sievietēm bez vidējās izglītības (56%). Sievietes vecuma grupā 34-36 gadi (46%), ar augstāko izglītību (46%) un rīdnieces (47%) biežāk nekā vidēji visas grūtībās nonākušās respondentes izmantojušas drošības spilvenus - izņēmušas daļu saviem uzkrājumiem vai pārskaitījušas uzkrājumus norēķinu kontā. 27% grūtībās nonākušo sieviešu norāda, ka vairāk strādājušas un nopelnījušas papildu līdzekļus. Vidēji 26% atzina, ka kavējušas rēķinu apmaksu, turklāt šeit augstāks ir īpatsvars sieviešu vidū bez vidējās izglītības (38%) un ienākumiem līdz 400 euro uz personu mēnesī (40%). 22% ir pārdevušas kādas sev piederošas lietas un arī to biežāk darījušas sievietes ar zemākiem ienākumiem. 17% grūtībās nonākušo sieviešu ņēmušas “ātros” kredītus.

4.3.8.attēls. Cik ļoti pietrūkst patīkamas un drošas apkārtnes vietā, kur dzīvo



Jautātas par drošu un patīkamu vidi, 28% sieviešu atzīst, ka tādas viņu tuvākajā apkārtnē pietrūkst, tiesa, 18% gadījumā pietrūkst nedaudz, bet atbildes “pietrūkst” vai “ļoti pietrūkst” izvēlējušās 10% (skat. 4.3.8. attēlu). Atbildes uz šo jautājumu saistās ar respondenšu vecumu, izglītības līmeni un ienākumu līmeni – jo tie ir zemāki, jo mazāk sieviešu atzīst, ka ir apmierinātas ar apkārtējo vidi. Zemāka apmierinātība ar vidi ir Rīgā, kur apmierinātas ir vien 57% sieviešu, bet augstāka laukos, kur patīkamas un drošas apkārtnes nepietrūkst 71%.

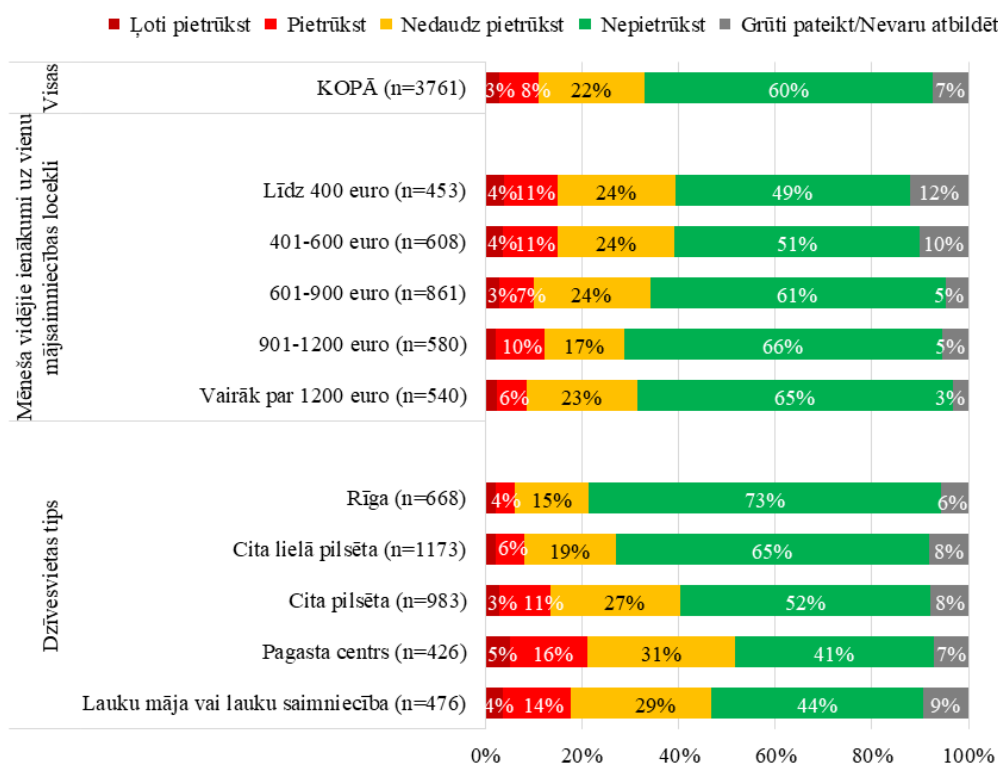
4.3.9.attēls. Cik ļoti pietrūkst veselības aprūpes pakalpojumu vietā, kur dzīvo



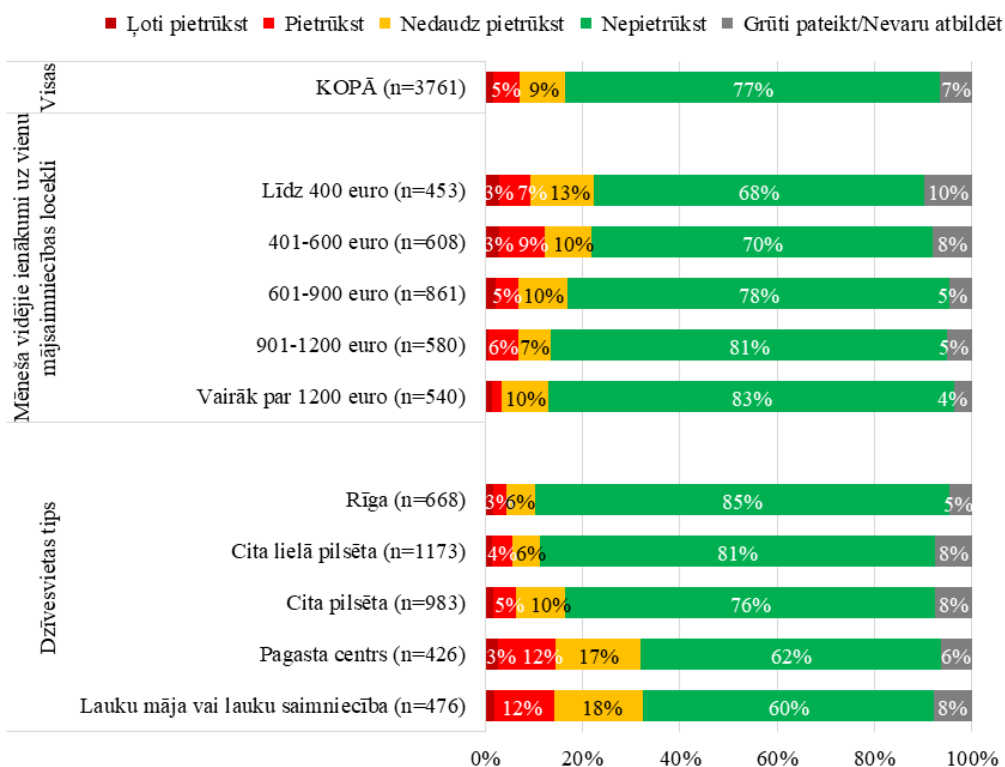
Ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību savā apkārtnē apmierinātas (vietā, uz kurieni respondentei ir viegli nokļūt) ir 59% aptaujāto sieviešu (skat 4.3.9. attēlu). Šo pakalpojumu piekļuves pietrūkst 34% sieviešu (tai skaitā ļoti pietrūkst 4%). Biežāk uz to, ka pakalpojumu pietrūkst, norāda sievietes, kas dzīvo pagastu centros (48%), kā arī lauku mājās vai lauku saimniecībās (47%). Tāpat novērojams, ka, jo zemāki ir ienākumi, jo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība novērtēta zemāk.

Ar sadzīves pakalpojumu pieejamību apmierinātas ir 60% sieviešu (skatīt 4.3.10. attēlu). Novērojamas līdzīgas kopsakarības vērtējumā, kā tas ir ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tas ir, uz to, ka pakalpojumu pietrūkst, visbiežāk norāda laukos – pagastu centros, lauku mājās un saimniecībās – dzīvojošās sievietes. Turklāt raksturīgi, ka visizteiktāk pietrūkst tām, kas dzīvo pagastu centros, nevis atsevišķās lauku mājās. Savukārt ar ienākumu līmeni saistība ir mazāk lineāra, nekā veselības aprūpes pakalpojumu gadījumā – cēlonis visdrīzāk saistās ar to, ka sievietēm ar zemākiem ienākumiem nebūtu iespēju izmantot sadzīves pakalpojumus zemākas rocības dēļ, tāpēc arī viņas neizjūt to trūkumu, kamēr veselības aprūpes pakalpojumiem noteiktās dzīves situācijās nav pieņemamas alternatīvas.

4.3.10.attēls. Cik ļoti pietrūkst dažādu sadzīves pakalpojumu vietā, kur dzīvo

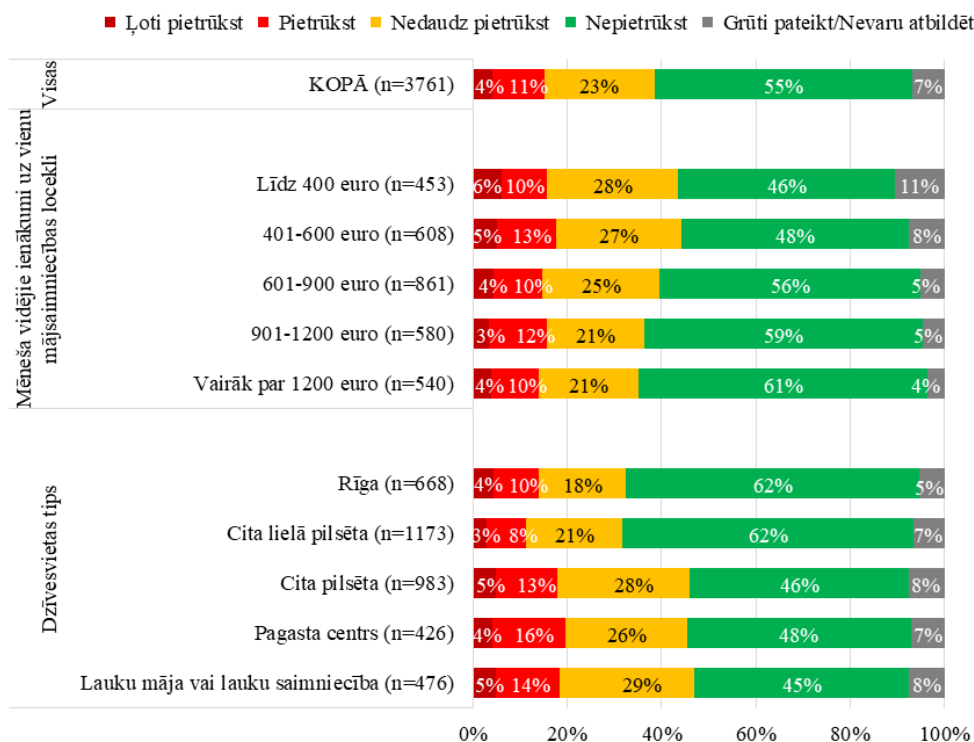


4.3.11.attēls. Cik ļoti pietrūkst pārtikas veikalu vietā, kur dzīvo

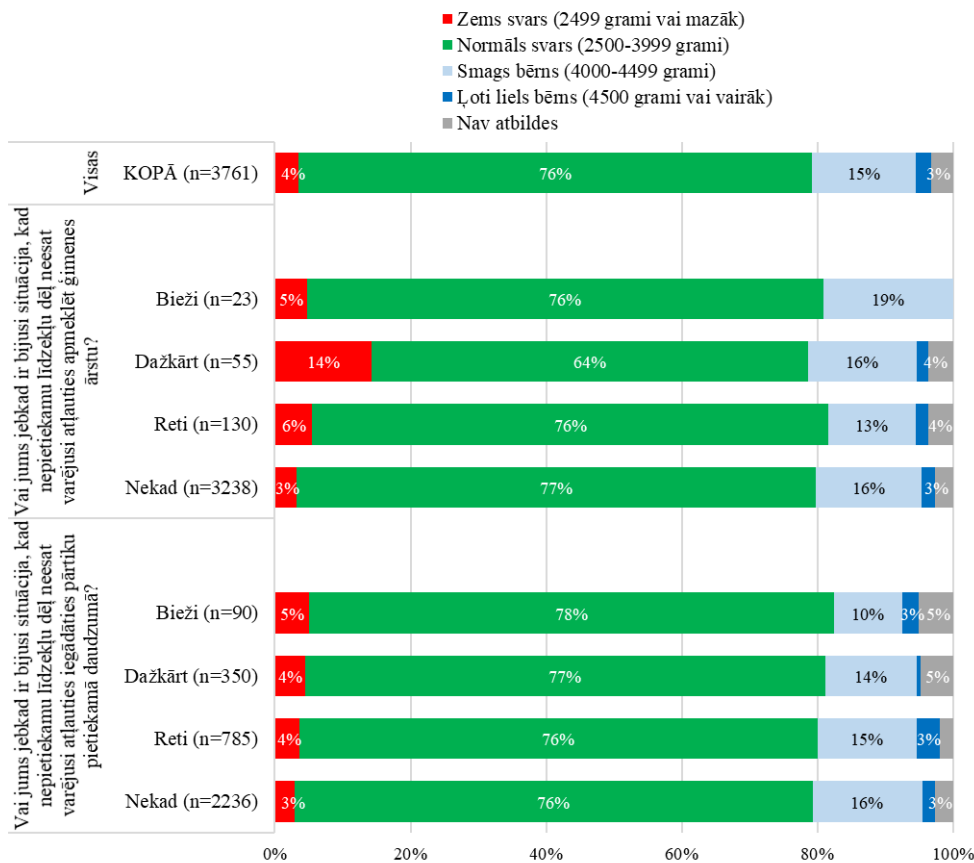


Arī **veikalu pieejamība** ir zemāk vērtēta laukos un pagastu centros (tur 32-33% šo pakalpojumu kaut nedaudz pietrūkst, salīdzinot ar 16% vidējo rādītāju), bet redzama arī saistība ar ienākumiem – apmierinātība ir augstāka augstākās ienākumu grupās (skat. 4.3.11. attēlu).

4.3.12.attēls. Cik ļoti pietrūkst iespējas apmeklēt kultūras, sporta vai citus pasākumus vietā, kur dzīvo



4.3.13.attēls. Svārs, bērnam piedzimstot, atkarībā no iespējām apmeklēt ģimenes ārstu un iegādāties pārtiku nepieciešamajā daudzumā

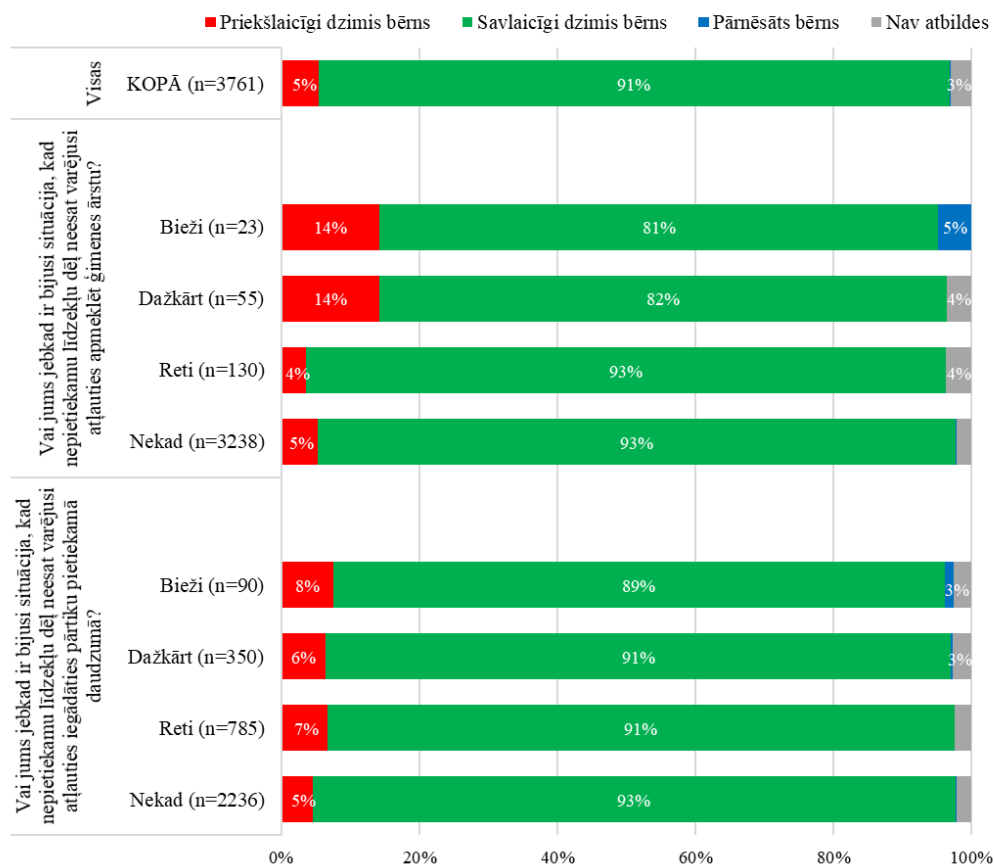


Kultūras, sporta vai citu pasākumu ērta pieejamības pietrūkst 39% respondentu (skat. 4.3.12. attēlu). To vairāk pietrūkst nelielās pilsētās, pagastu centros un laukos dzīvojošajām respondentēm (45-47%). Tāpat lielākā mērā šādu iespēju pietrūkst zemāku ienākumu gadījumā.

Atbalsta pieejamības – iespējas regulāri tikties ar radniekiem un draugiem – tuvu dzīvesvietai pietrūkst 35-36% respondentu, un te nav vērojamas nozīmīgas atšķirības atkarībā no dzīvesvietas.

Lai vērtētu nabadzības un atstumtības ietekmi uz grūtniecības iznākumu, izvēlējamies šajā kontekstā apskatīt divus iepriekš sociāli demogrāfisko kritēriju griezumā analizētos jautājumus – vai jebkad dzīvē ir bijusi situācija, kas nepietiekamu līdzekļu dēļ sieviete nav varējusi apmeklēt ģimenes ārstu, kā arī vai bijusi situācija, kad viņa nav varējusi iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā. Jāpiebilst, ka grūtniecības laikā veselības aprūpes pakalpojumi pieejami bez līdzmaksājuma.

4.3.14.attēls. Bērna piedzimšanas laiks atkarībā no iespējam apmeklēt ģimenes ārstu un iegādāties pārtiku nepieciešamajā daudzumā



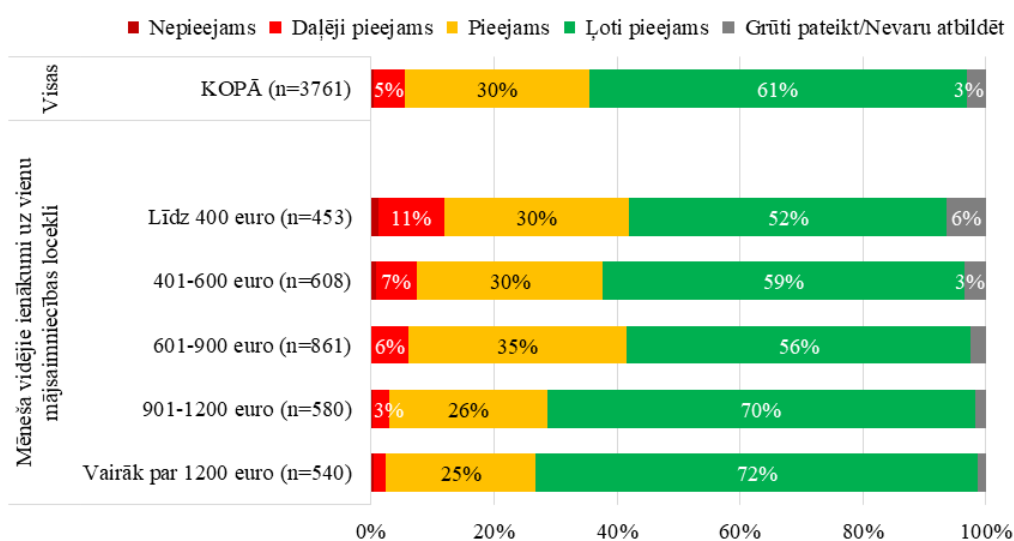
Sievietēm, kuras dažkārt nav varējušas apmeklēt ģimenes ārstu ir augstāks īpatsvars ar zemu svaru dzimušiem un priekšlaicīgi dzimušiem bērniem (skat. 4.3.13. un 4.3.14.attēlus). Respondentēm, kuras nav varējušas jebkad iegādāties pārtiku pietiekamā daudzumā, tikai nedaudz biežāk bērnam bijis zems svars un bērns dzimis priekšlaicīgi, salīdzinot ar tām respondentēm, kurām šādu situāciju nav bijis. Visticamāk, balstoties 2. nodaļā izklāstītajās citu valstu pētījumu atziņās, trūcīgums pastarpināti ietekmē psihisko un fizisko veselību, tai skaitā atkarību riskus, radot kompleksu iemeslu klāstu, kuru nevar atrisināt tikai ar atkarību ārstēšanu,

bet gan tādu kompleksu pieeju dzīves prasmju uzlabošanai, kas aptver gan veselībrātību, gan finanšu prātību, gan nākamajā sadaļā aplūkotās labbūtības veicināšanu.

4.4. Labbūtība grūtniecības periodā

Respondentēm tika uzdoti vairāki jautājumi, lai raksturotu kopējo labbūtību⁵⁸ grūtniecības periodā. Kopumā veselīga uztura pieejamību grūtniecības periodā pozitīvi vērtēja 96% respondentu, tai skaitā 5% kā daļēji pieejamu (skatīt 4.4.1. attēlu). Tikai niecīgam īpatsvaram – mazāk par 1% – respondentu nav bijis pieejams veselīgs uzturs. Daļēja veselīga uztura pieejamība biežāk minēta zemākajā ienākumu grupā – 11%.

4.4.1.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejams veselīgs uzturs

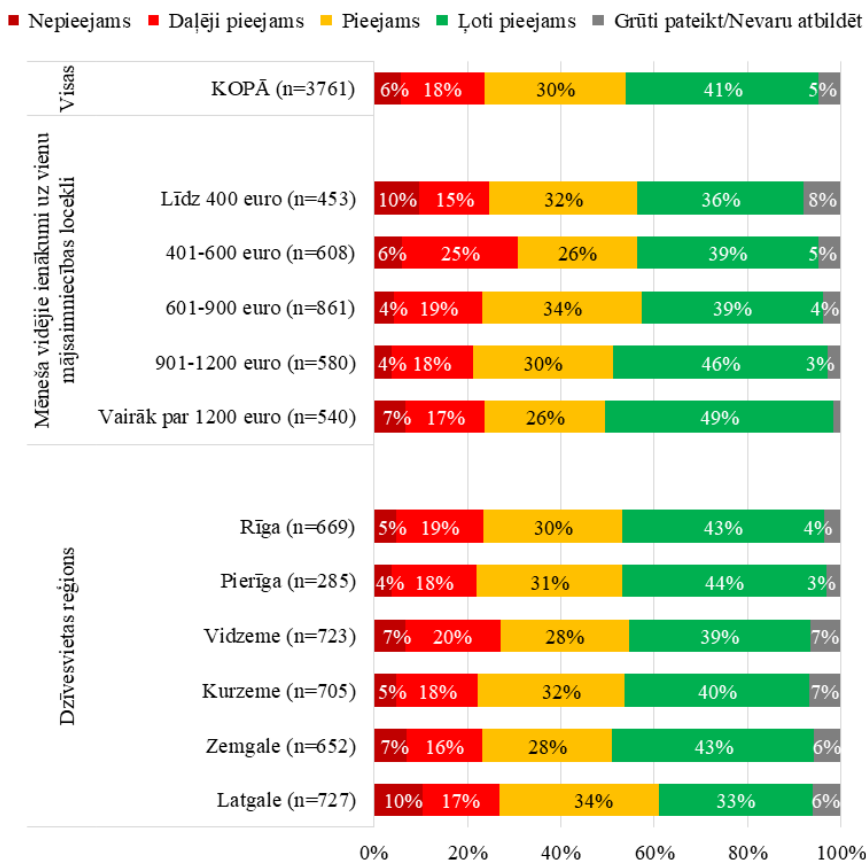


90% sieviešu (tai skaitā 18% daļēji) atzīst, ka viņām bijušas pieejamas grūtniecībai atbilstošas fiziskas aktivitātes, bet 6% tādas nav bijušas pieejamas (skatīt 4.4.2. attēlu). Biežāk fizisko aktivitāšu pieejamības trūkumu atzīst Latgalē dzīvojošās respondentes, kā arī tās, kuras dzīvo ģimenēs ar ienākumiem līdz 400 euro uz personu (10%).

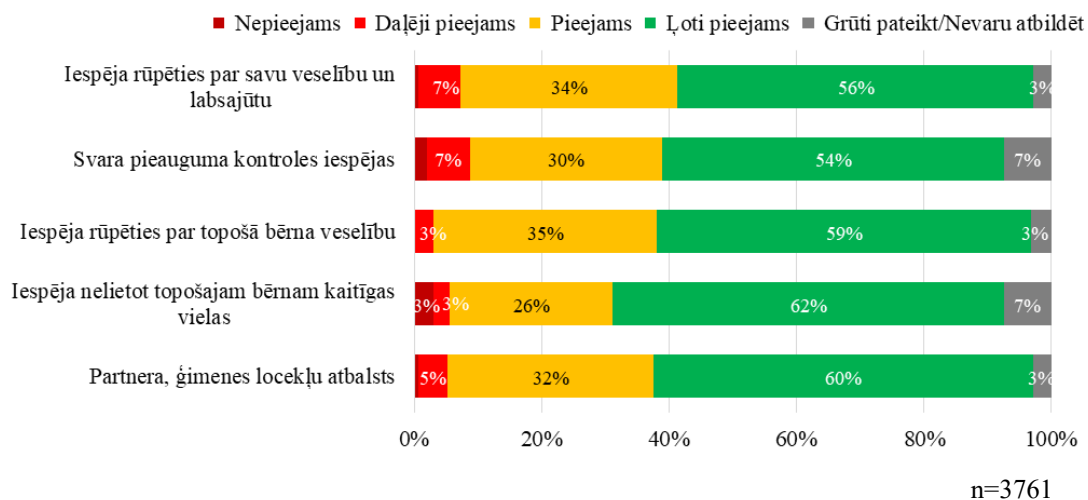
90% respondentu grūtniecības laikā ir bijusi pieejama iespēja nelietot topošajam bērnam kaitīgas vielas (tai skaitā 3% daļēji pieejama), savukārt 3% šāda iespēja nav bijusi pieejama (skatīt 4.4.3. attēlu). 91% atzīst, ka bijušas pieejamas svara kontroles iespējas.

⁵⁸ Labbūtība ir cilvēka dzīve sabiedrībā [„], kuras gaitā tiek apmierinātas cilvēka vajadzības, un cilvēkam ir iespēja jēgpilni īstenot savus mērķus un baudīt pietiekamu dzīves kvalitāti (Raubiško, 2012:30). Jēdziens tulrots no ang. *well-being* un tiek izmantots dažādās jomās.

4.4.2.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejama grūtniecībai atbilstoša fiziskā aktivitāte



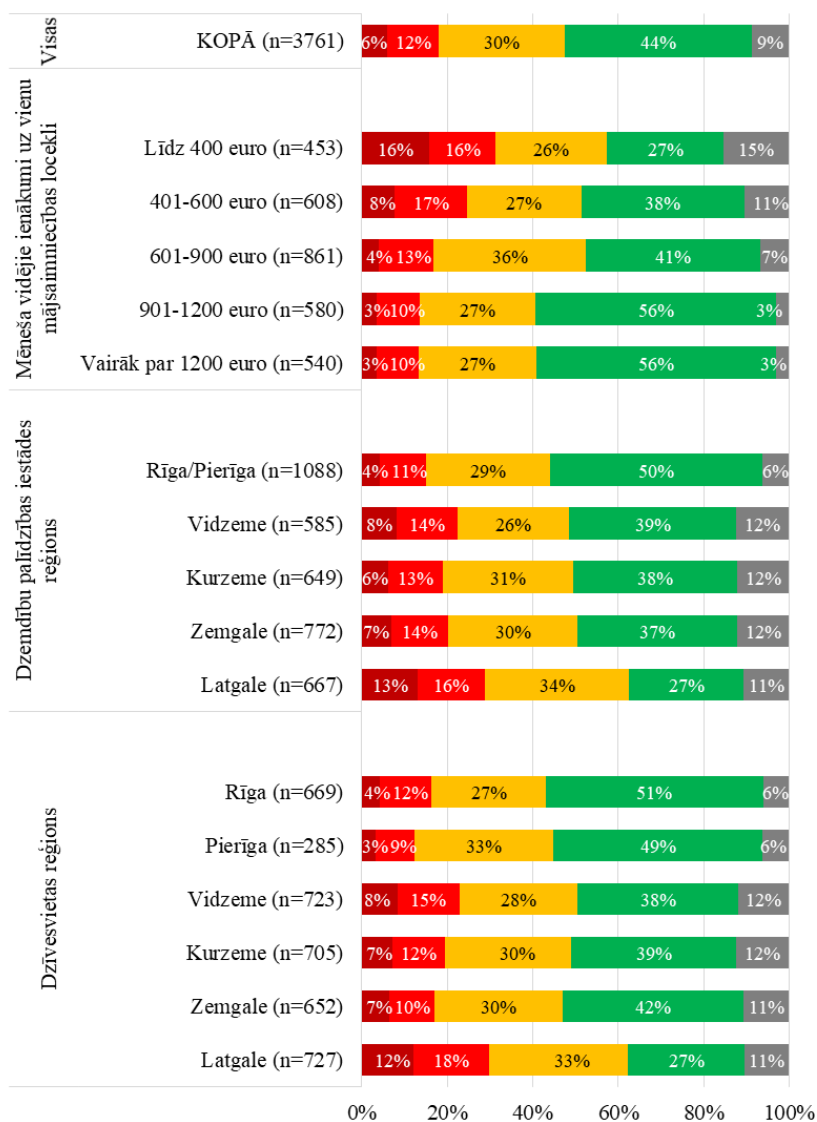
4.4.3.attēls. Cik lielā mērā bija pieejamas šīs iespējas grūtniecības laikā



Partneru, dzīvesbiedru vai ģimenes atbalsts bijis pieejams 97% respondenšu (tai skaitā 5% daļēji), un neatšķiras pēc sociālekonomiskiem parametriem. Tāpat 97% norāda, ka grūtniecības laikā bijusi iespēja rūpēties par savu un bērna veselību un labsajūtu. Par savu veselību gan 7% norāda, ka iespēja bijusi tikai daļēji, kamēr attiecībā uz iespēju rūpēties par bērna veselību šādi atbildējušas 3% respondenšu.

4.4.4.attēls. Cik lielā mērā grūtniecības laikā bija pieejami kursi pirms dzemdībām

■ Nepieejams ■ Daļēji pieejams ■ Pieejams ■ Ļoti pieejams ■ Grūti pateikt/Nevaru atbildēt

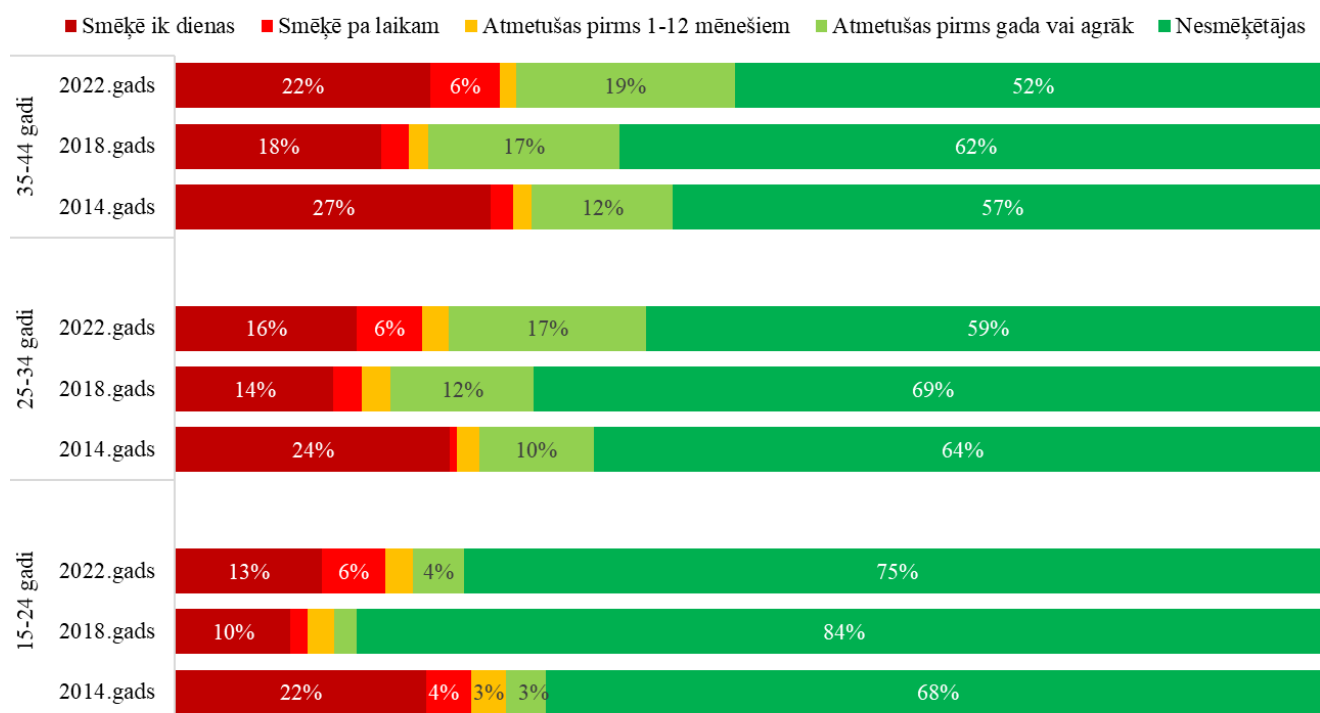


Maksas sagatavošanās kursi pirms dzemdībām bijuši pieejami 86% sieviešu, no tām 12% gan daļēji, bet nav bijuši pieejami 6% (skatīt 4.4.4. attēlu). Visaugstākais sieviešu īpatsvars, kuras atzīmējušas, ka kursi nav pieejami, dzemdējušas Rēzeknes slimnīcā (21%), Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienībā (18%) un Preiļu slimnīcā (16%), savukārt zemākais Jūrmalas (2%) un Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīcā (3%), kā arī Rīgas Dzemdību namā (4%). Raugoties pēc dzemdību iestādes reģiona, zemāka pieejamība ir bijusi Latgalē (12-13% sieviešu norādījušas, ka kursi nav bijuši pieejami). Pieejamību kā zemāku biežāk norāda arī sievietes ienākumu grupā līdz 400 euro mēnesī uz ģimenes locekli – 16%.

5. Tabakas izstrādājumu lietošana

Jaunākie dati par Latvijas iedzīvotāju veselības paradumiem (skatīt 5.0.1.attēlu) rāda, ka 15-24 gadu vecumā ik dienu smēķē 13%, 25-34 gadu vecumā - 16%, bet 35-44 gadu vecumā - 22% sieviešu. Kopš 2014. gada ikdienas smēķētāju biežums šajās reproduktīvā vecuma sieviešu grupās vispirms samazinājies par aptuveni 10%, bet pēc tam atkal pieaudzis par 2-5%.

5.0.1.attēls. Smēķēšanas izplatība sieviešu vecumgrupās reproduktīvajā vecumā⁵⁹



5.1. Smēķēšanas paradumi

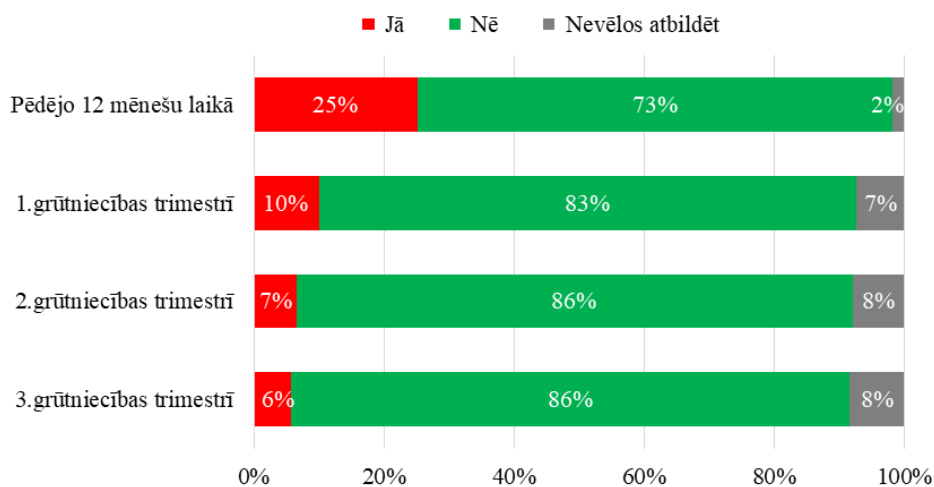
Šī pētījuma ietvaros veiktajā aptaujā vidēji 25% sieviešu pēc dzemdībām atzina, ka pēdējo 12 mēnešu laikā ir smēķējušas, bet grūtniecības laikā smēķējušas 10%. Smēķēšanu grūtniecības 1.trimestrī atzina 10%, 2.trimestrī – 7%, bet 3.trimestrī – 6%. 73% respondentu apgalvojušas, ka pēdējo 12 mēnešu laikā nav smēķējušas (skat. 5.1.1.attēlu). No tām, kas ir atzinušas smēķēšanu 3 mēnešu laikā pirms grūtniecības iestāšanās, 39% smēķējušas 5-10 cigaretes dienā, bet 24% – 4 un mazāk.

Salīdzinot šo informāciju ar Jaundzimušo reģistra datiem, varam konstatēt, ka aptaujā smēķēšanu grūtniecības laikā atzinis augstāks grūtnieču īpatsvars – Jaundzimušo reģistrā tās bija 8% no visām dzemdētājām. Veicot informācijas pieprasījumu SPKC, tika iegūta sīkāka informācija, saskaņā ar kuru, stājoties uzskaitē, reģistrēto smēķētāju īpatsvars 2022.gadā bijis

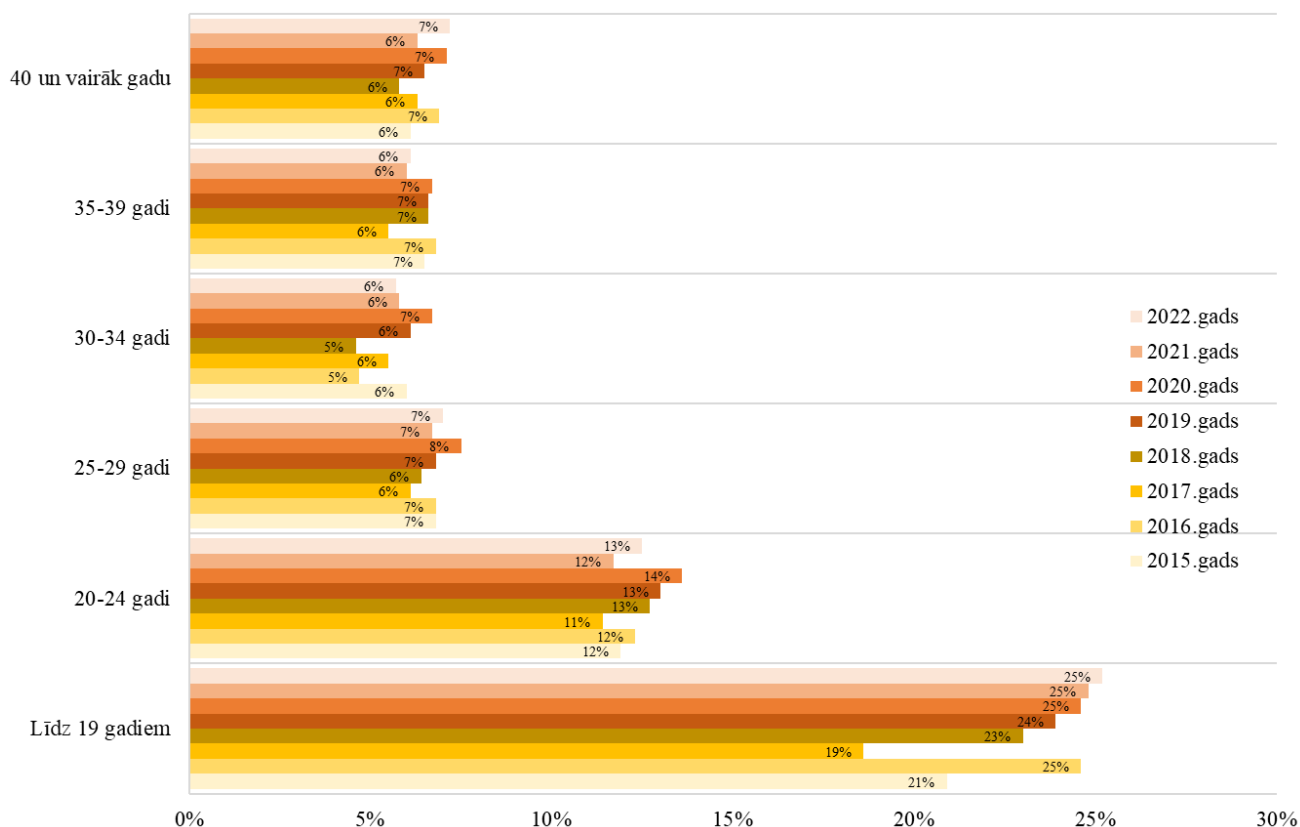
⁵⁹ SPKC (2022). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 65.lpp. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/18708/download?attachment>
 SPKC (2019). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 63.lpp. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4297/download?attachment>
 SPKC (2015). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 60.lpp. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4303/download?attachment>

7%, bet stājoties uz dzemdībām – 3%. Arī šeit minētās atšķirības saglabājas, jo saskaņā ar aptaujas datiem smēķēšanu grūtniecības 3.trimestrī atzinušas 6% aptaujāto sievietes.

5.1.1.attēls. Tabakas izstrādājumus lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā



5.1.2.attēls. Smēķējošo grūtnieču īpatsvars saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem⁶⁰



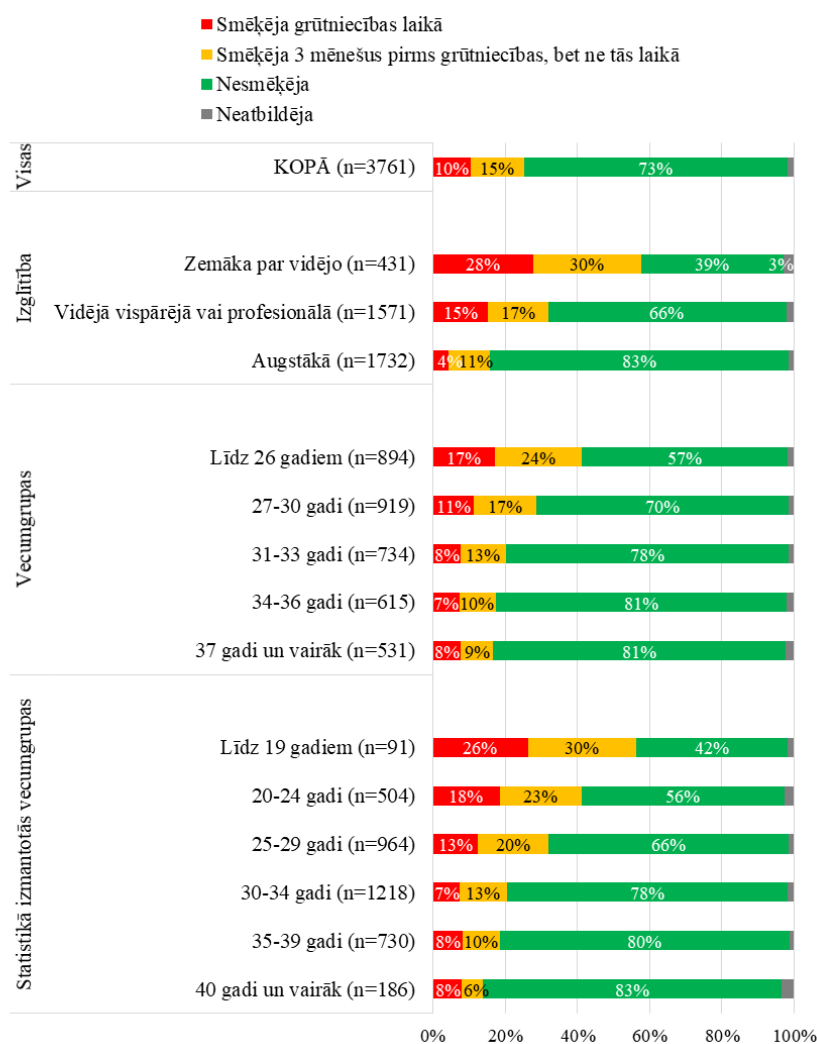
Jaundzimušo reģistra dati liecina, ka Latvijā dzemdētāju vidū smēķēšanas rādītāji ievērojami atšķiras vecumgrupu starpā (skatīt 5.1.2.attēlu), turklāt ievērojamu dinamiku laikā, salīdzinot ar kopējiem sievietes smēķēšanas rādītājiem, novērot nevaram. Salīdzinot situāciju, redzam, ka

⁶⁰ Veselības statistikas datubāze. Tabula MCH085. Smēķējošo dzemdētāju skaits pa vecuma grupām.
https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/Iv/Health/Health__Mates_berna_veseliba/MCH085_smeketajas.px/table/tableViewLayout2/

vecumā līdz 24 gadiem smēķējošo grūtnieču īpatsvars ir augstāks nekā smēķētāju īpatsvars šīs vecumgrupas sievietu vidū kopumā.

Arī aptaujas datus ir novērojams, ka smēķēšanas pieredze cieši saistīta ar respondentes vecumu – jo jaunāka respondente, jo biežāk atzīts, ka pēdējā gada laikā viņa lietojusi tabakas izstrādājumus (skat. 5.1.3. attēlu). Tomēr, ja vecumgrupā līdz 19 gadiem atšķirību starp Jaundzimušo reģistra un aptaujas datiem būtībā nav (grūtniecības laikā smēķējušas 25% pēc Jaundzimušo reģistra datiem un 26% pēc aptaujas datiem), tad 20-29 gadus veco sievietu vidū aptaujā smēķēšanu grūtniecības laikā atzinis ievērojami augstāks respondentu īpatsvars, salīdzinot ar Jaundzimušo reģistra datiem.

5.1.3. attēls. Smēķēšanas izplatība 3 mēnešus pirms grūtniecības un grūtniecības laikā



Līdzīgs pētījums, kas veikts 2013. gadā, bet aptver tikai Rīgas Dzemdības namā dzemdējušās grūtnieces, arī liecina, ka smēķēšanas īpatsvars ir augstāks vecuma grupā līdz 24 gadiem⁶¹. Kopumā pētījumā iegūtie dati ir līdzīgi citos pētījumos konstatētajam. Pētījums⁶², kur izmantotas jauktas metodes datu iegūšanai, rāda, ka Latvijā 2010. gadā smēķējušas 10%, bet

⁶¹ Ķīvīte, A. 2018. Pētījuma par alkohola un citu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā teorētiskais pamatojums, metodoloģija, instrumentārijs. Npublicēts materiāls.

⁶² EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. 2013. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010, p.65. https://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf

2004. gadā – 11% grūtnieču. Šis pētījums ļauj Latvijas datus salīdzināt arī ar situāciju reģionā – Igaunijā šis īpatsvars ir zemāks (9% pirmajā trimestrī, bet 8% – vēlākā laikā) bet Lietuvā ievērojami zemāks – 5%.

Jaunākas pieejamās aplēses Latvijas situācijai ārpus šī pētījuma ir 8% smēķējošu personu grūtnieču vidū⁶³, norādot uz iespējamu kritumu smēķēšanas paradumos. Šis avots arī norāda uz augstākām aplēsēm Lietuvā (8%) un nedaudz zemākām Igaunijā (6%).

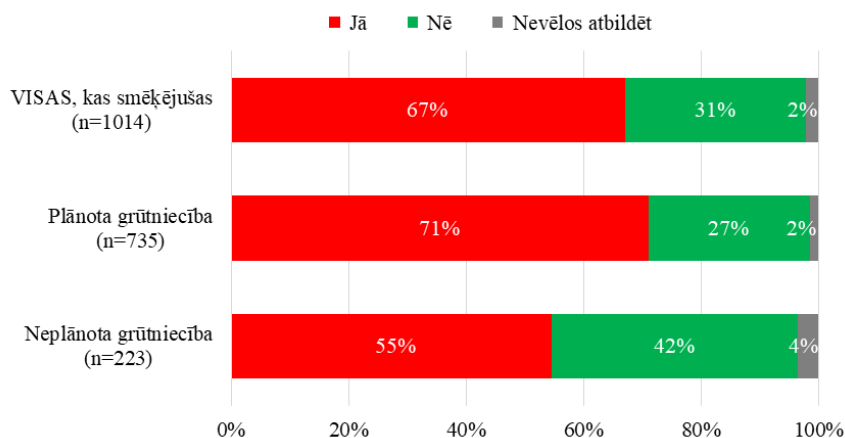
Apskatot smēķēšanas izplatību pēdējā gada laikā pirms dzemdībām, varam konstatēt, ka saskaņā ar aptaujas datiem vecuma grupā līdz 26 gadiem smēķējušas 41% respondenti, bet 27-30 gadu grupā 29%. Līdz 19 gadu vecuma grupā 56% respondenti saka, ka ir smēķējušas. Tālākās vecuma grupās smēķētāju pēdējā gadā īpatsvars samazinās.

Izteikta saistība smēķēšanas paradumam ir ar izglītības līmeni – pēdējā gada laikā smēķējušas lielākā daļa (58%) sieviešu ar neapgūtu vidējo izglītību, kamēr sieviešu grupā ar augstāko izglītību smēķējušo īpatsvars ir 16%. Daļēji izglītības faktors pārklājas ar vecumu un nodarbinātības veidu. Augstākais smēķētāju īpatsvars ir skolnieču un studējošo sieviešu vidū – 45% un bezdarbnieču vidū – 39%.

67% respondenti, kuras ar jaundzimušo bērnu dzīvo vienas, norāda, ka smēķē, taču absolūtos skaitļos šī grupa ir neliela un smēķēšanas saistība ar ģimenes tipu te nav viennozīmīga. Biežāk sievietes smēķējušas, dzīvojot kopā ar draugu vai partneri (35%), bet retāk, dzīvojot kopā ar vīru vai saviem vecākiem (20%).

Neplānotu grūtniecību gadījumā smēķēšana pēdējā gada laikā bija biežāk sastopama – 21%, salīdzinot ar 11% plānotu grūtniecību gadījumā.

5.1.4.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, tabakas izstrādājumu lietošana tika pārtraukta



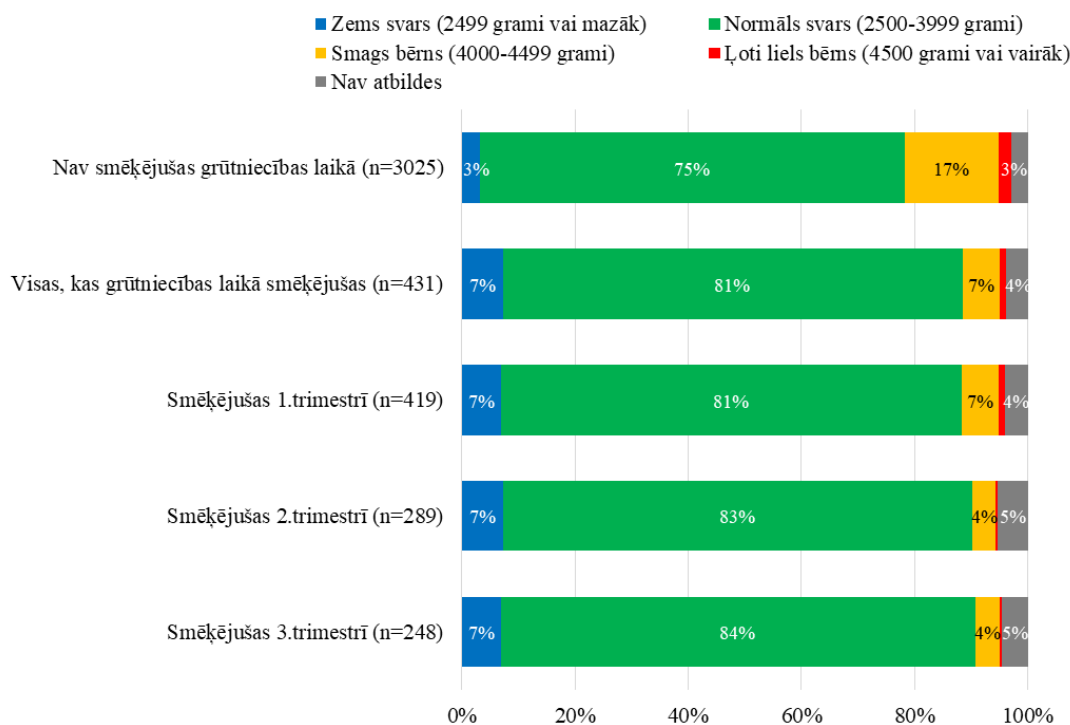
Tāpat būtiski, kā varam vērot 5.1.4.attēlā, ka no smēķējušajām grūtniecēm tās, kas grūtniecību plānoja, uzzinot par grūtniecību, ievērojami biežāk pārtrauca smēķēšanu – 71% pret 55% no tām, kas grūtniecību neplānoja.

⁶³ Lange, Shannon, Charlotte Probst, Jürgen Rehm, and Svetlana Popova (2018). "National, Regional, and Global Prevalence of Smoking During Pregnancy in The General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Lancet Global Health* 6:e 769-776.

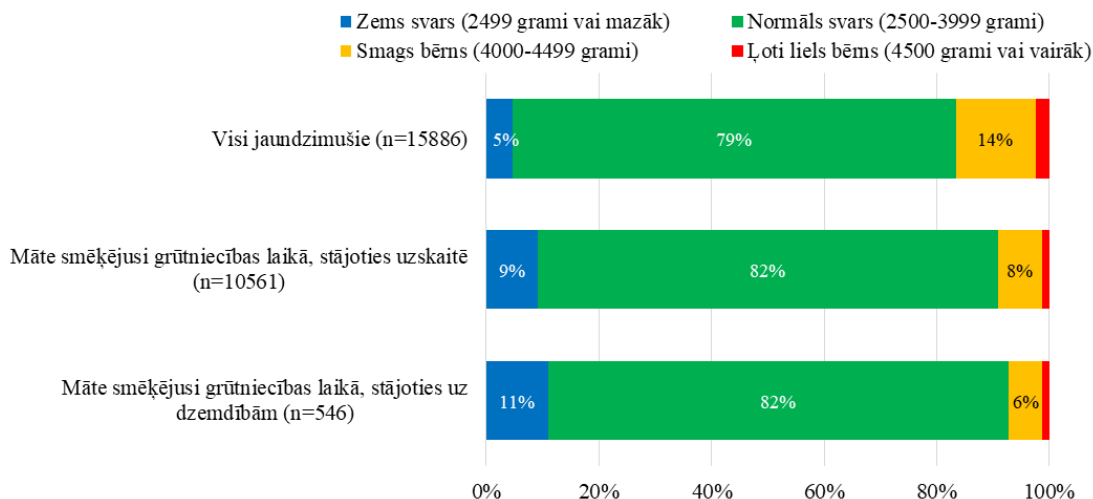
5.2. Smēķēšanas paradumu ietekme uz grūtniecību un bērna svaru piedzimstot
Pētījuma dati rāda, ka tām respondentēm, kuras grūtniecības laikā smēķējušas, biežāk ir piedzimis bērns ar vidēji zemāku svaru (skat. 5.2.1. attēlu).

Līdzīgas sakarības konstatējamas arī tad, ja apskatām Jaundzimušo reģistra datus par 2022.gadu (skat. 5.2.2. attēlu). Tā kā Jaundzimušo reģistrā smēķējušo sieviešu īpatsvars ir zemāks, salīdzinot ar aptaujas datiem, tad vistīcāmāk tur biežāk iekļautas tās sievietes, kas smēķē vairāk, biežāk, un kurām šo faktu ir grūtāk noslēpt. Līdz ar to, arī sakarība starp smēķēšanas faktu un jaundzimušā svaru Jaundzimušo reģistrā ir izteiktāka, jo ietekme uz bērna attīstību ir būtiskāka.

5.2.1. attēls. Bērna svars atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā saskaņā ar aptaujas datiem

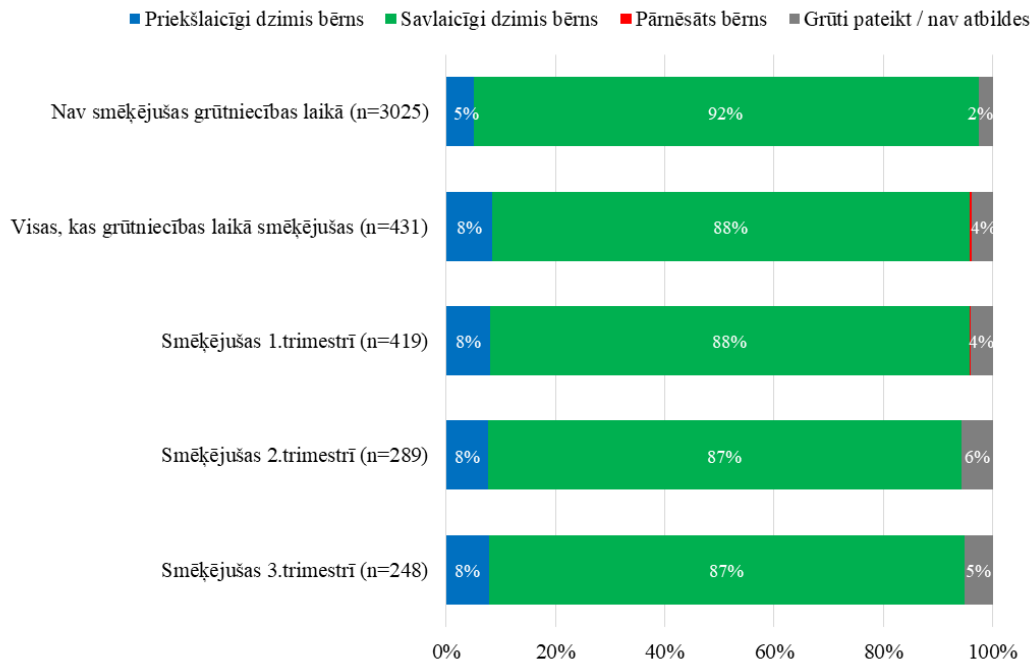


5.2.2.attēls. Bērna svars atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā 2022.gadā saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem

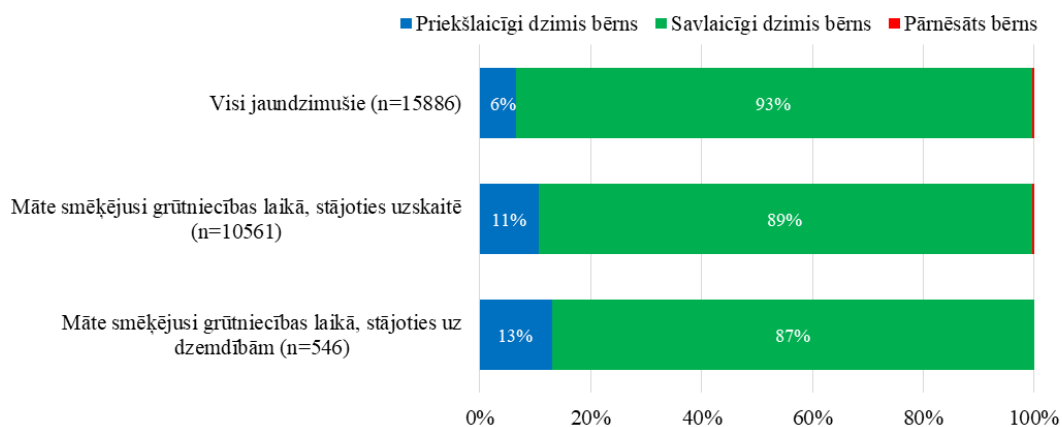


Aptaujas dati neuzrāda tik būtisku saikni starp smēķēšanu un gestācijas ilgumu (skat. 5.2.3.attēlu), priekšlaicīgas dzemdības smēķētāju vidū bijušas 8% gadījumu, kamēr tām sievietēm, kas nav smēķējušas – 5%.

5.2.3.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā saskaņā ar aptaujas datiem



5.2.4.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no smēķēšanas paradumiem grūtniecības laikā 2022.gadā saskaņā ar Jaundzimušo reģistra datiem



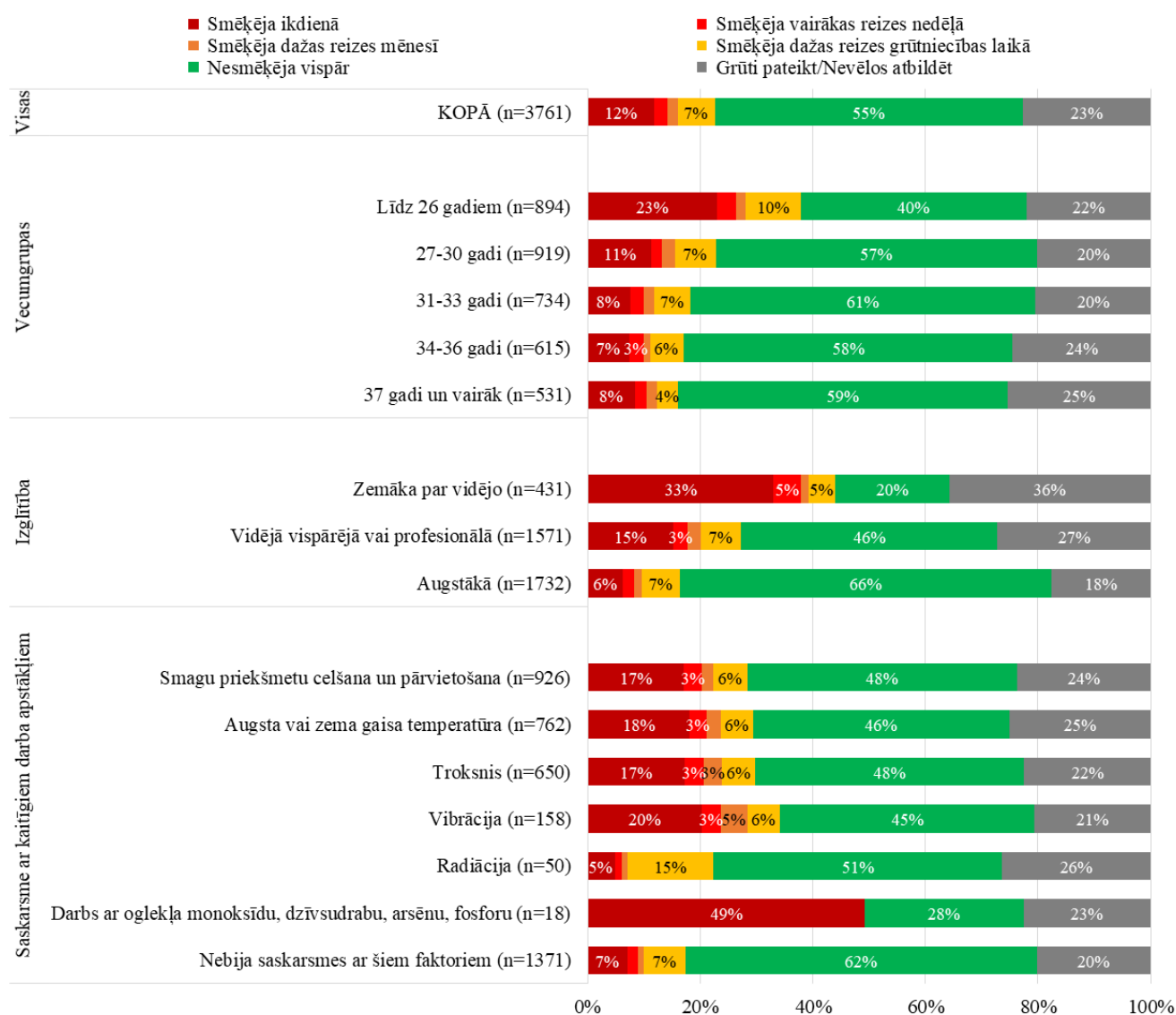
Dati no Jaundzimušo reģistra uzrāda ciešāku sakarību starp smēķēšanas faktu un to, ka bērns varētu piedzimt priekšlaicīgi (skat. 5.2.4.attēlu). Cēloņi visdrīzāk ir līdzīgi – Jaundzimušo reģistrā kā smēķētājas reģistrētas tās sievietes, kas smēķē vairāk, biežāk, tādējādi arī šādas rīcības ietekme uz gestācijas ilgumu ir pamanāmāka.

5.3. Pasīvā smēķēšana

23% visu respondentu norāda, ka grūtniecības laikā viņu klātbūtnē smēķēts mājās (skat. 5.3.1. attēlu), 15% – darbavietā (skat. 5.3.2. attēlu), bet 66% – sabiedriskās vietās (skat. 5.3.3. attēlu). 15% respondentu norāda uz ikdienas smēķēšanu viņu klātbūtnē sabiedriskās vietās, 12% mājās, bet 6% darbā.

Grūtnieces, kuras ir jaunākas par 26 gadiem un kurām nav vidējās izglītības, pasīvo smēķēšanu mājās ikdienā piedzīvojušas salīdzinoši biežāk nekā citu vecuma un izglītības grupu sievietes – attiecīgi 23% un 33%. Saskaņā ar aptaujas datiem, šo grupu sievietes arī biežāk piedzīvojušas smēķēšanu ikdienā darba vidē un sabiedriskās vietās. Sievietes, kuras grūtniecības laikā piedzīvojušas tādus nelabvēlīgus darba apstākļus kā smagu priekšmetu celšana un pārvietošana, vibrācija, troksnis, radiācija, augsta vai zema gaisa temperatūra, darbs ar kaitīgām ķīmiskām vielām, arī ievērojami biežāk nekā sievietes, kurām nav nelabvēlīgu darba apstākļu, norāda uz ikdienas smēķēšanu darbavietā un sabiedriskās vietās viņu klātbūtnē.

5.3.1.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā mājās grūtnieces klātbūtnē

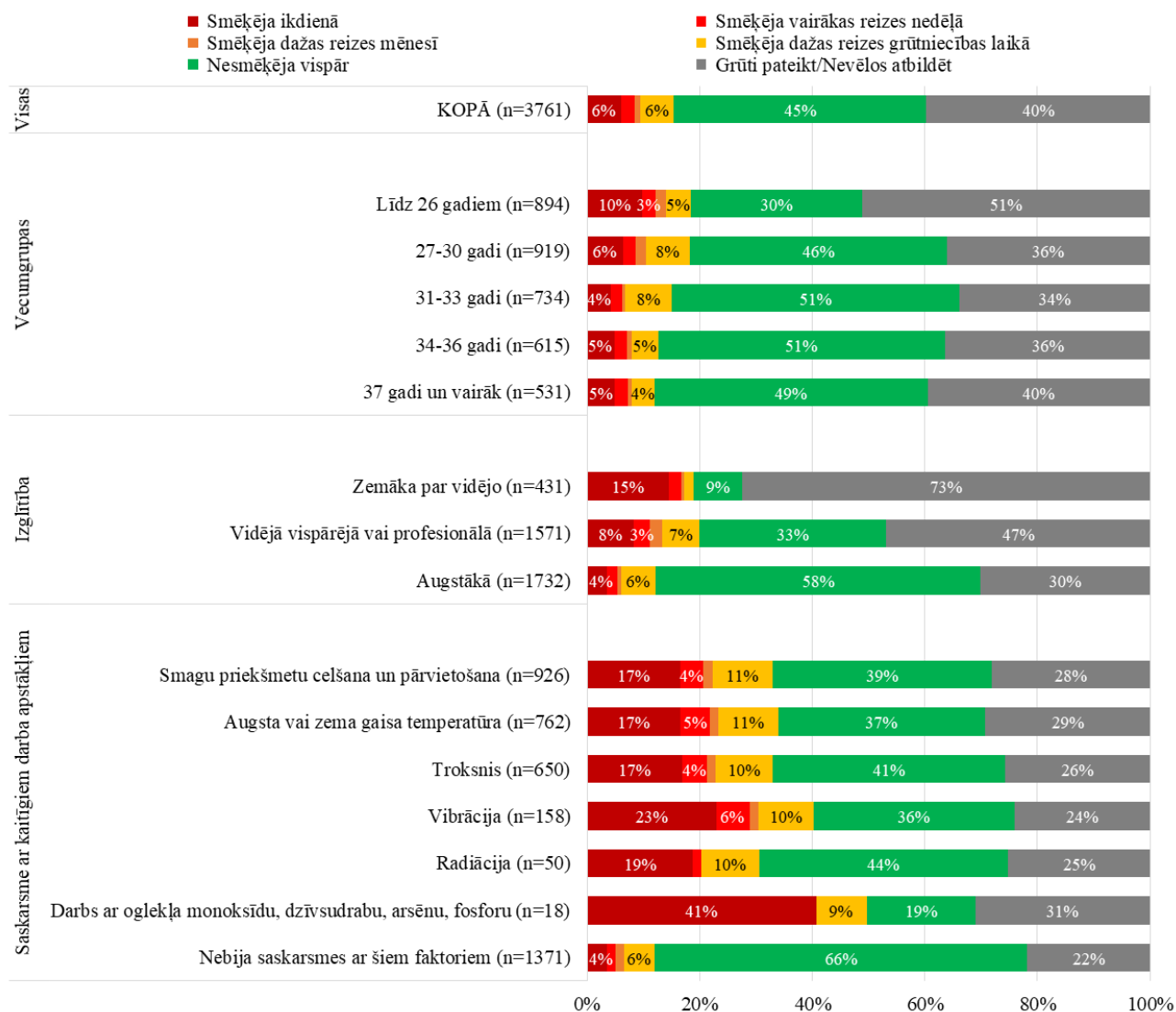


Lai arī lielākā daļa speciālistu uzskata, ka sievietes ir labi informētas par pasīvās smēķēšanas kaitējumu, aptaujas dati un intervijas rāda, ka ne vienmēr sievietēm ir skaidrs priekšstats par izvairīšanos no tabakas dūmu ietekmes. Tā viena intervētā nesēn dzemdējusi sieviete dzīvo vienā mājsaimniecībā kopā ar savu tēvu, kurš tāpat kā viņa smēķē. Viņa stāsta, ka grūtniecības laikā smēķējuši dzīvokļa virtuvē, bet pēc bērna piedzimšanas ejot smēķēt ārā no dzīvokļa.

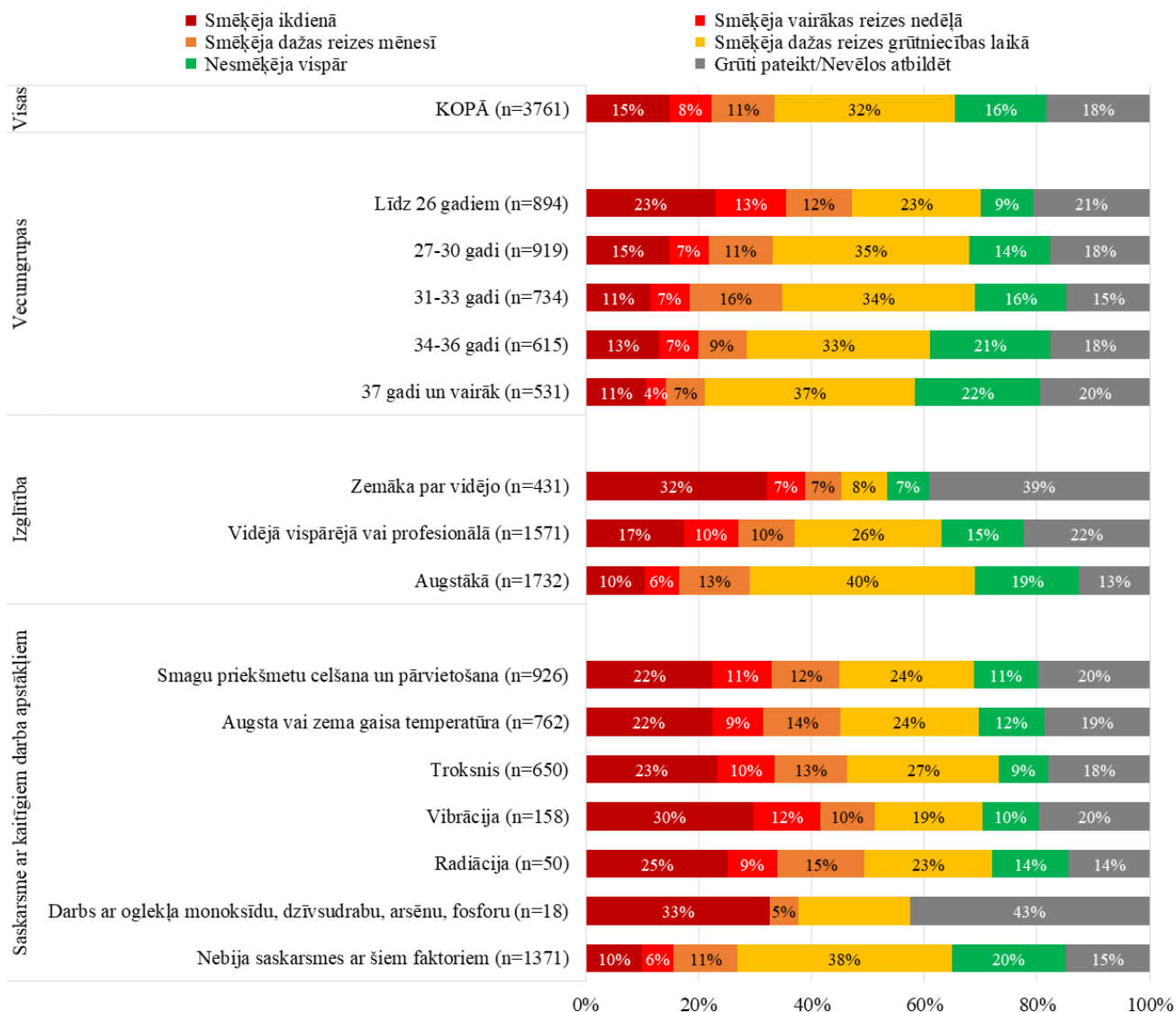
Te liela nozīme ir konsultācijai ar visu ģimeni. Kāda no intervētajām Rīgas ginekologēm uzskata, ka grūtniecības laikā smēķējošu dzīvesbiedru īpatsvars ir augsts:

Tādu arī ir diezgan. Man pat viena grūtniece prasīja izziņu, tādu kā slēdzienu, lai es iedodu viņas vīram. Vīrs speciāli smēķē viņas klātbūtnē, viņš visu laiku smēķē virtuvē, kur viņa darbojas, kaut ko dara. Viņa saka, ka viņai paliek slikti, ka tas ir slikti bērniņam, bet viņam ir pilnīgi vienalga. Viņš teica: “Man no ārsta vajadzīgs slēdziens”. Es rakstīju slēdzienu tam vīram, ka tas kaitē bērnam, ka, lūdzu, nesmēķē viņas klātbūtnē un tā tālāk. (ginekologs, Rīga)

5.3.2.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā darbavietā grūtnieces klātbūtnē



5.3.3.attēls. Smēķēšana grūtniecības laikā sabiedriskās vietās (uz ielas, parkā, koncertā, kafejnīcā u.tml.) grūtnieces klātbūtnē



Saskaņā ar intervijām Covid-19 pandēmijas laiks ir ietekmējis iepriekš populārās ģimenes konsultācijas, kuru laikā veselības aprūpes speciālists varēja raudzīties uz grūtniecības procesu holistiski:

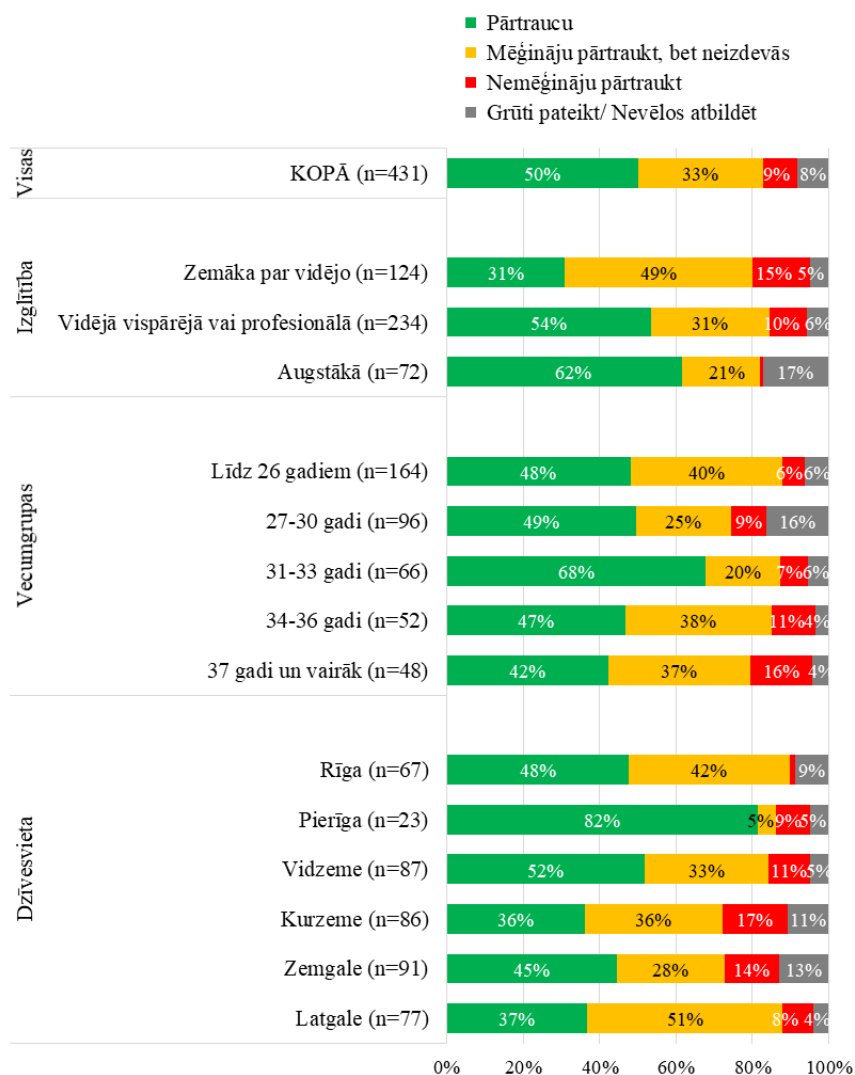
Ir ļoti daudz tie partneri, kas smēķē. Meitenes saka, ka es nesmēķēju, bet man tikko partneris smēķēja. Un tad es arī tā saku, ļoti žēl, ka ir šis Covid laiks, jo mums vizītēm biju priecīga, ka nāca arī tēti. Tad mēs ļoti daudz lietas izrunājām. Tad es arī puisiem teicu - ja tu smēķē, viņa tagad ir metusi mierā to smēķēšanu, mēģini kaut kur, lai tu viņu netracini, pērc kaut vai končās un pats tinies no mājas laukā, kad tu smēķē, mēģini to aizpildīt, lai viņai nesniedz rokā pēc cigaretēm. (vecmāte, Vidzemes reģions)

Šī kompleksā pieeja, kur grūtniecības aprūpē tiek iesaistīti partneri, sniedzot uz ģimeni vērsu pakalpojumu, ir būtiska arī kaitīgu paradumu pārtraukšanā.

5.4. Paradumu maiņa grūtniecības laikā

Tikai 9% iepriekš smēķējušo sieviešu atzīst, ka nav grūtniecības laikā mēģinājušas pārtraukt smēķēt vai lietot kādu citu tabakas izstrādājumu (skat. 5.4.1. attēlu), kas ir zemāks īpatsvars nekā 2013. gadā Ķīvītes pētījumā konstatētais (14%). No tām respondentēm, kas atzinušas smēķēšanu, grūtniecībai sākoties, 50% izdevies to atstāt. 33% to ir mēģinājušas darīt, bet nav izdevies. Biežāk tas izdevies Pierīgā, Vidzemē un Rīgā dzīvojošām respondentēm. Tāpat biežāk smēķēšanu izdevies pārtraukt sievietēm ar augstāku izglītības līmeni.

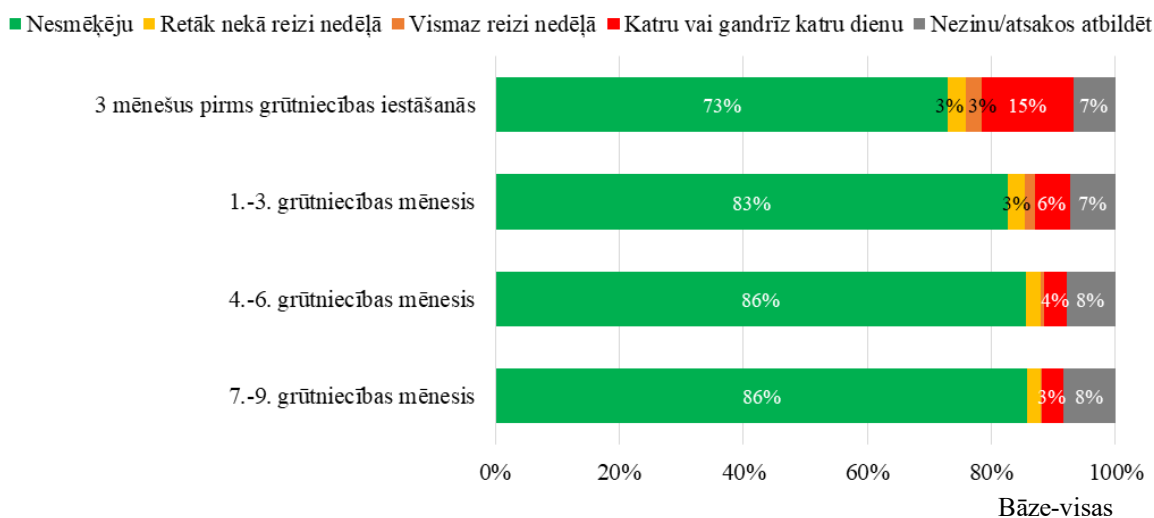
5.4.1.attēls. Vai izdevās pārtraukt smēķēt vai lietot kādu citu tabakas izstrādājumu grūtniecības laikā, ja tas tika mēģināts



Bāze – tās, kas grūtniecības laikā smēķēja

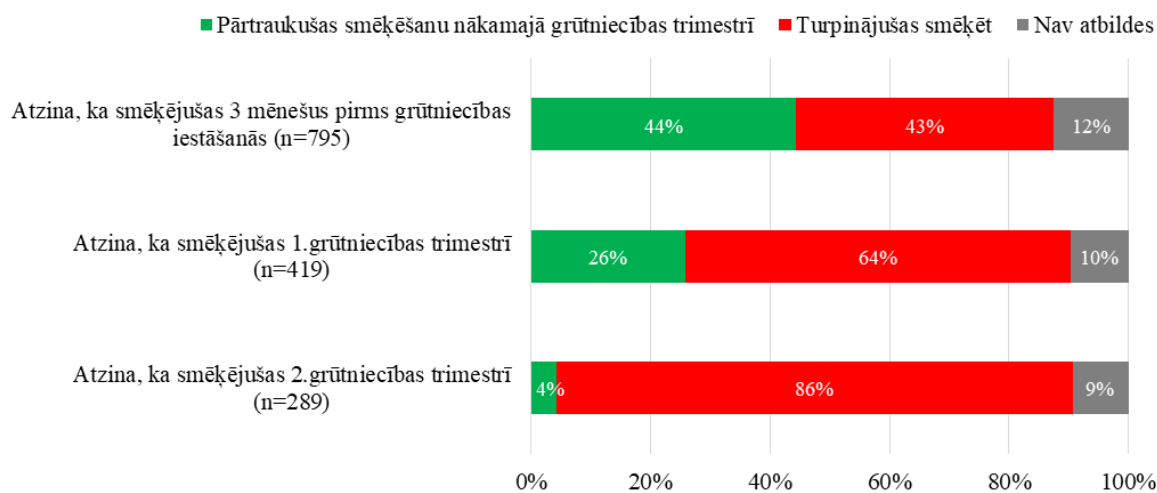
Aptaujas dati rāda, ka lielākā daļa smēķētāju pārtrauc tabakas izstrādājumu lietošanu līdz ar grūtniecības konstatēšanu. Nesmēķētāju skaits pirmajā trimestrī pieaug par 10%, raugoties uz visām respondentēm, bet tālākajā grūtniecības laikā – vēl par 3% (skat. 5.4.2.attēlu).

5.4.2.attēls. Cik bieži lietoja tabakas izstrādājumus attiecīgajā periodā



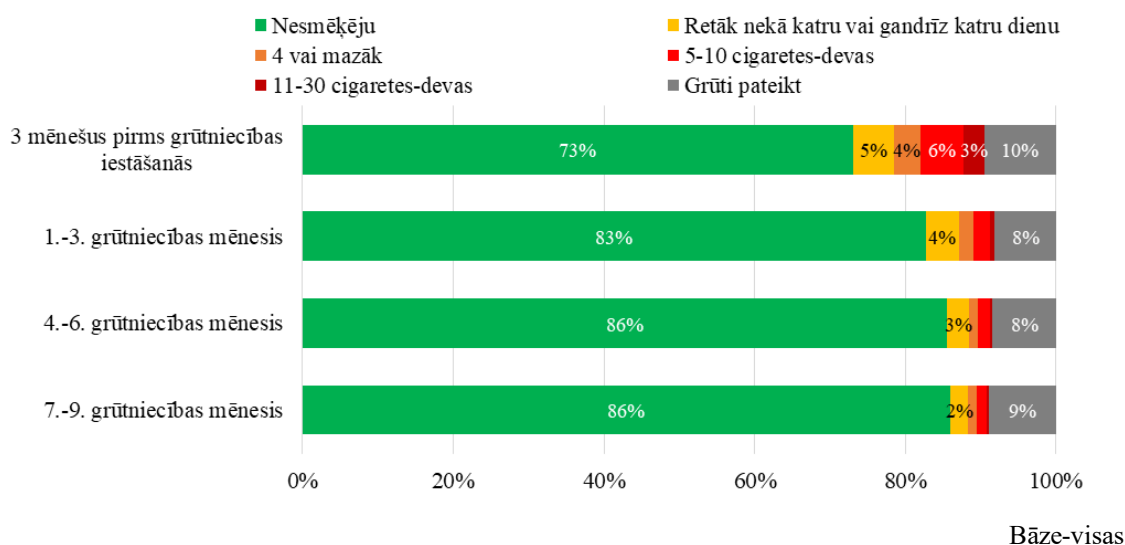
Raugoties uz respondentēm, kuras smēķējušas katrā trimestrī un pārtraukušas, redzams, ka 44% sieviešu, kas smēķējušas 3 mēnešu periodā pirms grūtniecības iestāšanās, paradumu pārtraukušas (skat. 5.4.3.attēlu). Otrajā trimestrī smēķēšanu pārtraukušas 26% sieviešu no tām, kas smēķējušas 1.trimestrī. Savukārt pēdējā trimestrī smēķēšanu atmetušo respondentu īpatsvars ir neliels – vien 4% no tām, kas joprojām smēķējušas otrajā grūtniecības trimestrī.

5.4.3.attēls. Smēķēšanu pārtraukušo nākamajā grūtniecības trimestrī īpatsvars no tām, kas atzinušas, ka smēķējušas iepriekšējos trīs mēnešos



Kopumā vērojams, ka ar katru grūtniecības trimestrī smēķēšanu turpinošās sievietes samazinājušas cigarešu devu (skat. 5.4.4.attēlu). Attēlā sniegti procenti no visām grūtniecēm, bet, ja kā procentu bāzi izvēlamies smēķējušās sievietes, tad konstatējams, ka 62% no viņām pirms grūtniecības smēķējušas 10 un mazāk cigarešu dienā, savukārt pirmajā trimestrī tādu smēķētāju, kas nesmēķēja vairāk par 10 cigaretēm, jau ir 72%, otrajā trimestrī – 74% un trešajā trimestrī – 77%.

5.4.4.attēls. Izmēķēto cigarešu/devu skaits dienā attiecīgajā periodā



Smēķēšanas pārtraukšanā liela nozīme ir arī ģimenē lietotajai valodai, kas, iespējams, ir saistīts ne tikai ar valodas barjeru, bet arī ar pieejamiem informatīviem resursiem un atbalstu – tā neveiksmi atnest smēķēšanu piedzīvojušas 27% no ģimenē latviski runājošām sievietēm, kamēr no tām, kam sarunvaloda bijusi cita – 52%. Tāpat būtisks faktors ir izglītības līmenis – 15% sieviešu bez vidējās izglītības, salīdzinot ar 1% sieviešu ar augstāko izglītību nav mēģinājušas pārtraukt smēķēšanu grūtniecības laikā. Smēķēšanas pārtraukšanas mēģinājumi 49% sieviešu bez vidējās izglītības un 21% sieviešu ar augstāko izrādījušies neveiksmīgi (skat. 5.4.1. attēlu).

Kvalitatīvo interviju dati ar smēķējošajām grūtniecēm ļauj labāk izprast šo dinamiku. Sievietes minēja, ka sliekšnis smēķēšanas atmešanai nereti bijusi redzamu grūtniecības pazīmju parādīšanās un nosodījums no apkārtējiem cilvēkiem. Daļa respondentu gan atzina, ka smēķēt tāpat nav pārtraukušas, taču smēķējušas slepus, lai izvairītos no nosodījuma.

Es domāju, ka jūs saprotat šo citu domāšanas veidu. Kad esat stāvoklī, jūs nedomājat par sevi, jūs sākat domāt par bērnu. Tas bija ļoti apkaunojoši, un sākumā es teicu: nē [es nesmēķēju]. Bet viņa sāka uzdot vairāk jautājumus, un es nopūtos un teicu, ka es tev meloju. Es joprojām smēķēju. Un viņa saka, kāpēc viņa man to uzreiz nepateica. Un es teicu, ka man ir kauns. Viņa saka, ka es saprotu. Daudzi cilvēki to nesaka. (Intervija ar sievieti, kas smēķējusi grūtniecības laikā)

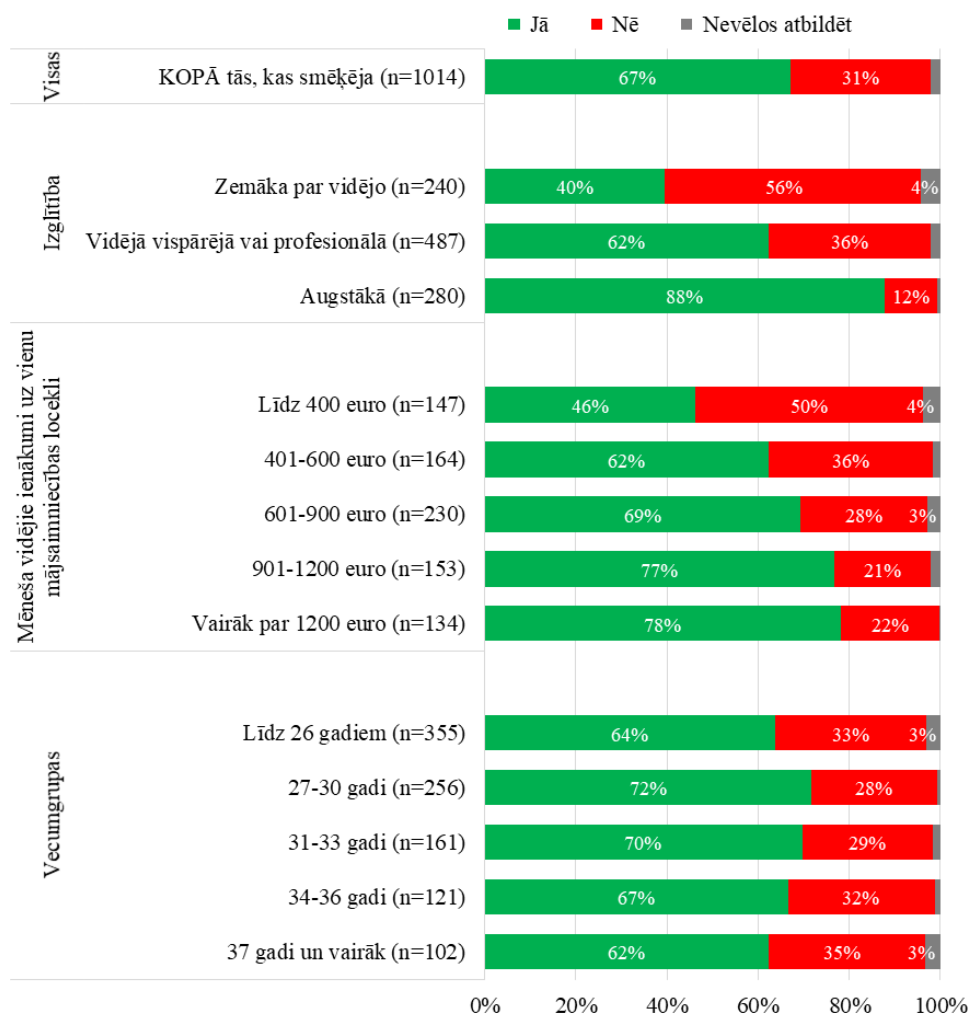
Tā viena no intervētajām sievietēm, kurai piedzimis trešais bērns, stāsta, ka smēķēt pārtraukusi pirmajās grūtniecībās, jo dzīvesbiedrs nesmēķējis un uzstājis, ka tas grūtniecības laikā ir kaitīgs paradums. Jaunajā ģimenē dzīvesbiedrs smēķē un, lai arī ieteicis smēķēšanu pārtraukt, nav bijis tik uzstājīgs. Viņa smēķējusi situācijās, kad neviens neredz un apzinās šī paraduma sekas. Vienlaikus, sieviete ir pārliecināta, ka veselības aprūpes speciālisti var palīdzēt mazināt riskus:

Nu, spriežot pēc sevis, jums vienkārši nav jāuzdod šis jautājums ginekologiem, ja jūs smēķējat vai nesmēķējat. Tā kā daudzas sievietes var pateikt nē, mēs nesmēķējam un dodamies tālāk. Jo es negribu zināt. Lai gan ārsti ir, lai palīdzētu. Un jums vienkārši jārunā par smēķēšanas kaitīgumu. Un saki, piemēram, ja jūs smēķējat, tad mēs veiksīm pārbaudes, lai zinātu, ka viss ir kārtībā. Tas ir, nevis reizi mēnesī, bet 2 reizes.

Tas ir, lai parādītu sievietēm, ka viņām ir jāsaka patiesība. Es domāju, ka jums vienkārši jāsāk kaut kas, ar ko jums nav jābaidās runāt un par to nav jākaunas. Jo sievietes ir cilvēki, tāpat kā vīrieši. Tāpēc, ja, pasakot, ka tur stāv sieviete, viņa tā smēķē. Un kad cilvēks stāv un neviens viņam neko nesaka. Un arī ir nepieciešams attīstīt šo tēmu. (Intervija ar sievieti, kas smēķējusi grūtniecības laikā)

Aptaujas dati rāda, ka lēmums par smēķēšanas pārtraukšanu saistīts ar sievietes sociālo statusu. 56% smēķētāju bez vidējās izglītības un 50% respondentu ar ienākumiem, kas vienai personai ir zemāki par 400 eiro mēnesī, tabakas izstrādājumu lietošanu nepārtrauca (skat. 5.4.5. attēlu). Savukārt šādu atbilžu sieviešu grupā ar augstāko izglītību salīdzinoši ir vien 12%, bet ar ienākumiem virs 1200 eiro mēnesī katram ģimenes loceklim – 22%. Priekšstats, ka smēķēšanu grūtniecības laikā nespēj atņemt galvenokārt sievietes no zemākiem sociālekonomiskiem slāņiem, dominē teju pusē speciālistu interviju, taču daļa norāda, ka bieži tas nav vien sociāli ekonomiskais konteksts, bet paradumi ģimenē.

5.4.5.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, tabakas izstrādājumu lietošana tika pārtraukta



Ar smēķēšanu saistās arī partnera paradumi – no sievietēm, kas pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušas, 48% atzīst, ka partnerim dzīves laikā bijusi atkarība no smēķēšanas, bet 12% saka, ka smēķēšanas atkarības problēma partnerim bijusi aktuāla pēdējo 12 mēnešu laikā. Starp

sievietēm, kas smēķēšanu pēdējo 12 mēnešu laikā neatzīst, uz šādām partnera problēmām tiek norādīts 31% gadījumu attiecībā uz situāciju dzīves laikā un 7% - pēdējo 12 mēnešu laikā. Mazāk cieša ir saistība arī ar vecākiem – no tām, kas pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušas, 54% saka, ka smēķēšanas atkarības problēma dzīves laikā bijusi vecākiem vai audžuvecākiem, kamēr starp nesmēķējušajām to min 42%.

Lielākā daļa smēķējušo respondentu smēķējušas katru vai gandrīz katru dienu. Grūtniecības pirmajā trimestrī to sieviešu īpatsvars, kas smēķējušas tik bieži, samazinājies uz pusi. Dati neļauj secināt, ka bieži smēķējošās respondentes sākušas smēķēt retāk, bet tās, kuras smēķējušas reti, būtu atmetušas šo paradumu. Aptauja apstiprina intervijās teikto, ka līdz ar grūtniecības progresu smēķēšanas paradums biežāk smēķējošo grūtnieču vidū samazinās, taču retāk smēķējošo grūtnieču īpatsvars paliek salīdzinoši nemainīgs.

Jautātas par smēķēšanas paradumu detalizētāk, respondentes ir izvairīgas. Tā 46% un 42% respondentu neatbildēja, cik ilgā laikā pēc pamošanās tiek izsmēķēta pirmā cigarete un vai ir grūtības atturēties no smēķēšanas vietās, kur tas nav atļauts. 48% respondentu nav atbildējušas, no kuras cigaretes – dienā pirmās vai pēdējās – viņām ir vieglāk atteikties. Šis izvairīgums ietekmē arī datu precizitāti. Intervijas liecina, ka ir speciālisti, kuri uzskata, ka viņu klientu vidū smēķē ap pusi grūtnieču un neliela daļa ir tādu, kuri domā, ka smēķējošo grūtnieču viņu aprūpē nav.

No smēķēšanas turpināšanas iemesliem grūtniecības laikā intervijās dominē trīs. **Pirmkārt**, netiešs faktors ir smēķējoši ģimenes locekļi un augstāka tolerance pret paradumu ģimenē. **Otrkārt**, tie ir stresa faktori, kurus smēķēšana ļauj mazināt. Lai smēķēšanu atmetu, būtu nepieciešama dziļāku psiholoģisku problēmu risināšana. Tā viena no ekspertēm norāda, ka veselības aprūpes speciālisti ir līdzīgā situācijā ar grūtniecēm, jo arī šī darba joma ir ar paaugstinātu risku:

Jā, tas, ko es nenoliedzami redzu, ir ģimenes paradumi. Smēķējošām grūtniecēm ir bijušas smēķējošas mātes, tēvi, abi divi. Partneris smēķē. Kopīgās iezīmes – pat, ja šie cilvēki tagad ir izcīnījušies un ir nodaļu vadītāji, tad viņi ir sākuši no paša pamata un ir baigi kapājuši, lai izkapātos līdz tam nodaļas vadītājam. Tas nav bijis viegls ceļš, kā viņi ir nonākuši līdz labiem ieņēmumiem. Zināmā mērā to saistu ar pārslodzi, ar vajadzību integrēties kolektīvā, lai varētu uzdienēties, ar ilgām darba un nakts stundām, kam ir vajadzīgas palīdzošas atkarību vielas, tā sociālā līme. Viennozīmīgi biežāk smēķē sievietes ar vidējo vai vidējo profesionālo izglītību. Augstākā izglītība diemžēl biežāk saistās ar marihuānas lietošanu un dzeršanu.

Treškārt, smēķēšana ir dziļi iestrādājies paradums, piemēram, rīta cigarete un kafija ļauj uzsākt dienu. Jo ilgāks un noturīgāks šis paradums, jo grūtāk no tā atbrīvoties. Te būtiska ir smēķēšanas profilakse jauniešu vidū.

5.5. Atbalsts smēķēšanas pārtraukšanai

Visbiežāk ieteikumu pārtraukt smēķēšanu grūtniecības laikā smēķējošās respondentes dzirdējušas no medicīnas profesionāļiem – 38% gadījumu tie bijuši ginekologi, 17% - ģimenes ārsti, 11% - vecmātes (skat. 5.5.1. tabulu). Tā kā grūtniecības novērošanu veic visi šie speciālisti, procenti ir atkarīgi ne tikai no tā, vai konsultācijās jautājums pieminēts, bet arī no izvēlēta speciālista. Dzīvesbiedri un citi ģimenes locekļi par šo jautājumu runājuši 36%

gadījumu, bet draugi – 20% gadījumu. Tādu respondenšu, kuras ieteikumu atnest smēķēt nebija saņēmušas, bija vien 15%, kas ir ievērojami zemāks īpatsvars nekā 2013. gadā konstatētais (41%).

Jo jaunāka respondente, jo lielāka ietekme uz smēķēšanas paradumiem ir apkārtējiem cilvēkiem. Jaunākajā vecuma grupā smēķēšanas pārtraukšanu 43% gadījumu ieteikuši ģimenes locekļi un 27% - draugi. Izņēmums ir vecuma grupa 34-36 gadi, kur šāds ieteikums saņemts līdzīgi bieži - attiecīgi 44% un 27% gadījumu.

5.5.1. Kas ieteica pārtraukt smēķēšanu vai citu tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts. Vecumgrupu griezumā

	Visas, kas atzinušas, ka smēķējušas grūtniecības laikā (n=431)	Vecumgrupas				
		Līdz 26 gadiem (n=164)	27-30 gadi (n=96)	31-33 gadi (n=66)	34-36 gadi (n=52)	37 gadi un vairāk (n=48)
Ģimenes ārsts	17%	21%	11%	15%	22%	14%
Ginekologs	38%	41%	28%	36%	56%	37%
Vecmāte	11%	16%	6%	10%	9%	7%
Narkologs	1%	2%	0%	1%	0%	0%
Cits veselības aprūpes speciālists	2%	4%	1%	1%	0%	0%
Psihologs	0%	1%	0%	1%	0%	0%
Sociālais darbinieks	2%	4%	0%	1%	5%	0%
Dzīvesbiedrs, ģimenes loceklis	36%	43%	34%	31%	44%	22%
Draugi	20%	28%	17%	9%	27%	11%
Smēķēšanas atmešanas tālrunis	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Cits variants	4%	2%	2%	16%	2%	5%
Neviens nav ieteicis	15%	10%	18%	12%	14%	23%
Grūti pateikt/Nevēlos atbildēt	24%	22%	36%	19%	9%	28%

5.5.2.tabula. Kas ieteica pārtraukt smēķēšanu vai citu tabakas izstrādājumu lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts. Izglītības līmeņu griezumā

	Visas, kas atzinušas, ka smēķējušas grūtniecības laikā (n=431)	Izglītības līmenis		
		Zemāka par vidējo (n=124)	Vidējā vispārējā vai profesionālā (n=234)	Augstākā (n=72)
Ģimenes ārsts	17%	28%	17%	6%
Ginekologs	38%	45%	38%	32%
Vecmāte	11%	22%	10%	3%
Narkologs	1%	2%	0%	0%
Cits veselības aprūpes speciālists	2%	6%	0%	1%
Psihologs	0%	1%	1%	0%
Sociālais darbinieks	2%	8%	1%	0%
Dzīvesbiedrs, ģimenes loceklis	36%	44%	39%	21%
Draugi	20%	23%	24%	8%
Smēķēšanas atmešanas tālrunis	0%	1%	0%	1%
Cits variants	4%	1%	5%	6%
Neviens nav ieteicis	15%	6%	17%	19%
Grūti pateikt/Nevēlos atbildēt	24%	26%	19%	36%

Ievērojami biežāk ieteikumu pārtraukt smēķēšanu saņēmušas sievietes bez vidējās izglītības (skat. 5.5.2. tabulu): 28% norāda, ka par to runājis ģimenes ārsts, 46% - ginekologs, 22% - vecmāte. Šai grupai 8% gadījumu pārtraukt smēķēšanu ieteicis arī sociālais darbinieks. Salīdzinājumam respondentēm ar augstāko izglītību, ģimenes ārsts pārtraukt smēķēt ieteicis vien 6% gadījumu, ginekologs – 32% un vecmāte 3% gadījumu. Sievietes ar augstāko izglītību gan kopumā smēķē retāk, salīdzinot ar sievietēm ar zemāku izglītības līmeni, taču tām, kuras to dara, ieteikumus smēķēšanu pārtraukt speciālisti sniedz ievērojami retāk. Līdzīga tendence vērojama attiecībā arī uz ģimenes loku un draugiem.

Samazināt smēķēšanas biežumu grūtniecības laikā smēķējošām grūtniecēm ģimenes ārsts ieteicis 7% gadījumu, ginekologs - 18%, vecmāte 5%. Ģimenes locekļi un draugi šādu ieteikumu snieguši attiecīgi 17% un 12% gadījumu. Te gan jāpiebilst, ka respondentēm bijis grūti diferencēt starp abiem jautājumiem par atmešanu un devas samazināšanu. Ja par ieteikumu atmest smēķēšanu nevarēja atbildēt 24% respondentu, tad jautājumu par devas samazināšanu neatbildēja jau 53%, līdz ar to atbildes nav niansēti salīdzināmas. Abos gadījumos nekāda loma nav bijusi psihologam vai konsultatīvam telefonam, bet narkologs konsultēts vien atsevišķos gadījumos.

Proaktīvi atbalstu smēķēšanas pārtraukšanai grūtniecības laikā meklējušas 15% respondentu – 11% atbalstu meklējušas pie ģimenes locekļiem, bet 5% - pie draugiem. Speciālistu palīdzība bijusi retāk izmantota – vien 1-2% gadījumu. Šis ir augstāks īpatsvars, nekā 2013. gadā konstatētais, kad par palīdzības meklēšanu ziņojušas vien 2 respondentes.

Kā norāda speciālisti, galvenā pazīme, lai noteiktu, vai grūtniece smēķē, ir tabakas smaka. Ir speciālisti, kuri šādā gadījumā pat nejauda, vai grūtniece smēķē, bet uzreiz sāk ar jautājumu par cigarešu daudzumu dienā. Lai arī cigarešu smēķēšana ir salīdzinoši viegli konstatējama, antenatālās aprūpes speciālistu vērtējums par smēķējošām klientēm ir atšķirīgs. Intervijas liecina, ka biežāk smēķēšana tiek slēpta vietās, kur cits citu pazīst un ir augsts nosodījums šādai rīcībai grūtniecības laikā. Tā kāds ģimenes ārsts no Latgales apgalvo:

Prasām, jā. Kad mēs ņemam praksē grūtnieci, mums ir veidlapa, ko mēs aizpildām, un tur ir par kaitīgiem ieradumiem, un par smēķēšanu arī, protams. Bet, nu, līdz šim neviena nav teikusi, ka smēķē. Nezinu, vai tā tiešām ir, vai negrib teikt.

Veselības aprūpes speciālistu attieksme ir dažāda. Daļa uzskata, ka ass nosodījums atrisina problēmu. Viens no galējiem piemēriem ir pieredzējuša ginekologa no Kurzemes reģiona teiktais:

Vispār ir tā, ka ļoti daudzas meitenes, kā iestājas grūtniecība, viņas savācās, un, pateicoties tam nelabuma periodam, viņas pārtrauc vismaz uz grūtniecības laiku smēķēt. Es esmu tāds diezgan šerps – man smirdoša atnāk faktiski vienu vai divas reizes, un tad es kautrīgi uzdodu jautājumu, kur viņas dzīvo, vai viņai ir pieeja dušai, tad viņas vairs nesmird. Ko es esmu tādu nogrēkojies un ko ir nogrēkojušies tie cilvēki koridorā, kas sēž, ka mums tā smaka ir jāpacieš?

Šādā gadījumā atrisinājums ir saistīts ar atbalstu paraduma slēpšanai, kas tāpat ir izplatīta parādība sabiedrībā. Otrs attieksmes pols, kuram pieslienais vairākums veselības aprūpes speciālistu, ir atbalsts un izvairīšanās no nosodījuma, pamatojot ar kaitējuma pamatojumu un atbalstošu attieksmi, jo vainas apziņas pastiprināšana nodara kaitējumu sievietes psihiskajai veselībai un pastarpināti arī auglim. Sieviešu intervijas liecina, ka ne vienmēr šāda pieeja dod

skaidru vēstījumu – nereti tas rada priekšstatu, ka smēķēšanas krasa atmešana nodara lielāku kaitējumu, nekā cigarešu skaita samazināšana.

Ja cigarešu smēķēšana ir pamanāma, tad veipu un elektronisko cigarešu lietošana ir retāk atpazīstama. Intervijas liecina, ka dažkārt grūtnieces uzskata, ka šis ir mazāk riskants smēķēšanas veids.

Es, piemēram, eju pēcdzemdību vizītē un es ieraugu gultā guļošu māti ar veipu rokā. Viņa ir aizmigusi blakus savam zīdainim un blakus divguļamā gultā guļ vīrs pats puspliks, vīrs savu veipu ir nolīcis uz naktsгалdiņa, viņa ir aizmigusi ar visu veipu rokā. Nu, ko es varu izdarīt? Es ierakstu kartiņā par šito. Nu, ko es tagad celšu viņu augšā: [bargā balsī] "Klausies, es tevi tagad pieķēru, tu tagad aizmigi ar veipu rokā". Nu, man vienkārši palaimējās. Ja es nebūtu iegājusi, kad viņa ir aizmigusi, viņa to veipu būtu iebāzusi somiņā un gailis pakaļ nedziedātu. Nu, kāda man vadlīnija? Es tur varu tikai noskatīties. Nu, ko es izdarīju? Es aizgāju, ierakstīju kartiņā, ka es šito redzēju, aizgāju pēc tam un pateicu grūtniecei, ka viņu redzēju, ka viņai ir jāatstāj šīs viesmīlīgās telpas, jo atkarīgo vielu lietošana šajās telpās nav atļauta. Tā kā viņa ir pārkāpusi iekšējās kārtības noteikumus, tad viņu ir jāizraksta.

Kā norāda viena no intervētajām ekspertēm, elektronisko cigarešu un veipu lietotājas atšķiras no citām smēķētājām ar augstāku sociālekonomisko statusu. Kā rāda aptaujas dati, tad šim sievietēm retāk tiek uzdots jautājums par smēķēšanu:

Par alkoholu vēl ir šis faktors, ka tur ir zemāks sociāli ekonomiskais, tad, ja mēs runājam par smēķēšanu, es runāju par saltiem un karsējamo tabaku, ar zemu sociāli ekonomisko stāvokli noteikti nevarēs atļauties nopirkt saltiņus un tādas lietas.

Veselības aprūpes speciālistu zināšanas par atbalsta terapiju smēķēšanas gadījumā nav viendabīgas. Ir dalīts viedoklis par nikotīna plākstera lietošanu. Daļa šo līdzekli atmešanai nepiemin, daļa uzskata par kaitīgu, bet vienā gadījumā salīdzinoši nesertificēta ginekologe atzina, ka zināšanas šajā jomā nav pietiekamas, taču nepieciešamības gadījumā tās viegli atrast.

Tas ir arī ļoti labs jautājums, es nezinu, par nikotīna plāksteriem lasīju, bet arī no galvas nepateikšu. Ja man pacients uzdotu tādu jautājumu, es teiktu, ka es pameklēšu informāciju un atbildēšu, jo es nesaku jā vai nē, ja es nezinu atbildi.

Pieredzējušajiem ārstiem intervijas biežāk ir noteikta pozīcija attiecībā uz smēķēšanu. Veselības aprūpes speciālistu viedoklis par smēķēšanas kaitīgumu ir salīdzinoši stingrāks, salīdzinot ar viedokli par retu alkohola lietošanu grūtniecības laikā. Runājot par citu ārstu zinātniski nepamatotiem ieteikumiem par kaitējošo vielu lietošanu grūtniecības laikā, divdomīgu un klientei viennozīmīgi nesaprotamu pieeju speciālisti intervijās min kā iemeslu sieviešu uzskatam, ka šo vielu lietošana nav kaitīga. Viens no Kurzemē intervētajiem ginekologiem intervijā apgalvo:

Bet es nevienam nesaku, lai pārtrauc smēķēt. Arī ar smēķēšanu – jā, bērni smēķējošām grūtniecēm cieš no skābekļa bada, bet tajā pašā laikā dzemdībās viņa ir izturīgāka pret skābekļu badu stresa situācijā nekā nesmēķētāja. Nav tur tā tikai virzienā, ka tas ir slikti. Jā, labi tas nav. Bet galīgi slikti arī nav [smejas].

Jautājums nav par kaitējuma neapzināšanos, bet saskarsmi ar pacientiem. Te centrā ir paša ārsta kompetences demonstrējums, nevis pacientu vajadzību izvērtēšana. Jāsaka, ka lielākā daļa

veselības aprūpes speciālistu intervijās apliecina, ka saprot pozitīvas komunikācijas un līdzestības panākšanas nozīmi. Ir speciālisti, kuri apzināti jautājumu par smēķēšanu neuzdod pirmās vizītes laikā, bet vēlāk, kad nodibinātas uzticēšanās attiecības un ir lielāka iespēja sagaidīt patiesu atbildi.

5.6. Kopsavilkums

Kopsavelkot, iegūtie dati par smēķēšanu grūtniecības laikā ir gana ticami. Smēķējošo grūtnieču īpatsvars ir ap 10% pirmā grūtniecības trimestra, 7% otrā grūtniecības trimestra un 6% trešā trimestra laikā. Kopumā grūtniecības laikā smēķēšanu atzinušas 10% respondenšu. Sievietes gana labi apzinās smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz grūtniecību un bērna veselību un smēķēšana grūtniecības laikā sabiedrībā tiek gana asi nosodīta. Šis nosodījums ietekmē arī grūtnieču atklātību par saviem paradumiem antenatālās aprūpes laikā un neļauj vērsties pēc palīdzības paraduma pārtraukšanai.

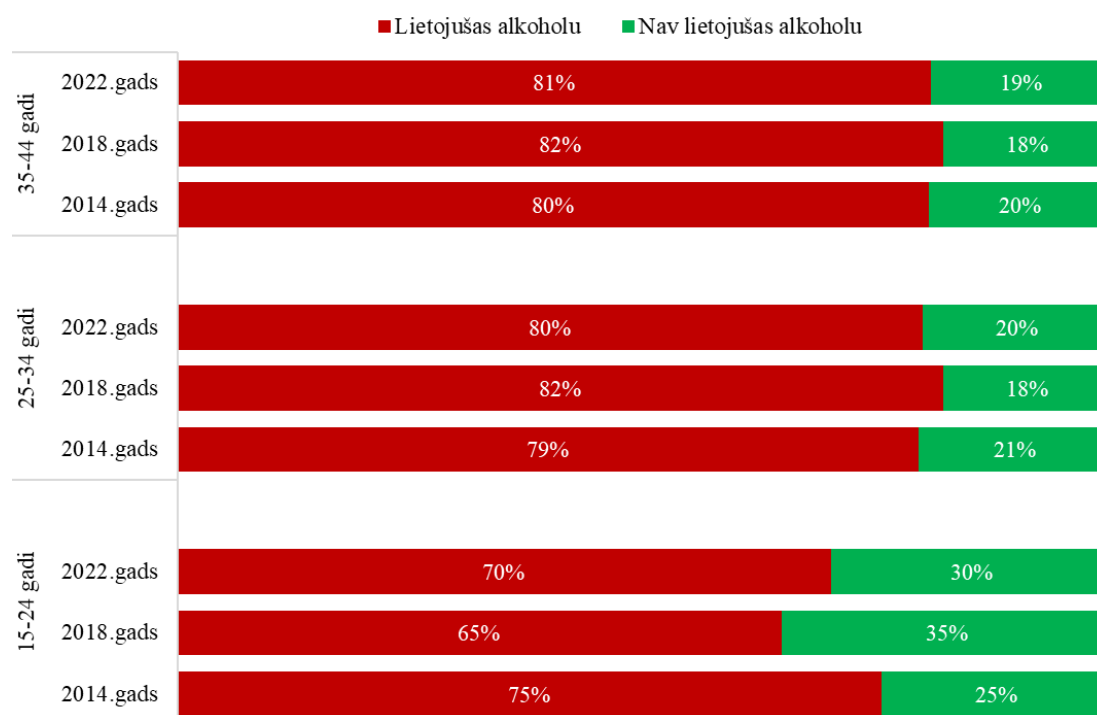
Gana augsta (15%) ir grūtnieču ikdienas ekspozīcija pasīvai smēķēšanai. Lai arī ieviesti ierobežojumi smēķēšanai sabiedriskās vietās, mājās un darba vietās grūtnieces ne vienmēr ir pasargātas un sabiedrībā ir pietiekami zināšanu par paradumu ietekmi uz apkārtējiem.

Dati rāda, ka risinājumi smēķēšanas pārtraukšanai ir kompleksi. Lai sniegtu atbalstu, nepieciešama dziļāku uzticēšanās attiecību veidošana starp klienti un ginekologu vai vecmāti, ģimenes locekļu atbalsts un nereti arī dziļāku psiholoģisku problēmu risināšana ar citu speciālistu atbalstu.

6. Alkohola lietošana

Starptautiskā mērogā par alkohola lietošanu grūtniecības laikā ir veikti atsevišķi pētījumi individuālās valstīs, bet to rezultātu salīdzināšana ir apgrūtināta, ņemot vērā, ka izmantotā metodoloģija, datu ievākšanas un analizēšanas metodes nav bijušas vienādas.

6.0.1.attēls. Alkohola lietošanas izplatība pēdējā gada laikā sieviešu vecumgrupās reproduktīvajā vecumā⁶⁴



Smedberg et al. veiktais pētījums⁶⁵, kurā apskatītas vienpadsmit valstis (Francija, Itālija, Lielbritānija, Krievija, Šveice, Norvēģija, Zviedrija, Serbija, Polija, Horvātija un Somija) atklāj, ka vidēji 16% sieviešu grūtniecības laikā lietojušas alkoholu. Paradumi ir atšķirīgi – lielākie alkohola lietošanas rādītāji bijuši Lielbritānijā (29%), Krievijā (27%), savukārt viszemākie – Norvēģijā (4%) un Zviedrijā (7%). Šajā pētījumā netika novērota korelācija ar kādiem konkrētiem sociāli demogrāfiskiem faktoriem, atskaitot smēķēšanu, kas bija riska faktors arī alkohola lietošanai grūtniecības laikā. Arī citos pētījumos, kas veikti ārpus Eiropas Savienības reģiona, tika novēroti dažādi un savstarpēji pretrunīgi riska faktori alkohola lietošanai. Piemēram, Īrijā, Francijā, ASV un Skandināvijas valstīs gados vecākas sievietes biežāk patērējušas alkoholu grūtniecības laikā, turpretim Spānijā gados vecākas grūtnieces alkoholu lietojušas retāk.

⁶⁴ SPKC (2022). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 109.lpp.

<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/18708/download?attachment>

SPKC (2019). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 100.lpp.

<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4297/download?attachment>

SPKC, 2015. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 99.lpp.

<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4303/download?attachment>

⁶⁵ Smedberg, Janne, Angela Lupattelli, Ann-Charlotte Mårdby, and Hedvig Nordeng (2014). "Characteristics of Women Who Continue Smoking During Pregnancy: a Cross-Sectional Study of Pregnant Women And New Mothers In 15 European Countries". *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 213 <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-213>.

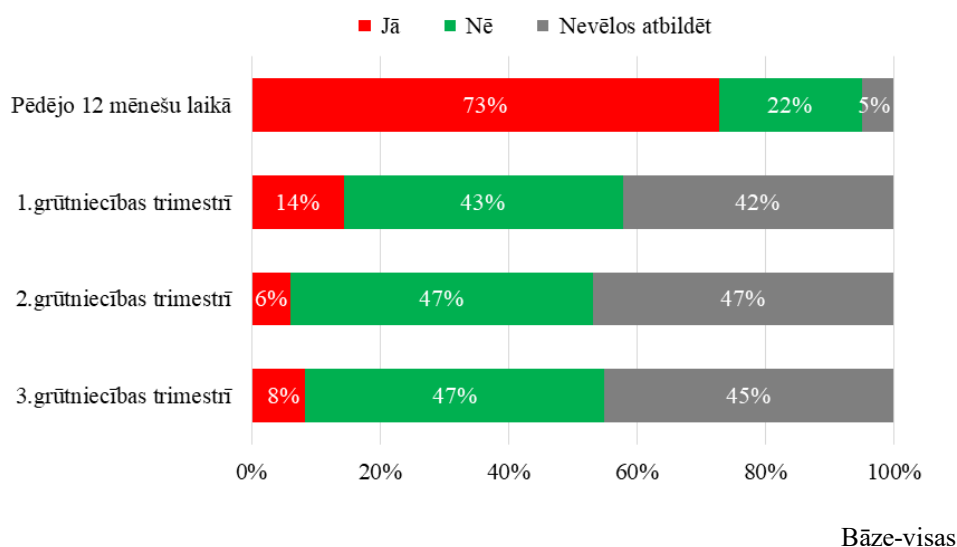
2022. gada veselības paradumu pētījums liecina, ka alkoholu 15-24 gadu vecuma grupā pēdējā gada laikā lietojušas 70%, 25-34 gadu vecuma grupā – 80%, bet 35-44 gadu vecuma grupā – 81 % sieviešu (skatīt 6.0.1.attēlu). Šis rādītājs, salīdzinot ar 4 un 8 gadus agrāk veiktajām aptaujām, rāda, ka pēc būtiska samazinājuma jaunākajā vecumgrupā, to sieviešu īpatsvars, kas norāda, ka lietojušas alkoholu, atkal pieaudzis, tomēr nesasniedzot 2014.gada līmeni. Pārējās reproduktīvā vecuma grupās rādītāji saglabājušies relatīvi nemainīgi.

6.1. Alkohola lietošanas paradumi

Grūtnieču vidū alkohola lietošana saskaņā ar Jaundzimušo reģistrā fiksēto informāciju ir ievērojami retāka nekā smēķēšana. No 2022.gadā dzemdējušajām sievietēm kā tādas, kas grūtniecības laikā lietojušas alkoholu, reģistrētas 0,08% (jeb 12 personas no 15 886).

Anda Ķīvīte, izstrādājot Pētījuma par alkohola un citu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā teorētisko pamatojumu⁶⁶ Jaundzimušo reģistra datus attiecībā uz alkohola lietošanas fakta fiksēšanu pamatoti apšaubā, norādot, ka 2013.gadā veiktā dzemdētāju aptauja parādīja citu alkohola lietotāju īpatsvaru grūtniecības laikā – aptuveni piekto daļu (17%). Situācija kopš tā laika būtiski nav mainījies – pēc būtības mātes alkohola lietošanas fakts Jaundzimušo reģistrā netiek fiksēts.

6.1.1.attēls. Alkoholu lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā (tai skaitā atsevišķi pa grūtniecības trimestriem)



Šis pētījums rāda, ka pēdējo divpadsmit mēnešu laikā (šajā periodā ietilpst gan grūtniecības laiks, gan 3 mēneši pirms grūtniecības) alkoholu lietojušas lielākā daļa intervēto sieviešu. Nekādus alkoholiskos dzērienus pēdējā gada laikā nav lietojušas 22% intervēto sieviešu, bet vēl 5% nav atbildējušas uz jautājumu (skat. 6.1.1. attēlu).

Savukārt pirmajā un otrajā grūtniecības trimestrī alkoholu lietojušo sieviešu īpatsvars ir ievērojami mazāks. Pirmajā trimestrī nekādus alkoholiskos dzērienus nav lietojušas 43% sieviešu, bet 42% izvēlējušās neatbildēt. Otrajā un trešajā trimestrī tādu ir attiecīgi 47%, bet

⁶⁶ Ķīvīte, A. 2018. Pētījuma par alkohola un citu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā teorētiskais pamatojums, metodoloģija, instrumentārijs. Npublicēts materiāls.

atbildi nav sniegušas attiecīgi 47% un 45% sieviešu. Augsts neatbildējušo īpatsvars neļauj datus salīdzināt ar iepriekšējo pētījumu. No visām sievietēm 14% atzīmējušas, ka alkoholu lietojušas 1. trimestrī, visbiežāk vīnu, šampanieti (11%) un alu (5%), bet otrajā un trešajā trimestrī tādu ir attiecīgi 6% un 8%.

Līdzīgi kā 2013. gadā, visbiežāk lietotais dzēriens ir vīns, šampanietis; pirms grūtniecības to lietojušas 56% sieviešu, pirmajā trimestrī – 11% sieviešu, vēlākā grūtniecības laikā lietošanas īpatsvaram samazinoties līdz 4-6% (skat. 6.1.1. tabulu). Otrs biežāk lietotais dzēriens ir alkoholiskie kokteiļi un sidrs, ko pirms grūtniecības lietojušas 32% sieviešu (salīdzinājumam 13% 2013. gadā). Te parādās tendence, kas novērojama populācijas līmenī – jaunākajai paaudzei šis ir arvien populārāks alkohola veids; vecuma grupā līdz 24 gadiem 3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās kaut glāzi šo dzērienu lietojušas 42% sieviešu. Šajā vecuma grupā vīnu patēriņš ir zemāks kā vidēji visu respondentu vidū (50%), taču stipro alkoholisko dzērienu patēriņš ir augstāks nekā vidēji starp visām respondentēm (21%).

6.1.1.tabula. Alkoholisko dzērienu lietošana (kaut vai 1 glāze) pēdējo 12 mēnešu laikā

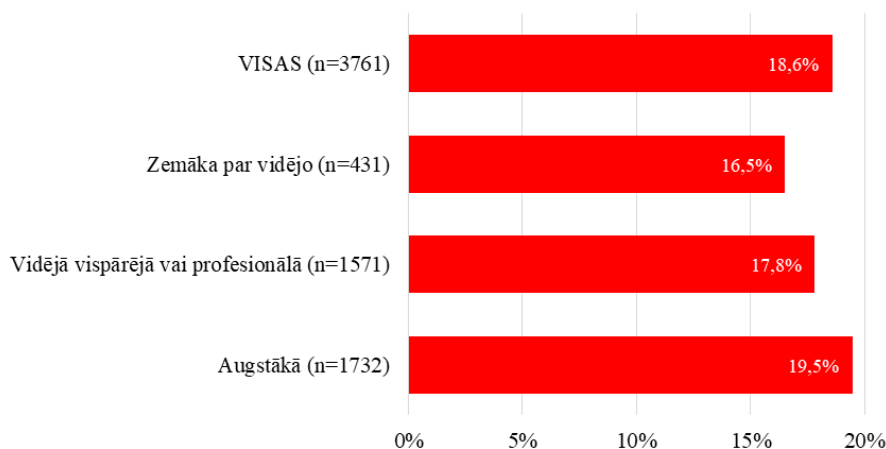
	Gada ceturksnis, grūtniecības trimestris			
	3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās	1.-3. grūtniecības mēnesis	4.-6. grūtniecības mēnesis	7.-9. grūtniecības mēnesis
Neesmu lietojusi alkoholu	23%	43%	47%	47%
Vīns, šampanietis	56%	11%	4%	6%
Alkoholiskie kokteiļi un sidrs	32%	3%	0%	0%
Alus	28%	5%	2%	3%
Stiprie alkoholiskie dzērieni (šņabis, konjaks, viskijs, brendijs, rums, tekila u.tml.)	17%	1%	0%	0%
Liķieris	5%	0%	0%	0%
Uzlējums, balzāms	6%	0%	0%	0%
Cita veida alkohols	3%	0%	0%	0%
Nezinu/atsakos atbildēt	9%	42%	47%	45%

Bāze-visas

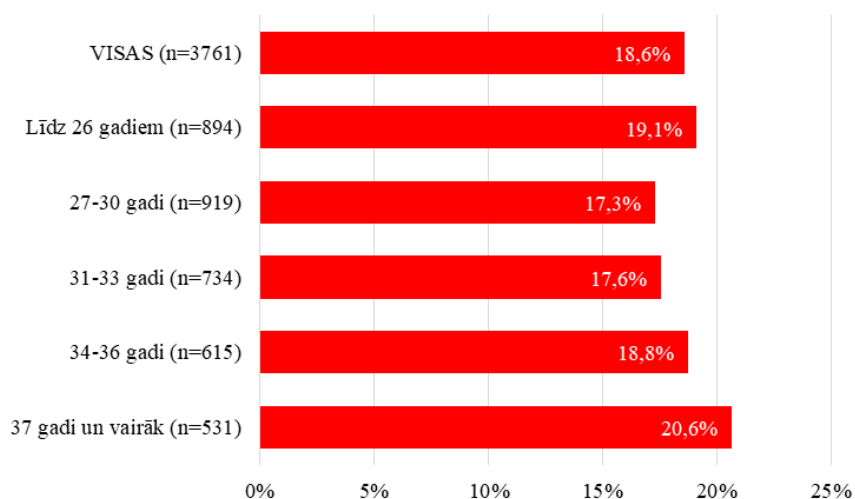
Līdzīgi kā iepriekšējā Ķīviņas 2013. gada pētījumā būtiska loma alkohola lietošanas paradumos ir respondentes izglītības līmenim (skat. 6.1.2. attēlu), taču 3 mēnešu periodā pirms grūtniecības iestāšanās konstatēta pretēja sakarība – alkoholu šajā laikā nav lietojušas 34% sieviešu bez vidējās izglītības, kamēr tādu ir vien 20% no sievietēm ar augstāko izglītību. Jāpiebilst, ka sievietes bez vidējās izglītības visbiežāk izvairījušās atbildēt uz šo jautājumu (19%), salīdzinot ar sievietēm ar augstāko izglītību (6%). Zemāks alkohola trīs mēnešus pirms grūtniecības lietojošo sieviešu īpatsvars ir lauku reģionos (31% alkohola nav lietojušas). Augstāks alkohola nelietojošo sieviešu īpatsvars šajā grupā ir nesmēķējošo sieviešu vidū – 26%, salīdzinot ar 14% smēķētāju. Līdzīgi kā iepriekšējā 2013. gada pētījumā nav konstatētas kādas noteiktas tendences alkohola lietošanu atzinušo respondentu starpā vecuma grupās (skat. 6.1.3. attēlu).

Par alkohola lietošanu grūtniecības laikā sīkākus salīdzinošus secinājumus grūti iegūt, jo teju puse sieviešu izvērējušās uz jautājumu neatbildēt.

6.1.2.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzinušas alkohola lietošanu grūtniecības laikā izglītības griezumā



6.1.3.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzinušas alkohola lietošanu grūtniecības laikā vecumgrupu griezumā

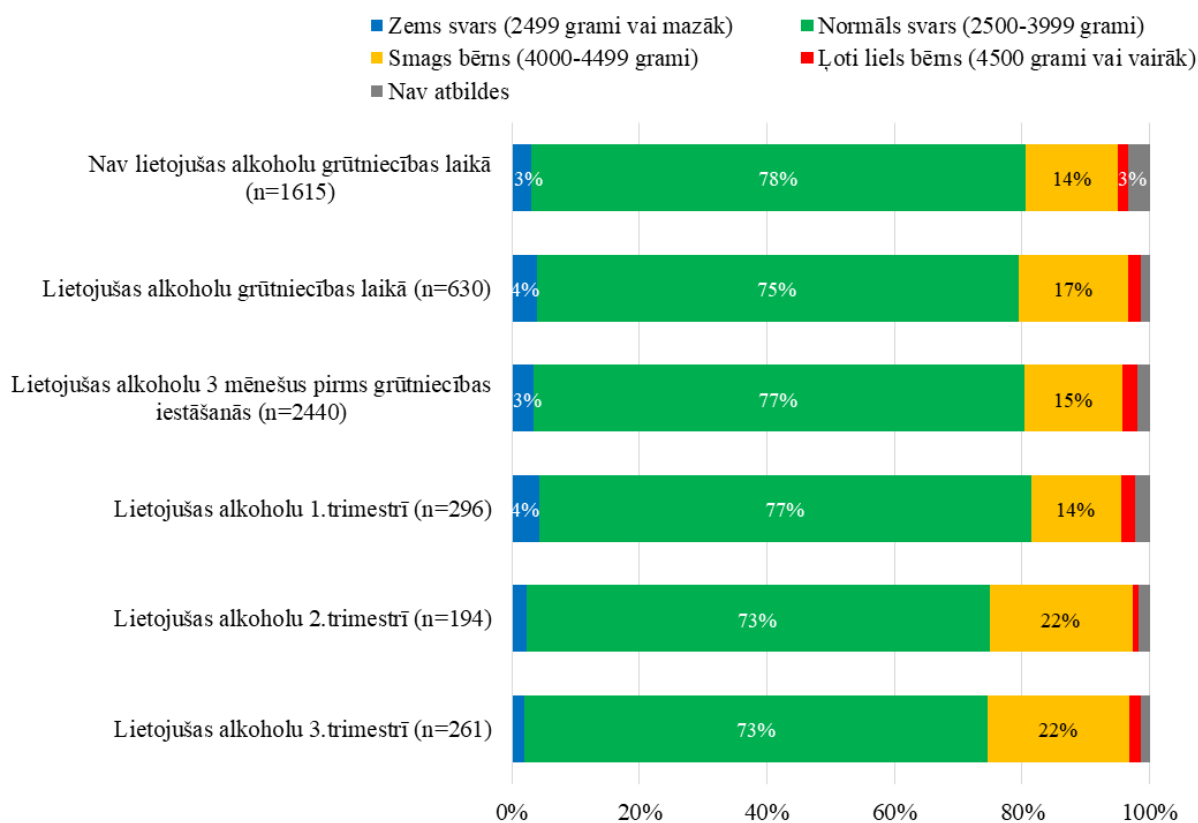


6.2. Alkohola lietošanas paradumu ietekme uz grūtniecību un bērna svaru piedzimstot

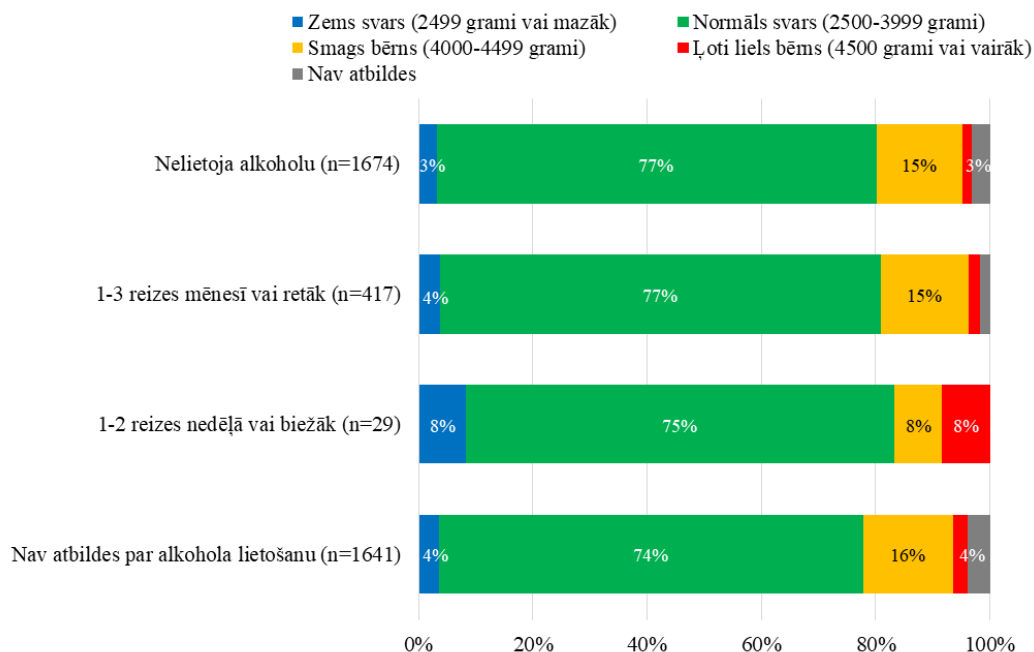
Ja smēķēšanas gadījumā atbildēs vērojama saistība starp bērna svaru un smēķēšanas paradumu, tad sievietēm, kuras norādījušas uz alkohola lietošanu grūtniecības laikā, šāda saistība dotos nav konstatējama (skat. 6.2.1. attēlu). Visticamāk tas saistīts ar izvaiģīgajām atbildēm par alkohola lietošanas paradumiem. Sievietēm, kuras atzīmējušas alkoholisko dzērienu lietošanu otrajā un trešā trimestrī, nedaudz biežāk nekā vidēji ir piedzimuši smagāki bērni, taču jāņem vērā, ka absolūtos skaitļos šī grupa ir neliela.

Raugoties uz alkohola lietošanas intensitāti, sievietēm, kas norādījušas uz alkohola lietošanu 1-2 reizes nedēļā un biežāk, biežāk piedzimuši bērni ar zemu svaru (skat. 6.2.2. attēlu), taču absolūtos skaitļos šī grupa ir neliela.

6.2.1.attēls. Bērna svars atkarībā no alkohola lietošanas paradumiem grūtniecības laikā

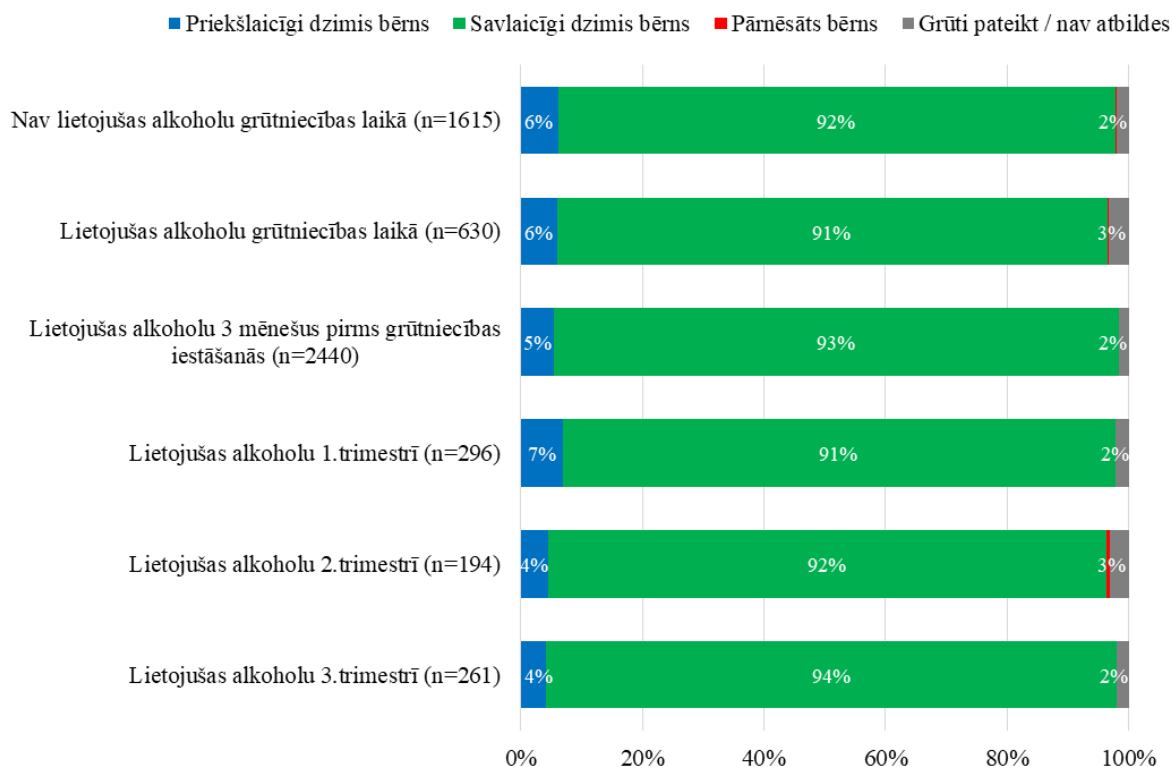


6.2.2.attēls. Bērna svars atkarībā no alkohola lietošanas biežuma grūtniecības pirmajā trimestrī



Aptaujas dati neuzrāda būtisku alkohola lietošanas ietekmi uz grūtniecības ilgumu (skat 6.2.3. attēlu).

6.2.3.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no alkohola lietošanas paradumiem grūtniecības laikā

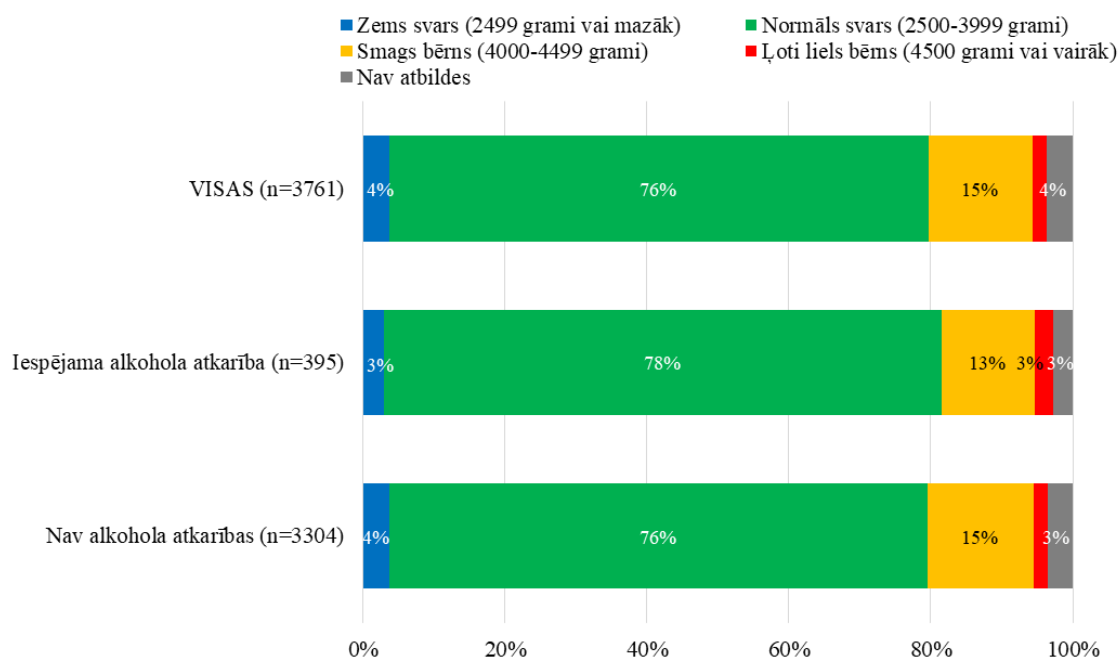


Šajā aptaujā izmantotais iespējamo alkohola problēmu mērījums ir RAPS skala (*The Rapid Alcohol Screening Test* jeb īsais alkohola skrīninga tests). To attīstījis Čerpitela (Cherpitel, 1997), un testu sākotnēji veidoja 5 jautājumi, uz kuriem viena pozitīva atbilde liecināja par atkarības iespējamu problēmu. Latvijā izmatota četru jautājumu skala RAPS4, balstoties SMART projekta vadlīnijās (2010), kā arī nosakot, ka uz iespējamu atkarību norāda vismaz 2 pozitīvas atbildes:

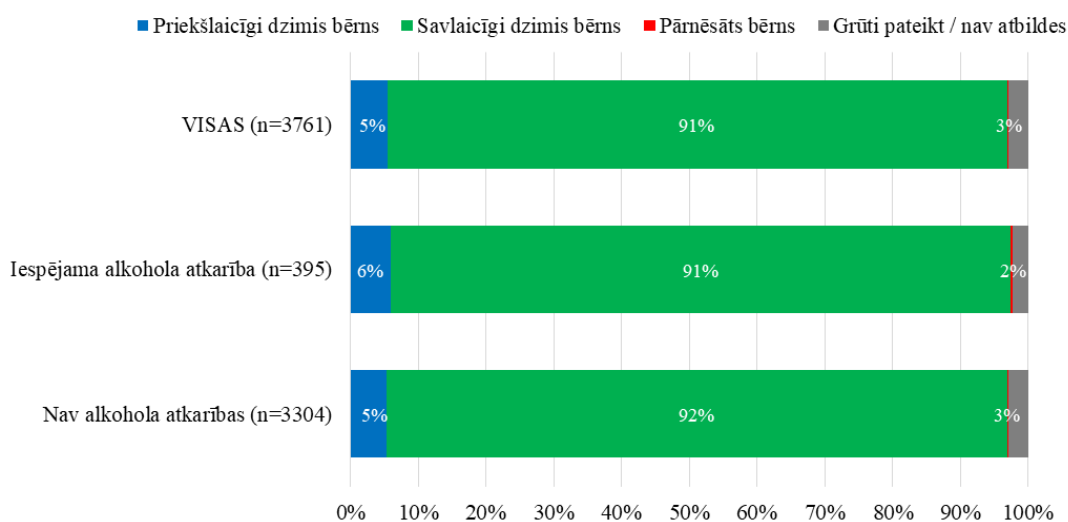
- Vai pēdējo 12 mēnešu laikā jums ir bijusi vainas sajūta, vai arī jūs jutāt nožēlu pēc dzeršanas?
- Vai pēdējo 12 mēnešu laikā kāds draugs vai ģimenes loceklis jums ir stāstījis par lietām, kuras jūs teicāt vai darījāt, kamēr dzērāt, bet par kurām jūs neko neatceraties?
- Vai dzeršanas dēļ jūs uzvedība ir atšķirusies no ierastās?
- Vai kādreiz jūs mēdzat, no rīta pamostoties, uzreiz iedzert?

Kopumā iespējama alkohola atkarība tika konstatēta 12% respondenšu. Pielietojot šo skalu, būtiska ietekme uz bērna svaru un gestācijas ilgumu saistībā ar iespējamu alkohola atkarību netika konstatēta (skat. 6.2.4. un 6.2.5. attēlus).

6.2.4.attēls. Bērna svars atkarībā no iespējamās alkohola atkarības (RAPS tests)



6.2.5.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no iespējamās alkohola atkarības (RAPS tests)

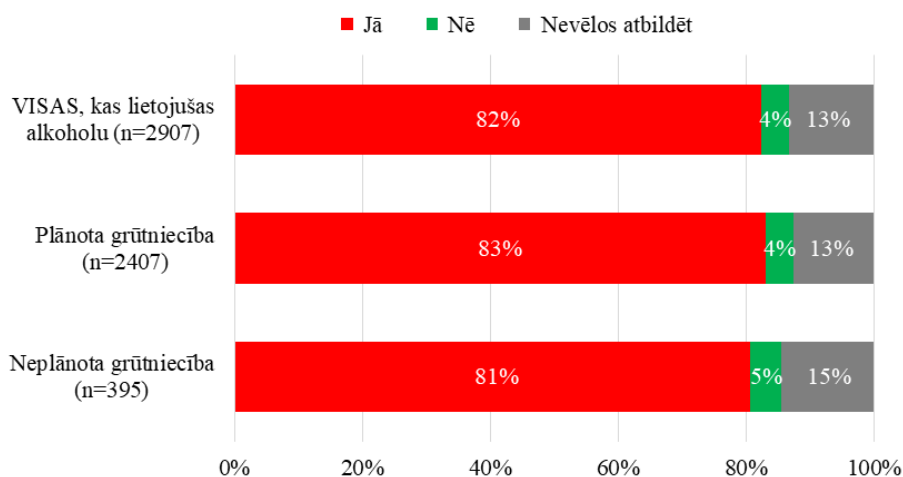


6.3. Paraduma maiņa grūtniecības laikā

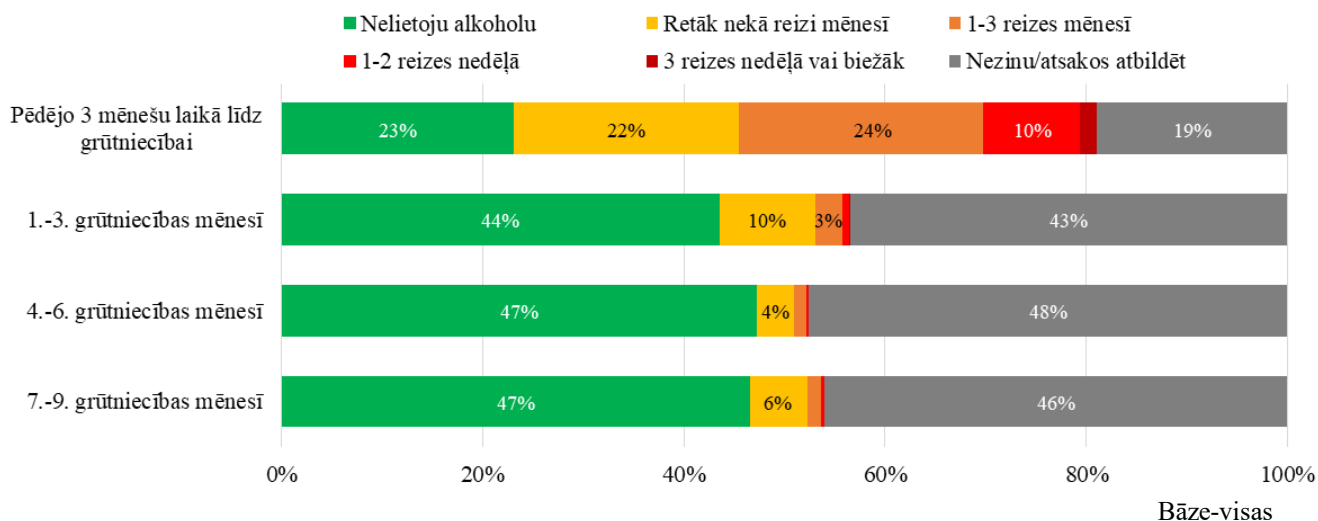
Tikai 4% respondentu, kuras iepriekš alkoholu lietojušas, atzīmē, ka uzzinot par grūtniecību, alkohola lietošanu nav pārtraukušas, un te nav būtiskas atšķirības starp to, vai grūtniecība bijusi plānota un neplānota, kā tas ir gadījumā ar smēķēšanu (skat. 6.3.1. attēlu). Tāpat jāņem vērā, ka šāda lietošanas pārtraukšana nebūt nenozīmē, ka lietošana vēlāk nevarētu būt atsākta – daļā atbilžu novērojama tieši šāda notikumu virzība.

Intervijas liecina, augstāks alkoholu lietojošo grūtnieču īpatsvars tomēr bijis 1. trimestrī, salīdzinot ar vēlāku grūtniecības laiku, kas visdrīzāk saistīts ar laiku, kad grūtniecības iestāšanās vēl nav bijusi zināma.

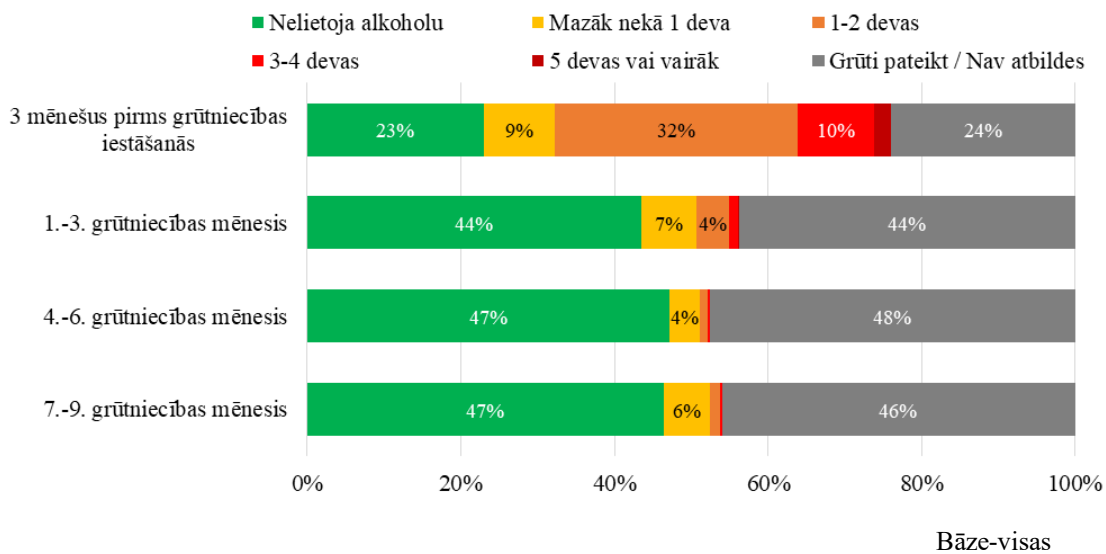
6.3.1.attēls. Vai, uzzinot par grūtniecību, alkohola lietošana tika pārtraukta



6.3.2.attēls. Alkohola lietošanas biežums attiecīgajā periodā



6.3.3.attēls. Izdzerto alkohola devu skaits vidēji dienās, kad lietots alkohols

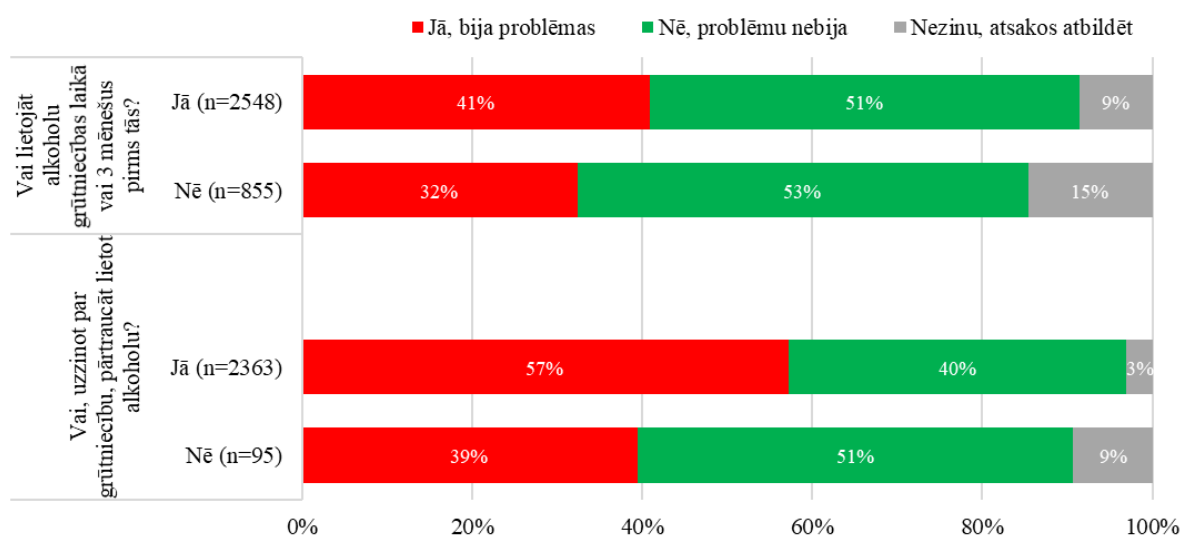


No tām sievietēm, kas 3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās atzinušas, ka alkoholiskos dzērienus kaut reizi lietojušas, lielākā daļa to darījušas reti – 35% 1-3 reizes mēnesī, 22% vēl retāk. 11% sieviešu alkoholu lietojušas 1-3 reizes nedēļā vai biežāk (skat. 6.3.2. attēlu). Uz jautājumu nav atbildējušas 19%.

Attiecībā uz grūtniecības periodu atbilžu par alkohola lietošanas biežumu nav sniegušas 43-48% respondenšu – šādu iespēju deva pašaizpildes anketa. Pārējo respondenšu atbildes rāda, ka alkohola lietošanas biežums kopumā samazinājies. Visticamāk, ka samazinājies arī starp tām sievietēm, kas neatbildēja, taču nevaram novērtēt, kādā mērā.

Līdzīgi kā ar lietošanas biežumu, otrajā un trešajā trimestrī samazinājies arī devu skaits (skat. 6.3.3. attēlu), taču atkal konstatējams, ka nav saņemtas atbildes no 44-48% respondenšu par patērēto alkohola devu skaitu grūtniecības laikā.

6.3.4.attēls. Vai vecākiem (audžuvecākiem) bijušas problēmas ar alkoholu – repondenšu alkohola lietošanas paradumu griezumā



Gan ar alkohola lietošanu, gan ar tās pārtraukšanu saistās situācijas, kad problēmas ar alkoholu bijušas sieviešu vecākiem vai audžuvecākiem – no sievietēm, kas pēdējo 12 mēnešu laikā lietojušas alkoholu, 41% atzīst, ka vecākiem vai audžuvecākiem ir vai ir bijušas problēmas ar alkoholu (skat 6.3.4. attēlu). Starp sievietēm, kas alkohola lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā neatzīst, uz šādām vecāku vai audžuvecāku problēmām norādīts 32% gadījumu. Līdzīgi no tām sievietēm, kas alkohola lietošanu, uzzinot par grūtniecību, pārtraukušas, problēmas ar alkohola lietošanu vecākiem vai audžuvecākiem bijušas vai ir 39% gadījumu, kamēr no tām sievietēm, kas lietošanu nav pārtraukušas – 57%.

6.4. Atbalsts alkohola lietošanas paraduma pārtraukšanai

16% grūtniecības laikā alkoholu lietojušo sieviešu norāda, ka kāds speciālists vai cita persona ieteikuši alkoholu nelietot (skat. 6.4.1. attēlu). Tas ir zemāks īpatsvars, salīdzinot ar brīdinājumu par smēķēšanu. Pirmkārt, kā to intervijā norāda kāda dzemdību speciāliste, tabakas izstrādājumu lietošana ir bieži tieši pamanāma – par to liecina tabakas smarža. Otrkārt, alkohola lietošanas kaitīgums un vispārējs aizliegums grūtniecības laikā lielākā mērā tiek uztverts kā pats par sevi saprotams.

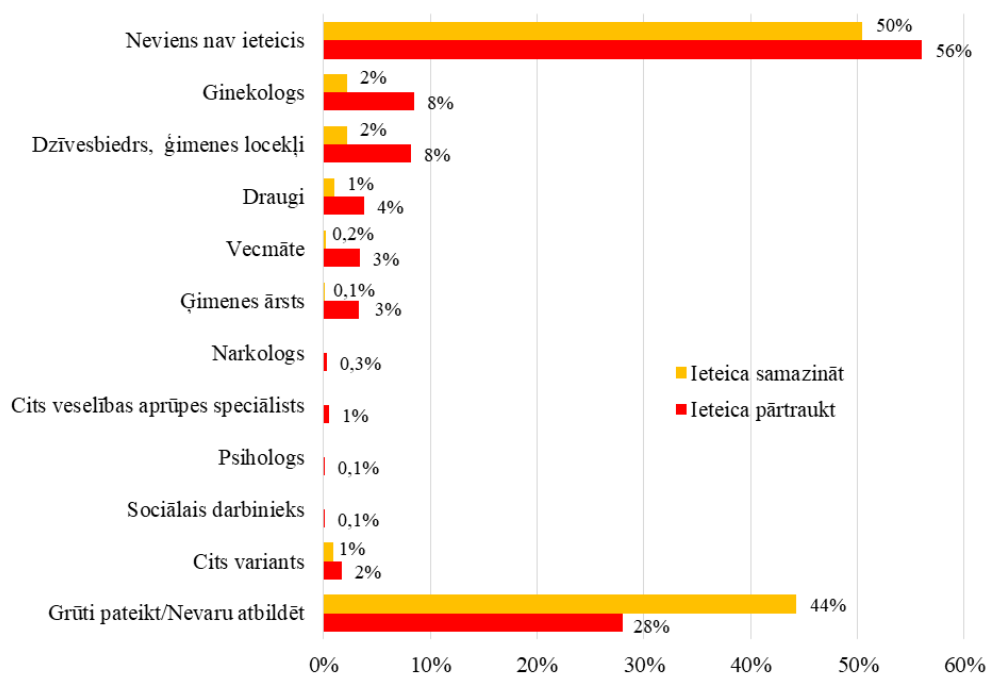
Ekspertu un speciālistu intervijas liecina, ka alkohola lietošana, tāpat kā smēķēšana, tiek pamatā saistīta ar piederību zemākam sociālekonomiskam slānim. Kā liecina intervijas, nereti šis priekšstats traucē informēt klientes, kuras neatbilst šim profilam:

Nu, tās ir alkoholiķes lielāko tiesu, kuras atnāk jau alkohola reibumā jeb... jeb nu kurām jau ir sociālas problēmas, sociālais darbinieks ieslēdzās, vai arī bērnam jau ir riktīgi alkohola sindroms. Nu tās tiek atpazītas. Bet tādas, piemēram, atkal labi situētas, izglītotas sievietes, kuras, kuras varbūt ikdienā lieto vairāk alkohola, nekā tas būtu jēdzīgi, nu, tādas, man liekas, arī paliek neuzzinātas. (eksperts)

Zināmā mērā jautājumu uzdošana par grūtnieces alkohola lietošanas paradumiem ir apvainojoša, jo apšaubā veselīgu spriestspēju un “pieskaita” sociāla riska grupai. Šī pati asociācija ar risku un zemu sociālo prestižu ir iemesls, kas sievietēm liek izvairīties no alkohola lietošanas paradumu atklāšanas:

Bet alkohols ir tāda lieta, kas ir slēptāks kā smēķēšana, to ne vienmēr var pateikt, ja vien akurāt nenāk ar smaku. Par to sociālo vai izglītības līmeni – iespējams, labāk izglītotas grūtnieces ir viltīgākas un labāk prot noslēpt, ka ir lietojušas alkoholu, jo zina, kādas pazīmes slēpt vai maskēt. Piemēram, zina, ka nevar iet smirdēdams, tad labāk pateikšu, ka esmu slima. (vecmāte Rīgā)

6.4.1.attēls. Kas ieteica pārtraukt alkohola lietošanu grūtniecības laikā, ja tas ir ieteikts



Bāze-tās, kas atzinušas alkohola lietošanu grūtniecības laikā (n=630)

Visbiežāk no speciālistiem par alkohola lietošanas pārtraukšanu runājis ginekologs (8% gadījumu), ģimenes ārsts (3%) un vecmāte (3%). Draugi to aicinājuši darīt 4% gadījumu, bet dzīvesbiedrs un ģimene – 8% gadījumu. Dzīvesbiedru, ģimenes un draugu padoms biežāk saņemts sieviešu grupā līdz 26 gadiem (15%), bet grupā līdz 19 gadiem – pat 39%. 56% alkoholu grūtniecības laikā lietojošo sieviešu norāda, ka šādu aicinājumu nav dzirdējušas. Salīdzinot ar 2013. gadu, jautājums ticis apspriests biežāk.

Teju puse sieviešu (44%) nespēj atbildēt, vai ārsts ieteicis alkohola devu grūtniecības laikā samazināt. Vēl 50% sieviešu šādu ieteikumu nav dzirdējušas. Ņemot vērā konteksta trūkumu, grūti pateikt, vai šāds ieteikums nav izteikts tāpēc, ka alkohola lietošanu ieteikts pārtraukt pavisam vai citu iemeslu dēļ. Salīdzinājumam 2013. gada aptaujā iegūtas līdzīgas atbildes. Aptaujas dati rāda, ka sievietes arī aktīvi nav meklējušas palīdzību. Līdzīgi arī intervētās sievietes šādu palīdzību nebija meklējušas.

Intervijas ar veselības aprūpes speciālistiem rāda, ka viedoklis par atturēšanos no alkoholisko dzērienu lietošanas ir gana vienots un tika uzsvērts, ka nav drošu alkohola devu grūtniecības laikā. Vienlaikus, dažas no intervijām liecina, ka alkohola kaitīgumam ir mazāk spēcīgs medicīnisks pamatojums:

Labāk nē vispār. Protams, nekas kritisks arī.. varbūt 1. trimestrī labāk nē, bet pēc tam, ja 3. trimestrī viņa izdzers glāzi sarkanvīna, viņai nekas būtisks vairs nevar notikt īsti. Organoģenēze ir notikusi, kauli attīstījušies, 3. trimestris - pieaug izmēros, krāj resursus, bet tas arī nav nekas tāds, ko vajadzētu izplatīt konceptuāli. (ginekologs, Kurzemes reģions)

Visas intervētās sievietes, kuras bija lietojušas kādu alkoholisku dzērienu grūtniecības laikā, to bija darījušas nelielos daudzumos un saistībā ar kādiem svētkiem vai tāpēc, ka gribējies nobaudīt kādu konkrētu dzērienu. Piemēram, kāri pēc alus gan daži veselības speciālisti, gan kāda no intervētajām sievietēm saistīja ar “vitamīnu trūkumu” jeb objektīvu organisma “vēlmi”. Viena no intervētajām vecmātēm, kura pašai ir līdzīga pieredze grūtniecības laikā un vecmātes praksē, norāda uz Latvijā populāru ticējumu, ka grūtniecēm mēdz būt spontānas vēlmes pēc kādiem produktiem, kuras partnerim steidzami jāapmierina. Apmierinājuma nepieciešamība saistīta ar grūtnieces īpašo statusu un gaidāmā bērna labbūtnību. Minētā vecmāte klientiem iesaka ar vēlmju apmierināšanu, tai skaitā vēlmi pēc kāda alkoholiska dzēriena, nesteigties, sakot, ka ar laiku vēlme pāriet.

Priekšstats par alkoholisko dzērienu lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā un gana liberāla alkohola lietošanas kultūra Latvijā rada īpatnēju situāciju, kur ir augsta tolerance pret alkohola lietošanu grūtniecības laikā, īpaši, ja tas lietots nelielās devās, savienojumā ar gana labām zināšanām. Aptaujā sievietes var sniegt “pareizo” atbildi – zināšanas par kaitīgumu ir pietiekamas, taču tās nedarbojas praktiskā līmenī. Iespējams, ar to skaidrojams arī augsts neatbildējušo respondentu īpatsvars jautājumos, kad par paradumiem tiek jautāts detalizētāk. Līdzīgi ir ar smēķēšanu, taču alkohola lietošana sabiedrībā ir plašāk izplatīta un nav tik stigmatizēta kā smēķēšana, tāpēc tieši intervijas, nevis aptauja, ļauj labāk saprast praktisko alkohola lietošanas loģiku. Visas intervētās sievietes, kuras alkoholiskos dzērienus bija lietojušas grūtniecības laikā, to bija darījušas nelielās devās un reizi pa reizei. Tā viena no sievietēm, intervijas sākumā apgalvo, ka alkoholu grūtniecības laikā nav lietojusi, bet vēlāk apdomājoties savu paradumu raksturo šādi:

(..) bet, ja tā padomā, tad reizi nedēļā, divās vai trijās varbūt bija kādi svētki, kad gribējās, varbūt man ļoti sakārojās pēc tā.. tā kaut kā teikt. Kad es gaidīju pirmo bērnu, es nedzēru vispār, man vīrs neļāva, pieskatīja, teica, ka nedrīkst un viss. Tad mums panesās joks, paskaties, kad gaidīju otro bērniņu un iedzēru glāzi vīna, viņš ir daudz mierīgāks, bet tas, protams, nav ar to saistīts.

Intervijas nobeigumā viņa norāda, ka spiediens atturēties no alkoholisko dzērienu lietošanas grūtniecības laikā ir zemāks, salīdzinot ar smēķēšanas nosodījumu:

Man tomēr liekas, ka mēs tomēr pārāk esam liberalizējuši to viena glāzi vīna. Tā ka es tur kaut ko iedzēru bišķīt, bet ideālais variants jau būtu, ka neviens negrib to glāzi vīna dzert, arī to vienu. Nu labi, vienu. Pret alkoholu nez kāpēc visi pielaidīgāki nekā pret smēķēšanu un narkotikām.

Visbiežāk alkohola lietošanas pārtraukums grūtniecības laikā saistīts ar “organisma vēlmi”. Tā viena no sievietēm, kura intervēta pamatā savu smēķēšanas paradumu dēļ, norāda, ka:

(..) bija brīdis, ka lietoju [alkoholu] grūtniecības laikā, bet nebija tā, ka tā bija alus skārdene vai vīna pudele. Tas bija kā ... mans vīrs tur dzēra alu, es arī ļoti gribēju, es iedzēru malku un sapratu, ka nevaru to sagremot. Un pats ķermenis kaut kā, un es sapratu, ka nē, es negribu. Un arī tagad. Visi saka, ka var iedzert malku un iedzert vīnu. Es to negribu, man tas nav vajadzīgs. Tad pabeigšu zīdīt un dzeršu, ja vajadzēs.

Uz līdzīgu nevēlēšanos un nepatiku pret alkoholu norāda arī citas respondentes, īpaši, ja paralēli lietotas narkotikas un tabakas izstrādājumi.

Neskatoties uz negatīvu attieksmi, sievietēm nav dziļu zināšanu par alkohola ietekmi uz gaidāmo bērnu. Kā rāda aptaujas dati, visbiežāk alkohols neierobežotās devās lietots pirms grūtniecības apzināšanās. Tomēr, kā liecina intervijas, sievietēm rodas satraukums par ietekmi uz augli pie augstas alkohola devas uzņemšanas:

Es domāju, ka tam ir nozīme, bet ironiskākais, ka pirmajā trimestrī, kad domāju, ka alkohols ietekmē visvairāk, mēs bieži vien nezinām, ka esam stāvoklī. Tas mani tā biedē, jo tad, kad paliku stāvoklī ar pirmo dēlu, tad es biju pat festivālā, kur es biju lietojusi ļoti daudz alkohola, un tas man bija ilgi bailes, vai tas viņam kaut ko nav nodarījis. [..] Beigās viss bija perfektā kārtībā, ginekologs teica, ka līdz 6. nedēļai bēbītis vēl nav savienojies ar mammu. Tāda informācija, kas palīdz justies mierīgāk, ka tā ir bijis, ka tu nezināji, ka tā sanāca.

Te rodas paradoksāla situācija, ka par grūtniecības laiku visiem respondentiem ir gana skaidrs, ka jebkāda alkohola daudzuma lietošana nav droša, bet vienlaikus neliela daudzuma jeb “pusglāzes sarkanvīna svētkos” netiek uzskatīta arī par kaitējošu. Ir grūtnieces, kas šādu apstiprinājumu iegūst no veselības aprūpes speciālista, visbiežāk ignorējot, ka konsultācijā pirmais ieteikums ir bijis alkoholu nelietot vispār.

Intervijās būtiskāks jautājums bija droša alkohola lietošana zīdīšanas laikā – uz to norāda gan vairāki veselības aprūpes speciālisti un eksperti, gan sievietes pašas. Tas ir arī jautājums, kuru sievietes labprāt uzdod ārstam un ieteikumus ievēro. Tā kāda intervētā sieviete stāsta:

Nē, nu viens ir tas, ka tu apzinies, ka vairāk īsti nedrīksti, skaidrs, ka tu sevi ierobežo, viens ir tas, ka tev ir jābaro bērns, otrs ir tāpēc, ka tu vienkārši būsi apkārt bērnam vai bērniem saviem, līdz ar to tev ir jābūt spējīgam reaģēt un lai alkohols nebūtu pārāk ietekmējis tavas spējas. Bet arī neprasās laikam, jo tā apziņa un atbildības sajūta ir pārāk liela. Alkohols noteikti nekādā veidā nevarētu, tā vēlme pēc viņa nevarētu iespaidot tās prioritātes mainīties. (..) Nu, tur mēs, apspriežot šo tematu, tad viņa ieteica, ka viens variants ir atslaukt pienu pirms, ja ir zināms, ka iedzersim pie vakariņām glāzi vīna, tad nākamo barošanas reizi iedot to atslaukto pienu, jo vajadzētu būt, ka kādas 4-6 stundas pēc lietošanas vairs nebūs nekāda negatīva ietekme. Līdz ar

to vienu ēdienreizi izlaist pēc alkohola lietošanas. Tas bija tāds galvenais - ieturēt kaut kādu laika sprīdi starpā. (sieviete, lietojusi alkoholu grūtniecības laikā)

Kā intervijā teica vecmāte no Rīgas, šis jautājums sievietēm kļūst aktuāls pēc dzemdībām iekļaujoties saviesīgā dzīvē, kur parasti tiek lietots alkohols, cenšoties droši savienot sabiedrisko dzīvi ar rūpēm par bērnu.

6.5. Kopsavilkums

Kopumā alkoholisko dzērienu lietošanu grūtniecības laikā atzīst 18% respondētājus. Ņemot vērā augsto neatbildējušo procentu, faktiskais lietojušo īpatsvars visdrīzāk ir augstāks.

Intervijas ļauj spriest, ka, lai arī sievietēm ir labas zināšanas par alkohola lietošanas kaitīgumu, nelielu devu lietošana netiek uzskatīta par būtisku kaitējumu un skatīta kā pašsaprotama lieta, kuru sievietes īpaši neatceras. Smēķēšanai ir raksturīga regularitāte, kas paradumu ļauj labāk reģistrēt un raksturot, kamēr alkohola lietošanas paradumiem tādas nav.

Vienlaikus svarīgs jautājums ir alkohola lietošanas drošums zīdīšanas laikā, skatot to ne tikai kā bioloģisku, bet arī bērna aprūpes problēmu. Sīkāk sieviešu zināšanas par alkohola kaitīgumu aplūkotas 9. nodaļā.

7. Narkotiku lietošana

Tā kā narkotiku lietotāju īpatsvars sabiedrībā ir ievērojami zemāks par citu atkarību izraisošo vielu lietošanas biežumu, dati nav pieejami detalizētos griezumos. Narkotiku pašreizējo lietotāju īpatsvars 15–24 gadu vecu sieviešu grupā, saskaņā ar 2020. gada pētījumu⁶⁷ ir 3%, bet neseno lietotāju – 5%. 25-34 gadus veco sieviešu vidū šie rādītāji bijuši attiecīgi 3% un 4%.

2013. gada pētījumā (Kļivite, 2013) konstatēts ievērojami zemāks īpatsvars – 3 no 1000 sievietēm, taču starp grūtniecēm šim rādītājam arī sagaidāmi būtu jābūt zemākam, salīdzinot ar attiecīgā vecuma sievietēm kopumā. Jaundzimušo reģistra dati attiecībā uz narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā secinājumus izdarīt neļauj, jo gadījumu skaits ir pārāk niecīgs – 2022.gadā fiksētas vien 12 sievietes, kas grūtniecības laikā lietojušas psihoaktīvās vielas.

7.1. Narkotisko un psihotropo vielu lietošanas paradumi

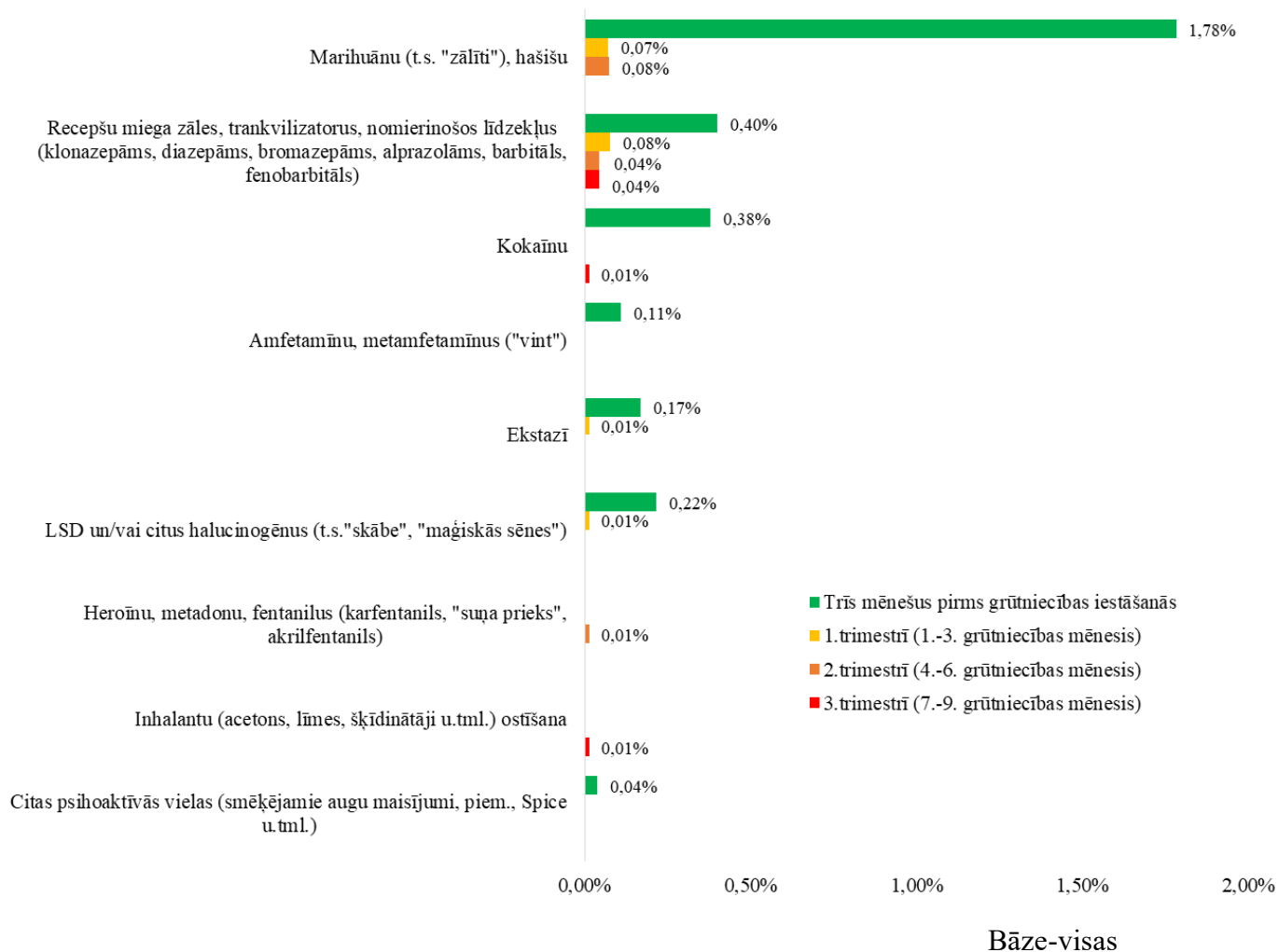
Šajā pētījumā kopumā 16% no visām respondentēm norāda, ka kaut reizi mūžā ir lietojušas narkotiskās vai psihotropās vielas. 89% no tām šīs vielas pamēģinājušas dažas reizes dzīvē, bet pārtraukušas. Īsākā laika nogrieznī – 12 mēnešus pirms dzemdībām – tās lietojušas 2% aptaujāto sieviešu. Ir novērojama sakarība starp narkotisko un psihotropo vielu lietošanu un to, vai respondentes atzīst, ka problēmas ar narkotiku lietošanu dzīves laikā vai pēdējo 12 mēnešu laikā bijušas partnerim – ja problēmas ir bijušas partnerim, tad arī pati respondente vielu lietošanu atzīst biežāk.

7.1.1.attēls atspoguļo datus, kas iegūti, jautājot par narkotisko un psihotropo vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā. Absolūtos skaitļos tādu sieviešu, kas lietošanu atzina, ir 75.

No tām 10 sievietēm, kas aptaujas anketā atzinušas narkotisko vai psihotropo vielu lietošanu grūtniecības laikā, trīs neatbild, vai tām ar bijusi saruna par šo jautājumu ar veselības aprūpes speciālistu, bet piecas saka, ka neviens nav ieteicis pārtraukt nelegālās vielas lietot. Viena respondente norāda uz sarunu ģimenes ārstu un “citu veselības aprūpes speciālistu”, bet otra norāda uz atbalstu no draugiem. Savukārt no 75 respondentēm, kas atzinušas narkotisko vai psihotropo vielu lietošanu pēdējā gada laikā, 47 uz jautājumu par paraduma pārrunāšanu neatbild, 23 respondentes atzīst, ka to nav ne ar vienu pārrunājušas, bet trīs dalījušas ar ģimenes ārstu, divas - ar ginekologu, citu veselības aprūpes speciālistu vai draugiem, pa vienai ar psihologu un dzīvesbiedru.

⁶⁷ SPKC (2021). Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū 2020.gadā, 72.lpp. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/15536/download>

7.1.1.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas atzīst noteiktu narkotisko un psihotropo vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā



7.2. Narkotisko un psihotropo vielu lietotāju identifikācija un atbalsts

Arī ekspertu intervijas apliecina, ka narkotisko un psihotropo vielu nelegāla lietošana ir tēma, kuru speciālisti, aprūpējot grūtnieces, aizskar retāk. Pirmkārt, šajā jomā speciālistiem ir mazāk zināšanu. Biežāk uz narkotiku lietošanas paradumu klientu vidū norāda speciālisti, kuriem ar šo vielu lietošanu ir personiska pieredze. Kā norāda dzemdību speciāliste, kura praktizē Rīgā un Pierīgā:

Es domāju, ka nē [neatpazīstu narkotiku lietošanu]. Es neesmu bijis sliktākais ārsts pasaulē, bet man to neiemācīja.

Lielākā daļa speciālistu norāda uz uzvedības pārmaiņām, dūrumiem vēnās, taču šīs pazīmes visbiežāk attiecas uz laiku, kad pacientes ir stacionārā un novērojamas ilgākā laika posmā. Viena no ekspertēm, kura praktizē privāti, norāda uz īpašu narkotiku lietotāju grupu turīgu sieviešu vidū, kuras mazina stresu un paaugstina savu veiktspēju ar kokaīna lietošanu. Par šo runā arī viens no ārstiem ginekologiem Kurzemes pusē, taču, šķiet, šajā gadījumā iespaids radies mazāk personisko novērojumu un vairāk filmu iespaidā.

Otrkārt, īsas vizītes laikā šādas nianse speciālistiem ir grūti pamanīt un valda uzskats, ka atkarības jautājumu risināšana aprūpes vizītes ietvaros nav iespējama, jo uzticības attiecību nodibināšanai nepieciešams laiks:

Es, pirmkārt, domāju, ka tas nav ārstu un vecmāšu primārais uzdevums. Viņi uz to nav mācīti, viņiem nav zināšanu, nav laika konsultācijās dziļāk šai tēmai pievērsties. Un pat, ja viņi uzzina šo faktu, tad uzreiz man būtu pretjautājums – nu, un ko tad viņi ar to darīs? (Eksperts, nevalstiska organizācija)

Pazīmes, kas varētu būt saistītas ar atkarību izraisošu vielu lietošanu, speciālisti intervijās norāda, taču piezīmē, ka novērošana prasa piepūli un nav skaidrs, ko ar novērojumiem tālāk darīt.

Intervijas ar sievietēm liecina, ka pret narkotiku lietošanu ir klaji negatīva nostāja un te nav divdomības, kas raksturo alkohola un tabakas lietošanu. Tā viena no intervētajām sievietēm, smēķētāja, alkohola lietotāja, ar neregulāru narkotiku lietošanas pieredzi stāsta:

Pat tālāk man nav jēgas runāt par narkotikām, tās nav manas [problēmas]. 100% varu teikt, ka tas skar bērnus. Pie zīlnieces nemaz neej. Pilna ietekme attiecas uz attīstības kavējumiem. Jo man ir kaimiņiene iepriekšējā dzīvoklī. Ar to es saskāros. Tur tā bija marihuāna, tā būs psihotropa un būs spēcīga. Es domāju, ka tas ir kategoriski. Es joprojām kaut kā labi uztveru 0,5 alu un, teiksim, cigarete man joprojām kaut kā patīk. Bet, ciktāl tas attiecas uz narkotikām, tas ir jārisina. Un es tikai domāju, ka šīs māmiņas, kas lieto narkotikas un ir pie ārsta [uzskaitē], es domāju, ka viņām vispār nevajadzētu ļaut dzemdēt. Jo viņas dzemdē slimus bērnus, un tad bērni cieš tikai viņu dēļ.

Gan aptaujas neatbildētie jautājumi, gan grūtības rekrutēt sievietes ar narkotiku lietošanas pieredzi intervijām liecina, ka narkotiku lietošana un īpaši lietošana grūtniecības laikā ir tabu tēmas, par kurām sievietes nevēlas runāt. Intervija, kas veikta ar regulāru amfetamīnu lietotāju, rāda, ka sieviete apzināti slēpj savus paradumus. Šajā gadījumā narkotiku lietošanu pavada arī ārsta izrakstītu psihotropo medikamentu lietošana un ārsta-psihiatra uzraudzība. Arī ekspertu un speciālistu teiktais liecina, ka antenatālā aprūpe vai dzemdību palīdzības sniegšanas brīdis nav kaitējošā paraduma pirmreizējas atklāšanas brīdis. Visbiežāk šīs sievietes ir bijušas narkologa vai psihiatra uzraudzībā un sociālā dienesta redzes lokā. Līdz ar to nevis pati narkotiku lietošana, bet gan sievietes neplānota grūtniecība, kas iestājas atkarības dēļ, ir problēma, kura šajos gadījumos jānovērš. Šajā gadījumā tikai pēc septītā bērna dzemdībām, kad arī tika veikta intervija, respondentei sagādīšanās pēc ir bijusi iespēja saņemt kontracepcijas implantu.

7.3. Kopsavilkums

Pētījumā iegūtie dati par narkotisko vai psihotropo vielu lietošanas apjomu nesniedz ticamus datus par dziļākiem lietošanas paradumiem. Sieviešu skaits, kuras aptaujā atzinušas šādu vielu lietošanu grūtniecības laikā, ir salīdzinoši neliels. Intervijas rāda, ka narkotisko un psihotropo vielu lietošana nav bieži apspriesta tēma antenatālās aprūpes laikā. Jāizšķir divas šādu vielu lietotāju grupas grūtniecības laikā – rekreācijas nolūkos un atkarības dēļ. Pēdējā gadījumā neplānota grūtniecība visbiežāk ir atkarības sekas un preventīvi novēršama paralēli atkarības ārstēšanai.

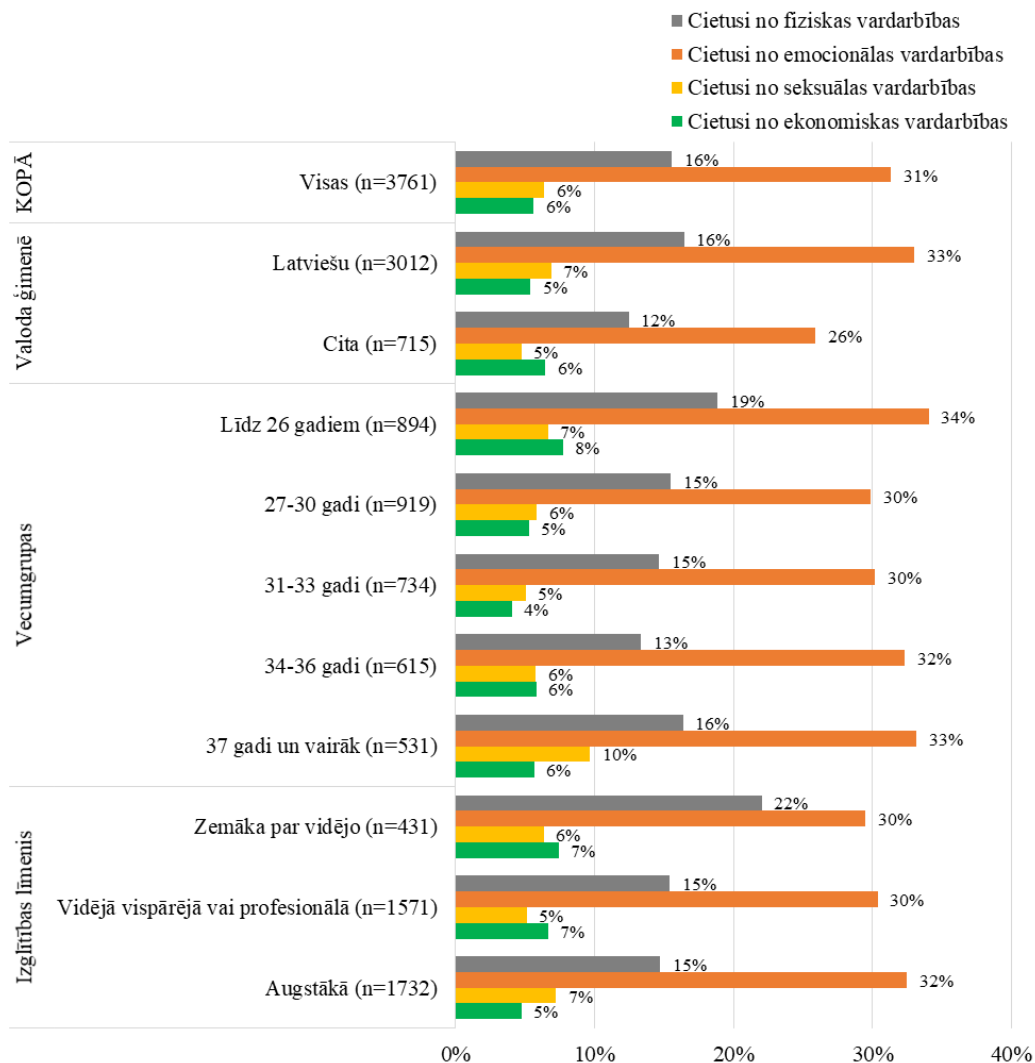
8. Mentālā veselība un vardarbība

Tā kā starptautiski pētījumi norāda uz saikni starp grūtniecības norisi un mentālo veselību un vardarbības pieredzi, šādi jautājumi tika iekļauti arī aptaujā.

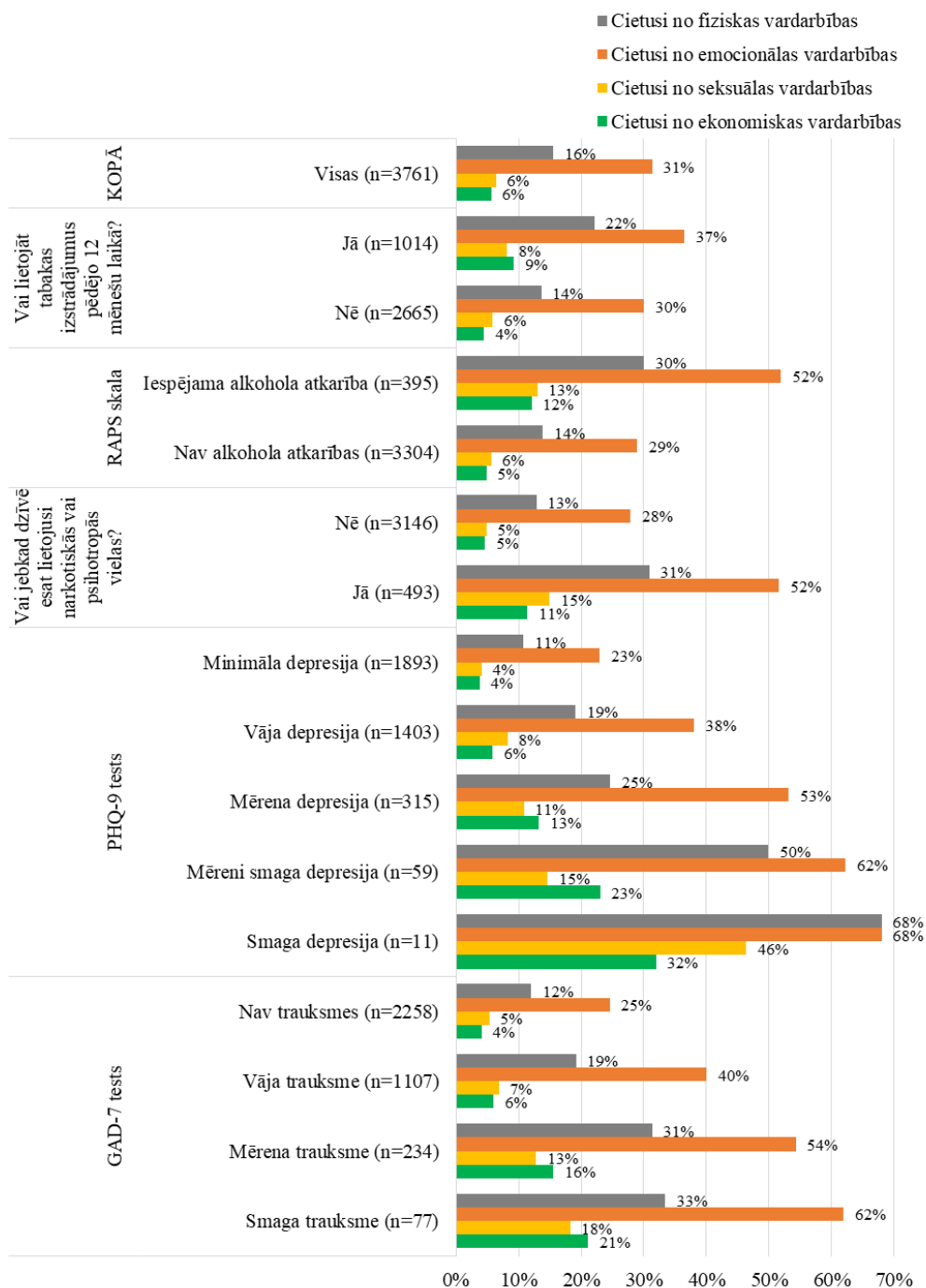
8.1. Vardarbības pieredze

16% sieviešu atzīst, ka dzīves laikā cietušas no fiziskas vardarbības, bet 1% atzīst, ka no tās cietušas pēdējā gada laikā. Visbiežāk vardarbīgi bijuši vecāki (8% no visām sievietēm) un bijušie partneri (5%). Biežāk kā vidēji fiziskas vardarbības upuri bijušas sievietes līdz 26 gadu vecumam, ar latviešu sarunu valodu ģimenē, bez vidējās izglītības (skat. 8.1.1. attēlu). 31% sieviešu norāda uz piedzīvotu emocionālu vardarbību dzīves laikā, bet 8% - pēdējā gada laikā. Visbiežāk tā piedzīvota no vienaudžiem, (16%), vecākiem (13%), bijušā dzīvesbiedra (10%). Uz emocionālu vardarbību biežāk norādījušas sievietes ar latviešu sarunu valodu ģimenē, bet pēdējā gada laikā piedzīvotajā vardarbībā šī atšķirība nav bijusi būtiska. 6% sieviešu piedzīvojušas seksuālu vardarbību, 1% no sievietēm to piedzīvojis pēdējā gada laikā. 3% gadījumu tā piedzīvota no svešiniekiem, bet 2% gadījumu no bijušā partnera. Tāpat 6% sieviešu norāda, ka cietušas no ekonomiskas vardarbības, 1% cietušas pēdējā gada laikā. Biežāk tas bijis bijušais partneris (3% gadījumu) un vecāki (2%).

8.1.1.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas norāda, ka piedzīvojušas vardarbību, ģimenes valodas, vecuma un izglītības griezumā



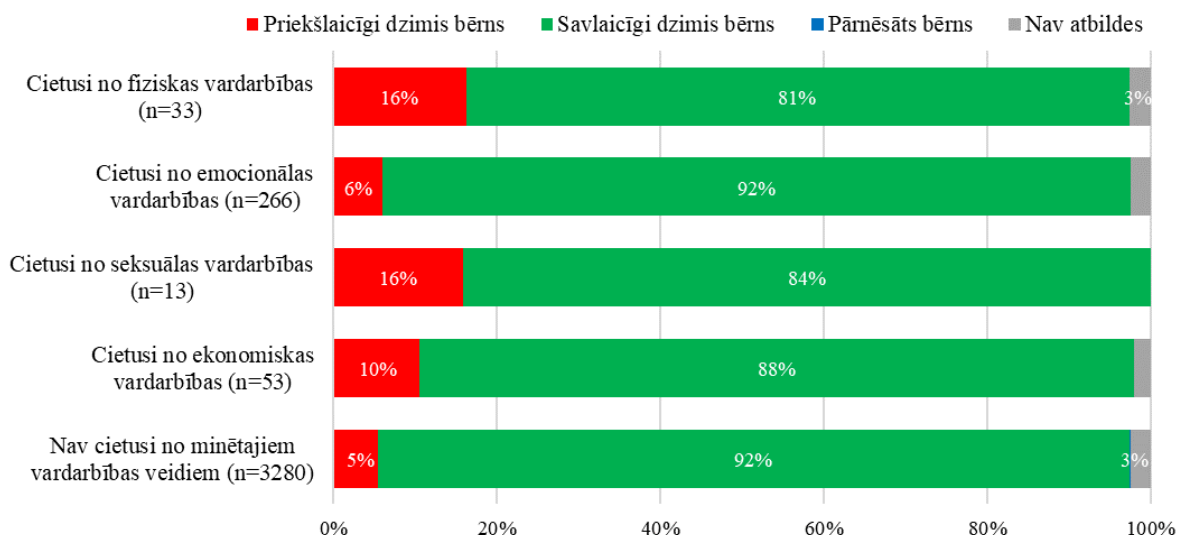
8.1.2.attēls. Respondenšu īpatsvars, kas norāda, ka piedzīvojušas vardarbību, atkarību izraisošo vielu lietošanas, depresijas un trauksmes kontekstā



Dati rāda, ka vardarbības pieredze saistīta ar smēķēšanas paradumu – 22% sieviešu, kuras pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušas, saskarušas ar fiziskas vardarbības pieredzi, salīdzinot ar 14% nesmēķētāju vidū (skat. 8.1.2. attēlu). Apskatot RAPS skalu par iespējamu alkohola atkarību, savukārt konstatējams, ka 30% no sievietēm ar iespējamu alkohola atkarību cietušas no fiziskas vardarbības, salīdzinot ar 14% starp tām, kam nav iespējamās alkohola atkarības. 31% no sievietēm, kas dzīves laikā lietojušas narkotikas, cietušas no fiziskas vardarbības, savukārt narkotiku nelietotāju vidū tādu ir 13%. Arī emocionālu vardarbību biežāk piedzīvojušas smēķētājas pēdējā gada laikā (37%, salīdzinot ar 30% nesmēķētāju starpā),

sievietes ar iespējamu alkohola atkarību (52%, salīdzinot ar 29%), narkotisko vielu lietotājas dzīves laikā (52%, salīdzinot ar 28%). Augstāks visa veida vardarbības pieredzes īpatsvars ir konstatējams arī to sieviešu vidū, kuras iespējami cieš no depresijas un trauksmes (PHQ-9 tests un GAD-7 tests).

8.1.3.attēls. Bērna piedzimšanas laiks atkarībā no tā, vai pēdējo 12 mēnešu laikā bijuši vardarbības gadījumi



Iespējams, šo kopējo faktoru dēļ vērojama sakarība starp priekšlaicīgām dzemdībām un fiziskas vardarbības pieredzi (skat. 8.1.3. attēlu). Emocionālās vardarbības gadījumā saistība ar bērna piedzimšanas laiku ir mazāk izteikta, bet ar pārējiem vardarbības veidiem – nozīmīgāka.

8.2. Psihiskās veselības stāvoklis

Runājot par palīdzību atkarību gadījumos, lielākā daļa speciālistu intervijās norāda uz nepieciešamību strādāt ar kaitīgo paradumu cēloņiem. Kā norāda viena no ekspertēm, fokusēšanās tikai uz kaitīgu vielu lietošanu, nesniegs augstu ietekmi, jo jautājums ir jāskata kompleksi:

Un šis jautājums būs diezgan komplekss, tur nebūs tikai alkohols, tur būs arī ģimenes plānošana, kontracepcija, vispārīgās reproduktīvās veselības jautājumi.

Daļa intervēto veselības aprūpes speciālistu norāda, ka smēķē paši un viņu kolēģi, jo darbs ir stresa pilns, lai arī viņiem ir pieejama informācija par paraduma kaitīgumu. Daļai no intervētajiem speciālistiem bija izdevies paradumu pārtraukt, un šī grupa uzskatīja, ka speciālists bez šādas pieredzes nemaz nespēs sniegt atbalstu. Līdzīgi nespēja pašiem tikt galā ar spriedzi darbā ļāva “saprast” grūtnieču smēķēšanas iemeslus:

Man liekas, kad šodien tieši... nu, arī, nu, ļoti augsti atbildīgu un stresainu darbu strādājot, sievietes varbūt pat smēķē biežāk nekā... Nu, droši vien, tad tās ir divas tādas grupas, kas biežāk smēķē. Un viņas arī, nu, tās, kas ir tā... nu, viņas tā kā it kā rūpējās par savu veselību, viņas ir diezgan ar prātu saprotoši, ka tā nav laba prakse, bet viņas no tā nespēj atteikties. (Dzemdību speciāliste, Rīga)

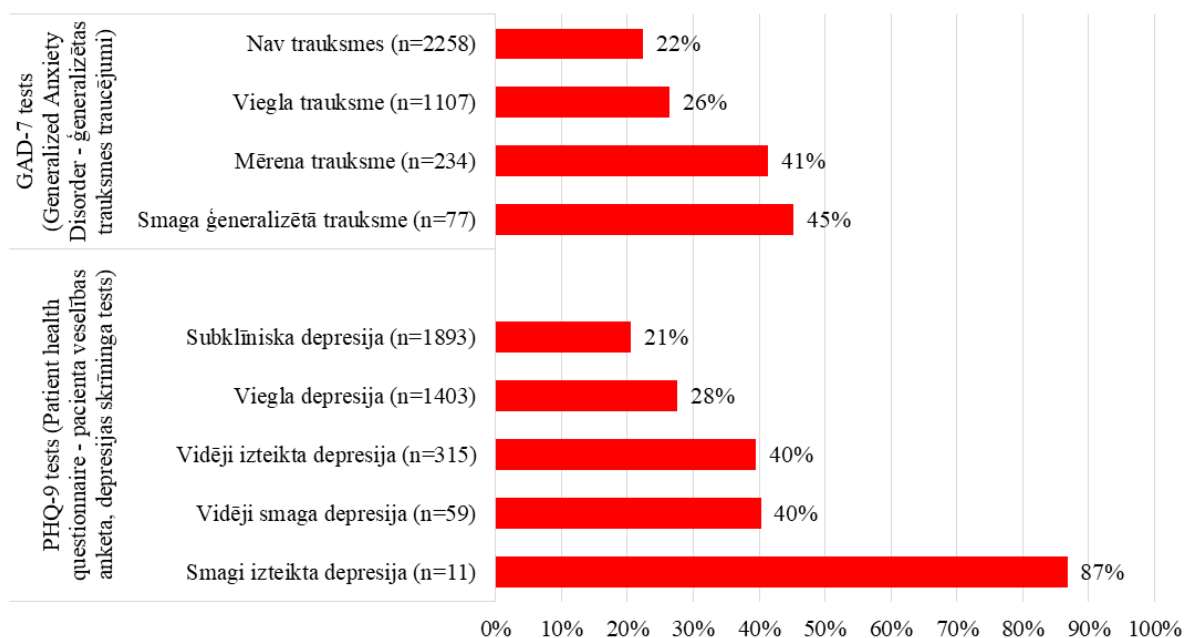
Citi speciālisti fokusu paplašināja arī uz ģimenes dzīves sfēru, kas apliecina jau augstāk minēto saikni starp vardarbību un atkarību izraisīšu vielu lietošanu:

Mūsu trakajā laikmetā ne visās ģimenēs viss iet gludi. Un mūsdienu cilvēkam, lai to problēmu risinātu, ir vieglāk paņemt vai nu to cigareti, vai glāzi šņabja, vai antidepresantu. (Ģimenes ārsts, lauku apvidus)

Teju visi speciālisti atzina, ka stresam ir galvenā nozīme gan smēķēšanas, gan alkohola un narkotiku lietošanas paradumu izveidē un uzturēšanā.

Biežāk gan šādas smēķējošas grūtnieces ir grūtnieces, kurām ir papildus diagnozes, piemēram, grūtnieces, kurām ir šizofrēnija. Viņas noteikti ir tādas, kas biežāk smēķē. Ja pacientei ir šizofrēnija, tad viņa noteikti smēķē. Ir tādi hroniskie smēķētāji, kas ir smēķējuši no bērnības un viņi smēķē pusotru divas paciņas dienā, tad viņi noteikti grūtniecības laikā neatmet smēķēšanu. (Vecmāte, Rīga)

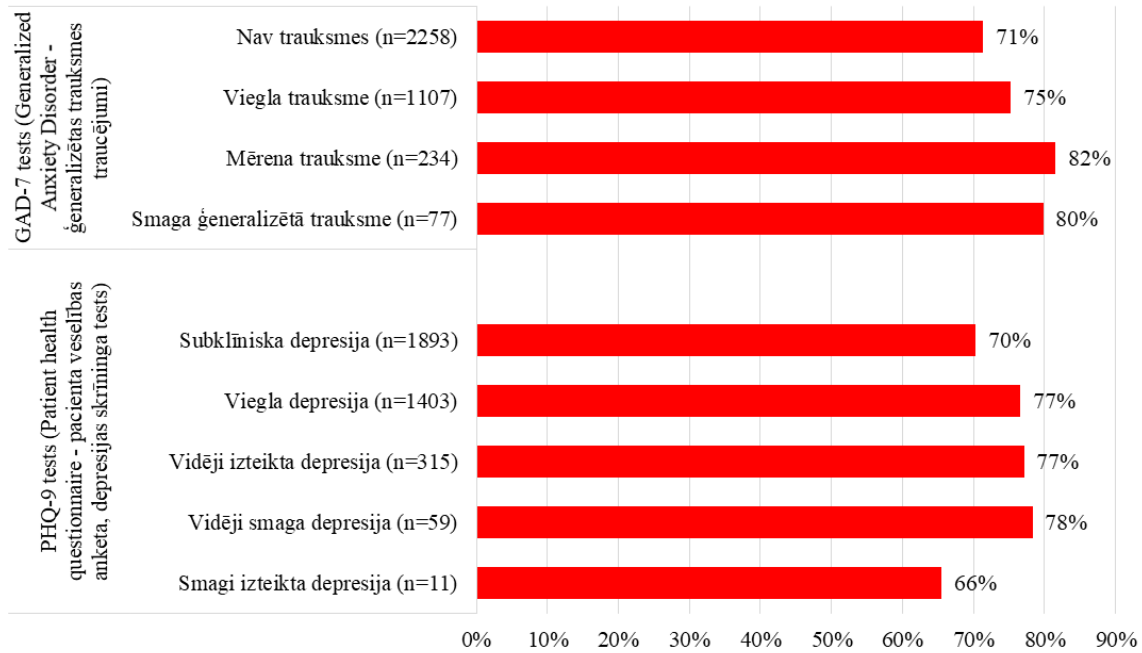
8.2.1.attēls. Pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušo īpatsvars atkarībā no GAD-7 un PHQ-9 testu rezultātiem



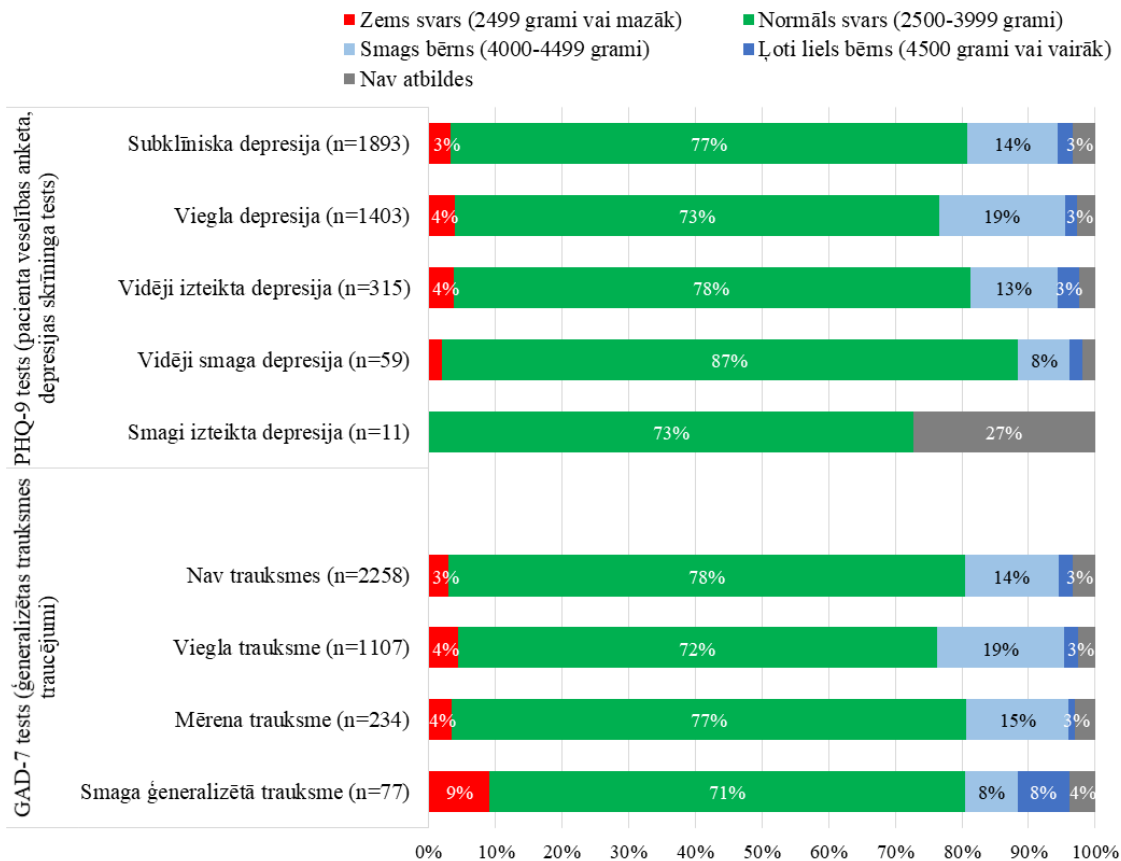
Aptauja rāda, ka kaitīgie paradumi ir cieši saistīti ar sievietu psihisko veselību. Anketā bija iekļautais PHQ-9 tests (depresijas skrīninga tests) un GAD-7 tests (ģeneralizētas trauksmes traucējumu tests). Pirmo testu pilnībā aizpildīja 3681 respondente – no tām 52% depresijas līmenis bija subklīnisks, 38% saskaņā ar testa rezultātiem varētu būt viegla depresija, 8% – vidēji izteikta depresija, 1% – vidēji smaga depresija, savukārt smagi izteikta depresija varētu būt mazāk par 1% respondenšu. Savukārt ģeneralizētas trauksmes traucējumu testā, ko aizpildīja 3676 respondentes, 62% trauksme netika konstatēta, 30% tā bija viegla, 6% – mērena, bet 2% – smaga ģeneralizēta trauksme.

Testu rezultāti rāda, ka smēķētāju īpatsvars pieaug ar depresijas un trauksmes izpausmju smagumu (skat. 8.2.1. attēlu). Grūtnieces ar smēķēšanas paradumu un trauksmi arī retāk spēj smēķēšanu pārtraukt.

8.2.2.attēls. Pēdējo 12 mēnešu laikā alkoholu lietojušo īpatsvars atkarībā no GAD-7 un PHQ-9 testu rezultātiem



8.2.3.attēls. Bērna svars atkarībā no iespējamās depresijas un ģeneralizētās trauksmes

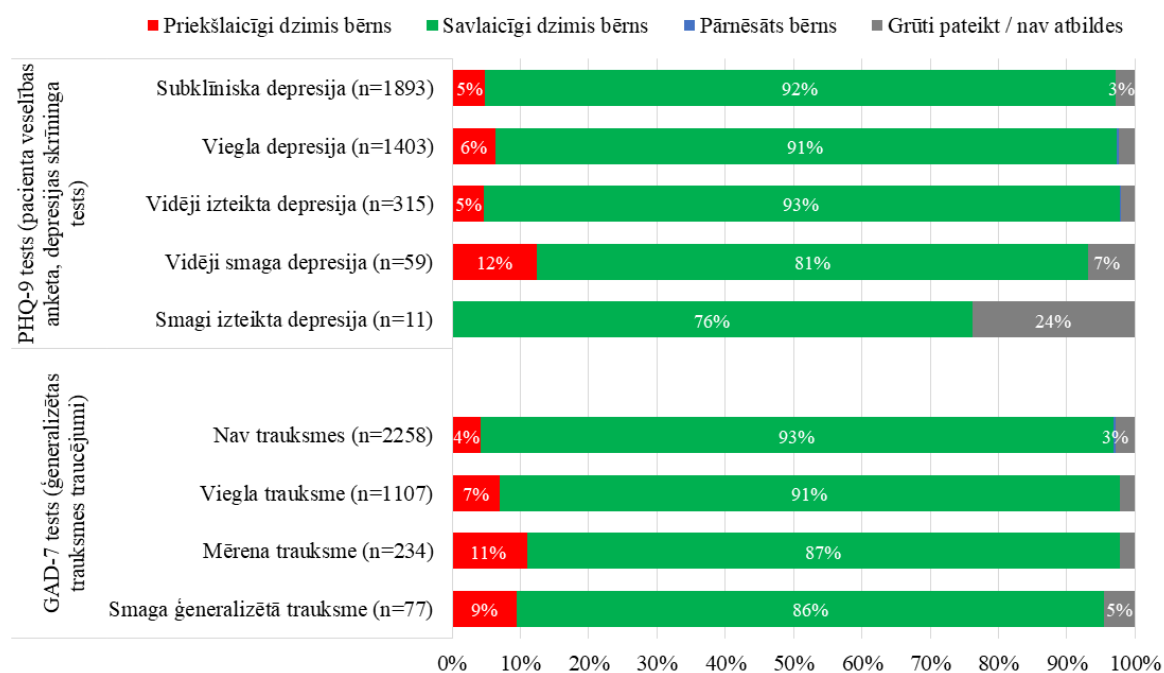


Attiecībā uz alkohola lietošanu pēdējā gada laikā vērojama saikne starp alkohola lietošanu un trauksmi, bet ne iespējamu depresiju (skat. 8.2.2. attēlu). Lielā mērā to ietekmē alkohola

lietošanas kultūra sabiedrībā, kur alkohola lietošana ir normalizēta – bieži alkohols, īpaši nelielās devās, ir dzīves sastāvdaļa, nevis “līdzeklis” stresa vai depresijas gadījumā.

Raugoties uz psihisko veselību kā faktoru, kas ietekmē grūtniecības iznākumu, redzams, ka sievietēm ar augstāku trauksmes izpausmi biežāk dzimuši bērni ar mazu svaru, bet iespējamās depresijas gadījumā šāda skaidra saikne nav viennozīmīgi novērojama (skat.8.2.3. attēlu).

8.2.4.attēls. Bērna dzimšanas laiks atkarībā no iespējamās depresijas un ģeneralizētās trauksmes



Attiecībā uz gestācijas ilgumu, redzama tendence sievietēm, kurām tests uzrāda iespējamu depresiju un trauksmi, salīdzinoši biežāk dzemdēt bērnus priekšlaicīgi (skat. 8.2.4. attēlu).

8.3. Kopsavilkums

Ar mentālo veselību un vardarbību saistīti jautājumi aptaujas anketai tika pievienoti, balstoties starptautiskajos pētījumos konstatētajiem faktoriem par kaitīgu vielu lietošanu grūtniecības laikā. Arī šis pētījums apstiprina vardarbības ietekmi uz kaitīgu paradumu izveidi un psihisko veselību, kuras stāvoklis savukārt ietekmē grūtniecības iznākumu, biežāk rezultējoties ar zemu bērna svaru, salīdzinot ar vidējo īpatsvaru populācijā. Līdz ar to, pētījums pierāda, ka uz grūtnieču veselību jāraugās plašākā kontekstā un atkarību problēmām jāpieiet kompleksi.

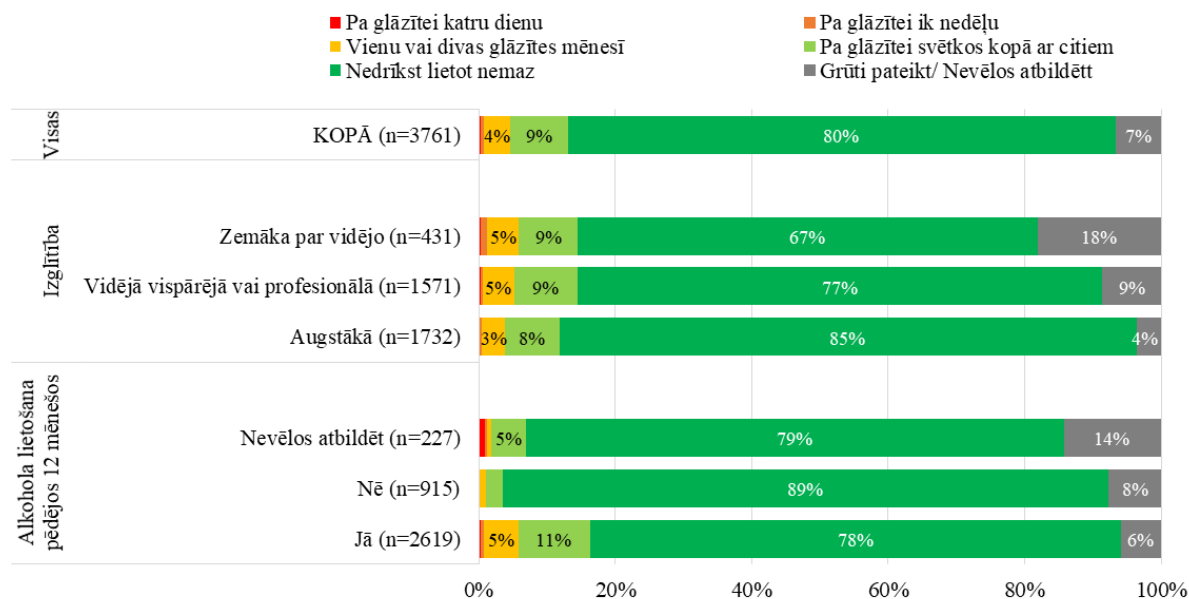
9. Sieviešu zināšanas un attieksme pret atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā

9.1. Zināšanas par alkohola lietošanas kaitīgumu grūtniecības laikā

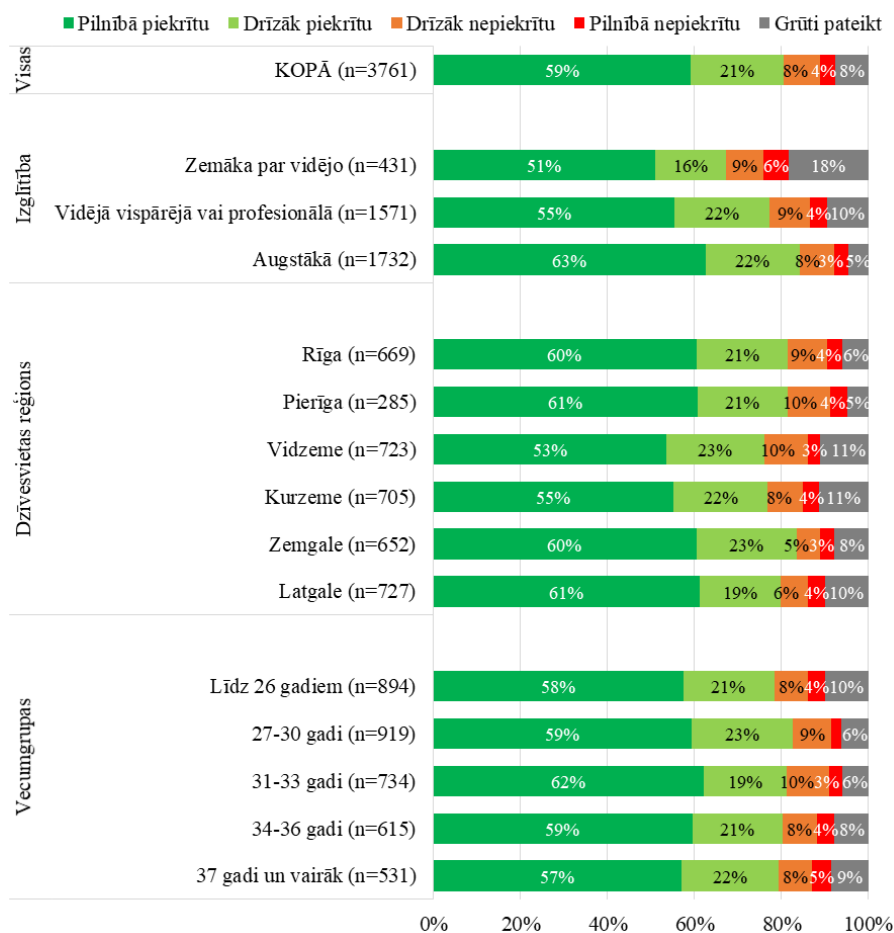
Jautātas par zināšanām un attieksmi saistībā ar dažādu atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā, 80% respondentu uzskata, lai neiespaidotu grūtniecības gaitu un nekaitētu gaidāmā bērna veselībai, alkohola lietošana grūtniecības laikā nav pieļaujama vispār (skat. 9.1.1. attēlu). 2013. gada aptaujā šis īpatsvars bija 67%. Otra populārākā atbilde, ko sniegušas 9% sieviešu ir, ka drīkstētu iedzert pa glāzītei svētkos kopā ar citiem. Salīdzinot ar 2013. gadu samazinājies to sieviešu īpatsvars, kas domā par alkohola nekaitīgumu nelielās devās – vien 4% uzskata, ka droši varētu iedzert 1-2 glāzītes mēnesī. 2013. gada aptaujā piektā daļa sieviešu atbildēja, ka ir pieļaujama mazāk nekā vienas alkohola devas lietošana mēnesī.

Atbildes uz šo jautājumu saistās ar izglītības līmeni un to, vai sieviete pati atzinusi alkohola lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā – sievietes ar augstāku izglītības līmeni un tās, kas sacījušas, ka alkoholu nelieto, biežāk norādījušas, ka alkohola lietošana grūtniecības laikā nebūtu pieļaujama vispār. Tām sievietēm, kuru izglītības līmenis ir zemāks, ne tik daudz minējušas, ka alkohola lietošana noteiktās devās būtu pieļaujama, cik nav atbildējušas uz jautājumu. Tomēr pat to sieviešu vidū, kuru izglītības līmenis ir zemāks par vidējo, dominē atbilde, ka alkoholu grūtniecības laikā nedrīkst lietot vispār – tā teikušas 67% respondentu.

9.1.1.attēls. Respondenšu viedoklis, cik daudz alkohola grūtniecības laikā drīkst izdzert, lai neiespaidotu grūtniecības gaitu un nekaitētu gaidāmā bērna veselībai



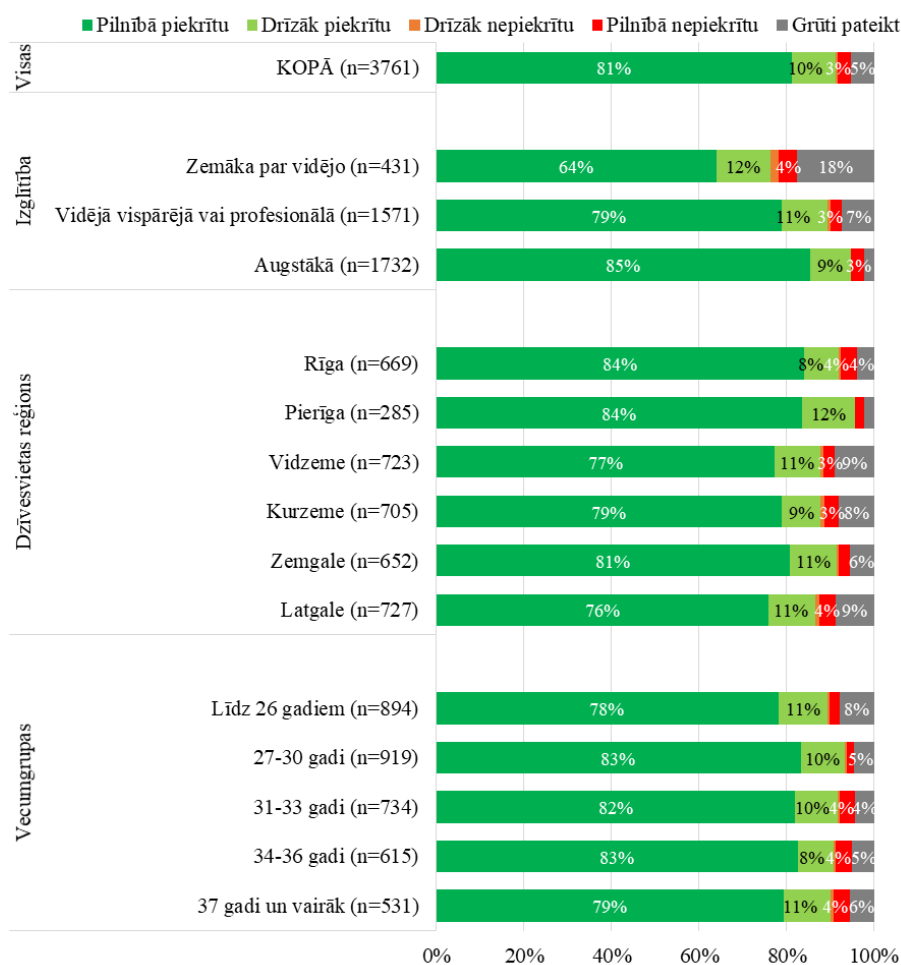
9.1.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jebkāda daudzuma alkohola patēriņš grūtniecības laikā var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam”



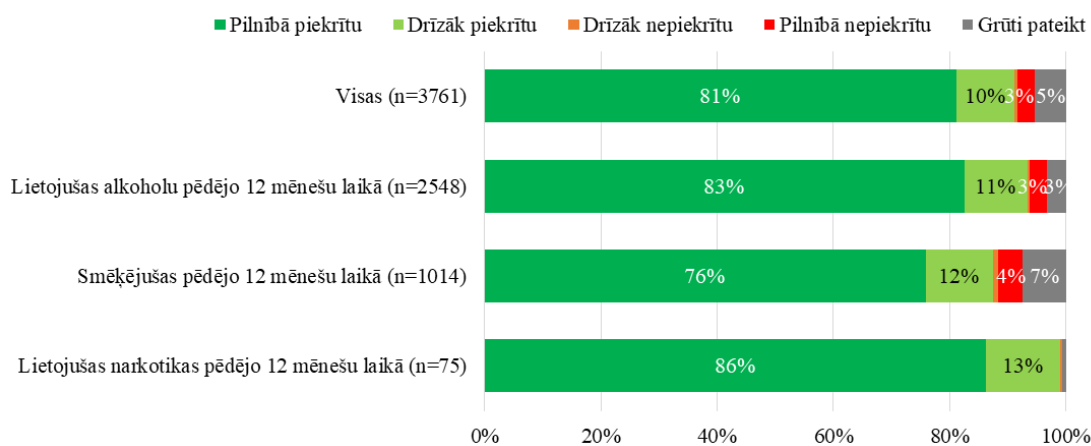
Apgalvojumam, ka jebkāda daudzuma alkohola patēriņš grūtniecības laikā var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam (skat. 9.1.2. attēlu), piekrīt 80% sieviešu (tai skaitā 59% pilnībā piekrīt), bet 12% tam nepiekrīt (tai skaitā 4% pilnībā nepiekrīt). Jo zemāks izglītības līmenis, jo biežāk sievietēm nav viedokļa – atbildes nesniedza 18% sieviešu bez vidējās izglītības, no sievietēm ar augstāko izglītību – vien 5%. Nozīmīgas sakarības atbildēs ar dzīvesvietu un vecumu nevaram konstatēt.

Ja starp grūtniecēm ir aptuveni 12%, kas neuzskata, ka alkohols grūtniecības laikā būtu kaitīgs jebkādās devās, tad tādu, kas nepiekrītu apgalvojumam, ka kaitējums bērnam pieaug līdz ar izdzertā alkohola devu, ir vien 4%, savukārt – tam piekrīt 91% respondenšu (skat 9.1.3. attēlu). Tāpat zemāks ir arī neatbildējušo īpatsvars – tiesa, ne starp sievietēm ar izglītības līmeni zem vidējā, kur atbildi tāpat kā uz iepriekšējo apgalvojumu nav sniegušas 18%. Jāņem gan vērā, ka 14% no sievietēm bez vidējās izglītības jautājumu bloku par alkohola ietekmi uz grūtniecību neaizpildīja vispār, tādējādi te nevar runāt par kompetences trūkumu, bet drīzāk par nevēlēšanos savas zināšanas vai nezināšanu demonstrēt. Augstāks piekrītošu atbilžu īpatsvars un zemāks to sieviešu īpatsvars, kas uz jautājumu neatbildēja, ir Rīgā un Pierīgā. Ar vecumu skaidras sakarības konstatēt nav iespējams.

9.1.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jo biežāk un lielākās devās grūtniecības laikā lieto alkoholu, jo vairāk pieaug risks, ka gaidāmajam bērnam tiks nodarīts kaitējums – izglītības dzīvesvietas un vecumgrupu griezumā”

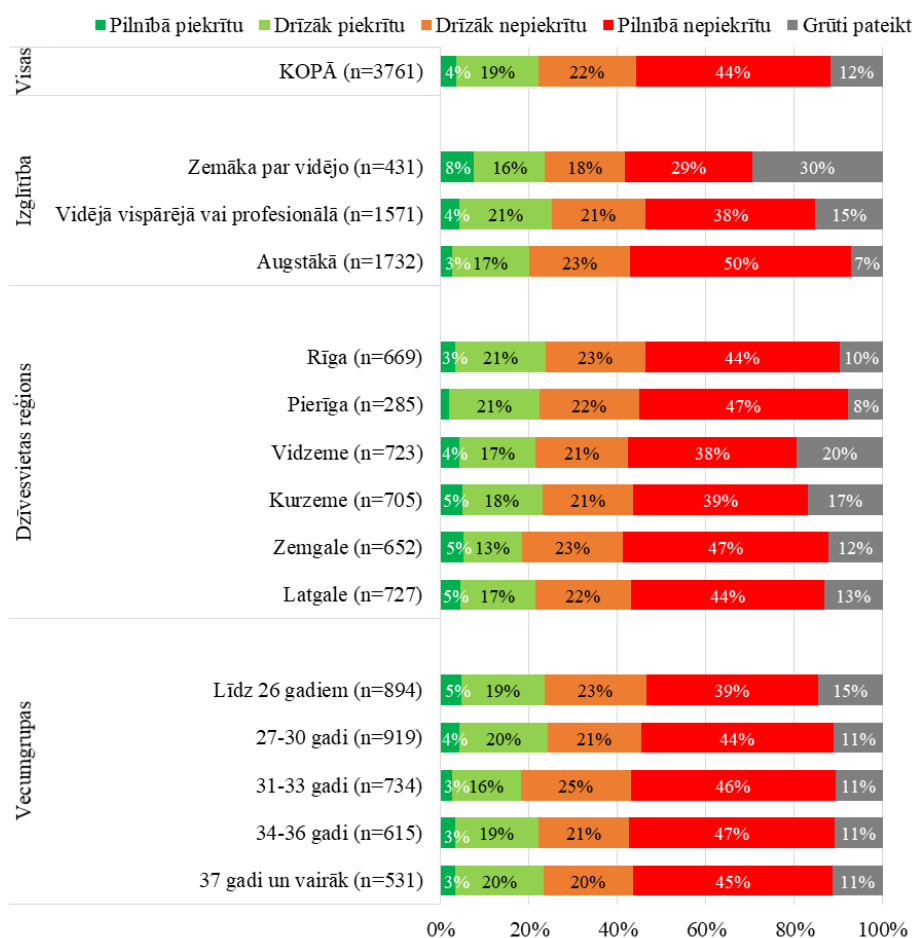


9.1.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Jo biežāk un lielākās devās grūtniecības laikā lieto alkoholu, jo vairāk pieaug risks, ka gaidāmajam bērnam tiks nodarīts kaitējums – atkarību izraisošo vielu lietošanas griezumā”



Analizējot atbildes uz apgalvojumu “Jo biežāk un lielākās devās grūtniecības laikā lieto alkoholu, jo vairāk pieaug risks, ka gaidāmajam bērnam tiks nodarīts kaitējums” atkarībā no tā, vai sievietes pašas atzinušas atkarību izraisīto vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā (skat. 9.1.4. attēlu), visbiežāk (99%) tam piekritušas respondentes, kas atzīst, ka pēdējo 12 mēnešu laikā lietojušas narkotikas. To sieviešu atbildes, kas norāda, ka pēdējo 12 mēnešu laikā lietojušas alkoholu, būtiski no visa respondenšu atbilžu kopuma neatšķiras, kas visdrīzāk skaidrojams ar kopējo alkohola lietošanas kultūru un izplatību sabiedrībā. Savukārt tās sievietes, kas atzīst, ka pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušas, apgalvojumam piekrīt retāk, tāpat viņu vidū biežāk izplatīta atbilde “grūti pateikt”.

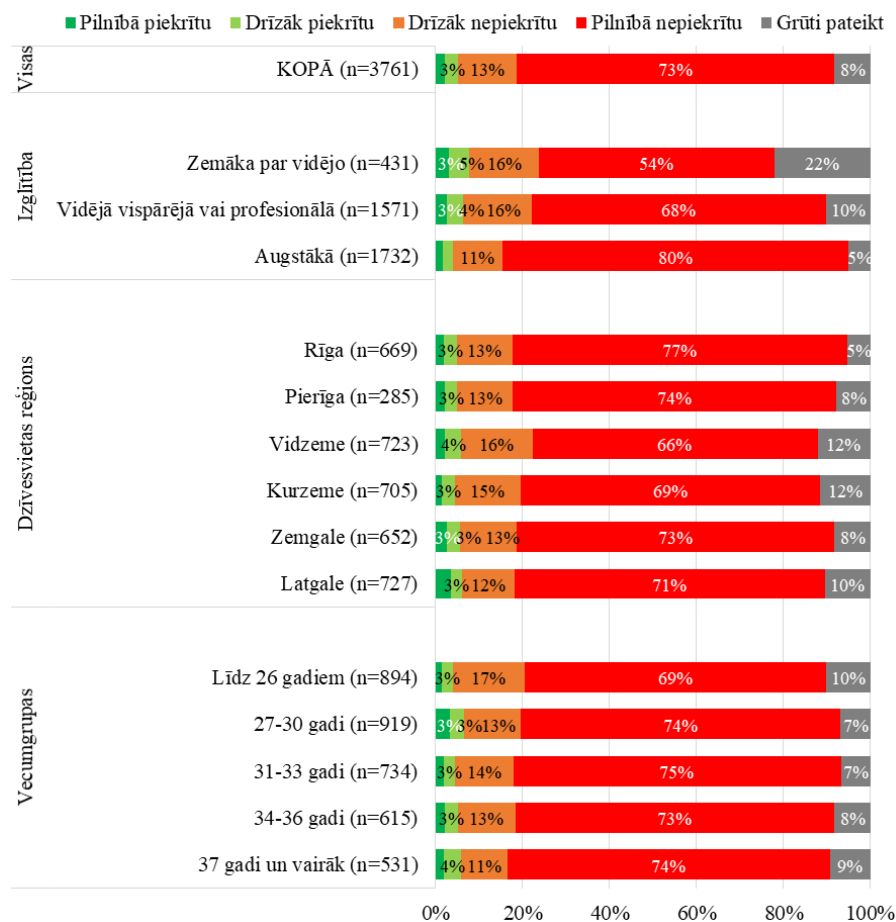
9.1.5.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Neliela daudzuma vieglā alkohola (piemēram, glāze vīna vai 0,5 l pudele gaišā alus) lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam”



Tam, ka neliela daudzuma vieglā alkohola (piemēram, glāze vīna vai 0,5 l pudele gaišā alus) lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam pilnībā un drīzāk piekrīt 22% respondenšu, tiesa, lielākā daļa – 14% – piekrīt daļēji (skat. 9.1.5. attēlu). Salīdzinot ar 2013. gada datiem, šādu atbilžu īpatsvars ir pieaudzis (13% 2013. gadā). Savukārt 22% tam daļēji nepiekrīt, bet 44% pilnībā nepiekrīt. Augstākais īpatsvars sievietēm, kuras pilnībā nepiekrīt šim apgalvojumam, ir Siguldas slimnīcā dzemdējušo vidū (56%), savukārt zemākais tādu īpatsvars ir Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīcā, Madonas slimnīcā (35%) un Vidzemes slimnīcā (38%). Zemāks šādu sieviešu īpatsvars ir arī vecuma grupā līdz 26 gadiem (39%). Sievietes bez vidējās izglītības izteikti bieži (30%) uz jautājumu nav atbildējušas.

Biežāks neatbildējušo īpatsvars – 17-20% – ir starp tām, kas dzīvo Vidzemes un Kurzemes reģionā, bet retāks (8%) Pierīgā dzīvojošajām.

9.1.6.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Neliela daudzuma stiprā alkohola lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam”



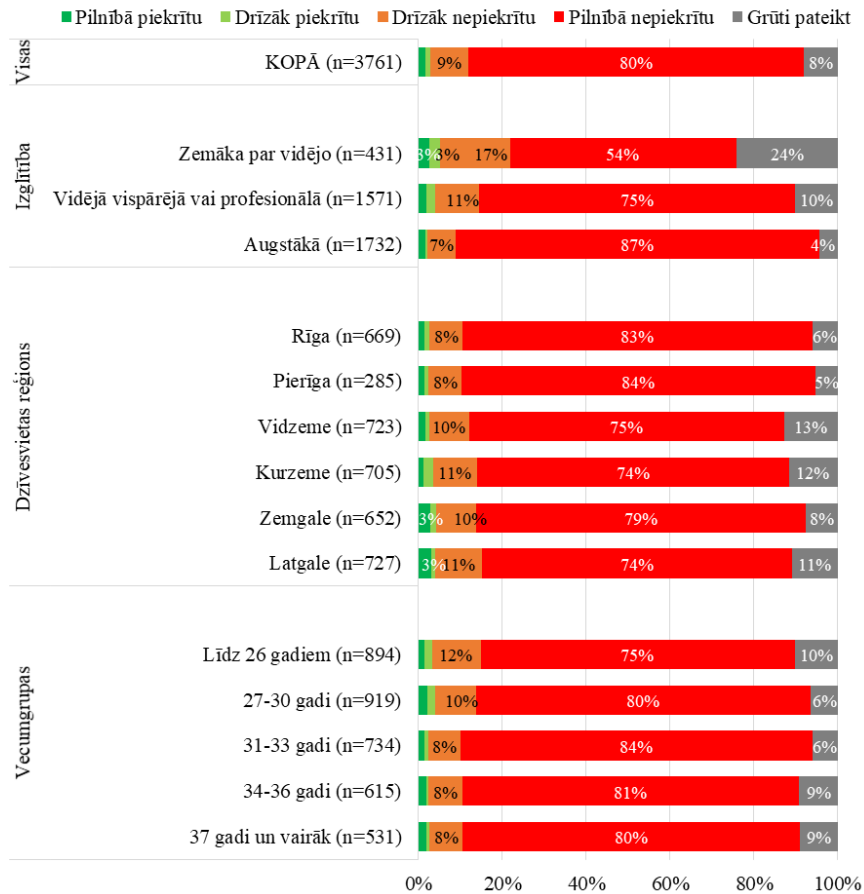
Uzdodot līdzīgu jautājumu par stipro alkoholu, atbildes ir noraidošākas. Vien 5% pilnībā un drīzāk piekrīt, ka neliela daudzuma stiprā alkohola lietošana grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam (skat 9.1.6. attēlu). 73% tam pilnībā nepiekrīt, un 13% daļēji nepiekrīt. Arī te, salīdzinot ar 2013. gada datiem, šādu pozitīvo atbilžu īpatsvars ir paaudzis (1,5% 2013. gadā).

Līdzīgi kā attiecībā uz iepriekšējo jautājumu visnoraidošākās atbildes saņemtas no sievietēm, kas dzemdējušas Siguldā (88%), bet vismazāk noraidošu atbilžu no tām, kas dzemdējušas Madonā (60%), Dobeles un apkārtnes slimnīcā (64%), Kuldīgas slimnīcā (64%) un Vidzemes slimnīcā (65%). Tāpat retāk šim viedoklim nepiekrīt sievietes, kas jaunākas par 26 gadiem (69%), bet visaugstākais neatbildējušo īpatsvars ir starp sievietēm bez vidējās izglītības, kā arī tām, kas dzīvo Kurzemes un Vidzemes reģionos.

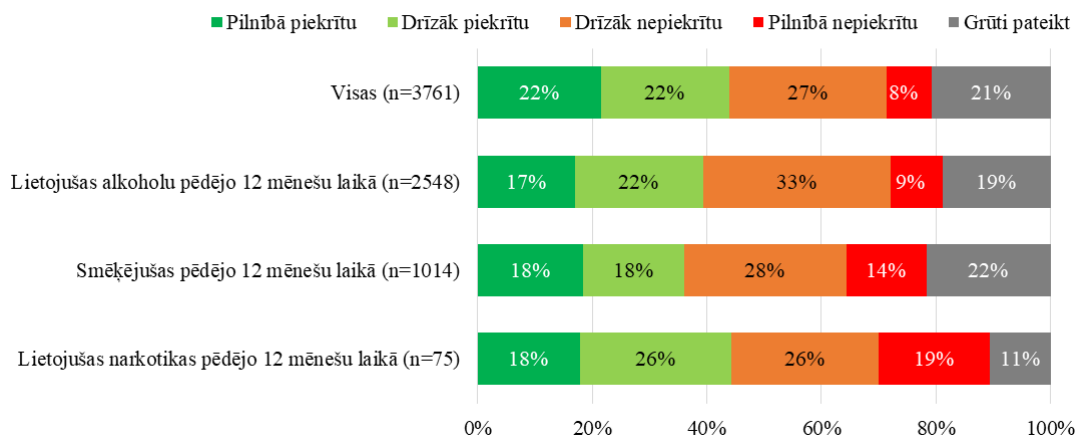
Tam, ka biežāka stipro un vieglo alkoholisko dzērienu lietošana (glāze vīna, 0,5 l pudele gaišā alus vai 50 ml degvīna dienā) grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam, ja nedēļā netiek izdzerts vairāk par pusotru pudeli vīna, 5 pudelēm alus vai 350 ml degvīna, nepiekrīt 89% respondentu, tai skaitā 80% nepiekrīt pilnībā (skat. 9.1.7. attēlu). Rīgā un Pierīgā dzīvojošās sievietes izsaka kategoriskāku negatīvu viedokli un retāk atsakās atbildēt par šo jautājumu. Mazāk kategorisks viedoklis ir sievietēm, kas jaunākas par 24 gadiem. Savukārt

sievietes ar izglītības līmeni, kas zemāks par vidējo, līdzīgi kā iepriekš bieži (24%) izvēlas uz jautājumu neatbildēt – tiesa, šajā gadījumā viņām raksturīgs augstāks tolerances līmenis, kas izpaužas biežākā atbildes “drīzāk nepiekrītu” izvēlē atbildes “pilnībā nepiekrītu” vietā.

9.1.7.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Glāze vīna, 0,5 l pudele gaišā alus vai 50 ml degvīna dienā grūtniecības laikā nerada nekādus draudus gaidāmajam bērnam, ja nedēļā netiek izdzerts vairāk par pusotru pudeli vīna, 5 pudelēm alus vai 350 ml degvīna”

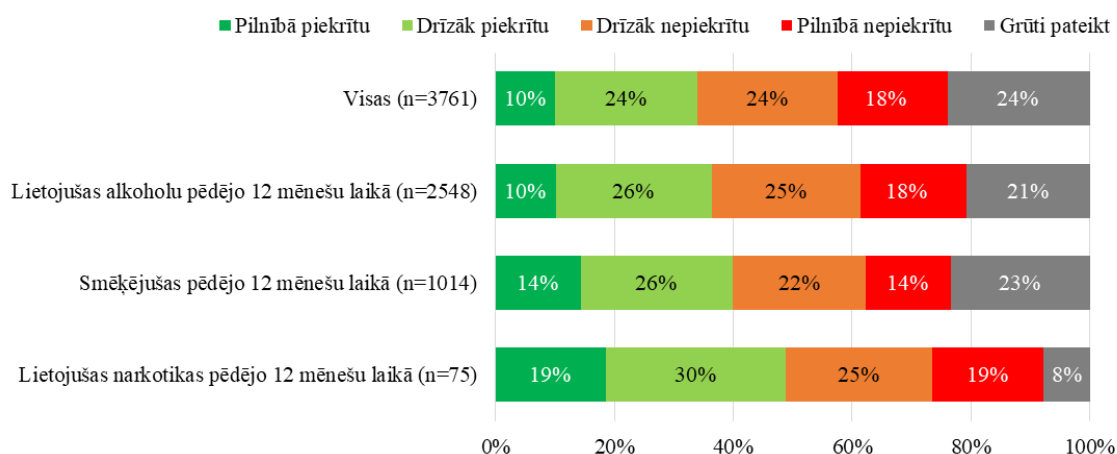


9.1.8.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Ja pēdējā mēnesī pirms grūtniecības iestāšanās ir lietots alkohols, tas var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam, pat, ja, iestājoties grūtniecībai, sieviete pārstāj lietot alkoholu”

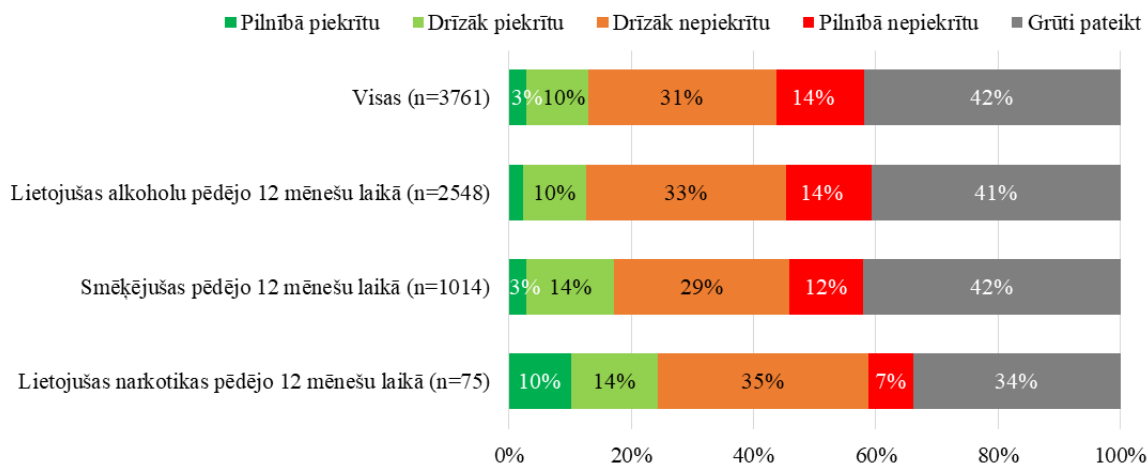


Līdzīgi kā 2013. gada pētījumā konstatēts, sieviešu zināšanas par grūtniecības laikā lietotajām atkarību izraisošām vielām nav dziļas. Jautājot detalizētāk, atbildes vairs nav viennozīmīgas. Jautājot, vai respondentes piekrīt apgalvojumam, ka pēdējā mēnesī pirms grūtniecības iestāšanās ir lietots alkohols, tas var nodarīt kaitējumu gaidāmajam bērnam, pat, ja, iestājoties grūtniecībai, sieviete pārstāj lietot alkoholu, 44% tam piekrīt, bet 35% nepiekrīt (skat 9.1.8. attēlu). Vēl 21% uz jautājumu nevar atbildēt. Nedaudz biežāk šim apgalvojumam nepiekrīt sievietes, kas pēdējo 12 mēnešu laikā ir lietojušas alkoholu, smēķējušas vai arī lietojušas narkotiskās vielas.

9.1.9.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Nav viennozīmīgu datu par to, kāda ir alkohola lietošanas ietekme uz gaidāmā bērna attīstību”



9.1.10.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Pat ja jaundzimušajam ir bijuši kādi veselības traucējumi, jo māte grūtniecības laikā lietoja alkoholu, ir liela varbūtība, ka, bērnam izaugot, tie samazināsies vai izzudīs pavisam”



Apgalvojumam, ka nav viennozīmīgu datu par to, kāda ir alkohola lietošanas ietekme uz gaidāmā bērna attīstību, pilnībā un drīzāk piekrīt 34% sieviešu (skat. 9.1.9. attēlu), neskatoties uz daudz augstāku pozitīvu atbilžu īpatsvaru, ja uzdots vienkāršāks jautājums par alkohola lietošanu un bērna veselību (skat. 9.1.2. attēlu). 24% nespēj uz jautājumu par viennozīmīgu datu esamību atbildēt. Ja alkoholu pēdējo 12 mēnešu laikā lietojušo sieviešu atbildes ir visai līdzīgas kopējam atbilžu sadalījumam, tad tās sievietes, kas pēdējo 12 mēnešu laikā smēķējušas, bet, jo īpaši tās, kas lietojušas narkotiskās vielas, biežāk piekrīt, ka nav

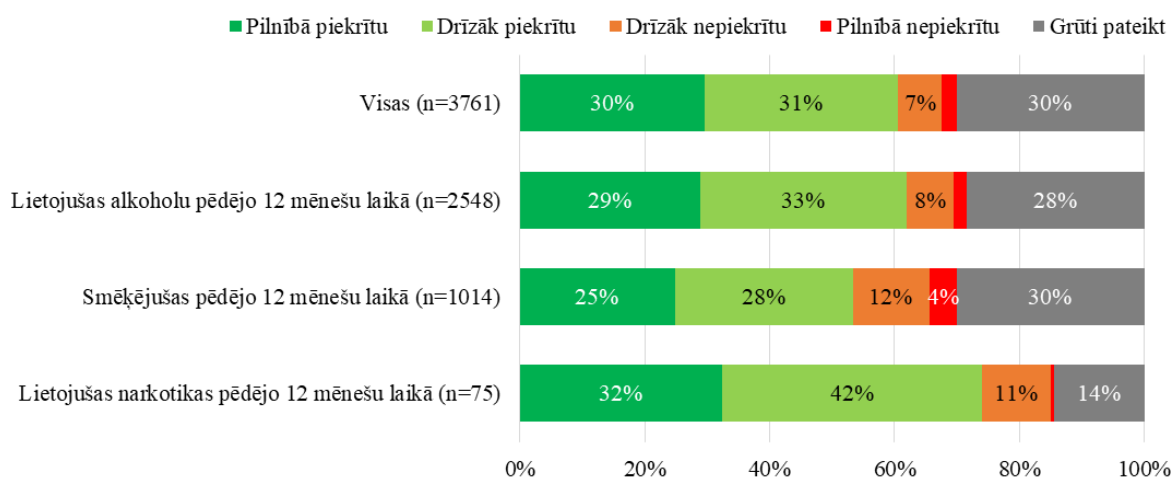
viennozīmīgu datu (tiesa, narkotiskās vielas lietojušās arī visbiežāk nepiekrīt, tomēr jāņem vērā relatīvi nelielais šīs grupas lielums).

Tam, ka pat ja jaundzimušajam ir bijuši kādi veselības traucējumi, jo māte grūtniecības laikā lietoja alkoholu, ir liela varbūtība, ka, bērnam izaugot, tie samazināsies vai izzudīs pavisam, piekrīt 13% respondenšu, nepiekrīt 45%, taču 42% ir grūti uz to atbildēt (skat. 9.1.10. attēlu). Nav nozīmīgu atšķirību no kopējā atbilžu sadalījuma arī tad, ja atsevišķi skatām to respondenšu atbildes, kas pēdējo 12 mēnešu laikā lietojušas alkoholu vai smēķējušas. Vienīgi to respondenšu atbildēs, kas lietojušas narkotiskās vielas, vērojama izteiktāka polarizācija un attiecīgi ir mazāk atbilžu “grūti pateikt”.

9.2. Zināšanas par smēķēšanas un narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā

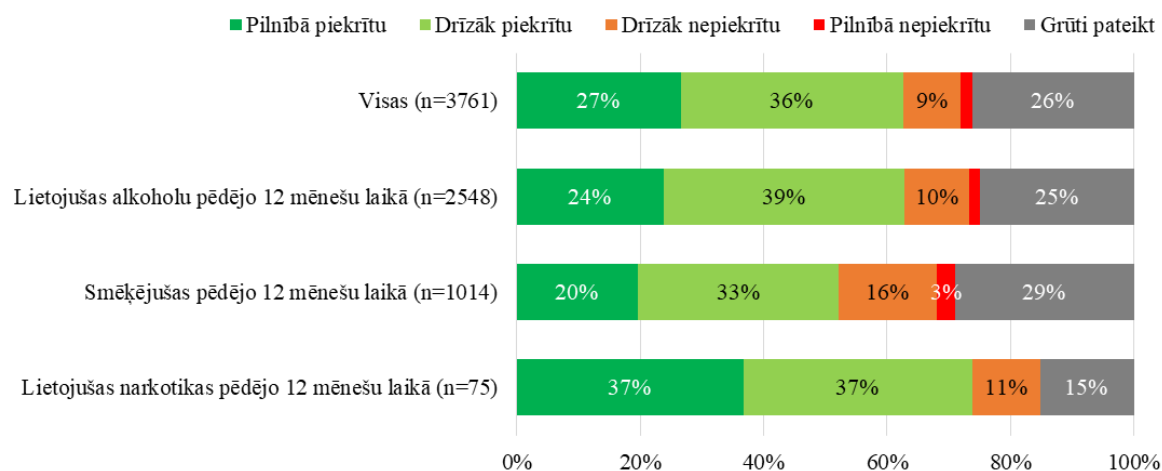
Tam, ka smēķēšana grūtniecības laikā palielina risku, ka bērns var aiziet bojā grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām, piekrīt 61% aptaujāto sieviešu, 9% nepiekrīt, bet 31% nespēj uz šo jautājumu atbildēt (skat. 9.2.1. attēlu). Retāk par citām šim apgalvojumam piekrīt un biežāk nepiekrīt pašas smēķētājas. Biežāk par citām šim apgalvojuma piekritušas tās, kas pēdējā gada laikā lietojušas narkotiskās vielas.

9.2.1.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Smēķēšana grūtniecības laikā palielina risku, ka bērns var aiziet bojā grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām”

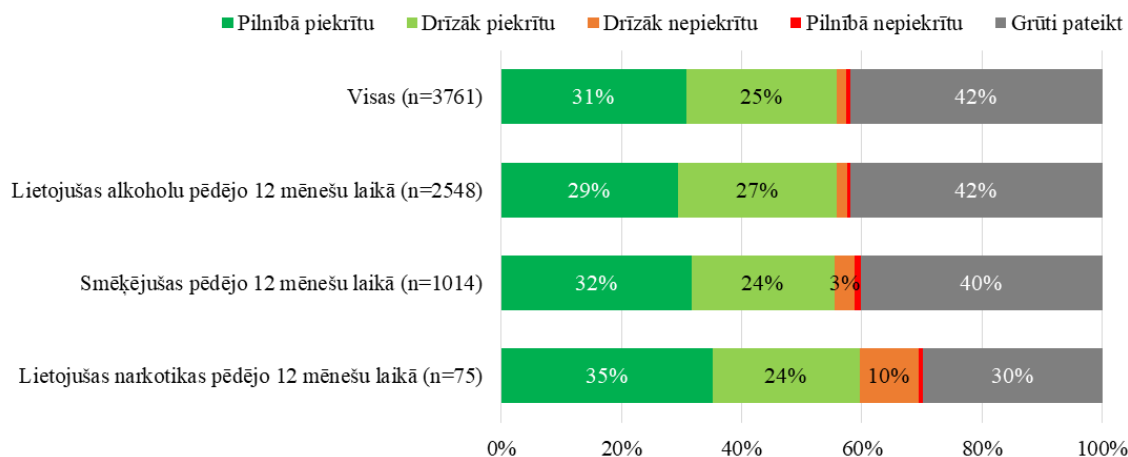


Ceturtdā daļa respondenšu nespēja atbildēt, vai smēķēšana grūtnieces klātbūtnē palielina iedzimtu defektu risku jaundzimušajam (skat. 9.2.2. attēlu). 63% tam piekrīt, bet 11% nepiekrīt. Sievietes, kas pēdējā gada laikā smēķējušas, biežāk kā vidēji uz jautājumu neatbild. Tāpat viņas biežāk norādījušas, ka apgalvojumam nepiekrīt. Arī šajā gadījumā biežāk par citām uz smēķēšanu grūtnieces klātbūtnē kā risku paaugstinošu faktoru norādījušas tās sievietes, kas pēdējā gada laikā lietojušas narkotikas.

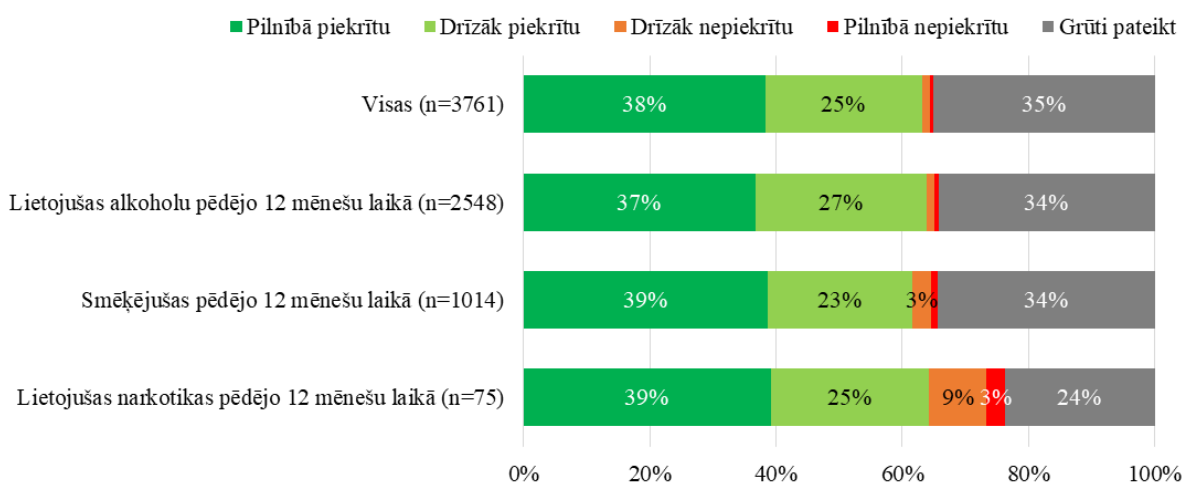
9.2.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Smēķēšana grūtnieces klātbūtnē palielina iedzimtu defektu risku jaundzimušajam”



9.2.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā arī pavisam mazā devā var izraisīt to, ka mazulis piedzimst ar pārāk mazu svaru”



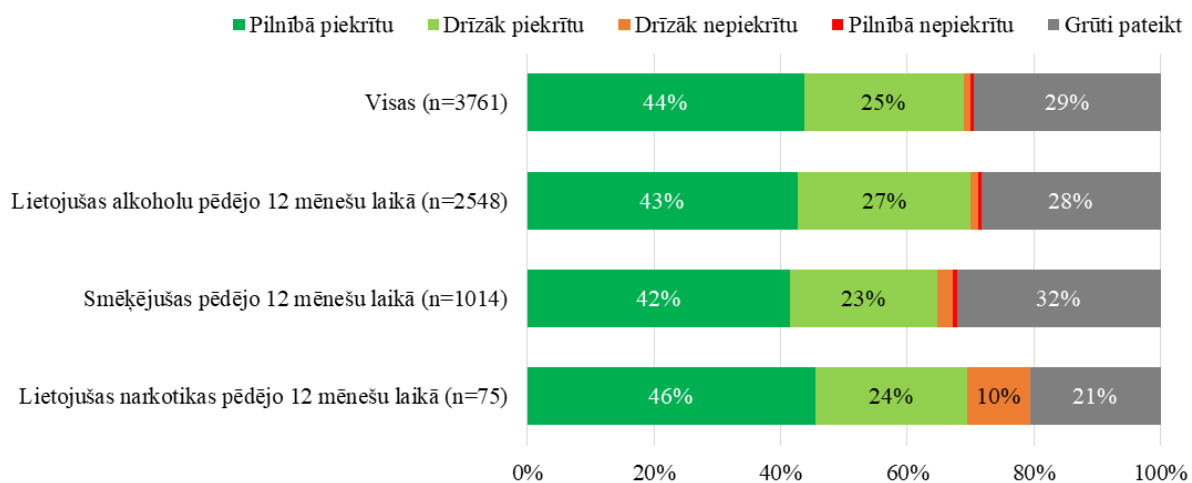
9.2.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā jebkurā devā un biežumā paaugstina spontānā aborta risku”



Grūti atbildams jautājums (42% izvēlas neatbildēt) bijis, vai kanabisa lietošana grūtniecības laikā arī pavisam mazā devā var izraisīt to, ka mazulis piedzimst ar pārāk mazu svaru (skat. 9.2.3. attēlu). 56% aptaujāto tam piekrīt. Sievietes, kas atzinušas narkotisko vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā, uz jautājumu atbildējušas relatīvi biežāk par pārējām (neatbildēja 30%), taču ir novērojama viedokļu polarizācija – piekrīt 60%, bet nepiekrīt 11%, kas ir vairāk nekā vidēji.

Uz citu jautājumu par kanabisa lietošana grūtniecības laikā – vai tas paaugstina spontānā aborta risku – atbildes sniegtas nedaudz biežāk (neatbildēja 35%), kā arī vairāk ir pozitīvu atbilžu (skat. 9.2.4. attēlu). Arī šajā gadījumā sievietes, kas pēdējā gada laikā lietojušas narkotiskās vielas, uz jautājumu konkrētas atbildes sniegušas biežāk par pārējām (neatbildēja 24%), tomēr šeit tās daudz biežāk ir noliedzošas – apgalvojumam nepiekrīt 12% no tām, kas narkotikas lietojušas, salīdzinot ar 2% visu sieviešu vidū. Nedaudz biežāk par citām (4%) nepiekrīt arī tās, kas pēdējā gada laikā smēķējušas.

9.2.5.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Kanabisa lietošana grūtniecības laikā var radīt attīstības traucējumus bērnam tālākā dzīves gaitā”



Tam, ka kanabisa lietošana grūtniecības laikā var radīt attīstības traucējumus bērnam tālākā dzīves gaitā, piekrīt 69% sieviešu, kas ir vairāk, nekā uz atbilžu īpatsvars par saistību ar bērna mazāku svaru vai spontānā aborta riska pieaugumu. Arī neatbildējušo procents ir zemāks – 29% (skat. 9.2.5. attēlu). 10% sieviešu ar narkotiku lietošanas pieredzi pēdējā gada laikā apgalvojumam biežāk nepiekrīt, bet retāk šīs respondentes sniegušas atbildes “grūti pateikt”.

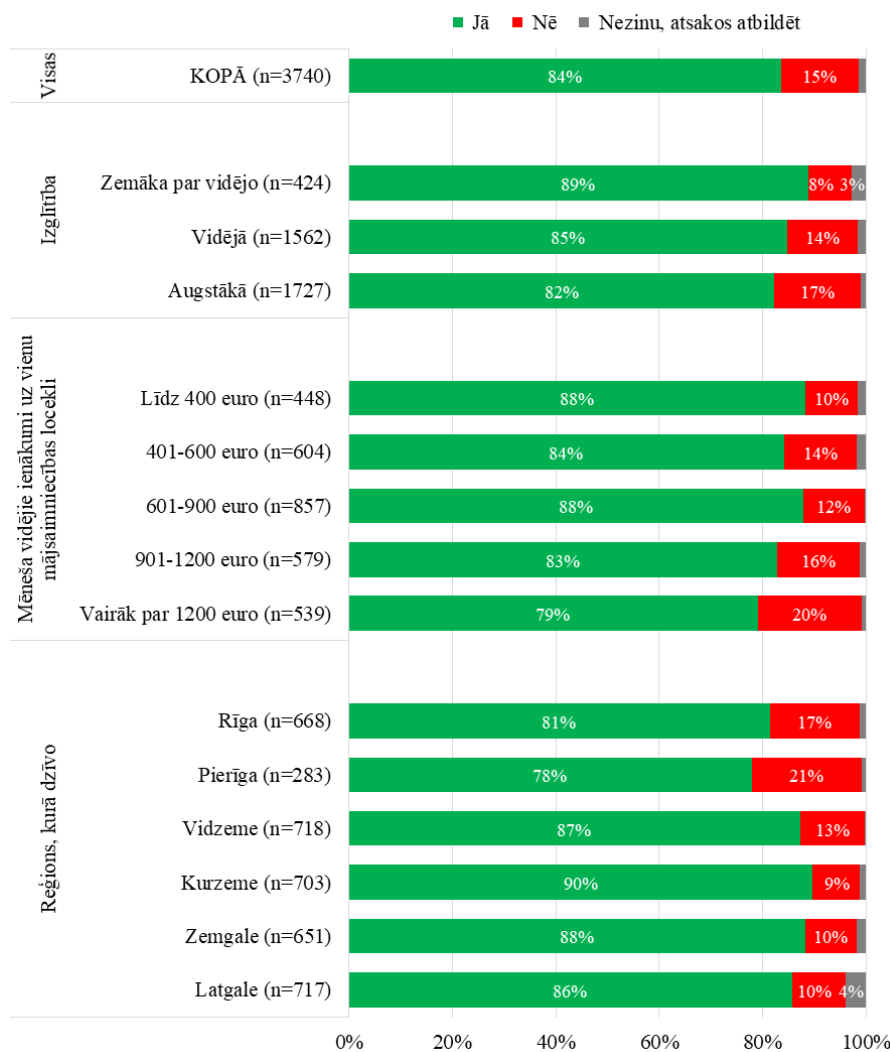
9.3. Informācijas saņemšana par atkarību izraisošo vielu lietošanu grūtniecības laikā

Jautātas, vai grūtniecības laikā pirms dzemdību palīdzības sniegšanas ārstniecības un atbalsta personāls ir viņām uzdevis jautājumus par atkarību izraisošo vielu lietošanu, 84% atbild pozitīvi, bet 15% negatīvi (skat. 9.3.1. attēlu). Negatīvo atbilžu īpatsvars ir augstāks nekā 2013. gadā (8%).

Retāk šis jautājums uzdots sievietēm ar augstāku sociālekonomisko statusu – tā 17% sieviešu ar augstāko izglītību norāda, ka šāds jautājums nav uzdots, salīdzinot ar 8% sieviešu bez vidējās

izglītības. Tāpat retāk šis jautājums uzdots sievietēm ar augstākiem ienākumiem, salīdzinot ar tām, kam tie ir zemāki. Vidēji retāk jautājums uzdots Pierīgā dzīvojušām sievietēm (21%).

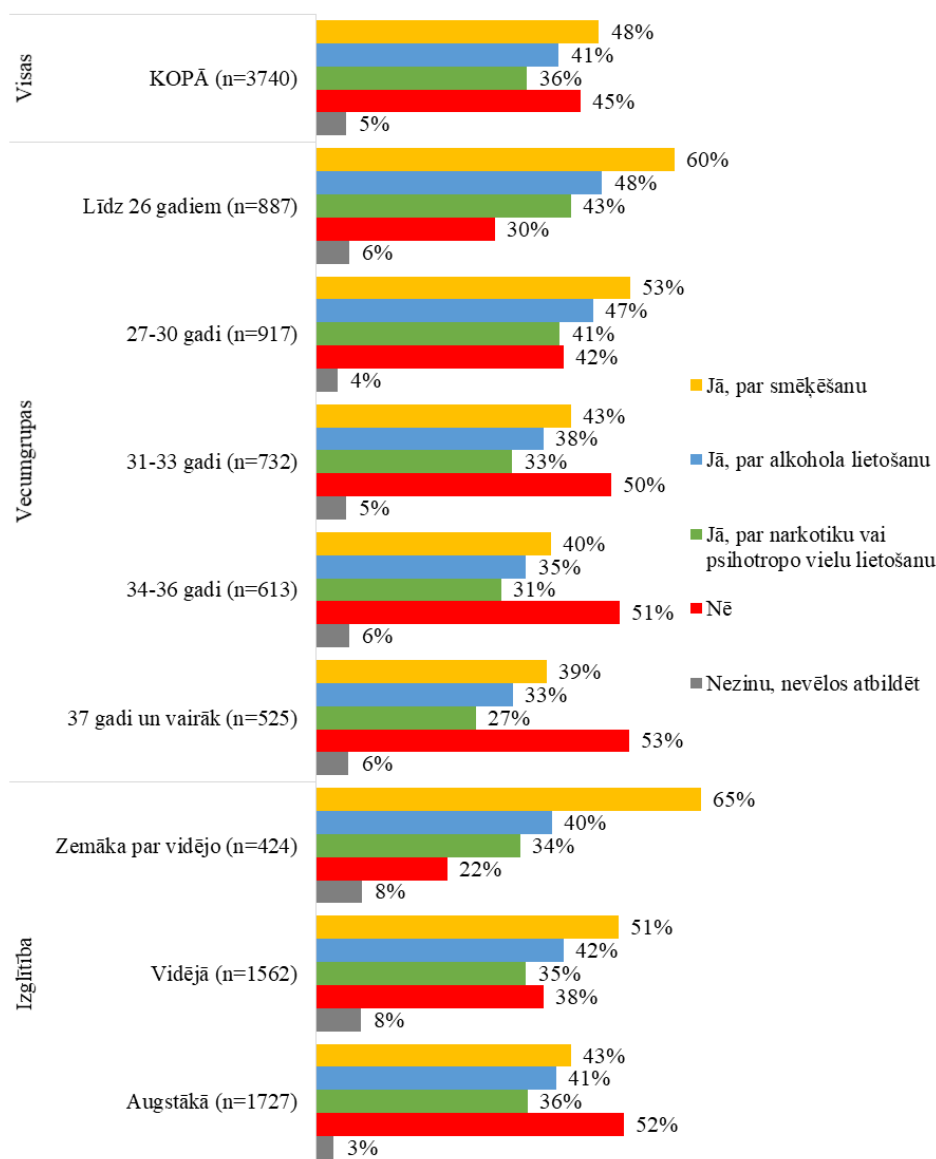
9.3.1.attēls. Vai grūtniecības laikā, pirms grūtniece nonāca slimnīcā saistībā ar dzemdībām, ārsti, medmāsa, vecmāte, sociālie darbinieki vai psihologi pavaicāja par alkohola, narkotiku vai tabakas lietošanu un daudzumu



Nedaudz biežāk šis jautājums uzdots sievietēm, kas pēdējā gada laikā bija smēķējušas. Ņemot vērā Jaundzimušo reģistrā fiksēto informāciju (tikai 12 no grūtniecēm saskaņā ar tur fiksēto informāciju 2022.gadā lietojušas alkoholu, kā arī 12 – narkotiskās vielas), visticamāk, ka uzdots ir jautājums par smēķēšanu, kamēr par alkohola un narkotisko vielu lietošanu – ar daudz mazāku varbūtību.

Par smēķēšanas kaitīgumu tikušas informētas 48% sieviešu (skat. 9.3.2. attēlu). Tādu ir vairāk vecuma grupā līdz 26 gadiem (60%), ar izglītības līmeni zem vidējā (65%). Nedaudz zemāks īpatsvars sieviešu norāda, ka tikušas informētas par alkohola (41%) un narkotiku lietošanas kaitīgumu (36%).

9.3.2. attēls. Vai grūtniecības laikā, pirms grūtniece nonāca slimnīcā saistībā ar dzemdībām, ārsti, medmāsa, vecmāte, sociālie darbinieki vai psihologi informēja, kā alkohols, smēķēšana un narkotikas var ietekmēt grūtnieces un gaidāmā bērna veselību



Arī šeit ir novērojama sakarība, ka sievietes, kuru izglītības līmenis ir augstāks, tikušas informētas retāk. Tāpat retāk informētas sievietes augstākās vecuma grupās. Biežāk šis skaidrojums sniegts sievietēm, kas pēdējā gada laikā bija smēķējušas (60%, salīdzinot ar 44% nesmēķētāju starpā).

9.4. Informācijas avoti

Jautātas par veidiem, kā ieguvušas informāciju par alkohola, smēķēšanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz grūtniecību, starp respondensu minētajiem avotiem dominē "citur" internetā pieejamie resursi, tas ir, nav runas par oficiālām un specializētām mājas lapām, bet gan par sociālajiem tīkliem un forumiem (64%). Visbiežāk šo atbildi izvēlējušās sievietes

vecuma grupā 27-30 gadi (70%), īpatsvaram samazinoties vecākajās grupās, kā arī jaunākajā (skat. 9.4.1. tabulu).

9.4.1.tabula. Informācijas ieguves veidi par alkohola, smēķēšanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz grūtniecību. Vecumgrupu griezumā

	Visas (n=4761)	Vecumgrupas				
		Līdz 26 gadiem (n=894)	27-30 gadi (n=919)	31-33 gadi (n=734)	34-36 gadi (n=615)	37 gadi un vairāk (n=531)
Skolā (Veselības mācībā u.tml.)	56%	60%	61%	60%	54%	45%
Speciālos bukletos, informatīvos materiālos	55%	57%	59%	59%	56%	46%
No žurnāliem, grāmatām par veselības tēmām	55%	50%	58%	59%	58%	53%
No televīzijas, radio	55%	54%	56%	59%	53%	52%
No vecākiem	52%	65%	56%	54%	44%	40%
Medicīniska rakstura literatūrā	42%	36%	46%	46%	42%	38%
No ginekologa	40%	49%	45%	41%	31%	28%
No citiem ģimenes locekļiem	32%	45%	36%	33%	23%	18%
No draudzenēm, draugiem	31%	39%	36%	33%	25%	17%
No ģimenes ārsta	30%	39%	35%	31%	23%	20%
No cita ārsta	14%	16%	15%	16%	12%	8%
No dzīvesbiedra	28%	39%	34%	29%	23%	13%
VM, ārstniecības iestāžu u.c. specializētās lapās internetā	26%	28%	30%	29%	25%	16%
Citur internetā - sociālajos tīklos, forumos	64%	63%	70%	68%	61%	56%
No medmāsas/ vecmātes	15%	19%	18%	17%	9%	10%
Aptiekā	6%	7%	6%	9%	3%	4%
Citur	12%	12%	11%	11%	13%	15%
Grūti pateikt / Nevaru atbildēt	8%	9%	6%	6%	10%	10%

Ievērojama atšķirība vērojama arī atkarībā no respondentes sarunu valodas ģimenē – sociālajos tīklos un forumos informāciju biežāk guvušas sievietes ar latviešu, salīdzinot ar citu valodu ģimenē (attiecīgi 66% un 56%). Šo avotu nozīme ir augstāka, jo augstāks ir respondentes izglītības līmenis – vien 47% sieviešu bez vidējās izglītības atzīst, ka lietojušas šos avotus (skat. 9.4.2. tabulu).

Otrs populārākais avots, kas atpaliek par teju 10 procentpunktiem, ir skola ar veselības mācību vai tamlīdzīgi sniegtu informāciju. Līdz 33 gadu vecumam 60-61% sieviešu guvušas informāciju šādā veidā, vēlākās vecuma grupās šī avota nozīmība samazinās. Šim avotam pēc nozīmības seko speciālie bukleti, informatīvie materiāli, televīzijas un radio materiāli, žurnāli un grāmatas (55%). Kā nākamie pēc popularitātes šiem avotiem seko ģimene – vecāki (52%), kuriem augstāka nozīme ir jaunākām respondentēm, sievietēm ar zemāku izglītības līmeni, kā arī tām sievietēm, kuru valoda ģimenē nav latviešu.

Raugoties uz informāciju, kuru sagatavojuši speciālisti, dominē speciālie bukleti, žurnālu raksti un grāmatas (55%), šim avotam pēc popularitātes seko tieši kontakti – visbiežāk ginekologi (40%) un ģimenes ārsti (30%). Vecmātes informējušas 15% sieviešu. Specializētajiem

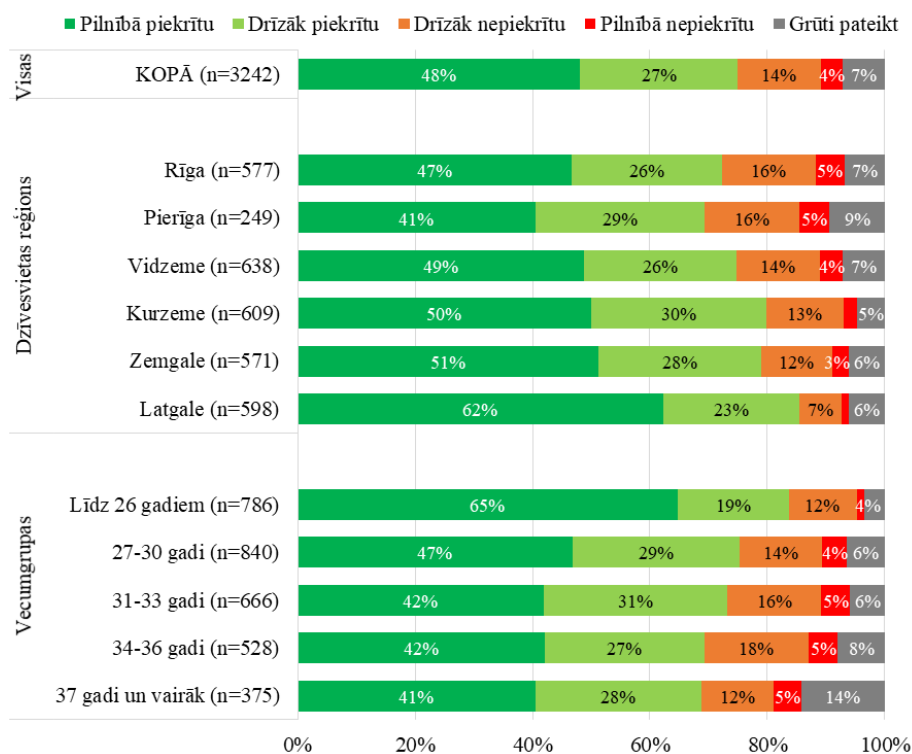
elektroniskajiem medijiem ir salīdzinoši zema loma – veselības ministrijas, ārstniecības iestāžu u.c. specializētās mājas lapās internetā informāciju guvušas 26% sieviešu. Interesanti, ka, ja bukletus un specializēto informāciju ar 12 procentpunktu pārvaru biežāk izmantojušas sievietes ar latviešu valodu ģimenē, salīdzinot ar citu valodu lietotājām, tad šāda atšķirība nav vērojama elektroniskajā informācijā, kurai gan ir kopumā daudz zemāks pieminēšanas biežums.

9.4.2.tabula. Informācijas ieguves veidi par alkohola, smēķēšanas un narkotiku lietošanas ietekmi uz grūtniecību. Izglītības līmeņu un valodu griezumā

	Visas (n=4761)	Izglītības līmeņi			Ģimenes valoda	
		Zemāka par vidējo (n=124)	Vidējā vispārējā vai profesionālā (n=234)	Augs- tākā (n=72)	Latviešu (n=3012)	Cita (n=715)
Skolā (Veselības mācībā u.tml.)	56%	40%	56%	59%	57%	55%
Speciālos bukletos, informatīvos materiālos	55%	34%	54%	60%	58%	46%
No žurnāliem, grāmatām par veselības tēmām	55%	37%	50%	62%	58%	44%
No televīzijas, radio	55%	43%	53%	58%	57%	47%
No vecākiem	52%	58%	57%	49%	50%	60%
Medicīniska rakstura literatūrā	42%	22%	35%	49%	42%	40%
No ginekologa	40%	44%	42%	38%	40%	39%
No citiem ģimenes locekļiem	32%	37%	37%	27%	32%	29%
No draudzenēm, draugiem	31%	33%	35%	28%	32%	27%
No ģimenes ārsta	30%	37%	35%	26%	31%	28%
No cita ārsta	14%	18%	13%	13%	14%	13%
No dzīvesbiedra	28%	36%	32%	24%	28%	27%
VM, ārstniecības iestāžu u.c. specializētās lapās internetā	26%	19%	24%	28%	26%	25%
Citur internetā - sociālajos tīklos, forumos	64%	47%	63%	67%	66%	56%
No medmāsas/ vecmātes	15%	20%	17%	13%	16%	12%
Aptiekā	6%	6%	7%	5%	6%	5%
Citur	12%	10%	11%	13%	11%	17%
Grūti pateikt / Nevaru atbildēt	8%	15%	10%	6%	8%	9%

Kopumā, vērtējot atbildes vecumgrupu griezumā, konstatējams, ka jaunākās sievietes norādījušas daudz vairāk dažādu informācijas avotu, salīdzinot ar vecākajām. Visbūtiskākās atšķirības (kas vienlaikus nozīmē, ka atbildes daudz biežāk izvēlējušās jaunākās sievietes) ir tādiem informācijas avotiem kā dzīvesbiedrs, draugi, citi ģimenes locekļi, ģimenes ārsts, ginekologs. Šīs atšķirības visdrīzāk liecina par to, ka minētās personas aktīvāk centušās informēt topošās jaunās māmiņas, kamēr situācijās, kad grūtnieces piederējušas jau citām vecumgrupām, šis process bijis mazāk aktīvs. Līdzīgā veidā biežāk kā citās izglītības līmeņu grupās sievietes bez vidējās izglītības norādījušas, ka informāciju ieguvušas no dzīvesbiedra, ģimenes locekļiem, ģimenes ārsta, ginekologa, cita ārsta, kas liecina, ka arī šīs grupas sievietes, līdzīgi kā gados jaunākās, apkārtējās personas pastiprināti centušās informēt un brīdināt.

9.4.1.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar alkohola lietošanas ietekmi uz veselību”

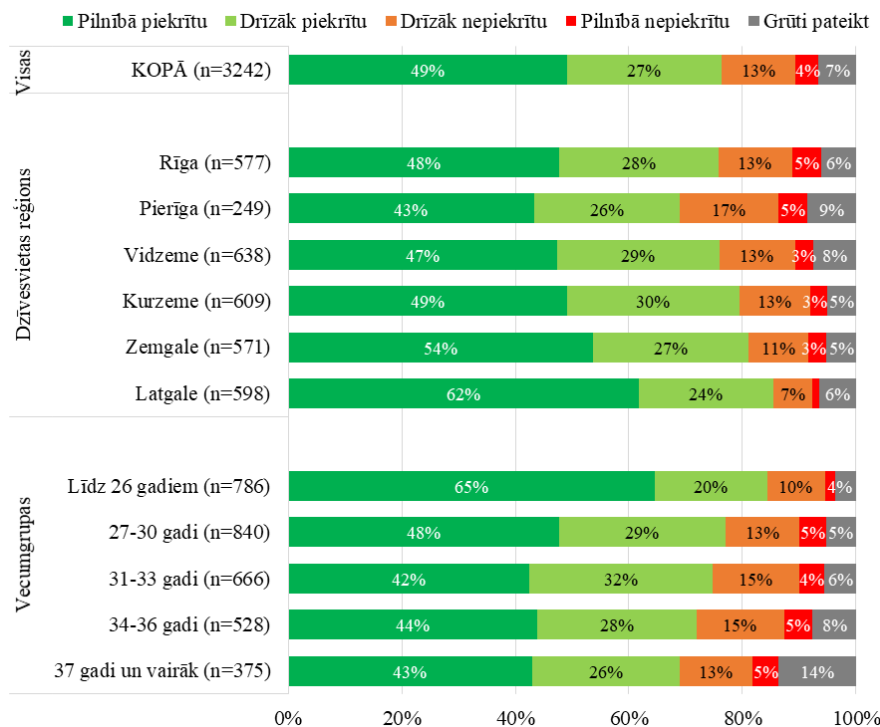


Bāze - tās, kam skolā pasniegtā Veselības mācība vai Sociālās zinības

Lielākā daļa sieviešu (86%) norāda, ka skolā apguvušas veselības mācību vai sociālās zinības (šajā priekšmetā integrēti ar veselību saistīti jautājumi). Zemāks šādu atbilžu īpatsvars ir sievietēm, kuru sarunvaloda ģimenē nav latviešu un sievietēm, kas vecākas par 36 gadiem. No sievietēm, kuras šādus priekšmetus apguvušas, 75% piekrīt (tai skaitā 48% pilnībā), ka tajos pietiekami runāts par alkohola lietošanas ietekmi uz veselību, bet 76% (tai skaitā 49% pilnībā piekrīt) – ka par smēķēšanas un tabakas izstrādājumu lietošanas ietekmi uz veselību (skat. 9.4.1. - 9.4.2. attēlus). Augstāks atbalsts šiem apgalvojumiem ir vecuma grupā līdz 26 gadiem, kas, iespējams, varētu norādīt uz tēmas aktualizācijas pieaugumu pēdējos gados. Par šiem jautājumiem, saskaņā ar respondentu atbildēm, biežāk runāts Latgales reģionā, bet retāk Rīgā un Pierīgā. Tiesa, Latgales reģionā augstāks pozitīvo atbilžu īpatsvars var liecināt nevis par satura kvalitāti, bet zemākām gaidām no šī satura.

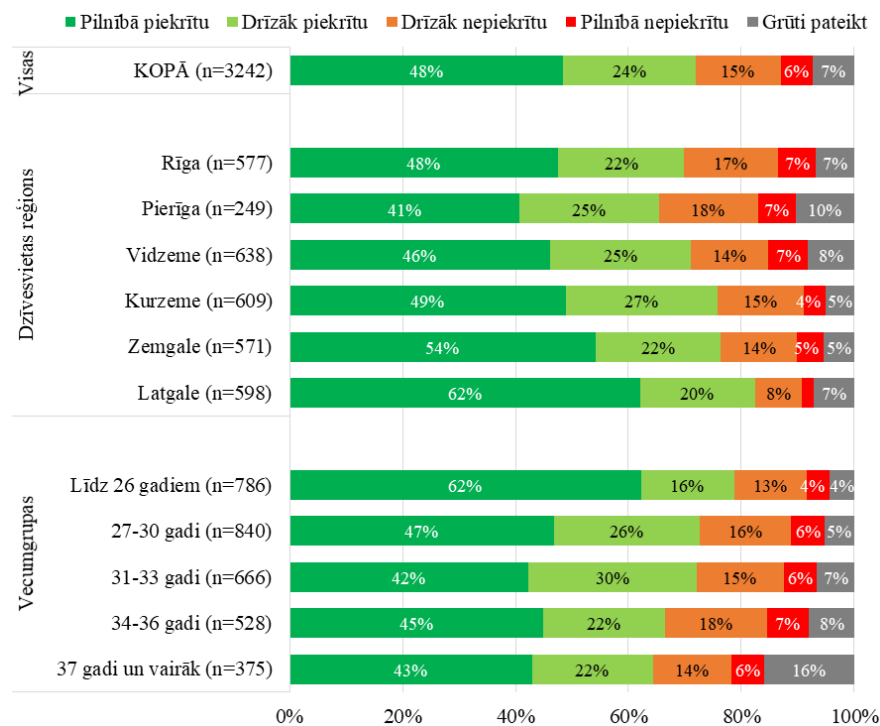
Nedaudz zemāks īpatsvars (72%) piekrīt (tai skaitā 39% pilnībā piekrīt), ka pietiekami runāts par narkotisko un psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz veselību (skat. 9.4.3. attēlus). Kopējās sakarības ir līdzīgas kā attiecībā uz alkohola un smēķēšanas ietekmi – biežāk kā pietiekamu sniegto informāciju novērtē jaunākās respondentes, kā arī tās, kuru dzīvesvieta ir Latgalē.

9.4.2.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar smēķēšanas un tabakas izstrādājumu lietošanas ietekmi uz veselību”



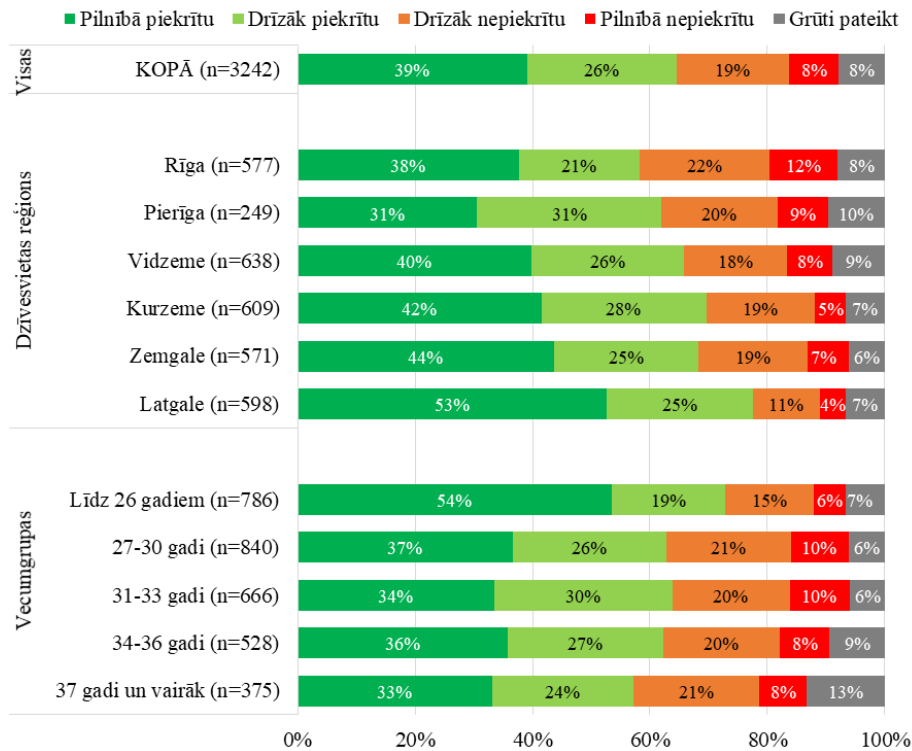
Bāze- tās, kam skolā pasniegtā Veselības mācība vai Sociālās zinības

9.4.3.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar narkotisko un psihotropo vielu lietošanas ietekmi uz veselību”



Bāze- tās, kam skolā pasniegtā Veselības mācība vai Sociālās zinības

9.4.4.attēls. Viedokļi par apgalvojumu “Skolā pasniegtā Veselības mācība (Sociālās zinības) dod pietiekami daudz informācijas par jautājumiem, kas saistīti ar reprodūktīvo veselību”



Bāze- tās, kam skolā pasniegtā Veselības mācība vai Sociālās zinības

Zināšanas par seksuālo un reprodūktīvo veselību kā pietiekamas šajos priekšmetos atzīst 65% (tai skaitā 39% pilnībā) sieviešu, kas priekšmetus apguvušas skolā (skat. 9.4.4. attēlu). Arī te sievietes līdz 26 gadiem un Latgalē dzīvojošās respondentes izglītību šajā aspektā vērtē augstāk.

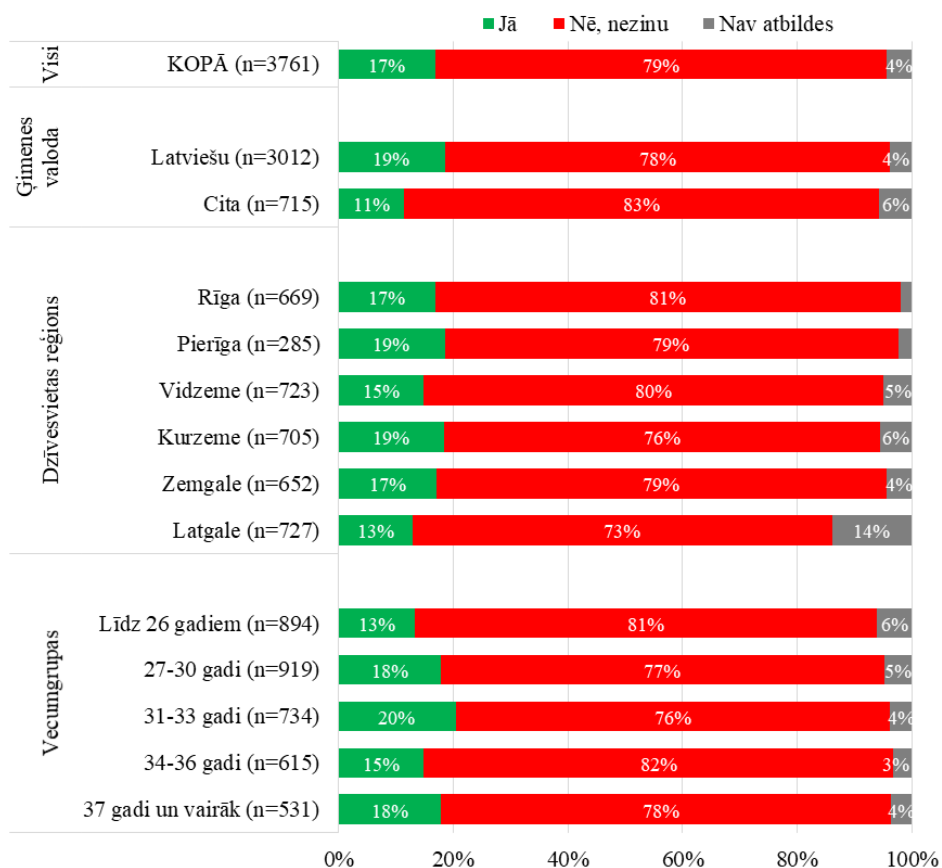
9.5. Kaitīgo vielu ierobežošanas līdzekļi grūtniecības laikā

Jautātas, vai zina, kur grūtnieces ar atkarības vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības, pozitīvi atbild 17% sieviešu (skat. 9.5.1. attēlu). Zemāks šādu sieviešu īpatsvars ir to vidū, kuras izvēlējās anketu aizpildīt krieviski un kuras norādījušas, ka mājās sarunu valoda ir krievu (11%), gados jaunāku sieviešu vidū (13%) un Latgalē dzīvojošo sieviešu vidū (12%).

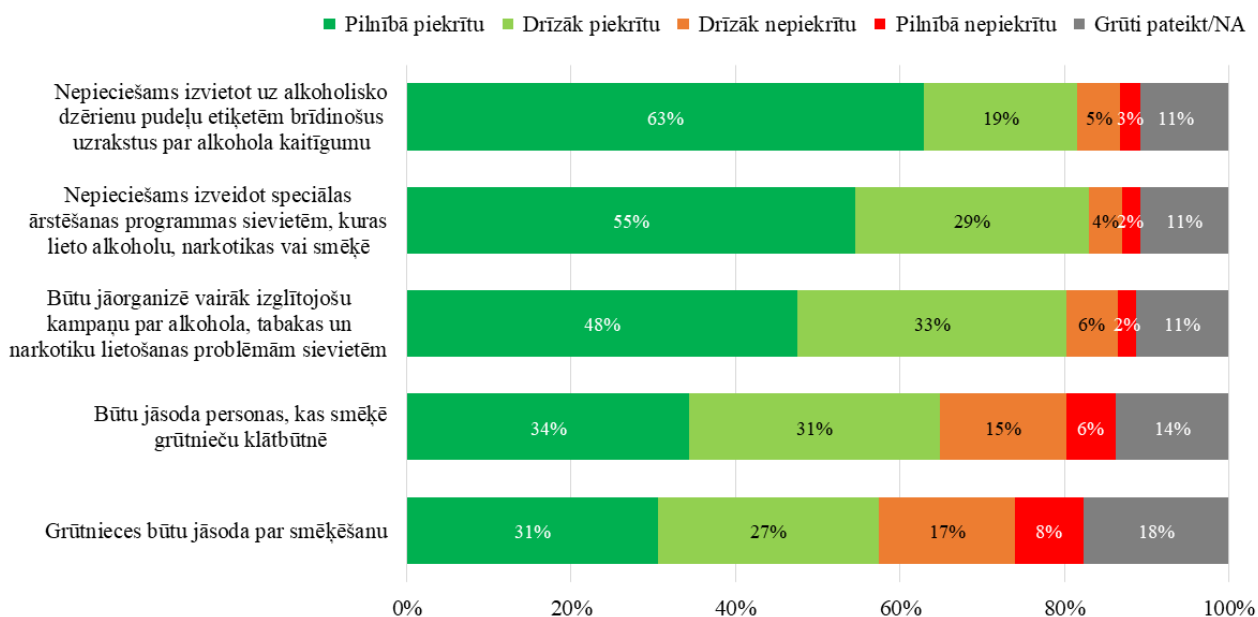
No tām sievietēm, kuras atbildējušas, ka zina, kur vērsties, 37% norāda ģimenes ārstu, 32% narkoloģiskās, psihiatriskās palīdzības centrus, krīzes centrus un slimnīcas. 18% norāda uz ginekologu, 16% uz narkologu, 9% uz psihologu, psihiatru vai psihoterapeitu. 5% iesaka sociālo darbinieku, tikpat arī vecmāti.

Tam, ka nepieciešams izvietot uz alkoholisko dzērienu pudeļu etiķetēm **brīdinošus uzrakstus par alkohola kaitīgumu** (t.sk. par alkohola negatīvo ietekmi uz grūtnieces un gaidāmā bērna veselību), pilnībā vai drīzāk piekrīt kopā 82%, savukārt pilnībā vai drīzāk nepiekrīt vien 8% aptaujāto sieviešu (skat. 9.5.2. attēlu).

9.5.1.attēls. Respondenšu atbildes, vai viņas zina, kur grūtnieces ar atkarības vielu lietošanas problēmu var vērsties pēc palīdzības



9.5.2.attēls. Respondenšu viedokļi par jautājumiem, kas saistīti ar politiku alkohola, tabakas izstrādājumu un narkotiku jomā



Tabakas izstrādājumu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrumu aprites likuma 10. panta otrās daļas 1. punktā ir noteikts, ka bērna klātbūtnē smēķēt

ir aizliegts. Savukārt Bērnu tiesību aizsardzības likuma 48. panta pirmā daļa paredz, ka bērns ir aizsargājams no smēķēšanas un alkoholisko dzērienu ietekmes. Jautātas, **vai arī grūtnieces būtu jāsoda par smēķēšanu**, 57% pilnībā un drīzāk piekrīt, bet 25% pilnībā un drīzāk nepiekrīt. Biežāk šādu risinājumu neatbalsta sievietes bez vidējās izglītības (37%) un vecuma grupā virs 36 gadiem (30%), kā arī sievietes, kuras mājās kā sarunu valodu nav norādījušas latviešu valodu (31%).

Jautātas, vai būtu **jāsoda personas, kas smēķē grūtnieču klātbūtnē**, tam pilnībā un drīzāk piekrīt 65% sieviešu, bet 21% pilnībā un drīzāk nepiekrīt. Raugoties uz respondentu sastāvu sīkāk, biežāk tam nepiekrīt tās pašas grupas kā jautājumā par grūtnieču pašu sodīšanu.

Respondentes biežāk atbalsta maigākus pasākumus. Tam, ka būtu jāorganizē vairāk **izglītojošu kampaņu** par alkohola, tabakas un narkotiku lietošanas problēmām sievietēm, piekrīt pilnībā un drīzāk 80% sieviešu, bet 8% pilnībā un drīzāk nepiekrīt. Viedoklis šajā jautājumā dažādās grupās ir viendabīgāks.

Vēl nedaudz lielāks atbalsts ir nepieciešamībai izveidot **speciālas ārstēšanas programmas** sievietēm, kuras lieto alkoholu, narkotikas vai smēķē – 83% tam pilnībā un drīzāk piekrīt, bet 6% pilnībā un drīzāk nepiekrīt. 2013. gada pētījumā piekrītošu atbilžu īpatsvars bija 88%.

Intervijās par atbalsta mehānismiem dominēja trīs ieteikumi. Gandrīz visi speciālisti pieminēja **informatīvos bukletus un kampaņas** par atkarību izraisošo vielu kaitējumu, taču lielākā daļa uzskatīja, ka tie nebūs efektīvi, jo kopumā sabiedrība tāpat ir labi informēta. Šādu informāciju varētu novietot uzgaidāmajās telpās, kur sievietes to pamanītu, gaidot konsultācijas.

Vienā gadījumā ginekoloģe no Vidzemes reģiona runāja par pozitīvu piemēru Lielbritānijas gadījumā – tur rezidējošās sievietes uz konsultāciju nākušas ar mātes pasi, kur šāda informācija ir ievietota.

Tādā ziņā pašlaik ir bijušas pacientes, kuras atbrauc no Anglijas vai vienkārši kamēr ir Latvijā, viņas grib pārbaudīties, vai pāriet uzskaitē, viņiem mātes pasēs ir ielīmēta informācija vienkārši kā papildus, ka alkohola lietošana ir kaitīga, ka smēķēšana var izraisīt to, to un šito, tas, manuprāt, tāda papildus lieta.

Vēl vienā gadījumā šādu pašsagatavotu informācijas lapiņu par kaitīgiem ieradumiem ārste, ginekoloģe ar 40 gadu pieredzi Kurzemē piesprauda Latvijas parauga mātes pasei:

Nezinu. Kaut ko jau vajadzētu. Esmu atradusi un izprintējusi tādu lapu, ko dot grūtniecēm par smēķēšanu, ko tas nodara: spontāni aborti, priekšlaicīgas dzemdības, mazs svars auglim, plaušu problēmas no dzimšanas. Tām smēķētāj-mammām es tādu pieknipsēju klāt, ka varbūt viņu tas mazliet atturētu. Man šķiet, tas ir viss, ko es varu darīt. Ar šo būtu jāsāk ģimenes ārstiem par pareizu, veselīgu uzturu ģimenē, nezinu, vai ginekologs ir īstais speciālists. Jo ģimenes ārsts ir tas, kas redz mammu, tēti un redz bērnu.

Kopumā pētījuma dati rāda, ka kampaņas iesaka kā pirmo atbildi uz jautājumu par rīcību situācijas uzlabošanai, taču citviet atzīst, ka tām ir zema efektivitāte. Ir sagatavots gana daudz materiālu, un daļa speciālistu un ekspertu uz tiem atsaucās un izmantoja nepieciešamības gadījumā.

Otrs ieteiktais atbalsta mehānisms ir valsts apmaksāta vai nu **psihologa vai psihoterapeita konsultācija** vai arī grūtniecēm veltītas **grupas**.

(..) tas, ko es gribētu redzēt, jo informācija, manuprāt, par to, varbūt ne specifiski par to, kāds kaitējums tiek nodarīts bērnam un sievietes veselībai, bet kopējā pārlicība par to, ka smēķēt grūtniecības laikā nav labi, tas ir tāds a priori, to visi zina, jebkura grūtniece arī. Man ir grūti iedomāties sievieti, kas nezina. Ja nezina, tad kāds pateica, kad pāris reizes redzēja ar vēderu un cigareti rokās. Viņai noteikti kāds pateica, ka nevajag. Tas nav informācijas trūkums, bet konkrēti reāla pakalpojuma trūkums, kas šai sievietei ir valsts finansēts. Tas, ko mēs redzam, ka daudzas no smēķējošām mammām pašas nav spējīgas finansēt palīdzības iespējas. (Atkarību centra speciāliste pašvaldībā)

Speciālisti uzskata, ka grūtnieces ir īpaša mērķa grupa, kurai patlaban netiek pievērsta pietiekama uzmanība.

Sarežģīti emocionāli nestabilā stāvoklī, kāds ir raksturīgs grūtniecībai, vēl uzlikt pienākumu, ka tagad ir jāpārtrauc. Pārsvārā viņas nepārtrauc, vai tās, kas pārtrauc, pēc grūtniecības laika parasti atsāk, kad bērns ir piedzimis. Ir situācijas, kad klientes kļūst par mūsu klientēm, kad bērniņš ir piedzimis, īpaši, ja tas ir pirmais bērns, jo pirms tam viņas ir alkohola vai narkotiku lietotājas, sabiedrība izliekas neredzot, nekas nenotiek. Un tad ir bērns, pievēršamies bērnam. Ja sieviete alkohola reibumā ir ar bērnu, tad kāds visticamāk paziņos, kāds piezvanīs policijai, bāriņtiesai, sociālajam dienestam, tad arī izgaismojas sievietes problēma, kura visticamāk ir bijusi pirms tam. (eksperte)

Arī cita eksperte norāda, ka grūtnieces ar alkohola problēmām antenatālā aprūpē nenonāk, un visbiežāk problēma tiek konstatēta stacionārā dzemdību laikā. Dažkārt tās ir kārtējās dzemdības. Līdzīgu situāciju speciālisti un eksperti intervijās apraksta arī narkotiku atkarības gadījumā. Te būtiska loma ir sociālajam dienestam un šo sieviešu piekļuvei kontracepcijas līdzekļiem. Interviju materiāls norāda uz situāciju, kur sievietes ar augstu atkarības risku veselības aprūpes sistēmā nonāk tikai dzemdību laikā un nesaņem pietiekamu atbalstu, jo risku konstatēšana primāri vērsta uz jau dzimuša bērna interešu aizstāvību. Tas nav tikai sociāls jautājums, kā norāda kāda no intervētajām vecmātēm Rīgā:

Mēs diezgan bieži domājam tikai par dzemdībām, par dzemdību traumām, par hipoksiju, bet grūtniecība kaut kā aizmirstās. Pie draudzīgas izjautāšanas un paskaidrošanas sievietes mēdz arī atzīties pie nopietnākām smēķēšanām, nevis, ka viena cigarete dienā, bet, ka ir tas skaitlis jāreizina ar desmit. (Vecmāte, Rīga)

Ārvalstu pieredzi intervijā min tikai viena eksperte; tas atbilst arī citu speciālistu intuitīvi veidotiem ieteikumiem:

Tur ir apkopotas labās prakses, kas ir ar pētījumiem pierādītas, benefīcial, un attiecībā uz grūtniecēm un alkoholu un smēķēšanu, bija norādīta tikai viena labā prakse, kas bija pievienota 2017. gadā, kas tika īstenota Vācijā, ASV, Anglijā un šķiet Nīderlandē. Koncepts bija tāds, ka maznodrošinātām sievietēm katru otro nedēļu uz stundu, pusotru nāca medmāsa uz mājām līdz, viņa ir iznēsājusi bērnu un bērnam paliek 2 gadi, regulāri viņa nāca pie grūtnieces, vēlāk pie jaunās māmiņas, sniedza

palīdzību, izglītoja, tādā veidā uzlaboja šo situāciju. Tur bija gan par alkoholu, gan par smēķēšanu. Mums Latvijā jau ar finansēm ir lielas problēmas, kaut ko tādu īstenot... Es nedomāju, ka tam tiktu piešķirts finansējums, tāpēc pagaidām darām, ko varam, esošā budžeta ietvaros un varbūt nākotnē, kas būs citas lietas sakārtotas, varam par tādas prakses ieviešanu domāt. (Eksperte)

Viena no intervētajām sievietēm ar visu kaitējošo vielu lietošanas pieredzi intervijā atzina, ka vienreiz transporta pieturvietā redzējusi sludinājumu grupai atkarīgu personu atbalstam, uz kuru viņa atnākusi. Viņa atzinīgi vērtēja atbalsta personas, kas grupu organizēja, jo tām pašām bija atkarības pieredze un, viņasprāt, sapratne par problēmām, ar kurām lietotāji saskaras. Vienlaikus viņa atzina, ka grupu nebija turpinājusi apmeklēt, jo citiem dalībniekiem problēmas bijušas nopietnākas. Šī sieviete apgalvoja, ka viņa labprāt apmeklētu grupu ar dalībniecēm ar līdzīgi pieredzi kā viņai. Vēl viena speciāliste ieteica līdzīgu risinājumu, veidojot smēķējošu grūtnieču atbalsta grupas. Šis atbalsts smēķējošām grūtniecēm ir būtisks un tās, kuras bija pārtraukušas smēķēt citu grūtniecību laikā, norāda uz šāda atbalsta lomu tajā. Lielākā daļa sieviešu, kuras tika intervētas, apgalvoja, ka par savu paradumu runāt ar citiem nevēlas. Savukārt organizācija, kas nodarbojas ar izglītojošiem pasākumiem vecākiem, nesaskatīja darbības lauku šajā jomā – jautāti intervijās par atkarību jautājumu iekļaušanu vecākuursos, tās pārstāvji norādīja, ka visbiežāk par to netiek runāts vispār.

Trešais mehānisms ir **prevencija**. Raugoties uz datiem, redzama saistība starp agrāku smēķēšanas uzsākšanu un lielākām grūtibām paradumu atmet un augstāks smēķējošo īpatsvars jaunākā vecuma grupā. Līdz ar to, agrīna kaitīgu paradumu prevencija, fokusējoties uz jauniešiem, būtiski ietekmētu arī grūtnieču paradumus. Šai prevencija būtu jāaptver arī attiecību jautājumi, mentālā veselība un vardarbības novēršana.

Intervijas ar grūtniecības laikā smēķējušām sievietēm liecina, ka smēķēt sākts agrīnā vecumā – 14-15 gadu vecumā, un tā ir bijusi izteikta sociāla aktivitāte.

Nu, protams. Tās ir sekas tam, ka mums Latvijā, nav veselības izglītības, sekas tam, ka mums ir ļoti nopietns cigarešu un alkohola lobījs. Kāpēc tagad saltiņi ir aizliegti Lietuvā un Igaunijā? Mēs tikai par to sāksim runāt, jo bērnu slimnīca par to uzrakstīja. Nu, come on. Tie ir tie jautājumi, par kuriem ir jādomā, nevis tagad specifiski. Ja mēs tagad gribam tās veselīgās grūtnieces, tad ejam atpakaļ uz kaut kādu autoritāro režīmu, saliekam viņas sanatorijā, barojam viņas veselīgi, pieskatām viņas, un tā mēs varbūt varētu. Bet citus veidus es nezinu, mēs jau tomēr esam tādā brīvā valstī, kur cilvēks pats nosaka, kā viņš dzīvo, ko viņš dara, un, ja viņam nav ielikts tas pamats, ka tu pats arī esi atbildīgs par savu veselību – bet ar to ideju cilvēks nepiedzimst. Tas viņam ir jāiedod, jāiemāca. Un tas mums nav! Mums šobrīd nav nekādas veselības izglītības. (Eksperte)

Intervijas ar sievietēm rāda, ka būtiska loma paraduma pārtraukšanā ir **ģimenes ietekmei**. Tikai daļa antenatālās aprūpes speciālistu uzskatīja par pienākumu runāt par smēķēšanas un alkohola lietošanas paradumu ģimenē, rosinot partneri atbalstīt grūtnieci un atturēties no kaitējošiem paradumiem kopā. Tomēr lielākā daļa speciālistu norāda, ka šādi jautājumi nav iekļauti vizītē un tiem nebūtu laika. Viena no speciālistēm atzīmē, ka Covid-19 noteiktie ierobežojumi pārtraukuši pāra vizītes pie antenatālās aprūpes speciālista – šādas ģimenes kopīgās vizītes ļauj dabiskāk izrunāt ģimenes paradumus.

Visbeidzot interviju materiāls liecina, ka jautājums par kaitīgo paradumu novēršanu ir komplekss. Sievietes ir ne tikai labi informētas par atkarību izraisošo vielu kaitīgumu, bet arī zina, ka šie paradumi grūtniecības laikā ir nosodāmi. Kauns jeb stigma veicina paradumu slēpšanu un ierobežo arī vēršanos pēc palīdzības:

Bet grūtniecības gadījumā, protams, kas droši vien arī svarīgi, lai saruna nebūtu vērsta tikai uz gaidāmo bērnu un to, kas ir tas kaitējums, ko sieviete nodara viņam, jo mēdz būt situācijas, kad sievietes ir stāvoklī ar bērniem, kurus pašas nav gribējušas, kur vienkārši kaut kādu apsvērumu dēļ nav izdarījušas abortu, bet viņas piecieš to, ka tas bērns ir. Un, ja tā saruna veidojas caur bērna prizmu, tad viņa daudz vairāk zaudē to sajūtu, ka viņa kā persona ir nozīmīga, ka viņas veselība arī ir svarīga, ka viņa nav tikai inkubators, kurš iznēsā. Tur atkal jāskatās, kā par to runāt. Bet man liekas, ka tā ir ļoti laba reize uzrunāt sievietes un varbūt arī noskaidrot viņu atkarību problēmas. (Eksperte)

Neizmantots resurss ir ģimenes atbalsts, taču ne vienmēr ģimenei ir zināšanas un resursi to izdarīt:

Pārsvārā tās ir sievietes bez atbalsta vai ar samazinātu atbalstu, manā skatījumā, kurām varbūt partneris smēķē vai arī visā ģimenē vienmēr ir bijusi tā smēķēšana un visi turpina smēķēt, un viņai ir grūti. Jaunajām meitenēm draugi apkārt turpina smēķēt, un viņa nevar tagad to tā pārtraukt, bieži viņas arī slēpj. Vakar es satikos ar grūtnieci, kurai ir 45 gadi, un viņa slēpj no savas mammas un vīra, no visiem viņa to slēpj, ka viņa turpina smēķēt. Viņa ir ļoti inteligenta sieviete, viņa ļoti labi saprot, ko viņa dara, viņai nebija jautājumu, viņa saka: "Es visu zinu, bet es vienkārši nevaru, man ir stress un man vajag. Un, ja es neuzpīpēju trīs dienas, tad diemžēl tajā ceturtajā dienā es uzpīpēju daudz vairāk nekā man vajadzētu." Jā, tā iespēja kaut kur novirzīt šo atkarību, pārvirzīt uz kaut ko citu. (Vecmāte, Rīga un Pierīga)

9.6. Sadarbības tīkli

Lai īstenotu atbalsta pasākumu, speciālistiem nepieciešams skaidrs **sadarbības mehānisms**. Intervijas lielākoties liecina, ka prevencijas un atbalsta jautājumus speciālisti uzticētu sociālajam darbiniekam vai vienā gadījumā kapelānam, kas pieejams stacionārā, vai pašvaldības sociālā dienesta darbiniekiem. Tomēr priekšstats, kā sistēma varētu strādāt un kāda ir veselības aprūpes speciālistu loma, interviju dalībniekiem nav skaidrs. Būtisks faktors ir arī laika un kompetenču trūkums, kas saistīts arī ar profesionālu mērķu uztveri:

Ok, es tagad redzu vienu grūtnieci, kurai ir potenciāls risks noasiņot, jo viņai ir – nu vienalga kas – viņa ir smaga smēķētāja, es tagad zinu, kam man ir tagad jāpiezvana un kur viņa ir jāaizsūta. Nepastāvot šādai sadarbībai starp šīm jomām, mēs nevaram prasīt atbildību no vecmātēm vai ārstiem. Vienīgais, ko mēs varam teikt, ir, ka šīs vizītes laikā viņi vēlreiz atgādinās, kādi ir tie riski. Mēs arī ļoti labi zinām no atkarību ārstēšanas, ka tas nekas nav, ja mēs runājam par ļoti atkarīgiem cilvēkiem. (Ekspert, nevalstiska organizācija)

Ja veselības aprūpes reforma paredzēja, ka vecmātes varētu ar šo trūkstošo posmu nodarboties, gan interviju, gan aptaujas dati liecina, ka vecmāšu loma antenatālajā aprūpē ir zema –

informācija biežāk saņemta no ārstiem un ārpus Rīgas Dzemdību nama antenatālās aprūpes nodaļas pakalpojumiem un privātiem pakalpojumu sniedzējiem, vecmātes grūtniecību neuzrauga. Ar atsevišķiem izņēmumiem intervijas liecina, ka speciālisti biežāk atbalstu kaitīgu ieradumu pārtraukšanai sniedz maksas pakalpojumu ietvaros. Tas nav saistīts tikai ar apmaksu, bet uz klientu vērstu pakalpojumu, kur klienta vajadzības tiek skatītas plašāk. Vienlaikus, intervijas liecina, ka maksas pakalpojumu gadījumā speciālisti ir diskrētāki un norāda, ka jāizvairās no spiediena un gaida klientes pieprasījumu pēc šāda atbalsta. Iespējams, tas ļauj skaidrot, kāpēc grūtnieces ar augstāku izglītības līmeni biežāk norāda, ka par kaitējošu paradumu tēmu speciālisti ar viņām runājuši retāk.

Kā stāsta ginekoloģe no Vidzemes, tad bieži plaša speciālistu sadarbība nav nepieciešama un, piedāvājot pakalpojumu visai ģimenei, ir iespējams izveidot labu sadarbības komandu grūtnieces atbalstam:

Es teikšu jums godīgi, vienīgā iespēja ir nelietot, tas viss ir atkarīgs no cilvēka. Ja viņam ir motivācija, ja viņu atbalsta ģimene, mājās par to atgādina, es ļoti stingrā balsī to nostāstu, es domāju, ka motivācija ir pilnīgi pietiekoša.

Attiecībā uz **dokumentu pilnveidi**, daļa speciālistu atzina, ka partnera smēķēšana ir jāieraksta pacienta kartē, jo tā ir plaši izplatīta parādība un rada pasīvās smēķēšanas risku grūtniecei. Tas ļautu arī vizītē izrunāt risinājumus.

Vadlīnijas darbam ar atkarīgām grūtniecēm bija pirmā ātrā atbilde par jomas pilnveidi, bet dziļākā sarunā bieži atzīts, ka tas situāciju nerisinātu. Lielākas cerības tiek liktas uz atbalsta tīkliem, uz skaidru sadarbības shēmu. Stacionāros šī sadarbība ir gana skaidra, un te palīdz sociālie darbinieki, taču ambulatori praktizējošiem veselības aprūpes speciālistiem šāda atbalsta nav, un rīcība ir atšķirīga. Jebkurā gadījumā rīcība prasa papildus resursu ieguldījumu.

9.7. Kopsavilkums

Sieviešu zināšanas par smēķēšanas, alkohola un narkotisko vielu lietošanu grūtniecības laikā ir labas, taču atbildes uz jautājumiem netieši liecina, ka ir atšķirība starp zināšanām un pārliecību. Piemēram, sievietes nedaudz biežāk sliecas atbalstīt apgalvojumus, kur alkohola lietošanas kaitīgums saistīts ar tā daudzumu, neskatoties uz gana pārliecinošu atbalstu alkohola kaitīgumam vispār. Informācijas avotu ziņā būtiskākie kanāli ir sociālie mediji un interneta forumi, kam seko veselības mācība skolā. Izaicinājums informēšanas jomā saistīts ar droši ticamas un praktiski pielietojamas informācijas novadīšanu īstajā laikā. Ja veselības mācības un kampaņas ir vērtas uz profilaksi, tad grūtniecības laikā saņemtai informācijai jāatbalsta grūtnieces veselīgai dzīvei.

Ja stacionāros ir izveidota salīdzinoši labi funkcionējoša komanda atkarīgu grūtnieču atbalstam, tad ambulatorā aprūpē sadarbības mehānisms ir neskaidrs un veselības aprūpes speciālistu iesaiste ir individuāla un tāpēc atšķirīga.

Secinājumi

Smēķēšana

1. Ceturtā daļa aptaujāto sieviešu (25%) pēdējā gada laikā ir izsmēķējušas vismaz vienu cigareti. Grūtniecības laikā smēķēšanu atzinušas 10% pētījuma dalībnieču. Dati ir identiski 2013. gadā veiktajam pētījumam.
2. 61% aptaujāto smēķējošo sieviešu atzīmē, ka kāds viņām grūtniecības laikā ieteicis paradumu atstāt un tikai 15% apgalvo, ka tas nav darīts. Šis īpatsvars ir zemāks kā konstatēts 2013. gadā.
3. 23% visu respondentu grūtniecības laikā bijušas pakļautas pasīvai smēķēšanai mājās, 15% - darbavietā, bet 66% - sabiedriskās vietās.

Alkohola lietošana

4. Pirmajā grūtniecības trimestrī 14% aptaujāto sieviešu lietojušas alkoholu, īpatsvaram samazinoties līdz 6% otrajā trimestrī un 8% trešajā trimestrī.
5. Pusei sieviešu (50%), kuras grūtniecības laikā lietojušas alkoholu, neviens nav ieteicis lietošanu pārtraukt. Šis īpatsvars ir zemāks, nekā konstatēts 2013. gadā.

Narkotisko vielu lietošana

6. Narkotisko vai psihotropo vielu lietošana grūtniecības laikā sieviešu vidū ir zema. Pēdējā gada laikā tās lietojušas 28% aptaujāto sieviešu, bet grūtniecības laikā šo vielu lietošanu atzinušas vien 10 no 3761 respondentēm.
7. No sievietēm, kuras grūtniecības laikā lietoja narkotiskās vielas, divas atzīst, ka ar viņām par šo jautājumu kāds ir runājis, bet puse atzīst, ka neviens to nav darījis.

Atkarības vielu lietošanas pārtraukšana

8. 9% iepriekš smēķējušo sieviešu atzīst, ka nav mēģinājušas pārtraukt smēķēt vai lietot kādu citu tabakas izstrādājumu grūtniecības laikā. 44% sieviešu, kas smēķējušas 3 mēnešu periodā pirms grūtniecības iestāšanās, to atmetušas. Otrajā trimestrī smēķēšanu pārtraukušas 26% smēķējošo sieviešu. Pēdējā trimestrī smēķēšanu atmetušo respondentu īpatsvars ir neliels – vien 4%.
9. Tikai 4% respondentu atzīmē, ka, uzzinot par grūtniecību, alkohola lietošanu nav pārtraukušas. 82% norāda, ka to lietot ir pārtraukušas.
10. Padziļinātās intervijas liecina, ka stacionāros ir izveidota laba sadarbība ar sociālo dienestu dažādu, tai skaitā ar atkarību saistītu problēmu risināšanā. Ambulatorā aprūpē ir dažādas pieejas, kur ir veselības aprūpes speciālisti, kas aktīvi iesaistās atbalsta sniegšanā, gan tādi kuri to neuzskata par prioritāru uzdevumu.

Atkarības vielu lietošanas ietekme uz veselību

11. Sievietes uzskata, ka visas kaitīgās vielas rada draudus grūtniecībai un gaidāmajam bērnam. Negatīva attieksme pret šo vielu lietošanu grūtniecības laikā bieži ir arī ģimenes locekļiem un sabiedrībā.

12. Sievietēm ir labas zināšanas par vielu kaitīgumu, taču lietošanu nosaka arī citi faktori. Smēķēšana sievietēm palīdz mazināt stresu. Alkohola lietošana nelielās devās, neskatoties uz “pareizu” atbildi par jebkuras devas kaitīgumu, tiek tolerēta. Izteikti negatīva attieksme ir pret narkotisko vielu lietošanu.

Profilakses iespējas

15. Latvijā šobrīd ir pieejams gana daudz drošticamas informācijas par kaitīgu vielu ietekmi uz grūtniecību, kā arī ieteikumi atbalsta meklēšanai. Tomēr šie informācijas avoti nav populāri sievietes vidū un tikai daļa veselības aprūpes speciālistu tos izmanto.

16. Intervijās atklāti labas prakses piemēri – informācijas lapas pielikšana mātes pasei, kas satur informāciju par riska faktoriem, specializētām grupām grūtniecēm, kas vēlas atnest smēķēšanu.

17. Salīdzinoši maz informācija speciālistiem ir par jaunajām tendencēm tabakas izstrādājumu lietošanā (karsējamā tabaka, elektroniskās cigaretes un nikotīna spilventiņi).

18. Lai arī veselības aprūpes speciālisti motivē kaitīgu paradumu atmešanai, intervijas liecina, ka visiem intervētajiem speciālistiem nav pārlicinošas zināšanas par smēķēšanas atmešanu un, piemēram, nikotīna plāksteru lietošanas drošumu.

18. Eksperti un speciālisti uzskata, ka jāveido sadarbības algoritms un atbalsta komanda, kas ļautu risināt atkarības problēmas, mazāka interese ir par papildus izglītības programmām.

19. Attiecībā uz profilaksi, eksperti un speciālisti iesaka agrīnu profilaksi, skaidrojot arī atkarību izraisošo vielu lietošanas ietekmi grūtniecības laikā. To apstiprina arī pētījuma dati – jo agrāk sieviete uzsāk smēķēt, jo grūtāk paradumu atnest grūtniecības laikā. Papildus, veselības mācība ir viens no pamata informācijas kanāliem par atkarībām un riskiem grūtniecības laikā.

Rekomendācijas

Politikas veidotāji

1. Informēšanas pilnveidošana. Tīmeklī ir pieejama pietiekama drošticama informācija par grūtniecības periodu un atkarību izraisošo vielu lietošanas riskiem un atbalsta iespējām, taču tā vāji sasniedz mērķgrupu.
 - 1.1. **Vizuāli pievilcīgas, uz grūtnieci un viņas ģimeni vērstas īsas informatīvās lapas sagatavošana**, ar norādēm uz mājas lapā izvietoto informāciju, piemēram QR kodu veidā. Šādas lapas var pielāgot gan izvietošanai ārstniecības iestāžu uzgaidāmajās telpās, gan mātes pasei;
 - 1.2. Uzsvars liekams uz **materiāliem, kas paredzēti ģimenei**, kurā ienāks bērns. Te sagatavojami un iekļaujami materiāli par atbalstu grūtniecei kaitīgu paradumu atmešanā un ģimenes locekļu lomu tajā;
 - 1.3. Materiālos attīstāma **pasīvās smēķēšanas radīta riska** tēma. Joprojām salīdzinoši augsts grūtnieču īpatsvars tiek pakļauts šim riskam gan mājās, gan darbavietā;
 - 1.4. Precīzāk mērķēti informatīvie materiāli par smēķēšanas pārtraukšanu grūtniecības laikā un tādu **palīglīdzekļu kā nikotīna plāksteru izmantošanas drošība** grūtniecības laikā;
 - 1.5. Informācija grūtniecēm un veselības aprūpes speciālistiem par **jauno smēķēšanas līdzekļu – elektronisko cigarešu un karsējamās tabakas ierīču lietošanas riskiem** grūtniecības laikā;
 - 1.6. Metodisks materiāls veselības aprūpes speciālistiem, **kā runāt par atkarības jautājumiem** ar grūtnieci un viņas ģimenes locekļiem;
 - 1.7. Materiālos aptvert arī **zīdīšanas periodu** un sniegt ieteikumus drošai alkohola lietošanai šajā periodā. Pētījums rāda, ka alkohola lietošana nelielās devās socializēšanās nolūkā šajā periodā ir daļa no sieviešu labbūtības un iespējama drošā veidā, ja sievietēm ir zināšanas.
2. Lai arī sadarbība ar labklājības sektoru uzlabojas un sociālā riska grūtnieces kopumā saņem integrētu pakalpojumu, uzsvars jāliek uz **sadarbību ambulatorās aprūpes pakalpojumu jomā**. Veselības aprūpes speciālistiem jābūt pieejamam sadarbības mehānismam, ja nepieciešams atbalsts atkarības pārvarēšanai arī gadījumos, kad grūtniecei nav augsts sociālais risks, taču nepieciešams atbalsts.
3. Pilotprojektu veidošana **grūtnieču un viņu ģimeņu atbalsta grupām**. Dažās pašvaldībās ir izveidoti atkarību profilakses centri, taču nav pakalpojumu, kas vērsti tieši uz grūtniecības periodu. Līdz šim veiktais pilotprojekts nav bijis veiksmīgs, bet tajā gūtā pieredze ļautu pakalpojumu uzlabot, veidojot speciālistu sadarbības tīklu.
4. Medicīnas dokumentācijas pilnveide, **iekļaujot anketās jautājumu par partnera/ citu ģimenes locekļu ikdienas smēķēšanas paradumiem**. Partneru un ģimenes locekļu paradumi ir nozīmīgs faktors, kas ietekmē grūtnieces spēju pārtraukt viņas kaitīgo paradumu. Papildus jautājumu iekļaušana anketās par partnera/ citu ģimenes locekļu ikdienas smēķēšanas paradumiem ļaus vākt ne tikai datus, bet arī sistemātiski aktualizēt jautājumu vizītes laikā.

5. **Kompleksa pieeja atkarībai** grūtniecības periodā. Kaitīgie paradumi visbiežāk saistīti ar mentālās veselības problēmām un stresu ģimenē un darbavietā. Jāapsver **psihologa, psihoterapeita, narkologa pakalpojumu iekļaušanu** grūtniecības laikā valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā.
6. **Valsts apmaksātas kontracepcijas programma** sievietēm, kuras cieš no atkarības un nevēlas grūtniecību. Šī sieviešu grupa parasti jau ir sociālo dienestu uzmanības lokā vai saņem kādu ar narkotiku lietošanas mazināšanu saistītu pakalpojumu, kur visi kanāli varētu kalpot par pieejas punktiem neplānotas grūtniecības novēršanai.
7. **Ģimenes ārsta un māsas lielāka iesaiste atkarību profilaksē.** Pētījums liecina, ka ģimenes ārsta prakses māsām joprojām ir nenozīmīga loma atkarību profilaksē un grūtnieču konsultēšanā.
8. **Atbalsts agrīnai atkarību izraisīšu vielu profilaksei** ir atbalsts arī kaitīgo vielu lietošanai grūtniecības laikā.
9. **Grūtnieču mērķgrupas iekļaušana atkarības profilakses un mazināšanas programmās.** Pētījums liecina, ka daudzām sievietēm grūtniecība ir spēcīgs motivators kaitīgo paradumu pārtraukšanā.
10. **Valsts apmaksātu atkarību ārstēšanas pakalpojumu pieejamība sievietēm grūtniecības laikā un pēc dzemdībām.** Būtisks ir arī periods pēc dzemdībām, kad sievietes atsāk lietot atkarību izraisīšās vielas – te būtisks faktori ir stress, kas saistīts ar bērna ienākšanu ģimenē un fokusa maiņa no sievietes labbūtības uz bērna labbūtību.

Veselības aprūpes speciālisti

1. Sievietēm kopumā ir labas formālās zināšanas par dažādu atkarību izraisīšu vielu lietošanu grūtniecības laikā, taču sabiedrībā pastāv augsta tolerance pret nelielu alkohola devu lietošanu grūtniecības laikā. **Jautājumi par atkarību izraisīšu vielu lietošanu jāuzdod visām grūtniecēm** un par tiem jārunā arī ar augstāka sociāla statusa sievietēm.
2. **Sniegt uz ģimeni vērstu pakalpojumu**, iedrošinot sievietes partneri/citu atbalsta personu atbalsta sniegšanā. Jau patlaban veselības aprūpes speciālisti sniedz gan antenatālās aprūpes, gan dzemdību palīdzības pakalpojumu ģimenei, dažkārt par papildus samaksu (piemēram, ģimenes dzemdības). Šādam pakalpojumam būtu jābūt pieejamam bez maksas katrai ģimenei un grūtnieces uz šādu iespēju jāiedrošina.
3. **Norāžu izvietošana** ar saitēm uz plaši pieejamu un drošticamu informāciju oficiālajās mājas lapās par grūtniecības periodu un atkarību izraisīšo vielu lietošanas riskiem un atbalsta iespējām (skat.1.1.)
 - 3.1.Veselības aprūpes iestāžu uzgaidāmajā telpā;
 - 3.2.Ieliekot informācijas lapiņu pie mātes pasēs.

4. **Atbalsta iespēju apzināšana apkaimē un informācijas sniegšana** gan veselības aprūpes iestāžu uzgaidāmajā telpā, gan tiešā kontaktā ar klienti.
5. Pētījums rāda, ka sievietēm ir kauns un vainas apziņa par kaitīgiem paradumiem, kura tiek mazināta, šos paradumus slēpjot. Atbalsta sniegšana ir efektīvāka, ja izdodas **izveidot dziļākas uzticēšanās attiecības ar klienti**. Riska medicīniskais izklāsts bez atbalsta pastiprina vainas apziņu un motivē sievieti slēpt paradumu.
6. **Atbalsta sniegšana pēcdzemdību periodā**. Šajā laika uzdotie jautājumi un sniegtais atbalsts ir būtiski, lai noturētu atturēšanos no smēķēšanas paraduma. Atkarību izraisošo vielu lietošana ir saistīta arī ar mentālās veselības problēmām šajā periodā.

Sievietes un ģimenes locekļi

1. Jauna bērna ienākšana ir visas ģimenes lieta un **ģimenes locekļiem ir izšķiroša loma atbalstā kaitīgu paradumu novēršanā**.
2. Lielākajai daļai sieviešu izdodas pārtraukt bērna veselībai kaitīgus paradumus grūtniecības laikā, taču to vieglāk izdarīt, ja blakus ir citi cilvēki, kas to **atbalsta**.
3. Sabiedrībā valda augsts nosodījums smēķēšanas, alkohola un narkotiku regulārai lietošanai grūtniecības periodā, un sievietēm ir kauns par saviem paradumiem. Jāapzinās, ka to **slēpšana ietekmē grūtniecības iznākumu, rada medicīniskus riskus un var ietekmēt bērna veselību un spējas ilgtermiņā**.
4. Atkarību izraisošo vielu lietošana bieži ir saistīta ar problēmām ģimenē – vardarbību, spriedzi attiecībās, kā arī mentālo veselību. **Vēršanās pēc palīdzības un problēmu risināšana** uzlabos ne tikai dzīves kvalitāti pašai sievietei, bet arī ietekmēs gaidāmā bērna veselību un nākotnes izredzes.

Avoti

Pētījumi

1. Abrahamsson, Agneta, Springett Jane, Karlsson Leif, and Torgny Ottosson (2005). "Making Sense of The Challenge of Smoking Cessation During Pregnancy: A Phenomenographic Approach". *Health Education Research* 20, 367–378.
2. Ajogbon, Daniel, Babalola Adebawale, and Timothy Adebawale (2018). "Psychosocial Correlates of Psychoactive Substance Use among Pregnant Women". *International Neuropsychiatric Disease Journal* 11. 1-12. 10.9734/INDJ/2018/39639.
3. Bayrampour Hamideh, Zahradnik Mike, Lisonkova Sarka, and Janssen Patti (2019) "Women's Perspectives About Cannabis Use During Pregnancy and The Postpartum Period: an Integrative Review," *Preventive Medicine* 119: 17-22, doi:<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.12.002>.
4. Bessett, Danielle (2010). "Negotiating Normalization: The Perils of Producing Pregnancy Symptoms in Prenatal Care," *Social Science & Medicine*, 71(2):370-377, doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.007.
5. Bhuvanewar Chaya G., Chang, Grace, Epstein, Lucy A. and Stern, Theodore A. (2007). Alcohol Use During Pregnancy: Prevalence and Impact. *The Primary Care Companion: The Journal of Clinical Psychiatry* 9(6): 455–460. doi: 10.4088/pcc.v09n0608.
6. Botorff, Joan, Kalaw Cecilia, Johnson L. Joy, Stewart Miriam, Greaves Lorraine, and Joanne Carey (2006). "Couple Dynamics During Women's Tobacco Reduction in Pregnancy and Postpartum". *Nicotine & Tobacco Research*, 8(4), 499–509. doi:10.1080/14622200600789551.
7. Brown, R.A., Dakkak Henia, Gilliland Jason, Seabrook Jamie S. (2019). "Predictors of Drug Use During Pregnancy: The Relative Effects of Socioeconomic, Demographic, And Mental Health Risk Factors." *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 12(2):179-187, doi:10.3233/NPM-1814.
8. Bryant, Joanne, and Trelolar, Carla (2007). "The Gendered Context of Initiation to Injecting Drug Use: Evidence for Women as Active Initiates". *Drug and Alcohol Review*, 26: 287-293. doi:10.1080/09595230701247731.
9. Coons, Kelly. "Determinants of Drinking During Pregnancy and Lifespan Outcomes for Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorder" (2013). *Journal of Developmental Disabilities* 19(3):15-29, https://oadd.org/wp-content/uploads/2013/01/41014_JoDD_19-3_FASD_15-28_Coons.pdf.
10. Doherty, Meg C, Garfein, Richard S, Monterroso, Edgar, Latkin, Carl, and Vlahov, David (2000). "Differences in the initiation of injection drug use among young adults." *Journal of Urban Health* 77, 396–414, <https://doi.org/10.1007/BF02386749>.
11. Elek Elvira, Shelly L. Harris, Claudia M. Squire, Marjorie Margolis, Mary Kate Weber, Elizabeth Parra Dang, and Betsy Mitchell (2013). "Women's Knowledge, Views, and Experiences Regarding Alcohol Use and Pregnancy: Opportunities to Improve Health Messages," *American Journal of Health Education* 44(4): 177–190, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332134/>.

12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). "Women Who Use Drugs: Issues, Needs, Responses, Challenges and Implications for Policy and Practice".
13. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013). European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010, https://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf
14. Finkelstein, Norma (1994). "Treatment Issues For Alcohol-And Drug-Dependent Pregnant And Parenting Women". *Health & Social Work,* 19 (1): 7-15, <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/19/1/7/627695?redirectedFrom=PDF>.
15. Flemming, Kate, Dorothy Mccaughan, Kathyrn Angus, and Hilary Graham (2015) "Qualitative Systematic Review: Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Experienced by Women in Pregnancy and Following Childbirth". *Journal of Advanced Nursing* 71(6), 1210–1226. doi:10.1111/jan.12580.
16. Fogarasi-Grenczer, Andrea, "Socioeconomic Factors of Tobacco Smoking During Pregnancy," in *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013* (Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2013), 139-141.
17. Gutierrez Sara E., Van Puymbroeck Christina (2006). "Childhood And Adult Violence In The Lives Of Women Who Misuse Substances". *Aggression and Violent Behavior* 11(5): 497–513. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.010>.
18. Hammer, Raphael, Inglin Sophie (2014). "'I Don't Think It's Risky, But...': Pregnant Women's Risk Perceptions Of Maternal Drinking And Smoking." *Health, Risk & Society* 16 (1): 22-35, doi:org/10.1080/13698575.2013.863851.
19. Hans, Sydney L. (1999). "Demographic and Psychosocial Characteristics of Substance-Abusing Pregnant Women". *Clinics in Perinatology*, 26(1), 55–74. doi:10.1016/s0095-5108(18)30072-1.
20. Harrisson Patricia, Sidebottom Abbey C. (2009). "Alcohol and Drug Use Before and During Pregnancy: An Examination of Use Patterns and Predictors of Cessation." *Maternal and Child Health Journal* 13(3):386-94, <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0355-z>.
21. Haslam, Olga Cheryl, Draper Elizabeth S. (2001). "A Qualitative Study of Smoking During Pregnancy". *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 95–99. doi:10.1080/713690228.
22. Hotham, Elisabeth D, Gilbert Andrew L., and Atkison Elinor. (2002). "Focus Groups with Pregnant Smokers: Barriers to Cessation, Attitudes To Nicotine Patch Use And Perceptions Of Cessation Counselling By Care Providers". *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 163–168. doi:10.1080/09595230220139064. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf
23. Jarlenski, Marian, Jonathan W. Koma BS, Jennifer Zan, Lisa M. Bodnar, Debra L. Bogen, Judy C. Chang (2017). "Trends in Perception of Risk of Regular Marijuana Use Among US Pregnant And Nonpregnant Reproductive-Aged Women." *Gynecology*, 217 (6): 705-707, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.015>.

24. Kennare, Robyn, Adrian Heard, Annabelle Chan. (2005). "Substance Use During Pregnancy: Risk Factors and Obstetric and Perinatal Outcomes in South Australia". *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(3), 220–225. doi:10.1111/j.1479-828x.2005.00379.
25. Kesmodel Ulrik Schiøler, Kesmodel Pia Schiøler (2002). "Drinking During Pregnancy: Attitudes and Knowledge Among Pregnant Danish Women, 1998." *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 26 (10): 1553-60, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394289>.
26. Kļīvīte, A. (2018). Pētījuma par alkohola un citu atkarību izraisīto vielu lietošanu grūtniecības laikā teorētiskais pamatojums, metodoloģija, instrumentārijs. Npublicēts materiāls.
27. Kļīvīte-Urtāne A., Rancāns E., Vinogradova V. V., Kursīte M., Libora I. (2023). Pētījums par psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijā. Pētījuma ziņojums. Rīga: LR Veselības ministrija
28. Lange, Shannon, Probst Charlotte, Rehm Jürgen, and Popova Svetlana (2018). "National, Regional, and Global Prevalence of Smoking During Pregnancy in The General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Lancet Global Health* 6:e 769-776.
29. Lester, Barry M, ElSohly Mahmoud, Wright Linda L., Smeriglio Vincent L., Verter Joel, Bauer Charles R, Shankaran Seetha, Bada Henrietta S., Walls H. Chip, Huesris Marilyn A., Finnegan Loretta P., and Maza Penelope L. (2001). "The Maternal Lifestyle Study: Drug Use by Meconium Toxicology and Maternal Self-Report". *Pediatrics*, 107(2), 309–317. doi:10.1542/peds.107.2.309.
30. Moore, Derek G, John D Turner, Andrew C Parrott, Julia E Goodwin, Sarah E Fulton, Meeyoung O Min, Helen C Fox, Fleur MB Braddick, Emma L Axelsson, Stephanie Lynch, Helena Ribeiro, Caroline J Frostick, and Lynn T Singer (2009). "During Pregnancy, Recreational Drug-Using Women Stop Taking Ecstasy (3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamine) and Reduce Alcohol Consumption, But Continue to Smoke Tobacco And Cannabis: Initial Findings From The Development and Infancy Study." *Journal of Psychopharmacology* 24 (9):1407-1409, doi:10.1177/0269881109348165.
31. Mund, Mathias, Frank Louwen, Doris Klingelhofer, and Alexander Gerber (2013). "Smoking and Pregnancy — A Review on the First Major Environmental Risk Factor of the Unborn." *Environmental Research and Public Health* 10 (12): 6486-6487, doi:10.3390/ijerph10126485.
32. Nkansah-Amankra Stephen (2010). "Neighborhood Contextual Factors, Maternal Smoking, and Birth Outcomes: Multilevel Analysis of the South Carolina." *Journal of Women's Health* 19(8):1543-1552, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678006>.
33. O'Keeffe, Linda M, Kearney, Patricia M, McCarthy, Fergus P, Khashan, Ali S, Greene, Richard A, North, Robyn A, Poston Lucilla, McCowan, Lesley M E, Baker, Philip N, Dekker, Gus A, Walker, James J, Taylor, Rennae, Kenny, Louise C (2015). "Prevalence and Predictors of Alcohol Use During Pregnancy: Findings from International Multicentre Cohort Studies." *BMJ Open* 5: 4-5, doi:10.1136/bmjopen-2014-006323.

34. Onah Michael Nnachebe, Field Sally, van Heyningen Thandi, and Honikman Simone (2016). "Predictors of Alcohol and Other Drug Use Among Pregnant Women in a Peri-Urban South African Setting," *International Journal of Mental Health Systems* 10 (38): 6-7, doi:10.1186/s13033-016-0070-x.
35. Pletsch, Pamela K, Sarah Morgan, and Alex Freeman Pieper (2003). "Context and Beliefs About Smoking and Smoking Cessation". *MCN. The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(5), 320–325. doi:10.1097/00005721-200309000-00012.
36. Raubiško, Ieva (2012). Kas ir „labbūtība”, un kāpēc „labbūtība”? Ieskats labas dzīves izpratnē Latvijas laukos. *Akadēmiskā dzīve*, 2011/2012, 25-34 lpp., https://www.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/adz/arhivs/48/48.pdf
37. Shoff Carl, Tse-Chuan Yang (2013). "Understanding Maternal Smoking during Pregnancy: Does Residential Context Matter?" *Social Science & Medicine*, 3-4, doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.027.
38. Skagerström, Janna, Grace Chang, and Per Nilsen (2011). "Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review." *Journal of Women's Health* 20 (6): 908-911, doi:10.1089/jwh.2010.2216.
39. Smedberg, Janne, Angela Lupattelli, Ann-Charlotte Mårdby, and Hedvig Nordeng (2014). "Characteristics of Women Who Continue Smoking During Pregnancy: a Cross-Sectional Study of Pregnant Women And New Mothers In 15 European Countries". *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 213 <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-213>.
40. SPKC (2015). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4303/download?attachment>
41. SPKC (2017). Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū. https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf
42. SPKC (2019a). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4297/download?attachment>
43. SPKC (2019b). Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2018, https://spkc.gov.lv/upload/Gadagr%C4%81mata/Gadagr%C4%81mata%202018/8_mate_un_berns_2018.docx
44. SPKC (2021). Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū 2020.gadā, 72.lpp. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/15536/download>
45. SPKC (2022). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/18708/download?attachment>
46. SPKC, VM (2013). Pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību sievietēm grūtniecības laikā, https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/grutniecu_petijums.pdf
47. Sudhinaraset May, Wigglesworth Christina, and Takeuchi David T. (2016). "Social and Cultural Contexts of Alcohol Use Influences in a Social–Ecological Framework," *Alcohol Research: Current Reviews* 38 (1): 35-38.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872611/>.

48. U.S. Department of Health and Human Services (2013). Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Accessed March 17, 2020, <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4426.pdf>.
49. Velez Martha, Lauren M Jansson, Ivan D Montoya, and Vickie Walters (2006). Exposure to Violence Among Substance-Dependent Pregnant Women and Their Children. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30(1): 31–38, doi:10.1016/j.jsat.2005.09.001.
50. Wahab Mariam Iyabode (2014). ‘‘Medicine and Recreational Substance Use in Pregnancy: Epidemiology and the Health Beliefs of Expectant Mothers’’ (PhD diss., University College London).
51. Watt Melissa H., Eaton Lisa A., Choi Karmel W., Velloza Jennifer, Kalichman Seth C., Skinner Donald, and Sikkema Kathleen J. (2014). ‘‘It’s Better for Me To Drink, At Least The Stress Is Going Away’’: Perspectives On Alcohol Use During Pregnancy Among South African Women Attending Drinking Establishments.’’ *Social Science & Medicine* 116 (6) doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.048.
52. Whiteman Valerie E., Salemi Jason L., Mogos Mulubrhan F., Cain Mary Ashley, Aliyu Muktar H., and Salihu Hamisu M. (2014). ‘‘Maternal Opioid Drug Use during Pregnancy and Its Impact on Perinatal Morbidity, Mortality, and the Costs of Medical Care in the United States.’’ *Journal of Pregnancy* 1-5, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/906723>.
53. Wigginton Britta, Christina Lee. (2012) ‘‘A Story of Stigma: Australian Women’s Accounts of Smoking During Pregnancy’’. *Critical Public Health* 23, 466–481. doi:10.1080/09581596.2012.753408.
54. World Health Organization (2002). World Report on Violence and Health. Accessed June 4, 2019, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
55. World Health Organization (2019). Social Determinants of Mental Health. Accessed June 4, 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1.
56. Yotebieng Kelly A., Agot Kawango, Rota Grace, Cohen Craig R., and Syvertsen Jennifer L. (2016). ‘‘A Qualitative Study of Substance use during Pregnancy: Implications for Reproductive Healthcare in Western Kenya,’’ *African Journal of Reproductive Health* 20 (4): 7-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076375/>.

Normatīvais regulējums

57. ‘‘Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.–2020.gadam’’, 2018, <http://polsis.mk.gov.lv/documents/6209>
58. Informatīvs ziņojums ‘‘Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna 2018.– 2020. gadam izpilde’’, 19.10.2021, <http://polsis.mk.gov.lv/documents/6209>
59. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027. gadam, <http://polsis.mk.gov.lv/documents/7388>

60. Profilakses pasākumu un veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plāns alkoholisko dzērienu un narkotisko vielu lietošanas izplatības mazināšanas jomā 2023.-2025.gadam, <http://polsis.mk.gov.lv/documents/7525>
61. Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam gala redakcijas projekts. <https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027galaredakcija.pdf>
62. MK 2006. gada 25. jūlija noteikumi Nr.611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”, <https://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba>
63. “Veselības aprūpes finansēšanas likums, 2017, <https://likumi.lv/ta/id/296188-veselibas-aprupes-finansesanas-likums>
64. Tabakas izstrādājumu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrums aprites likums, 2016, <https://likumi.lv/ta/id/282077-tabakas-izstradajumu-augu-smekesanas-produktu-elektronisko-smekesanas-iericu-un-to-skidrumu-aprites-likums>
65. Bēmu tiesību aizsardzības likums, 1998, <https://likumi.lv/ta/id/49096-bemu-tiesibu-aizsardzibas-likums>
66. Pilotprojekts smēķēšanas atmešanai slimību profilakses pasākumu īstenošanai 2017-2019. ESF projekts „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (identifikācijas Nr.9.2.4.1/16/I/001) ietvaros” (Id. Nr. VM 2017/12/ESF). Noslēguma ziņojums, https://esparveselibu.lv/sites/default/files/inline-files/Nosleguma%20zi%C5%86ojums_ASA_GALA%20REDAKCIJA.pdf

Ieteikumi speciālistiem

67. SPKC, VM (2015). “Ieteikumi ģimenes ārstiem alkohola atkarības profilaksē” https://spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets_ieteikumi_gim_arsti_alko_atkaribas_arstes_ana.pdf
68. SPKC (2017). “Piemērots uzturs, plānojot grūtniecību un grūtniecības laikā, veselīga dzīves sākuma pamats Ieteikumi veselības aprūpes speciālistiem” https://spkc.gov.lv/upload/Arstniecibas%20personam/Methodiskie%20materiali/ieteik_prof_grutn.pdf
69. SPKC, ND. Vadlīnijas “Psihiskās veselības problēmu identifikācija grūtniecības laikā un postnatālajā periodā” Klīniskais algoritms, https://spkc.gov.lv/upload/Profesion%C4%81%C4%BCiem/Kliniskie%20algoritmi%20un%20pacientu%20celi/Perinatale/Algoritmi%20Perinatale/15_kliniskais_algoritm_s_psih_probl_identifikacija.pdf
70. WHO (2015). “Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice” <https://www.ginasoc.lv/uploads/content/Dzemdibu%20palidziba/9789241549356-eng.pdf>

Ieteikumi vecākiem, iedzīvotājiem

71. SPKC (2019). “Gribu būt māmiņa” https://spkc.gov.lv/upload/Informat%C4%ABvi%20materi%C4%81li/86040_spkc_mamina_a5_iekslapas_2019labots.pdf

72. SPKC, ND. "Kā atmest smēķēšanu",
https://spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets_ka_atmest_smekesanu.pdf

Mājas lapas

73. <https://esparveselibu.lv/>
74. <https://grutnieciba.lv/>
75. <https://pasivasmekesana.spkc.gov.lv/>
76. <https://statistika.spkc.gov.lv>
77. <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/grutnieciba-un-dzemdibas>