

# Kontraceptinė elgsena Europos šalyse

Vaida TRETJAKOVA

Lietuvos socialinių tyrimų centras, Demografinių tyrimų institutas

Goštauto g. 11, LT-01108 Vilnius. Tel. 8 611 212 61

El. paštas: vaida.tretjakova@gmail.com

*Straipsnyje, remiantis tarptautinio „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenimis, analizuojami kontraceptinės elgsenos skirtumai Europos šalyse pagal bendrą kontraceptinių priemonių naudojimo lygį ir populiariausių kontraceptinių priemonių struktūrą, aptariamos abortų rodiklių kaitos sąsajos su kintančia kontraceptine elgsena. Konstatuojama, kad Lietuva pasižymi specifine kontraceptinės elgsenos kultūra, atspindinčia tarpinę kontraceptinio perėjimo situaciją, kai modernios kontraceptinės priemonės užima pirmą vietą naudojamų tokių priemonių struktūroje, bet tradicinės kontraceptinės priemonės išlieka ne mažiau svarbios. Abortų rodiklių analizė atskleidė, kad, kintant kontraceptinei elgsenai, kito ir abortų rodikliai, tačiau dėl numanomo duomenų netikslumo tikruosius abortų rodiklių pokyčių mastus vertinti sunku.*

**Pagrindiniai žodžiai:** kontracepcija, kontraceptinis perėjimas, abortas, Europos šalys.

## Įvadas

Gyventojų studijos nemažai dėmesio skiria gyventojų sveikatai, nes ji yra ne tik viena svarbiausių jų charakteristikų, bet ir koreliuoja su kitais sociodemografiniais ir socioekonominiais rodikliais. Paskutiniiais dešimtmečiais daugelyje šalių sparčiai ilgėjant vidutinei tikėtinai žmonių gyvenimo trukmei sveikatos samprata kinta, tampa platesnė, jai nusakyti analizuojamų rodiklių diapazonas didėja, apima kur kas daugiau rodiklių nei išimtinai siejamus su gyventojų mirtingumu (Lamb, Siegel 2004). Taigi dėmesys perkeliamas nuo gyvenimo „kiekybės“ prie jo „kokybės“ vertinimo (Lamb, Siegel 2004: 341). Vienas iš šios kaitos požymių yra reprodukcinės sveikatos sąvokos atsiradimas tiek moksliniame diskurse, tiek politiniuose dokumentuose.

Sąvoka „reprodukcinė sveikata“ vartojama nuo 1990-ųjų – „tiek specifinėms sveikatos problemoms nusakyti, tiek kaip apibendrinantis būdas galvoti apie gyventojų problemas“ (Ashford 2001: 11). Tiksliai reprodukcinės sveikatos sąvoka suformuluota ir tarptautiniuose dokumentuose formaliai įtvirtinta 1994 metais Jungtinių Tautų organizuotoje tarptautinėje Kairo konferencijoje „Gyventojai ir socialinė raida“ (*International Conference on Population and Development*, sutrumpintai – *ICPD*): „visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, ne tik ligos ar negalios nebuvimas, visose sferose, susijusiose su reprodukcijos sistema, jos funkcijomis ir procesais. Todėl reprodukcinė sveikata reiškia, kad žmonės gali turėti juos tenkinantį ir saugų seksualinį gyvenimą, kad jie turi galimybę gimdyti vaikus ir laisvę nuspręsti, ar, kada ir kaip dažnai tai daryti“ (UN 1995: 40; liet. vertimas – Jonkarytė, Naskauskienė 2002: 41). Taigi, reprodukcinė sveikata apima sveikatą, susijusią su reprodukciniais įvykiais – pastojimu, nėštumu, gimdymu, laikotarpiu po gimdymo. Vienas iš daugelio, tačiau ne mažiau svarbus reprodukcinės sveikatos matų<sup>1</sup> yra kontraceptinė elgsena (Lamb, Siegel 2004: 341).

<sup>1</sup> V. K. Lamb ir J. S. Siegel (2004) nurodo, kad pagrindiniai reprodukcinės sveikatos indikatoriai yra motinų sveikata (gimdyvių mirtingumas), netektyv nėštumo metu (persileidimai, perinatalinis mirtingumas) ir kontraceptinės praktikos.

Demografijoje kontraceptinė elgsena dažniausiai matuojama dviem pagrindiniais rodikliais – skaičiuojamas bendras kontracepcijos naudojimo lygis ir nustatoma naudojamų kontraceptinių priemonių struktūra (Lamb, Siegel 2004: 341). Iš esmės abu rodikliai nusako, kokia dalis porų susiduria su neplanuoto nėštumo rizika – vienos tokioje situacijoje atsiduria nenaudodamos jokių kontraceptinių priemonių, kitos – naudodamos mažiau efektyvias / patikimas priemones. Gyventojų politikos požiūriu, nors išsivysčiusiose šalyse gimstamumo lygis šiuo metu neužtikrina kartų kaitos, neplanuoti nėštumai laikomi problema, nes jie turi didesnę tikimybę baigtis abortu. Abortai suvokiami kaip grėsmė kūdikio gyvybei, moterų, vadinasi, ir visos visuomenės sveikatai (Lassonde 1997). Kita vertus, tarptautiniuose moterų reprodukcinės sveikatos dokumentuose nurodomas siekis, kad visi gimstantys vaikai būtų norimi ir gimtų laiku (Ashford 2001), tad probleminiais laikomi ir tie atvejai, kai neplanuotas nėštumas nėra nutraukiamas.

Antroji priežastis, kodėl domimasi kontraceptine elgsena, yra ta, kad tai ne tik vienas iš reprodukcinės sveikatos indikatorių, bet ir įdomi socialinės visuomenės raidos charakteristika. Vakarų Europos šalyse jau ilgą laiką vykstantis gimstamumo mažėjimas yra siejamas su efektyvios, modernios kontracepcijos pasirodymu rinkoje. Šiuolaikinėse visuomenėse vaiko auginimo socialinės ir ekonominės sąnaudos didelės, o efektyvių kontraceptinių priemonių kaina – palyginti maža, tad įprasta manyti, kad ilgainiui jos turėtų pakeisti mažiau efektyvias, tradicinėmis arba natūraliomis vadinamas kontraceptines priemones. Kitaip tariant, daugelyje Europos šalių kontraceptinė elgsena turėtų supanašėti.

Straipsnio tikslas – palyginti kontraceptinę elgseną Europos šalyse ir aptarti jos sąsajas su abortų rodiklių kaitos tendencijomis. Lietuvai būdinga kontraceptinė elgsena pozicionuojama skirtingų socioekonominių Europos regionų – Vakarų Europos (Prancūzija, Vokietija, Austrija, Belgija, Norvegija) ir posovietinių Europos valstybių (Estija, Rusija, Bulgarija, Rumunija) – atžvilgiu. Lyginamoji analizė pasirinkta todėl, kad dauguma pagrindinių demografinių teorijų, pateikiančių universalius demografinės raidos modelius (pavyzdžiui, pirmasis ir antrasis demografiniai perėjimai), yra suformuluotos kapitalistinių Vakarų šalių demografinės kaitos patirties pagrindu. Todėl, pasak demografo Robert A. Lewis (1988), lyginamoji analizė, kaip šios numanomi universalios demografinės tendencijos reiškiasi kitokią socioekonominę patirtį turinčiose šalyse, yra ypač aktuali<sup>2</sup>, nes ne tik padeda verifikuoti universaliąsias teorijas, bet ir sudaro galimybę jas papildyti kontekstualiomis išlygomis. Tyrimo naujumas susijęs ir su pačia straipsnyje nagrinėjama problema, kuri Lietuvos kontekste iki šiol mažai nagrinėta. Straipsnyje pagrindinis dėmesys skiriamas naujaušiams duomenims apie kontraceptinę elgseną, surinktiems XXI a. pirmąjį dešimtmetį, tačiau taip pat aptariami šiuolaikinių kontraceptinės elgsenos modelių analizei aktualūs sociodemografiniai pokyčiai, vykę XX a. antroje pusėje, tad aptariamas istorinis laikotarpis nuo maždaug 1960 m. iki šių dienų.

Straipsnyje pirmiausia aptariami naudojami informacijos šaltiniai ir duomenys, kontraceptinių priemonių klasifikavimo ypatumai, kontraceptinės elgsenos kaita antrojo demografinio perėjimo kontekste, įvertinami kontraceptinės elgsenos skirtumai Europos šalyse pagal bendrą kontraceptinių priemonių naudojimo lygį ir populiariausių kontraceptinių priemonių struktūrą, aptariamos abortų rodiklių kaitos sąsajos su kintančia kontraceptine elgsena. Straipsnio pabaigoje pateikiamos išvados.

<sup>2</sup> Autorius kalba apie tuometinę Sovietų Sąjungą, bet, atsižvelgus į istorinius pokyčius, jo argumentacija tinkama analizuojant posovietines šalis.

## Informacijos šaltiniai ir duomenys

Tiksčiausia informacija apie kontraceptinės elgsenos kiekybines charakteristikas gaunama reprezentatyvių atrankinių tyrimų metu. Vienas naujausių tokio tipo informacijos šaltinių yra tarptautinis „Kartų ir lyčių“ tyrimas (angl. *Gender and Generations Survey*), šiuo metu atliekamas ne tik didelėje dalyje Europos šalių, bet ir Australijoje, Kanadoje, Japonijoje. „Kartų ir lyčių“ tyrimas yra Jungtinių Tautų Europos ekonominės komisijos Gyventojų aktyvumo padalinio (*United Nations, Economic Commission for Europe, Population Activities Unit – UN ECE PAU*) 2000 m. inicijuotos „Kartų ir lyčių“ programos dalis ir skirtas mikroduomenims apie kintančią demografinę elgseną rinkti (Vikat et al. 2007). Šiame tyrime tarp daugelio kitų analizuojamų demografinės elgsenos aspektų tiriama ir kontraceptinė elgsena. Šiuo metu „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenų archyve (*GGP Data Archive*) prieinama informacija apie naudojamą kontraceptines priemones Australijoje (2005–2006 m.)<sup>3</sup>, Gruzijoje (2006 m.) ir devyniose Europos šalyse – Norvegijoje (2007 m.), Estijoje (2004–2005 m.), Belgijoje (2008–2010 m.), Prancūzijoje (2005 m.), Vokietijoje (2005 m.), Austrijoje (2008–2009 m.), Rusijoje (2004 m.), Bulgarijoje (2004–2005 m.) ir Rumunijoje (2005 m.). Lietuvoje atlikto „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenys saugomi Demografinių tyrimų institute, Lietuvos socialinių tyrimų centre. Kadangi straipsnio tikslas – palyginti kontraceptinę elgseną Europos šalyse, Australijos ir Gruzijos duomenys neanalizuojami.

Pirmos bangos (2006 m.) „Kartų ir lyčių“ tyrimo metu Lietuvoje apklausta 10 017 18–79 metų žmonių, iš jų 3 644 atsakė į klausimą apie kontracepcijos naudojimą. Klausimai apie kontracepcijos naudojimą buvo užduodami porą turintiems žmonėms – vyrams, turintiems kartu arba atskirai gyvenančią vaisingo amžiaus sutuoktinę / partnerę, ir vaisingo amžiaus moterims, turinčioms kartu arba atskirai gyvenantį sutuoktinį / partnerį. Klausimas buvo formuluojamas taip: *Ar jūs ar jūsų sutuoktinis (-ė) / partneris (-ė) šiuo metu naudojate kurias nors iš apsisaugojimo nuo nėštumo priemonių? Prašytume nurodyti visas naudojamas priemones.* Šis klausimas nebuvo užduodamas tais atvejais, kai respondentas (-ė) nurodydavo, kad jis (ji) arba jo (jos) sutuoktinis (-ė) / partneris (-ė) negali turėti vaikų dėl sveikatos sutrikimų.

Informacija apie abortus taip pat gali būti gaunama reprezentatyvių atrankinių tyrimų metu, tačiau kadangi abortas yra chirurginė medicininė procedūra, šalyse, kuriose abortai legalizuoti, medicinos įstaigos paprastai yra įpareigosotos teikti informaciją apie jose atliekamus abortus statistiką fiksuojančioms institucijoms. Taigi bendriausia informacija apie atliekamų abortų skaičių pateikiama kasmetiniuose demografinės ir socialinės statistikos leidiniuose. Tiesa, oficialūs abortų rodikliai ne visuomet būna tikslūs. Šiame straipsnyje analizuojami įvairiuose apžvalginiuose straipsniuose pateikti abortų rodikliai.

## Kontraceptinių priemonių klasifikavimas

Socialinių mokslų atstovai kontraceptines priemones dažniausiai skirsto į modernias ir tradicines pagal jų efektyvumo lygį ir istorinio atsiradimo kontekstą. Moderniomis priemonėmis laikomos maksimalią apsaugą nuo nėštumo užtikrinančios kontraceptinės priemonės: sterilizacija, gimdinės priemonės ir hormoninė kontracepcija (kontraceptinės piliulės, implantai, išvirkščiamieji kontraceptikai) (Frejka 2008; Trussell 2008). Prezervatyvas taip pat dažnai priskiriamas prie modernių

<sup>3</sup> Skliuostuose nurodoma tyrimų atlikimo šalyse data.

priemonių, bet dėl mažesnio efektyvumo ir dvejojo poveikio (priemonė, sauganti ne tik nuo nėštumo, bet ir nuo lytiniu keliu plintančių ligų) paprastai analizuojamas atskirai. Tradicinėmis priemonėmis laikomos nutrauktas lytinis aktas ir kalendorinis saugių dienų skaičiavimo metodas. Istoriniu požiūriu toks kontraceptinių priemonių skirstymas į tradicines ir modernias nėra tikslus (pavyzdžiui, nors lateksiniai prezervatyvai pradėti gaminti tik 1930 m., apie panašaus veikimo principo kontraceptinių priemonių naudojimą Europoje duomenų istoriniuose šaltiniuose randama nuo XVI a. vidurio (McLaren 1990)), be to, turi vertybinį atspalvį, todėl moksliniuose tekstuose kartais keičiamas į dichotomiją technologinės (*technological*) / netechnologinės (*non-tehnological*) kontraceptinės priemonės (Gribaldo et al. 2009; Hirsch, Nathanson 2001). Vis dėlto, nors šis kontraceptinių priemonių skirstymas į tradicines ir modernias yra pagrįstai kritikuojamas, jis išlieka naudingas konceptualiais tiriamaisiais tikslais, jo naudojimas yra nusistovėjęs ir moksliniame diskurse, todėl šiame straipsnyje jo taip pat laikomasi.

### Kontraceptinės elgsenos kaita antrojo demografinio perėjimo kontekste

Antrojo demografinio perėjimo teoriją 1986 m. suformulavo demografai Dirkas J. van de Kaa ir Ronas Lesthaeghe straipsnyje olandų kalba „Du demografiniai perėjimai?“ Angliškai skaitantiems mokslininkams teorija buvo pristatyta 1987 m. viename dažniausiai demografų cituojamų straipsnių „Antrasis demografinis perėjimas“ (van de Kaa 1987). Teorija apibendrina nuo septintojo dešimtmečio Vakarų Europos šalyse vykstančius demografinės elgsenos pokyčius gimstamumo ir šeimos formavimo srityse – gimstamumo sumažėjimą iki kartų kaitos neužtikrinančio lygio, didėjančių pirmojo vaiko gimdymo amžių, kohabitacijų<sup>4</sup> plitimą etc. Šių demografinių pokyčių grandinės pirmąja ir svarbiausia grandimi nurodomas modernios kontracepcijos pasirodymas rinkoje septintajame dešimtmetyje (van de Kaa 1997). Teigiama, kad tai sudarė sąlygas kontraceptinei elgsenai kisti dviem kryptimis – padidėjo reprodukcinio amžiaus porų, naudojančių kontraceptines priemones, skaičius, o naudojamų kontraceptinių priemonių struktūroje dominavusias tradicines kontraceptines priemones palaipsniui išstūmė modernios kontraceptinės priemonės (van de Kaa 2002). Tačiau tai nereiškia, kad visose šalyse kontraceptinė elgsena tapo identiška ar kad jos modeliai galutinai nusistovėjo. Autorius, analizuodamas 1980 m. duomenis, konstatuoja, kad pagal naudojamų kontraceptinių priemonių populiarumą šalys skiriasi, pavyzdžiui, vienose ypač populiaru vyro ar moters sterilizacija, kitose populiariausios – gimdinės priemonės ar kontraceptinės piliulės (van de Kaa 2002). Vis dėlto, autoriaus manymu, tai nepaneigia anksčiau aptartų dviejų kontraceptinės elgsenos kaitos tendencijų universalumo, t. y. varijuoti gali pokyčių intensyvumo mastai, prioretizuojamų modernių kontraceptinių priemonių pobūdis, bet ne pokyčių kryptis – nuo tradicinių kontraceptinių priemonių prie modernių ir link apskritai didesnių kontraceptinių priemonių naudojimo rodiklių. Tais atvejais, kai perėjimas prie modernių kontraceptinių priemonių prasideda vėliau ir vyksta lėtai, tai turi įtakos ir visai antrojo demografinio perėjimo eigai – pirmiausia tai pasireiškia vėlyva perėjimo pradžia.

Kontraceptinės elgsenos kaita yra viena iš antrojo demografinio perėjimo manifestacijų, kontraceptinių technologijų tobulėjimas – vienas iš šiam perėjimui postūmį davusių veiksnių, tačiau pamatinės šių demografinių pokyčių priežastys yra vertybinės. D. J. van de Kaa nurodo, kad neabejotinai svarbios yra struktūrinė (socioekonominiai pokyčiai ir pažanga) ir technologinė

<sup>4</sup> Kohabitacija – gyvenimas kartu nesusituokus.

(technologijų ir jų taikymo pokyčiai) socialinės kaitos dimensijos, tačiau kultūrinė (vertybių sistemų pokyčiai) – pati svarbiausia (van de Kaa 2002). Pasikeitė tai, „ko žmonės nori iš gyvenimo“ (van de Kaa 2002: 24), jų demografinius, gyvenimiškus sprendimus šeimos formavimo ir vaikų susilaukimo klausimais pradėjo motyvuoti kitokie tikslai ir poreikiai, iš kurių svarbiausias – individo poreikis save realizuoti. Todėl antrojo demografinio perėjimo teorijoje pagrindinį vaidmenį vaidina individo saviraiškos, aktualizacijos sąvoka, kuri taip pat implikuoja, kad vaikų susilaukimas tampa apgalvotu sprendimu: „<...> refleksyviose moderniose visuomenėse gimstamumas yra būsimų tėvų savęs klausinėjimo ir savikonfrontacijos procesų padarinys“ (Billari et al. 2004: 77). Emociniams poreikiams užtikrinti užtenka vieno ar keleto vaikų, auginti daug ar daugiau vaikų šiuolaikinėse visuomenėse gana sunku, nes tai reikalauja didelių finansinių ir laiko išteklių, tad individai stengiasi turėti vis mažiau vaikų (makrolygmeniu tai transformuojasi į kartų kaitos neužtikrinantį gimstamumo lygį) ir tam renkasi jiems prieinamas priemones.

Priemonių pasirinkimo atveju svarbus ne tik modernios kontracepcijos pasirodymas rinkoje, bet ir galimybių naudotis mediciniškai saugiu, legaliu abortu sudarymas (van de Kaa 2002). Ypač tai taikytina Rytų Europos šalims: „Ten, kur abortas yra legalus, lengvai prieinamas ir plačiau naudojamas ir kur trūksta modernių kontraceptinių priemonių, kaip buvo Rytų Europoje šeštajame ir septintajame dešimtmetyje, legalūs abortai gali atlikti tą pačią funkciją, kurią šiuo metu paprastai atlieka modernios kontraceptinės priemonės [šalyse], kuriose jos yra prieinamos“ (Frejka 1983: 508–509). Sovietų Sąjungoje socioekonominiai pokyčiai šeimos planavimą taip pat pavertė „objektyvia būtinybe“ (Вишнеvский 1998: 128), bet esant didžiuliui kontraceptinių priemonių trūkumui ši funkcija atiteko abortui, kuris pirmą kartą legalizuotas 1920 m., 1936 m. uždraustas ir 1955 m. pakartotinai legalizuotas, iš esmės pripažįstant, kad ši praktika yra plačiai paplitusi (Вишнеvский 1998).

D. van de Kaa 1987 m. sukurta antrojo demografinio perėjimo teorija tapo pamatine konceptualia pomoderniose valstybėse demografinius pokyčius analizuojančia prieiga, todėl šiuo metu yra eksploatuojama daugelio kitų demografų, testuojama naujais skirtingų šalių duomenimis<sup>5</sup>.

## Kontracepcijos naudojimo lygis

Bendras kontraceptinių priemonių naudojimo rodiklis (angl. *contraceptive prevalence rate*) apskaičiuojamas nustatant, kokia reprodukcinio amžiaus<sup>6</sup> moterų dalis (arba jų sutuoktiniai / partneriai) naudoja kontraceptines priemones. Pasaulio sveikatos organizacija šį rodiklį naudoja kaip gyventojų sveikatos, socialinės raidos ir moterų įgalinimo indikatorių ir netiesioginį reprodukcinės sveikatos paslaugų prieinamumo rodiklį (WHO 2008).

Lietuvoje kontraceptines priemones naudoja apie 73 proc. 18–49 metų<sup>7</sup> turinčių sutuoktinį / partnerį moterų. Pagal šį rodiklį Lietuva artimesnė buvusioms Rytų bloko šalims – Estijai, Rumunijai, Bulgarijai (1 pav.). Vakarų ir Šiaurės Europos šalyse – Didžiojoje Britanijoje, Prancūzijoje – bendras kontracepcijos naudojimo lygis yra aukštesnis, viršija 80 proc. Žemiausias kontraceptinių

<sup>5</sup> Vienas naujausių išsamių tokio pobūdžio darbų – T. Sobotka (2008).

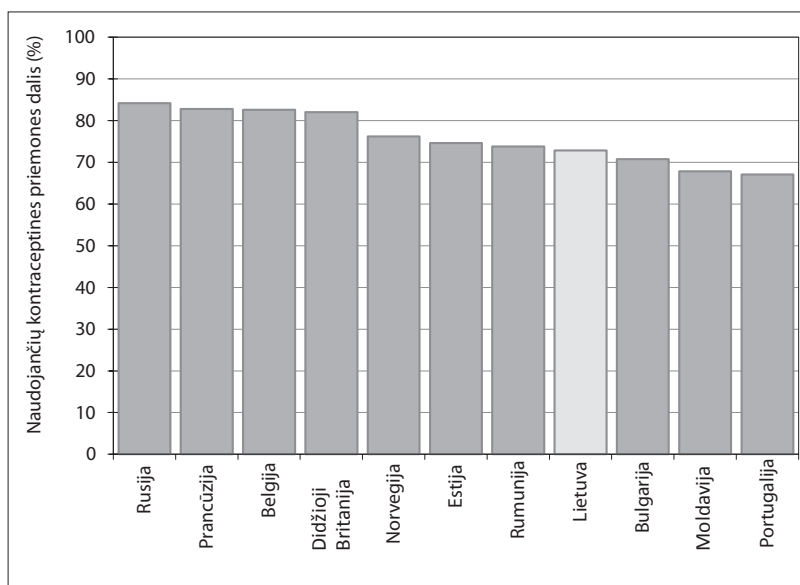
<sup>6</sup> Reprodukcinio / vaisingo amžiaus moterimis laikomos 15–49 metų moterys, tačiau atrankiniuose tyrimuose dažniausiai apklausiami tik pilnamečiai (18 metų ir vyresni) respondentai, todėl informacija pateikiama apie 18–49 metų moterų grupę.

<sup>7</sup> Demografinėje praktikoje tiriant kontraceptinę elgseną įprasta analizuoti poroje esančius respondentus, darant prielaidą, kad jie nuolat rizikuoja pastoti (angl. *exposed to the risk of pregnancy*).

priemonių naudojimo lygis iš lyginamų šalių užfiksuotas Ukrainoje, Moldavijoje, Portugalijoje – šiose šalyse jis nesiekia 70 proc.

Lyginant šiuos duomenis su tarptautinio, taip pat daugelyje Europos šalių XX a. dešimtajame dešimtmetyje atlikto „Šeimos ir gimstamumo“ tyrimo rezultatais, matyti, kad, kaip ir numatoma antrojo demografinio perėjimo teorijoje, daugelyje šalių ryškėjo šio rodiklio didėjimo tendencija. Tai būdinga net šalims, kuriose jau tuo metu gana didelė dalis partnerystėje esančių reprodukcinio amžiaus moterų naudojo kontraceptines priemones, pavyzdžiui, Prancūzijoje 1994 m. šis rodiklis siekė 74,6 proc., 1991–1992 m. Belgijoje – 78,4 proc., 1988 m. Norvegijoje – 73,8 proc. (United Nations 2006). Didžiausi pokyčiai fiksuojami Rytų ir Vidurio Europos šalyse – 1997 m. Bulgarijoje 41,5 proc. partnerystėje esančių moterų naudojo kontraceptines priemones, 1993 m. Rumunijoje – 57,3 proc., 1994–1995 m. Lietuvoje – 46,6 proc. (United Nations 2006).

*1 pav. Bendras kontraceptinių priemonių naudojimo lygis (reprodukcinio amžiaus moterys, turinčios kartu arba atskirai gyvenantį sutuoktinį / partnerį<sup>8</sup>) (procentais)*



Šaltiniai: Lietuvos „Kartų ir lyčių“ tyrimas (2006), „Kartų ir lyčių“ tyrimų įvairiose šalyse (Norvegija (2007), Estija (2004–2005), Belgija (2008–2010), Prancūzija (2005), Vokietija (2005)<sup>9</sup>, Austrija (2008–2009), Rusija (2004), Bulgarija (2004–2005) ir Rumunija (2005)) duomenų archyvas (*GGP Data Archive*) (skaičiavimai autorės). Duomenys apie Didžiąją Britaniją (be Šiaurės Airijos, 2005–2006 m.), Moldaviją (2005 m.), Portugaliją (2005–2006 m.) – iš Jungtinių Tautų leidinio „World Contraceptive Use 2007“<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Dėl Vokietijoje naudoto klausimyno tam tikrų nukrypimų nuo standartinės „Kartų ir lyčių“ tyrimo anketos informacijos apie bendrą kontracepcijos naudojimo lygį Vokietijoje harmonizuotų „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenų archyve nėra (asmeninis susirašinėjimas su archyvo administratore Nicole Hiekel (NIDI)), todėl kontraceptinė elgsena Vokietijoje šiame straipsnyje analizuojama tik per naudojamų kontraceptinių priemonių struktūrą.

<sup>9</sup> Šiame leidinyje informacija apie naudojamą kontraceptines priemones (išskyrus kai kurias išimtis) pateikiama apie vaisingo amžiaus bet kokio tipo partnerystėje esančias moteris.

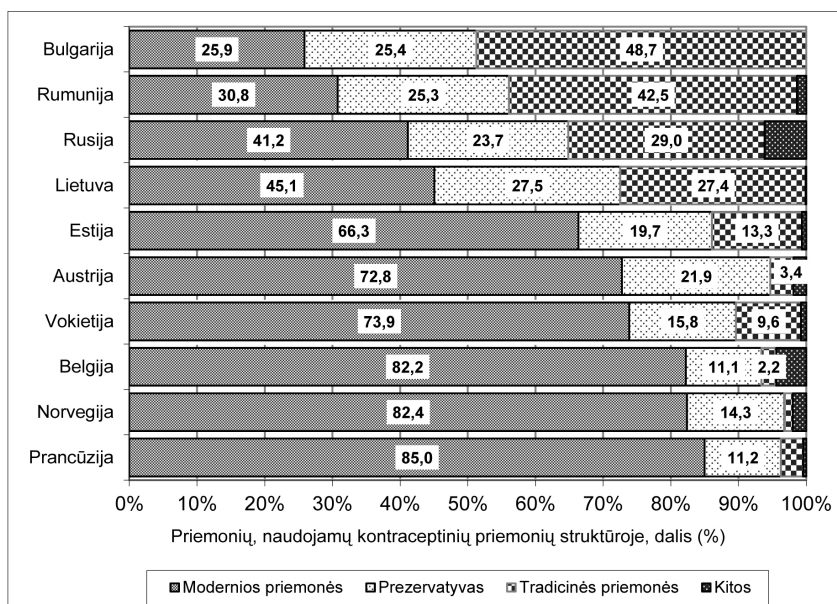
<sup>10</sup> Šiame leidinyje informacija apie naudojamą kontraceptines priemones (išskyrus kai kurias išimtis) pateikiama apie vaisingo amžiaus bet kokio tipo partnerystėje esančias moteris.

## Populiariausios kontraceptinės priemonės

Analizuodami šaliai ar atskirai gyventojų grupei būdingą kontraceptinę elgseną tyrėjai taip pat atsižvelgia į naudojamų kontraceptinių priemonių struktūrą, ypatingą dėmesį skirdami tradicinių ir modernių priemonių santykiui. Moderni kontracepcija sudarė sąlygas atsieti seksualinius santykius nuo prokreacijos, tad tokios kontracepcijos paplitimas Šiaurės ir Vakarų Europos visuomenėse buvo vienas instrumentinių kitų demografinės elgsenos pokyčių katalizatorių – santuokų ir gimdymų atidėjimo vėlesniam laikui (Van de Kaa 1987; Frejka 2008). Lietuvoje ir mūsų analizuojamose Rytų Europos šalyse demografinės elgsenos pokyčiai, susiję su šeimos formavimu, vyksta jau daugiau nei du dešimtmečius (Stankūnienė, Baublytė 2009; Hoem et al. 2009), tad būtų natūralu tikėtis juos atspindinčių aukštų modernių kontraceptinių priemonių paplitimo rodiklių.

Vis dėlto taip nėra. Nors šiuo metu Lietuvoje, kaip ir Šiaurės ir Vakarų Europos šalyse, populiariausios yra modernios kontraceptinės priemonės, ne mažiau svarbios išlieka ir tradicinės (2 pav.). O Šiaurės ir Vakarų Europos šalyse tokių priemonių naudojimo lygis yra minimalus, dažnai net artimas nuliui ir būtent tokia situacija, manoma, nusako kontraceptinės revoliucijos baigtį (Frejka 2008). Lietuva šiuo kontraceptinės elgsenos aspektu panašesnė į buvusias Rytų bloko šalis, ypač – Rusiją. Tiesa, ir čia yra tam tikrų savitumų – Bulgarijoje gerokai populiarnesnis nutrauktas

2 pav. *Naudojamų kontraceptinių priemonių struktūra (visos priemonės = 100 proc.<sup>11</sup>, reproduktyvus amžiaus moterų, turinčių kartu arba atskirai gyvenantį sutuoktinį / partnerį, atsakymai)*



Šaltiniai: Lietuvos „Kartų ir lyčių“ tyrimas, „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenų archyvas (skaičiavimai autorės).

<sup>11</sup> „Kartų ir lyčių“ tyrimo metodika numatė galimybę respondentams išvardyti visas apklausos metu naudotas kontraceptines priemones. Todėl siekiant pristatyti tolygų naudojamų kontraceptinių priemonių pasiskirstymą visa atsakymų aibė prilyginta 100 proc. (visos nurodytos priemonės = 100 proc.), taigi šiuo atveju analizuotas ne porų pasiskirstymas (kiek procentų porų naudoja konkrečią priemonę), o dažniausiai nurodomos, populiariausios kontraceptinės priemonės.

lytinis aktas (40,6 proc.), Rumunijoje – kalendorinis nėštumo reguliavimo metodas (saugių dienų skaičiavimas) (30,3 proc.), o Lietuvoje ir Rusijoje nė viena tradicinė priemonė nėra labiau preferuojama. Tokią kontraceptinės elgsenos situaciją, kuri šiuo metu yra Lietuvoje, galima vertinti kaip tarpinę perėjimo į vakarietišką kontraceptinės elgsenos modelį stadiją (Troitskaia et al. 2009).

## Abortai – alternatyva kontracepcijai?

Viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl analizuojant kontraceptinę elgseną atsižvelgiama ne tik į bendrą kontracepcijos naudojimo lygį, bet ir naudojamų kontraceptinių priemonių struktūrą, yra jos sąsajos su abortų paplitimu visuomenėje. Nustatyta, kad šalyse, kuriose yra aukšti tradicinių kontraceptinių priemonių naudojimo rodikliai, paprastai yra aukšti ir abortų rodikliai. Teigiama, kad abortų lygio šalyje ir tradicinių kontraceptinių priemonių naudojimo paplitimo ryšys yra abipusis – maksimalaus efektyvumo neužtikrinančios tradicinės kontraceptinės priemonės naudojamos todėl, kad „nesuveikus“ priemonei yra galimybė pasinaudoti abortu, kita vertus, kai naudojamos tradicinės priemonės, didesnis neplanuotų nėštumų skaičius, kurių dauguma abortuojami (Oláh, Bernhardt 2008; Philipov, Dorbritz 2003). Atvirkštinį ryšį – tai, kad, kylant modernios kontracepcijos naudojimo lygiui, mažėja abortų rodikliai – patvirtina ne tik daugelio šalių statistiniai duomenys (Ketting, Visser 1994; Sedgh et al. 2007; Frejka 2008), bet ir hipotetiniai modeliai. Pavyzdžiui, taikydami hipotetinį analitinį modelį, kuriame atsižvelgia į poros prokreacinius ketinimus, kontracepcijos naudojimą / nenaudojimą, priemonės efektyvumą (jei naudojama) ir aborto tikimybę neplanuotai pastojus, J. Bongaarts ir Ch. F. Westoff (2000) apskaičiavo, kad 10 proc. padidėjęs kontracepcijos naudojimas sumažintų abortų skaičių apytiksliai 0,45<sup>12</sup> vienai moteriai, tačiau tik su sąlyga, kad naudojama kontracepcija yra 95 proc. efektyvumo. Autoriai konstatuoja, kad veiksmingiausias būdas sumažinti abortų rodiklius – padidinti efektyvios kontracepcijos naudojimo mastus. Nors pastaruoju metu tiesioginis priežastinis modernios kontracepcijos paplitimo ir mažesnių abortų rodiklių ryšys kritikuojamas kaip pernelyg supaprastintas (Dalla Zuanna 2006), tokia samprata dominuoja. Remdamiesi ja, gyventojų politikos formuotojai modernios kontracepcijos naudojimo skatinimą mato kaip prioritetinį, o dažnai ir vienintelį didelių abortų rodiklių problemos sprendimo būdą.

Kita vertus, bendro sutarimo, kas laikytina aukštu abortų lygiu, nėra. Tai priklauso nuo konkrečios šalies situacijos<sup>13</sup> ir iš esmės nusako vertinimą, paremtą lyginamaisiais tyrimais. Atskaitos tašku paprastai pasirenkamos Vakarų Europos šalys, kuriose nuo 1960-ųjų fiksuojami kur kas mažesni abortų rodikliai nei buvusiose sovietinėse Europos šalyse. Teigiama, kad tokia situacija Vakarų šalyse iliustruoja kontraceptinės elgsenos kaitą po to, kai modernios kontraceptinės priemonės tapo visuotinai prieinamos – perėjimą nuo mažiau efektyvių kontraceptinių priemonių prie efektyvesnių, tokiu atveju abortai atlieka „atsarginės“ priemonės funkciją (Frejka 2008). O buvusiose socialistinėse Rytų ir Vidurio Europos šalyse keturis dešimtmečius nuo 1950-ųjų vyravęs gimstamumo kontrolės modelis apibūdinamas kaip „abortų kultūra“ (Stloukal 1999, cit. pagal Frejka 2008). Ši sąvoka nusako situaciją, kurioje abortas yra lengvai prieinama ir socialiai priimtina šeimos dydžio reguliavimo priemonė, todėl jo paplitimo mastai visuomenėje yra dideli.

<sup>12</sup> Populiacijoje, kurioje aborto tikimybė netikėtai pastojus lygi 0,5 (Bongaarts, Westoff 2000).

<sup>13</sup> Pavyzdžiui, Prancūzijoje abortų lygis – 0,5 aborto moteriai per jos reprodukcinę karjerą – nėra laikomas problema, o panašus abortų lygis Ispanijoje vadinamas aukštu ir suvokiamas kaip spręstina reprodukcinės sveikatos politikos problema (Frejka, 2008).



Statistinė informacija apie abortų rodiklius sovietinėse respublikose, kaip ir dauguma kitų statistinių rodiklių, nebuvo viešai publikuojama. Pirmą kartą statistinė informacija apie Sovietų Sąjungoje atliekamus abortus paskelbta 1986 m.<sup>14</sup> (Avdeev et al. 1995). Iki tol Vakarų šalių autorių publikuojami duomenys neatitiko tikrovės, nes iš esmės buvo „rizikingos, saujelės padrikų apklausų pagrindu atliktos, ekstrapoliacijos“, kurias atliekant taip pat nebuvo atsižvelgiama į abortų registravimo regioninius skirtumus ir aborto sąvokos netikslumus (Avdeev et al. 1995: 39). Todėl šiame straipsnyje pristatomi abortų rodikliai, pateikti vėliau nei 1986 m. pasirodžiusiuose straipsniuose, kuriuose remiamasi šia oficialia statistine informacija.

Sovietmečiu daugiau dėmesio buvo skiriama gimstamumui skatinti, nei jam reguliuoti. Tai kyla iš pačios marksistinės ideologijos, teigusios, kad tik kapitalistinėje visuomenėje gyventojų skaičiaus didėjimas gali būti problema (Brackett, Huyck 1962). Tad nors Sovietų Sąjunga ir buvo

1 lentelė. *Abortų rodikliai 1975–2008 m.*  
(abortų skaičius, tenkantis 1 000 reprodukcinio amžiaus<sup>15</sup> moterų)

Metai								
Šalis	1975	1980	1986	1990	1996	2003	2008	
<b>Vakarų Europos šalys<sup>16</sup></b>								
Vokietija	n	n	n	8,5	8	8	7	
Belgija	n	n	n	n	7	7	9	
Norvegija	19,7	16,3	171	16,8	16	15	17	
Prancūzija	n	15,3	13,9	13,5	15	17	16	
<b>Rytų Europos šalys</b>								
Bulgarija	64,3	76,7	65,5	70,3	51	22	16	
Rumunija	n	n	n	181,7	78	35	16	
Rusija	126,3	122,8	123,6‡	117,5†	69	45	38	
Estija	107,1	96,7	91,4‡	74,5†	56	36	30	
<b>Lietuva</b>	53	50,9	46,3‡	54,3†	34	15	12	

Šaltiniai: Sedgh et al. 2011 (2008, 2003 ir 1996 m.); Sedgh et al. 2007 (2003 m. Lietuvos ir Rumunijos duomenys; 1996 m. Lietuvos ir Rusijos duomenys); Henshaw et al. 1999 (1990, 1986, 1980, 1975 m. visų šalių, išskyrus Rusiją, Estiją ir Lietuvą duomenys, 1996 m. Rumunijos duomenys); Buckley 1990 (1975 ir 1980 m. Rusijos, Estijos ir Lietuvos duomenys); Социальное 1991 (1990 (1989) ir 1986 (1985) Rusijos, Estijos ir Lietuvos duomenys).

Pastaba: † – 1989 m.; ‡ – 1985 m.; n – nežinoma.

<sup>14</sup> Rusijos atveju oficiali statistinė informacija apie abortus taip pat pateikiama demografiniuose 1925 m. ir 1926 m. metraščiuose (Avdeev et al. 1995).

<sup>15</sup> Dauguma rodiklių skaičiuoti 15–44 metų moterų grupei, išskyrus Rusijos, Estijos ir Lietuvos 1990, 1986, 1980 ir 1975 m. rodiklius. Šiais atvejais remtasi SSRS statistiniais leidiniais, kuriuose skaičiuoti 15–49 metų moterų abortų rodikliai.

<sup>16</sup> Austrijoje abortus atliekančios įstaigos nėra įpareigos teikti statistiką apie jų skaičių, todėl patikimų statistinių duomenų apie šioje šalyje atliekamų abortų skaičių nėra (Prskawetz et al. 2008).

viena pirmųjų valstybių, įteisinsiu abortą, oficialiai abortai buvo smerkiami (Ivanov et al. 2006)<sup>17</sup>. Kita vertus, galimybių moterims reguliuoti šeimos dydį sudarymas buvo svarbus, nes atspindėjo komunistinę ideologiją ir moralę – moteris komunistė turėjo būti visuomeniška, veikli (Tarybinė 1973). Kadangi nebuvo nei teoriškai, nei juo labiau praktiškai siūloma jokių alternatyvių šeimos planavimo priemonių, o abortas buvo nemokamas, jis iš esmės tapo vienintele galimybe reguliuoti šeimos dydį (Ivanov et al. 2006; Вишневский 1998).

Kaip matyti iš 1 lentelės, buvusiose Rytų bloko šalyse ilgą laiką abortų rodikliai buvo ypač dideli, daugeliu atvejų 1 000 reprodukcinio amžiaus moterų tekdavo daugiau nei 100 abortų. Pavyzdžiui, skaičiuojama, kad Rumunijoje net 48 proc. moterų per savo reprodukcinę karjerą turėjo nors vieną abortą (Muresan et al. 2008). Lietuvoje fiksuojami abortų rodikliai visuomet buvo ir yra mažesni nei Rytų bloko šalyse (1 lentelė, Socialnoje 1991; Sedgh et al. 2007), ankstesnėse publikacijose Vakarų mokslininkai tai buvo linkę sieti su katalikų tikėjimo stiprumu Lietuvoje (Buckley 1992). Kita vertus, manoma, kad oficialūs Lietuvos abortų rodikliai neatspindi realios situacijos visų pirma todėl, kad Lietuvoje nėra abortų registro, taip pat spėjama, kad privačios klinikos nurodo mažesnę abortų skaičių nei iš tiesų atlieka (Kalediene, Nadisauskiene 2002). 2003 m. Lietuva dar buvo priskiriama prie šalių, kurių oficialūs abortų rodikliai laikomi išsamiais, tačiau nuo 2008 m., ekspertams teigiant<sup>18</sup>, kad abortų rodiklių fiksavimas suprastėjo, Lietuva priskiriama prie šalių, kurių oficialių abortų duomenų kokybe abejojama (Sedgh et al. 2011). Kitose Rytų ir Vidurio Europos regiono šalyse vykstantis abortų rodiklių mažėjimas siejamas ne tik su mažėjančiu faktiškai atliekamų abortų skaičiumi, bet ir padidėjusiu oficialiai nedeklaruojamų abortų skaičiumi, kuris nėra žinomas (Sedgh et al. 2011). Vis dėlto visoms analizuojamoms Rytų ir Vidurio Europos šalims bendra abortų rodiklių mažėjimo tendencija yra akivaizdi ir siejama su kontraceptinės elgsenos „vakarėjimu“, t. y. vis didėjančia dalimi porų, naudojančių modernias kontraceptines priemones (Koytcheva, Philipov 2008; Zakharov 2008; Muresan et al. 2008; Troitskaia et al. 2009). O išliekanti nemaža tradicines priemones naudojančių porų dalis aiškinama ikitransformaciniu laikotarpiu susiformavusių elgsenos įpročių tęstinumu ir praktika ne saugotis pastoti, bet užkirsti kelią vaiko atsiradimui / gimdymui (Philipov, Dorbritz 2003).

## Išvados

Straipsnyje, remiantis tarptautinio „Kartų ir lyčių“ tyrimo duomenimis, įvertinami kontraceptinės elgsenos skirtumai Europos šalyse pagal du pagrindinius kiekybinius rodiklius – bendrą kontraceptinių priemonių naudojimo lygį ir populiariausių kontraceptinių priemonių struktūrą. Abiejų rodiklių atveju esama tam tikrų regioninių skirtumų, jie ypač ryškūs populiariausių kontraceptinių priemonių atveju – Vakarų Europos šalyse populiarsnės modernios kontraceptinės priemonės, posovietinėse – tradicinės. Lietuvoje modernios priemonės užima pirmą vietą naudojamų kon-

<sup>17</sup> Kaip tik dėl to, kad yra tikimybė, jog po aborto moteris gali tapti nevaisinga, 1972 m. vykusio Lietuvos TSR moterų suvažiavimo metu tuometinis Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministras V. Kleiza savo kalboje teigė: „Mažėjant gimstamumui, nuo 1966 metų mažėja ir natūralus gyventojų prieaugis. Tai labai svarbi problema, kuri turėtų rūpėti visiems ir ypač moterims. Mūsuose yra visos sąlygos gimimams didėti. Dar labai daug moterų nepaiso didžiulės nėštumo nutraukimo žalos jų sveikatai. Nutraukus pirmąjį nėštumą, apie 60 proc. moterų lieka vėliau nevaisingos. Moterys, kurios vengia gimdyti, greičiau sensta, dažniau serga. Gamta negailestingai baudžia tas, kurios nesilaiko jos dėsnų“ (Tarybinė 1973: 107).

<sup>18</sup> Autorių teigimu, yra bent vienas duomenų kokybės suprastėjimą nurodantis šaltinis, tačiau nenurodo, koks (Sedgh et al. 2011).

traceptinių priemonių struktūroje, tačiau tradicinės kontraceptinės priemonės išlieka ne mažiau svarbios. Tokią situaciją galima vertinti kaip tarpinę perėjimo į vakarietišką kontraceptinės elgsenos modelį stadiją (Troitskaia et al. 2009), kurio galutiniame etape, pasak antrojo demografinio perėjimo teorijos, modernios kontraceptinės priemonės turėtų visiškai išstumti tradicines. Abortų rodiklių analizė atskleidė, kad Rytų ir Vidurio Europos regiono šalyse nuo XX a. paskutinio dešimtmečio abortų rodikliai mažėja, tai siejama su atsiradusiomis galimybėmis šeimos dydį reguliuoti moderniomis kontraceptinėmis priemonėmis. Vis dėlto dėl numanomų oficialių abortų rodiklių netikslumų tikruosius abortų paplitimo mastus vertinti sunku. Oficialūs abortų rodikliai Lietuvoje, palyginti su kitomis analizuojamomis šalimis, nėra dideli, tačiau, ekspertų manymu, jie taip pat neatspindi realios situacijos, todėl tikėtina, kad iš tiesų yra didesni. Tokią prielaidą patvirtintų ir straipsnyje pateikiama kontraceptinės elgsenos situacija Lietuvoje – nemaža dalis moterų nenaudoja jokių kontraceptinių priemonių, o naudojamų priemonių struktūroje trečdalį užima laikomos nepatikimomis, tradicinės kontraceptinės priemonės, tad galima numanyti, kad Lietuvoje neplanuotų nėštumų skaičius turėtų būti nemažas. Kadangi gimstamumo lygis Lietuvoje jau ilgą laiką taip pat yra žemas, galima spėti, kad kai kurioms poroms abortas vis dar išlieka svarbi šeimos planavimo priemonė.

#### LITERATŪRA

- Ashford, L. 2001. New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights, *Population Bulletin* 56 (1): 1–40.
- Avdeev, A.; Blum, A.; Troitskaya, I. 1995. The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991, *Population: An English Selection* 7: 39–66.
- Billari, F.; Frejka, T.; Hobcraft, J.; Macura, M.; van de Kaa, D. J. 2004. Discussion of Paper 'Explanations of the Fertility Crisis in Modern Societies: A Search for Commonalities', „Population Studies“ 57 (3): 241–263, by John Caldwell and Thomas Schindlmayr, *Population Studies* 58 (1): 77–92.
- Bongaarts, J.; Westoff, Ch. F. 2000. The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion, *Studies in Family Planning* 31 (3): 193–202.
- Brackett, J. W.; Huyck, E. E. 1962. The Objectives of Government Policies on Fertility Control in Eastern Europe, *Population Studies* [serial online] 16 (2): 134–146.
- Buckley, M. 1992. Glasnost and the Woman Question, in L. Edmondson (red.). *Women and Society in Russia and the Soviet Union*. Cambridge, New York etc.: Cambridge University Press, 202–226.
- Dalla Zuanna, G. 2006. Induced Abortion, in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (red.). *Demography: Analysis and Synthesis*. Volume I. Amsterdam, Boston [etc.]: Elsevier, 399–417.
- Frejka, T. 1983. Induced Abortion and Fertility: A Quarter Century of Experience in Eastern Europe, *Population and Development Review* 9 (3): 494–520.
- Frejka, T. 2008. Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe: Completing the Contraceptive Revolution, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.). *Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection* 7, 19: 73–84.
- Gribaldo, A.; Judd, M. D.; Kertzer, D. I. 2009. An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy, *Population and Development Review* 35 (3): 551–584.
- Hirsch, J. S.; Nathanson, C. A. 2001. Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage, *Culture, Health & Sexuality* 3 (4): 413–428.
- Hoem, J. M.; Kostova, D.; Jasilionienė, A.; Muresan, C. 2009. Traces of the Second Demographic Transition in Four Selected Countries in Central and Eastern Europe: Union Formation as a Demographic Manifestation, *European Journal of Population* 25: 239–255.

- Ivanov, S.; Vichnevsky, A.; Zakharov, S. 2006. Population Policy in Russia, in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (red.). *Demography: Analysis and Synthesis*. Volume IV. Amsterdam, Boston [etc.]: Elsevier, 407–433.
- Kalediene, R.; Nadisauskiene, R. 2002. Women's Health, Changes and Challenges in Health Policy Development in Lithuania, *Reproductive Health Matters* 10: 117–126.
- Ketting, E.; Visser, A. P. 1994. Contraception in the Netherlands: the Low Abortion Rate Explained, *Patient Education and Counseling* 23: 161–171.
- Koytcheva, E.; Philipov, D. 2008. Bulgaria: Ethnic Differentials in Rapidly Declining Fertility, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.). *Childbearing Trends and Policies. Europe. Demographic Research, Special Collection 7*, 19: 361–402.
- Lamb, V. L.; Siegel J. S. 2004. Health Demography, in J. S. Siegel, D. A. Swanson (red.). *The Methods and Materials of Demography*. Amsterdam/Boston etc.: Elsevier Academic Press, 341–370.
- Lassonde, L. 1997. *Coping with Population Challenges*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Lewis, R. A. 1988. The Universality of Demographic Processes in the USSR, in *Understanding Soviet Society*, Michael Paul Sacks, Jerry G. Pankhurst (red.). Boston: UNWIN HYMAN, 97–115.
- McLaren, A. 1990. *A History of Contraception from Antiquity to the Present Day*. Blackwell.
- Muresan, C.; Haragus, P. T.; Haragus, M.; Schroder, C. 2008. Romania: Childbearing Metamorphosis Within a Changing Context, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.). *Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7*, 19: 855–906.
- Oláh, L. Sz.; Bernhardt, E. M. 2008. Sweden: Combining Childbearing and Gender Equality, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.), *Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7*, 19: 1105–1144.
- Philipov, D.; Dorbritz, J. 2003. *Demographic Consequences of Economic Transition in Countries of Central and Eastern Europe. Population Studies 39*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Sedgh, G.; Henshaw, S. K.; Singh, S.; Bankole, A.; Drescher, J. 2007. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 39 (4): 216–225.
- Sedgh, G.; Singh, S.; Henshaw, S. K.; Bankole, A. 2011. Legal Abortion Worldwide in 2008: Levels and Recent Trends, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37 (2): 84–94.
- Sobotka, T. 2008. Overview Chapter 6: The Diverse Faces of the Second Demographic Transition in Europe, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.). *Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7*, 19: 171–224.
- Stankūnienė, V.; Baublytė, M. 2009. Šeimos formavimo modelių kaita: lyginamoji analizė, in V. Stankūnienė, A. Maslauskaitė (red.). *Lietuvos šeima: tarp tradicijos ir naujos realybės*. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas, 9–36.
- Tarybinė moteris – aktyvi komunizmo kūrėja (1972 metais vykusio LTSR moterų suvažiavimo medžiaga)*. 1973. Vilnius: Mintis.
- Troitskaia, I.; Avdeev, A.; Badurashvili, I.; Kapanadze, E.; Tretjakova, V. 2009. A Comparative Study of Contraceptive Practices: France, Georgia, Lithuania and Russia, *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 40 (3–4): 241–271.
- Trussel, J. 2008. Choosing a Contraceptive: Efficacy, Safety, and Personal Considerations, in R. A. Hatcher, J. Trussel, A. Nelson, W. Cates, F. Stewart, D. Kowal (red.). *Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition*. New York: ARDENT MEDIA, 19–48.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs, Population Division). 2006. *LEVELS AND TRENDS OF CONTRACEPTIVE USE AS ASSESSED IN 2002*. New York: United Nations.
- United Nations. 1995. *Report of the International Conference on Population and Development, A/CONF.171/13/Rev.1*. New York: United Nations. Prieiga per internetą: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf)
- Van de Kaa, D. J. 1987. Europe's Second Demographic Transition, *Population Bulletin* 42: 1–59.
- Van de Kaa, D. J. 1997. Options and Sequences: Europe's Demographic Patterns, *Journal of the Australian Population Association* 14 (1): 1–29.

Van de Kaa, D. J. 2002. The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries, Paper presented at the *Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security*, Tokyo, Japan, 29 January 2002, 1–34.

Vikat, A.; Spéder, Z.; Beets, G.; Billari, F. C.; Bühler, Ch.; Désesquelles, A.; Fokkema, T.; Hoem, J. M.; MacDonald, A.; Neyer, G.; Pailhé, A.; Pinnelli, A.; Solaz A. 2007. Generations and Gender Survey: Concept and Design, *Generations & Gender Programme. Concepts and Guidelines*. New York and Geneva: UNITED NATIONS, 1–32.

WHO Statistical Information System (WHOSIS). 2008. *Indicator Definitions and Metadata. Contraceptive prevalence rate (percentage)*. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3pcf/en/index.html>

*World Contraceptive Use 2007*. 2007. United Nations, Department of Social Affairs, Population Division.

Zakharov, S. 2008. Russian Federation: From the First to Second Demographic Transition, in T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon (red.). *Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7* 19: 907–972.

Вишне夫斯基, А. 1998. *СЕРП И РУБЛЬ. Консервативная модернизация в СССР*. Москва: ОГИ.

*Социальное развитие СССР 1989*. Статистический сборник. 1991. Москва: Финансы и статистика.

## CONTRACEPTIVE BEHAVIOR IN EUROPEAN COUNTRIES

Vaida Tretjakova

### Summary

This article is dedicated to the analysis of patterns of contraceptive behavior in different European countries with special focus on the case of Lithuania. Based on the data of the international „Generations and Gender“ Survey contraceptive behavior is evaluated through two main measures: contraceptive prevalence rate and the structure of contraceptive methods used. Additionally, the relationship between the changing contraceptive behavior and abortion rates is discussed. Analysis has revealed that an intermediate pattern of contraceptive behavior in terms of the contraceptive transition is observed in Lithuania – even though modern contraceptive methods constitute almost half of all the methods used, traditional methods of contraception remain important. Parallel to the changes in contraceptive behavior certain changes in abortion trends were observed, however, the real scale of these changes is difficult to establish due to the likely inaccuracies in abortion statistics.

**Key words:** contraception, abortion, contraceptive transition, European countries