

PAAUGLIŲ KŪDIKIŲ GIMSTAMUMO KAITOS TENDENCIJOS: EUROPOS SAJUNGOS KONTEKSTAS IR REGIONINĖ DIFERENCIACIJA LIETUVOJE¹

Vaida Tretjakova¹, Gintarė Pociūtė-Sereikienė², Rūta Ubarevičienė³

Lietuvos socialinių tyrimų centro Visuomenės geografijos ir demografijos institutas.

Adresas: A. Goštauto g. 9, 01108 Vilnius, Lietuva.

E-paštas: : ¹ vaida.tretjakova@gmail.com, ² gintarei.pociutei@gmail.com, ³ ruta.ubareviciene@gmail.com

Gauta: 2018 m. spalio

Pataisyta: 2018 m. lapkritis

Atnaujinta: 2019 m. gegužė

Santrauka. Straipsnio tikslas – išanalizuoti paauglių kūdikių gimstamumo kaitą Europos Sąjungos šalyse ir Lietuvoje, atskleidžiant pokyčių kryptį, mastą bei regioninę diferenciaciją. Šiame straipsnyje Lietuvos situacija lyginama su tendencijomis kitose ES šalyse. Taip pat atliekama regioninės paauglių kūdikių gimstamumo diferenciacijos Lietuvoje analizė. Straipsnyje analizuojamas bendrasis paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis 15–19 metų amžiaus moterų grupei bei gimstamumo rodikliai 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų grupėms. Tyrimas atliktas naudojant Eurostato duomenų bazės bei pagal konfidencialių statistinių duomenų teikimo mokslo tikslams sutartį specialiai šiam projektui parengtus Lietuvos statistikos departamento registruojamosios statistikos duomenis.

Reikšminiai žodžiai: paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis; gimdymas paauglystėje; regioninė diferenciacija; Europos Sąjunga; Lietuva.

1. Įvadas

Ankstyva motinystė, kai vaikų susilaukiama iki 20 metų amžiaus, dėl įvairių neigiamų pasekmių, su kuriomis susiduria jaunos gimdyvės ir jų kūdikiai, laikoma socialine problema. Tai atsispindi tiek moksliniame diskurse, tiek įvairių tarptautinių organizacijų programose. Skaudžiausi yra tikėtini medicininiai padariniai: besilaukiančios paauglės dažniau nei vyresnio amžiaus gimdyvės patiria persileidimą, neonatalinę kūdikio mirtį, pagimdo negyvą vaisių [28, 25]. Paauglių kūdikiams būdingas mažesnis svoris ir didesnis sergamumas įvairiomis ligomis, palyginti su vyresnių motinų kūdikiais [43, 12]. Neišvengiamos ir socialinės bei ekonominės pasekmės – paauglystėje vaikų susilaukiančios merginos neretai iškrenta iš ugdymo sistemos, rečiau įgyja vidurinį ar aukštąjį išsilavinimą, todėl vėlesniuose gyvenimo etapuose dažniau susiduria su prasta ekonomine situacija ar net skurdu [22, 26]. Neabejotina, kad tokiomis aplinkybėmis, sunku užtikrinti ir vaikų gerovę. Dėl šių priežasčių paauglių kūdikių gimstamumo tyrimai bei šio reiškinio kaitos tendencijų vertinimas aktualus ne tik demografiniu, bet ir socialiniu – visuomenės sveikatos ir gerovės – požiūriu.

Lietuvos demografiniuose gimstamumo tyrimuose paauglių kūdikių gimstamumo problematika iki šiol nebuvo analizuota. Po Nepriklausomybės atgavimo prasidėjo spartus gimstamumo mažėjimas, reikšmingai prisidėjęs prie spartaus šalies gyventojų senėjimo ir gyventojų skaičiaus mažėjimo [35]. Daugelis tyrimų buvo orientuoti į tuo metu aktualesnę gimstamumo didinimo prielaidų analizę bei kartų kaitos neužtikrinančių veiksnių nustatymą [39, 37, 38, 36]. Pirmasis paauglių kūdikių gimstamumo Lietuvoje tyrimas atliktas tik 2016 m. [41]. Jame nustatyta, kad nors 1994–2014 m. paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis Lietuvoje sumažėjo tris kartus (nuo 41,2 iki 13,7 kūdikių, tenkančių 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų), jis vis dar 2–3 kartus didesnis nei Vakarų ir Šiaurės Europos šalyse. Minėtas tyrimas taip pat atskleidė didelę regioninę paauglių kūdikių gimstamumo diferenciaciją Lietuvoje; kaimo vietovėse rodiklis beveik dukart didesnis nei miestuose, o kai kuriose kaimiškose savivaldybėse – net 5 kartus didesnis nei Vilniaus ir Kauno miesto sav., kur šis rodiklis yra mažiausias.

Straipsnio tikslas – išanalizuoti paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio (PKGR) kaitą Europos Sąjungos (ES) šalyse ir Lietuvoje, atskleidžiant pokyčių kryptį, mastą bei regioninę diferenciaciją. Straipsnyje pristatoma daugiausia

¹ Straipsnis parengtas vykdant tyrimą, kurį finansuoja Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. S-MIP-17-115, projektas „Gimdymo paauglystėje regioninė diferenciacija Lietuvoje: socioekonominė aplinka, lytinio švietimo vaidmuo ir individualios patirtys“)

deskriptyvinė statistika, kurios pagrindu Lietuvos situacija lyginama su tendencijomis kitose ES šalyse. Taip pat atliekama regioninės paauglių kūdikių gimstamumo diferenciacijos Lietuvoje analizė. Šis tyrimas skirtas probleminių regionų išskyrimui bei rodiklio kaitos tendencijų nustatymui, kurio pagrindu, plėtojant tolimesnius šios srities tyrimus, būtų galima kelti hipotezes ir analizuoti šio demografinio proceso priežastingumą.

2. Paauglių kūdikių gimstamumo tyrimų apžvalga

Paauglių kūdikių gimstamumas kaip socialinė problema viešajame diskurse bei pats terminas atsirado Jungtinėse Amerikos Valstijose XX a. septintojo dešimtmečio pabaigoje [11, 20]. Iš pradžių šis reiškinys vertintas išskirtinai kaip visuomenės moralės problema, naudojant neigiamos konotacijos „netekėjusios motinos“, „nesantuokinių vaikų“ sąvokas [20]. Ilgainiui, daugėjant šios srities mokslinių tyrimų, paauglių kūdikių gimstamumo sąvoka įgavo neutralesnį atspalvį ir iš moralinės problemos tapo labiau „technine problema“, kurią siekiama išspręsti [20]. Vis dėlto, kadangi paauglių kūdikių gimstamumas tiesiogiai susijęs su seksualumu, iki šiol daugelyje šalių, įskaitant JAV, neišvengiama viešų „kultūrinių karų“ dėl seksualumo kontrolės [6].

Apžvelgiant paauglių kūdikių gimstamumo tyrimų lauką, galima išskirti kelias esmines tyrimų kryptis: lyginamoji paauglių kūdikių gimstamumo rodiklių analizė; paauglių kūdikių gimstamumo pasekmės; paauglių kūdikių gimstamumo veiksniai; socialinės politikos priemonių paauglių kūdikių gimstamumui mažinti identifikavimo ir efektyvumo vertinimo tyrimai. Atkreiptinas dėmesys, kad toks skirstymas sąlyginis, nes šios temos tyrimuose dažnai persidengia. Šio straipsnio kontekste paauglių kūdikių gimstamumo pasekmių tyrimai mažiau relevantiški, tad jie nebus apžvelgiami. Kadangi Lietuvai aktualesnė industrinių šalių patirtis, toliau aptariami tyrimų rezultatai šiose šalyse (išskyrus pirmąjį tyrimų kryptį).

Pirmoji tyrimų kryptis tiesiogiai susijusi su tarptautinių organizacijų vaidmeniu darnaus vystymosi, pasaulio gyventojų sveikatos, lyčių lygybės srityse. Tarptautinės organizacijos PKGR naudoja reprodukcinės sveikatos, lyčių lygybės padėčiai skirtingose šalyse vertinti. 2000 m. Jungtinės Tautos priėmė „Tūkstantmečio deklaraciją“ (angl. *United Nations Millenium Declaration*) ir nustatė „Tūkstantmečio vystymosi tikslus“ (angl. *Millenium Development Goals*). Dokumente PKGR nurodomas kaip penktojo tikslo – gimdyvių sveikatos gerinimo – indikatorius [45]. Remdamos šio dokumento sėkme, 2015 m. Jungtinės Tautos patvirtino „Darnaus vystymosi strategiją 2030“ (angl. *2030 Agenda for Sustainable Development*), kurioje numatė 17 naujų Darnaus vystymosi tikslų (angl. *17 Sustainable Development Goals*), tačiau ir čia paauglių kūdikių gimstamumo mažinimas išliko vienu svarbiausių siekinių² [28, 13]. Todėl paraleliai priimta „Pasaulinė moterų, vaikų ir paauglių sveikatos strategija“ (angl. *The UN Secretary-General's Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*), kuri užtikrina, kad moterų sveikatos, įskaitant reprodukcinę sveikatą, klausimai nepasimestų bendroje strategijoje [40]. Vertindamos numatytų tikslų įgyvendinimo progresą tarptautinės organizacijos dažnai daro lyginamąją paauglių kūdikių gimstamumo įvairiuose pasaulio regionuose analizę bei atlieka rodiklių stebėseną.

Vienas tokios apžvalgos pavyzdžių – Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinių reikalų departamento Gyventojų padalinio 2013 m. parengta analizė apie tai, kaip kito gimstamumo ankstyvame amžiuje tendencijos po 1994 m. Kaire įvykusios Tarptautinės gyventojų ir vystymosi konferencijos (angl. *International Conference on Population and Development (ICPD)*). Dokumente paauglių kūdikių gimstamumo lygis laikomas aukštu, kai šalyje 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų tenkantis kūdikių skaičius yra didesnis nei trečiasis visų šalių kvartilis (daugiau nei 80 kūdikių 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų), vidutiniu – kai PKGR yra tarp antro ir trečio visų šalių kvartilių (nuo 19 iki 80 kūdikių), žemu – kai rodiklis yra mažesnis už pirmąjį kvartilį (mažiau nei 19 kūdikių) [46]. Aukštu paauglių kūdikių gimstamumo lygiu pasižymi dauguma Afrikos šalių, dalis Lotynų Amerikos šalių (ypač Centrinėje Amerikoje), keletas Azijos šalių. Vidutinis lygis fiksuotas Azijoje, Lotynų Amerikoje, Karibų jūros regione, kai kuriose Europos šalyse (daugiausia Rytų ir Vidurio Europoje), Jungtinėse Amerikos Valstijose. Žemais rodikliais pasižymi Vakarų ir Šiaurės Europos šalys (išskyrus Jungtinę Karalystę), Kanada, Australija, Kinija, Japonija ir dalis Šiaurės Afrikos šalių. Akivaizdu, kad analizuojamo rodiklio variacija tarp skirtingų pasaulio regionų ir šalių didžiulė.

² Tais pačiais metais Jungtinių Tautų Statistikos komisijos Lyčių statistikos ekspertų grupė PKGR įtraukė į „Pasaulinį minimalų rodiklių sąrašą Moters ir mergaitės žmogaus teisių srityje“ (angl. *Global Minimum Set of indicators in the domain Human Rights of Women and the Girl Child*) [44].

Atsižvelgiant į tai, kad žemiausio paauglių kūdikių gimstamumo lygio šalyse rodiklis yra bent 6 kartus mažesnis nei aukščiausio lygio šalyse, gali atrodyti, kad šio pogrupio šalyse (įskaitant ir Lietuvą) paauglių kūdikių gimstamumo klausimas nebeaktualus, neprobleminis. Vis dėlto šio proceso prigimtis ir raiška besivystančiose ir industrializuotose valstybėse iš esmės skiriasi – pirmuoju atveju gimdymas paauglystėje yra ankstyvų santuokų pasekmė ir dauguma vaikų tokiam sociokultūriniam kontekste yra laukti, norimi [29]. Antruoju atveju nėštumas dažniausiai yra nepageidaujamas, negebėjimo ar negalėjimo atidėti vaikų susilaukimo vėlesniam amžiui pasekmė, nesusietas su santuoka [29]. Todėl tyrimai industrinėse šalyse paauglių kūdikių gimstamumą analizuoja seksualinės ir reprodukcinės sveikatos ir teisių kontekste, akcentuodami makroaplinkos (socialinių, kultūrinių, ekonominių veiksnių) poveikį paauglių seksualiniam elgesiui bei siekdami identifikuoti tinkamas socialinės politikos priemones gimstamumui paauglystėje mažinti.

Paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis netiesiogiai atspindi paauglių seksualinę ir kontraceptinę elgseną [46]. Žinojimas apie būtinybę lytinių santykių metu naudoti kontraceptines priemones, jų naudojimo specifiką siejamas su kokybišku lytiniu švietimu ugdymo įstaigose. Todėl pagrindiniai *socialinės politikos vertinamieji tyrimai* analizuoja lytinio švietimo ir paauglių kūdikių gimstamumo sąsajas. Europos parlamento 2013 m. parengtoje lytinio ugdymo mokyklose praktikų ES šalyse apžvalgoje [8] konstatuojama, kad kokybiškiausias lytinis švietimas yra Benilukso, Šiaurės šalyse, Prancūzijoje ir Vokietijoje. Šiose šalyse gimstamumo ankstyvame amžiuje rodikliai yra mažiausi. Rytų ir Vidurio Europos šalyse lytinis švietimas laikomas nekokybišku arba jo išvis nėra. Būtent šiame regione (Bulgarijoje, Rumunijoje, Vengrijoje, Slovakijoje, Lietuvoje ir Estijoje) bei Jungtinėje Karalystėje, Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, 2000–2010 m. užfiksuoti didžiausi PKGR. Čia kūdikiai gimę paauglėms sudaro nuo 2 iki 5 proc. visų gimusių kūdikių. Visose kitose ES šalyse PKGR yra mažesni nei 2 proc. [8].

Moksliniame diskurse kokybišku lytiniu švietimu įprasta laikyti vadinamąsias visapusiškas lytinio švietimo programas (angl. *comprehensive sexuality education*)³. Naujausiose (2018 m.) UNESCO rekomendacijose visapusiškas lytinis švietimas apibrėžiamas kaip „mokymo planu grindžiamas mokymo ir mokymosi apie kognityvinius, emocinius, fizinius ir socialinius seksualumo aspektus procesas. Jo metu siekiama suteikti vaikams ir jaunimui žinias, įgūdžius, pažiūras ir vertybes, kurios juos įgalintų – rūpintis savo sveikata, gerove ir orumu; formuoti pagarbius socialinius ir seksualinius santykius; apgalvoti ir atsižvelgti į tai, kokį poveikį jų pasirinkimai daro jų pačių ir kitų žmonių gerovei; suprasti ir užtikrinti savo teises visą gyvenimą“ [42]. Pažymima, kad lytinio švietimo programų turinys turėtų būti grindžiamas mokslinių tyrimų duomenimis, atitikti vaikų ir jaunimo amžių ir raidą, remtis žmogaus teisių ir lyčių lygybės principais. Toks lytinis švietimas siejamas su pirmųjų lytinių santykių atidėjimu ir atsakingesniu elgesiu jų metu, pvz., dažniau pirmų lytinių santykių metu naudojamos kontraceptinės priemonės [19].

Svarbus visapusiško lytinio švietimo principas yra pasirinkimo laisvė: teigiama, kad kiekvienas asmuo turi teisę susilaikyti nuo lytinių santykių, atidėti juos vyresniam amžiui ar įsitraukti į seksualinius santykius. Nors susilaikymas nuo lytinių santykių išlieka svarbia praktika, siekiant išvengti netikėto nėštumo ir lytiškai plintančių infekcijų, tyrimai rodo, kad didelė dalis jaunimo yra seksualiai aktyvūs, todėl socialinių mokslų tyrimuose seksualiniai santykiai paauglystėje vis dažniau conceptualizuojami kaip įprasta ir tikėtina patirtis [24]. Kai kuriose šalyse taikomos susilaikymu nuo lytinių santykių (dažnai – iki santuokos) (angl. *abstinence-only sex education*) grįstos lytinio ugdymo programos nėra efektyvios bei galimai daro neigiamą poveikį jaunimo seksualinei ir reprodukcinėi sveikatai [42]. Jos siejamos su PKGR didėjimu, didesniu ŽIV ir kitų lytiniu keliu plintančių infekcijų tarp paauglių paplitimu [25, 18, 1]. Skaičiuojama, kad tose JAV valstijose, kuriose paplitęs abstinencija grįstas lytinis švietimas, paauglės turi žymiai didesnę tikimybę pastoti – 3 kartus didesnę nei prancūzės ir 6 kartus didesnę nei olandės [33]. Taip pat nėra įrodymų, kad susilaikymu iki santuokos grįstos lytinio ugdymo programos pavėlintų pirmus paauglių lytinius santykius [6].

Šiuolaikiniai paauglių kūdikių gimstamumo veiksnių tyrimai, ypač kai mėginama paaiškinti skirtumus tarp šalių ir regionų, analizuoja reprodukcinės sveikatos paslaugų prieinamumo paaugliams aspektus bei tiria socialinės ir ekonominės nelygybės vaidmenį. Mokslininkų kolektyvas [23], analizuodamas paauglių kūdikių gimstamumo skirtumus ES, nustatė, kad rodikliai mažesni tose šalyse, kuriose seksualinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugos yra lengviau pasiekiamos paaugliams, pvz., nereikia tėvų sutikimo nėštumo nutraukimo procedūrai, kontraceptinės

³ Jas rekomenduoja ir tarptautinės organizacijos (Pasaulio sveikatos organizacija, Jungtinių Tautų švietimo, mokslo ir kultūros organizacija, Europos Parlamentas). Sąvoka „visapusiškas“ programos pavadinime nurodo tai, kad lytinis švietimas neapsiriboja tik fiziologinių ar biologinių reprodukcinės sveikatos aspektų aptarimu, bet apima ir etinius, moralinius, emocinius bei bendresnio pobūdžio klausimus, susijusius su seksualumu ir tarpasmeniniais santykiais [47].

priemonės paaugliams subsidijuojamos. Autoriai teigia, kad PKGR diferenciacijai įtakos turi tai, kad Vakarų ir Šiaurės Europos valstybėse neplanuotai pastojus nėštumas dažnai nutraukiamas, o Rytų ir Vidurio Europos valstybėse paauglės dažniau gimdo, dėl to ten rodikliai didesni.

Vaiko susilaukimas paauglystėje didina riziką tiek paauglei, tiek jos vaikui patirti socialinę ir ekonominę atskirtį ateityje, kita vertus, vis dažniau pripažįstama, kad egzistuoja ir atvirkštinis ryšys – socialinė ar ekonominė atskirtis yra svarbus paauglių kūdikių gimstamumo veiksnys. Atlikta gana nemažai tyrimų, rodančių, kad individo žemesnis socioekonominis statusas yra rizikos faktorius, pvz., merginos iš neprivilegiuotų (etninių, rasinių ir pan.) bendruomenių turi didesnę tikimybę susilaukti vaiko paauglystėje [2, 7]. Tačiau ne mažiau svarbios ir makrolygmens struktūrinės nelygybės. Mokslininkų grupė Santelli et al. [31] analizavo sąsajas tarp nacionalinių socioekonominių indikatorių ir paauglių kūdikių gimstamumo rodiklių kaitos 142 šalyse. Nustatyta, kad 1990–2012 m. paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis nukrito 40 proc., o didžiausi pokyčiai įvyko regionuose, kuriuose mažiausia pajamų nelygybė (matuota Gini koeficientu) – Pietų Azijoje, Europoje, Centrinėje Azijoje ir Vidurio Rytuose / Šiaurės Afrikoje). Autoriai atkreipia dėmesį, kad net „aukštų pajamų“ šalyse paauglių kūdikių gimstamumo lygis gali būti aukštas, jei tose šalyse egzistuoja didelė pajamų nelygybė. Kaip pavyzdys minimos JAV, kuriose PKGR gerokai didesnis nei mažesne pajamų nelygybe pasižyminčiose Vakarų ir Šiaurės Europos šalyse. Konstatuojama, kad, siekiant mažinti paauglių kūdikių gimstamumą, svarbu neapsiriboti tik reprodukcinės sveikatos paslaugomis ar visapusišku lytiniu švietimu, bet ir vykdyti programas, mažinančias skurdą ir kitas socialines nelygybes.

3. Duomenys ir metodai

Pagrindinis gimstamumo ankstyvame amžiuje reiškinį nusakantis rodiklis yra paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis⁴ (angl. *adolescent / teenage fertility rate, adolescent / teenage birth rate*). Tai yra specialusis gimstamumo pagal moters amžių demografinis rodiklis (angl. *age-specific fertility rate*), kuris nurodo, kiek gyvų kūdikių gimė 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus⁵ moterų [46, 15]. Rodiklis apskaičiuojamas gyvų gimusių kūdikių, kuriuos pagimdė moterys iki 19 metų amžiaus (imtinai), skaičių padalijus iš vidutinio metinio 15–19 metų amžiaus moterų skaičiaus ir padauginus iš 1 000:

$${}_5f_{15}(t) = \frac{{}_5B_{15}(t)}{{}_5P_{15}(t)} \times 1000,$$

čia:

${}_5f_{15}(t)$ – paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis (PKGR); t – metai;

${}_5B_{15}(t)$ – gyvų gimusių kūdikių, kuriuos pagimdė [15, 20) amžiaus moterys t metais, skaičius;

${}_5P_{15}(t)$ – vidutinis metinis [15, 20) amžiaus moterų skaičius t metais⁶.

Analizuojant gimstamumą paauglystėje, jei tik turima pakankamai duomenų, rekomenduojama rodiklį išskaidyti į smulkesnes grupes pagal amžių, įprastai 15–17 ir 18–19 metų amžiaus [21]. Tokiu būdu geriau įvertinama jauniausių merginų situacija, kurioms gimdymas paauglystėje paprastai sukelia daugiau neigiamų pasekmių nei vyresnio amžiaus merginoms.

Šiame straipsnyje ES šalių PKGR (šalies lygmeniu) buvo apskaičiuotas naudojant Eurostato duomenų bazę [9] bei Danijos, Airijos, Maltos ir Italijos oficialiąją gimstamumo statistiką renkančių įstaigų duomenis, nes jie nebuvo prieinami Eurostato duomenų bazėje. PKGR skaitiklis apskaičiuotas sudėjus kūdikių⁷, gimusių 15, 16, 17, 18 ir 19 metų

⁴ Lietuviškame demografijos moksliniame diskurse nusistovėjusi praktika anglišką terminą „fertility“, kai kalbama apie demografinį procesą, versti „gimstamumas“, pvz., „total fertility rate“ – „suminis gimstamumo rodiklis“. Atitinkamai autorės sąvoką „adolescent fertility rate“ verčia į „paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis“. Vis dėlto ankstesnėse publikacijose sulaukus pastabų iš recenzentų, vertimas buvo pakoreguotas į „paauglių gimdymo rodiklį“. Kadangi tai nėra pats tiksliausias angliško termino atitikmuo, nes „gimstamumas“ žymi demografinį procesą, o „gimdymas“ – fiziologinį reiškinį, pasikonsultavus su Valstybinės lietuvių kalbos komisijos specialistais šioje publikacijoje autorės vartoja terminą „paauglių kūdikių gimstamumas“.

⁵ Pasaulio sveikatos organizacija paauglystės amžiumi laiko periodą nuo 10 iki 19 metų amžiaus imtinai.

⁶ Notacija pagal įprastai specialiuosiuose gimstamumo pagal moters amžių demografiniuose rodikliuose naudojamus žymėjimus: <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=19938>

⁷ Čia ir toliau kalbama apie gyvus gimusius kūdikius (angl. *live births*).

amžiaus moterims (imtinai), skaičių su kūdikių, gimusių 10–14 metų amžiaus merginoms, skaičiumi. Kadangi specialiesiems demografiniams rodikliams pagal amžių apskaičiuoti vardiklyje naudojamas vidutinis metinis tos amžiaus grupės gyventojų skaičius [27], o Eurostato duomenų bazėje pateikiamas 15–19 metų moterų skaičius tik metų pradžioje (sausio 1 d.), vidutinis 15–19 metų amžiaus moterų skaičius kiekvienais analizuojamais metais apskaičiuotas kaip šio amžiaus moterų skaičiaus laikotarpio pabaigoje ir pradžioje aritmetinis vidurkis. Skaičiuojant rodiklius 15–17 ir 18–19 metų amžiaus merginų grupėms, taikyta panaši formulė, tik skaitiklyje atitinkamai buvo gimimai, tenkantys 15–17 ar 18–19 metų amžiaus merginoms, o vardiklyje – vidutinis metinis 15–17 ar 18–19 metų amžiaus merginų skaičius.

PKGR Lietuvos savivaldybėse apskaičiuotas naudojant pagal konfidencialių statistinių duomenų teikimo mokslo tikslams sutartį specialiai šiam projektui parengtus Lietuvos statistikos departamento einamosios statistikos duomenis apie moterų iki 19 metų amžiaus imtinai (pametinėmis amžiaus grupėmis) susilaukiamų kūdikių gimstamumą ir gimimo eiliškumą Lietuvos savivaldybėse. Siekiant įvertinti galimą metinį rodiklio svyravimą (kai rodiklis vienais kalendoriniais metais yra neįprastai didelis arba mažas) bei išvengti netikslumų dėl mažo atvejų skaičiaus, PKGR apskaičiuotas penkerių metų laikotarpiams – 2001–2005, 2006–2010, 2011–2015 m. Rodiklio skaitiklį sudarė konkrečioje savivaldybėje atitinkamu laikotarpiu gimusių kūdikių, kurių susilaukė jaunesnės nei 20 metų amžiaus moterys, skaičius. Vardiklį – tos savivaldybės vidutinio metinio 15–19 metų amžiaus moterų skaičiaus kiekvienais analizuojamais metais suma. Įvertinant 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų susilaukiamų kūdikių gimstamumo rodiklius naudota ta pati formulė, skaičiuojant atitinkamai 15–17 ir 18–19 metų merginoms gimusius kūdikius bei vidutinį metinį šių amžiaus grupių merginų skaičių.

Tiriamu laikotarpiu Lietuvoje jaunesnėms nei 20 metų moterims gimė 30 164 kūdikiai: 2001–2005 m. – 13 379 kūdikiai, 2006–2010 m. – 10 390 kūdikių, 2011–2015 m. – 6 395 kūdikiai. Dėl itin mažo atvejų skaičiaus kai kurių savivaldybių PKGR apskaičiuoti kartu su greta esančių savivaldybių: 15–19 metų amžiaus merginoms Birštono su Prienų r., Neringos su Klaipėdos r.; 18–19 metų amžiaus merginoms (be jau minėtų) – Palangos m. su Klaipėdos m.; 15–17 metų amžiaus (be jau minėtų) – Širvintų r. sav. su Elektrėnų sav., Visagino sav. su Ignalinos r. sav. Miesto ir kaimo diferenciacijos Lietuvoje analizei naudojami įvairių metų Demografijos metraščių duomenys [3, 4, 5].

Straipsnyje analizuojamas laikotarpis apima 2001–2015 m. Toks laikotarpis pasirinktas todėl, kad po 2001 m. surašymo Lietuvos gyventojų skaičius nebuvo perskaičiuotas savivaldybių lygmeniu ankstesniems nei 2001 m. Neturint tikslių duomenų apie gyventojų skaičių, neįmanoma apskaičiuoti PKGR savivaldybėse.

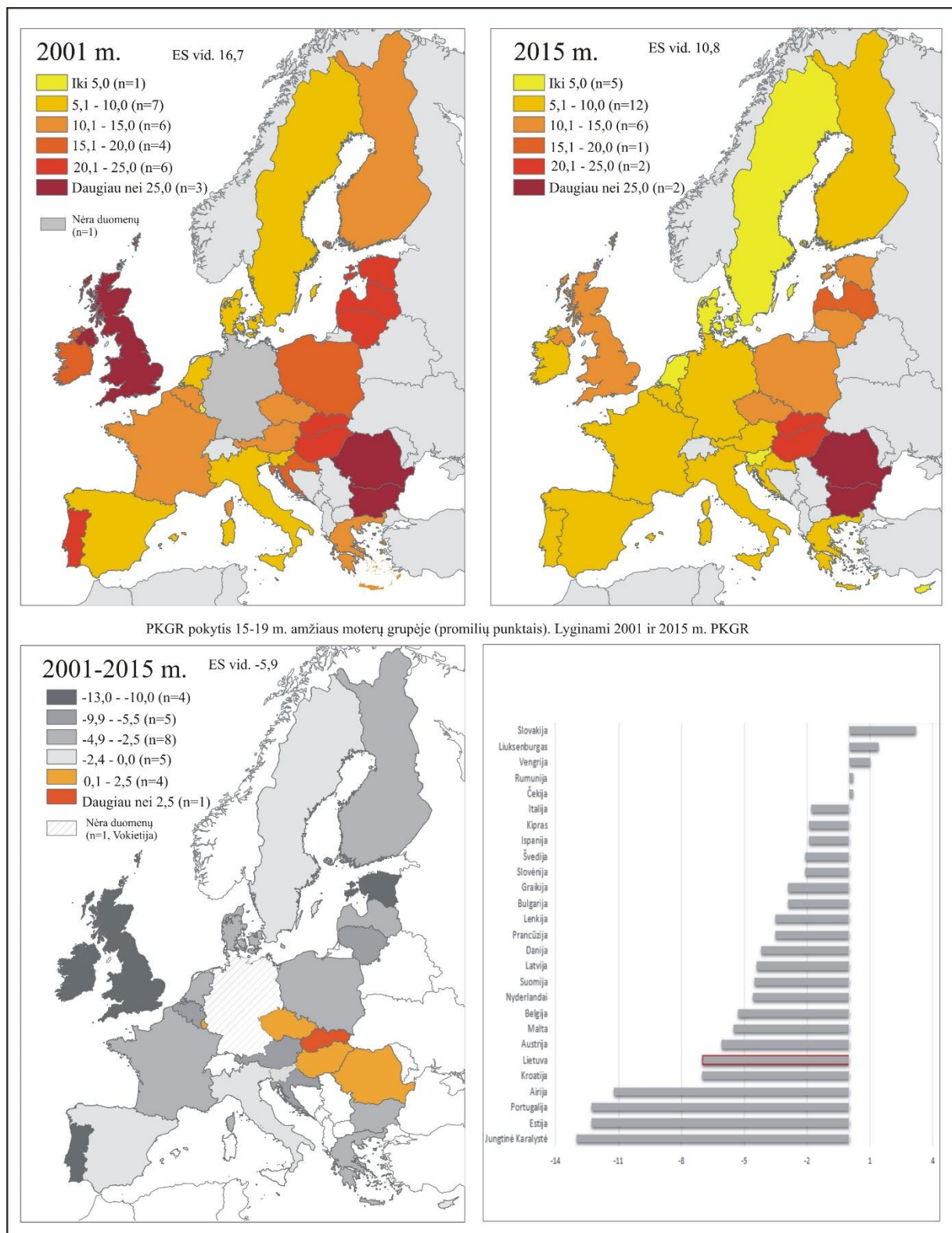
Šiame straipsnyje pristatomo tyrimo rezultatų patikimumas daugiausia priklauso nuo duomenų tikslumo. Tyrime naudojami oficialių statistikos institucijų teikiami einamosios gimstamumo statistikos duomenys, kurie tokio pobūdžio tyrimuose laikomi tiksliausiais ir patikimiausiais. Taigi duomenys objektyviai iliustruoja paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio kaitos tendencijas ES šalyse ir Lietuvoje. Siekiant išlaikyti rezultatų patikimumą skaičiuojant rodiklius savivaldybėse, vertinti penkerių metų laikotarpiai, taip pat jei savivaldybėje gimimų buvo mažiau nei 10, jos rodiklis apskaičiuotas su viena iš gretimai esančių savivaldybių. Straipsnyje analizė atliekama ir išvados formuluojamos santykinų rodiklių pagrindu, absoliutūs skaičiai pateikiami tik kaip papildoma problemos mastą iliustruojanti informacija.

4. Paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio pokyčiai Europos Sąjungos valstybėse

Pasauliniame kontekste dauguma ES šalių priskirtinos žemo paauglių kūdikių gimstamumo lygio kategorijai [46]. Vis dėlto, analizuojant atskirų šalių rodiklius, matyti, kad yra didelė variacija. Toliau straipsnyje pristatoma paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio kaita 2001–2015 m. ES šalyse, išryškinant tendencijas Lietuvoje.

Daugelyje ES valstybių per pastaruosius penkiolika metų PKGR nuosekliai mažėjo (1 pav.). ES šalių PKGR vidurkis lyginant 2001 ir 2015 m. sumažėjo 5,9 promilės punkto: nuo 16,6 2001 m. iki 10,8 2015 m. 2015 m. duomenys rodo, kad iš 28 ES valstybių 17 valstybių PKGR yra mažesnis nei ES vidurkis. Šis rodiklis 2015 m. mažiausias buvo Nyderlanduose (3,2), Danijoje (3,4), Švedijoje (4,5) bei Kipre (4,9), kur neviršijo 5,0 (1 pav.), o didžiausias – Rumunijoje (36,6) ir Bulgarijoje (41,3). Apskritai bendrame ES kontekste Vidurio ir Rytų Europos valstybės išsiskiria didesniu paauglių kūdikių gimstamumo rodikliu (1 pav.). Šiuo atveju Lietuva ne išimtis. 2015 m. duomenimis, Lietuvoje 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų teko 14,2 kūdikio. Didesnis nei Lietuvoje šis rodiklis yra tik Latvijoje (18,1), Vengrijoje (23,1), Slovakijoje (24,6) bei jau minėtose Rumunijoje ir Bulgarijoje. Jei palygintume mažiausią ir didžiausią rodiklio reikšmę, matytume, kad 2015 m. skirtumas tarp Nyderlandų ir Bulgarijos sudarė beveik 13 kartų.

Galima teigti, kad toks didelis atotrūkis tarp rodiklio reikšmių skirtingose ES valstybėse, pateikus vidutines ES rodiklio reikšmes, niveliuoja bendrą viso regiono vaizdą, neišryškina probleminių valstybių, todėl kalbant apie paauglių kūdikių gimstamumą, svarbu atkreipti dėmesį į atskirų valstybių rodiklius, jų pokyčius laike.

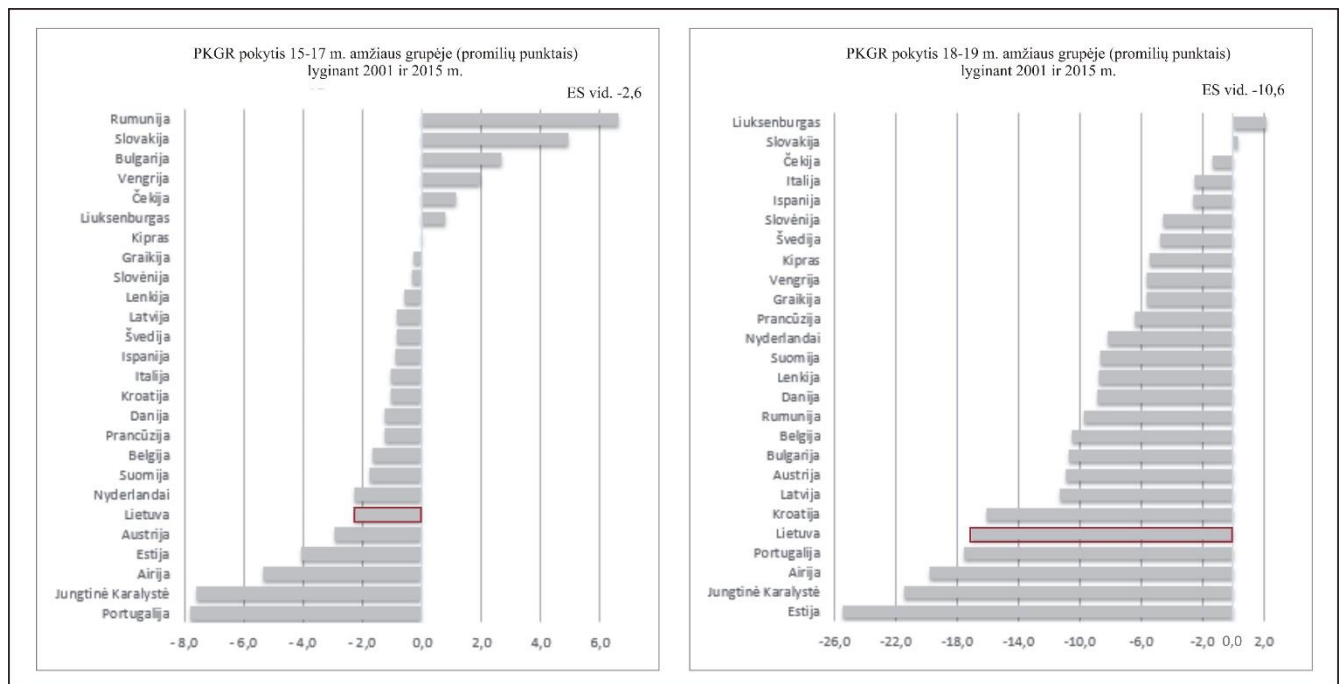


1 pav. Kūdikių skaičius, tenkantis 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų ES valstybėse (ES 28) 2001–2015 m. (Sudaryta autorių; remiantis Eurostato duomenimis, papildžius juos Italijos, Maltos, Airijos bei Danijos statistikos institucijų duomenimis. Pastaba. 2001 m. nėra duomenų apie paauglėms gimusį vaikų skaičių Vokietijoje, todėl nėra galimybių apskaičiuoti pokytį).

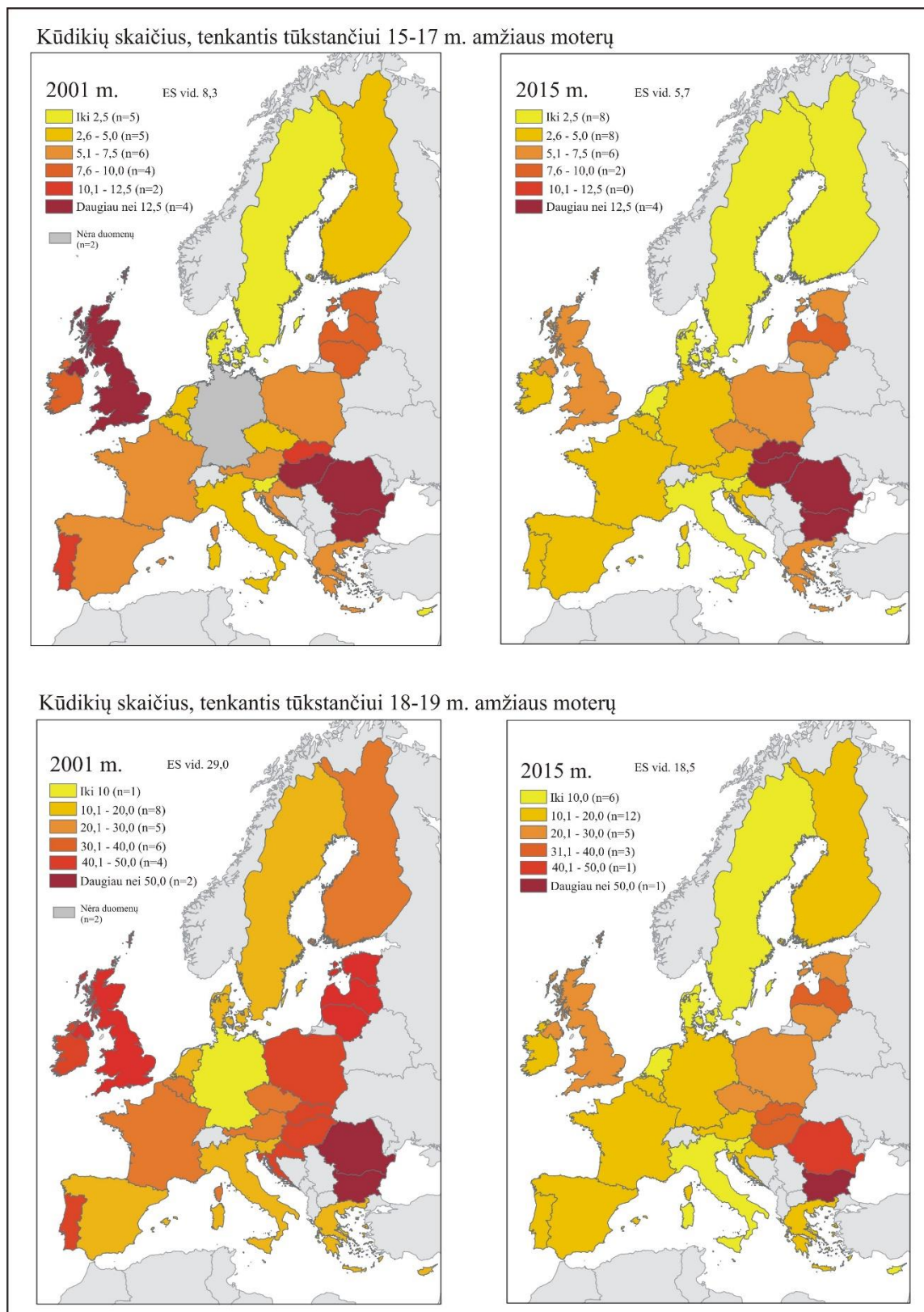
Šiuos skirtumus tarp Vakarų ir Šiaurės Europos bei Rytų ir Vidurio Europos šalių lemia socialinių, kultūrinių ir ekonominių veiksnių visuma: lytinio švietimo sistemų skirtumai, seksualinių ir reprodukcinę paslaugų prieinamumo paaugliams aspektai, kultūrinės nuostatos paauglių seksualinės elgsenos atžvilgiu, ekonominės nelygybės tarp šalių. Jau minėta, kad rodikliai mažesni šalyse, kurių mokyklose vykdomos visapusiškos lytinio švietimo programos – Benilukso, Šiaurės šalyse, Prancūzijoje ir Vokietijoje [8]. Kiti tyrėjai akcentuoja, kad Rytų ir Vidurio Europos šalyse seksualinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugos yra mažiau prieinamos nei Vakarų ir Šiaurės Europos šalyse [23]. Tai susiję tiek su kontraceptinėmis priemonėmis, tiek nėštumo nutraukimo paslaugomis. Šiaurės šalyse paaugliai paprastai yra seksualiai aktyvesni nei Rytų ir Vidurio Europos šalių paaugliai, tačiau jie dažniau naudoja efektyvias kontraceptines priemones, todėl rečiau susiduria su neplanuotu nėštumu [16]. Mokslininkai pastebi, kad svarbi ir sociokultūrinė aplinka – kai seksualiniai santykiai suvokiami kaip natūrali ir tikėtina patirtis paauglystėje, pvz., Nyderlanduose, paaugliai nebijo kalbėtis šia tema su suaugusiais, kreiptis į specialistą, kai reikia pagalbos, dėl ko išvengia netikėtų, nemalonių pasekmių [6].

Didžiausias teigiamas PKGR pokytis pastebėtas Jungtinėje Karalystėje. Per penkiolika metų šioje valstybėje gimstamumo paauglystėje lygis sumažėjo beveik dvigubai. Lyginant 2001 ir 2015 m., apskaičiuotas pokytis – 13,0 promilių punktų (atitinkamai nuo 27,0 iki 14,0). Tai susiję su tuo, kad 1999–2010 m. Anglijoje buvo įgyvendinama paauglių nėštumų strategija, kuri rėmėsi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis dėmesį skirti prevencijai, seksualinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugų paaugliams prieinamumo užtikrinimui [14]. Vis tik reikėtų pastebėti, kad Jungtinė Karalystė išsiskiria didelėmis PKGR reikšmėmis iš Vakarų Europos konteksto ir pagal šį rodiklį vis dar yra artimesnė Vidurio ir Rytų Europos valstybėms. Taip pat didesniu nei 10 promilių punktų pokyčiu, lyginant 2001 ir 2015 m., išsiskiria Portugalija, Estija bei Airija (1 pav.). Nežymiai (iki 1 promilės punkto) PKGR padidėjo Čekijoje, Rumunijoje bei Vengrijoje. Tuo tarpu Liuksemburge šis rodiklis išaugo nuo 4,3 iki 5,7, o Slovakijoje nuo 21,4 iki 24,6. Visose minėtose valstybėse (išskyrus Liuksemburgą) absoliutus kūdikių, gimusių 15–19 metų amžiaus moterims, skaičius mažėja.

Apskritai visose ES valstybėse kūdikių, gimusių 15–19 metų amžiaus moterims, skaičius mažėja ir lyginant 2001 ir 2015 m. sumažėjo daugiau nei 60 tūkst.: nuo 121 669 iki 60 676. Taip pat mažėja ir 15–19 m. amžiaus moterų skaičius – Eurostato duomenimis, ES šalyse 15–19 metų amžiaus moterų skaičius 2015 m., palyginti su 2001 m., sumažėjo 13 proc. Šios amžiaus grupės moterų skaičiaus mažėjimas pastebimas daugelyje nagrinėtų ES valstybių, išskyrus Liuksemburgą, Daniją, Nyderlandus, Belgiją, Švediją ir Jungtinę Karalystę. Didžiausias neigiamas pokytis pastebimas Bulgarijoje, Estijoje, Latvijoje ir Lenkijoje. Šiose šalyse 15–19 metų amžiaus moterų skaičius 2015 m. buvo daugiau nei 40 proc. mažesnis, palyginti su 2001 m.



2 pav. 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų kūdikių gimstamumo rodiklio pokyčiai ES valstybėse lyginant 2001 ir 2015 m. Pastaba: 2001 m. nėra duomenų apie paauglėms gimusį vaikų skaičių Vokietijoje ir Maltoje, todėl nėra galimybių apskaičiuoti pokytį.



3 pav. Kūdikių skaičius, tenkantis 1 tūkst. 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų ES valstybėse (ES 28) 2001 ir 2015 m. (Sudaryta autorių; remiantis Eurostato duomenimis, papildžius juos Italijos, Maltos, Airijos, bei Danijos statistikos institucijų duomenimis).

Reikėtų atskirai aptarti PKGR disagreguotą į smulkesnes amžiaus grupes. 2001 m. 15–17 metų amžiaus moterų grupėje gimstamumo rodikliai mažiausi buvo Danijoje (0,8), Nyderlanduose (1,1), Švedijoje (1,5) ir Suomijoje (1,9). 2015 m. rodiklis neviršijo 5,0 visose Šiaurės ir Vakarų Europos šalyse (išskyrus Jungtinę Karalystę). Didžiausiais rodikliais šio amžiaus moterų grupėje tiek 2001 m., tiek 2015 m. stipriai išsiskyrė Rumunija ir Bulgarija. Įdomu tai, kad šiose šalyse gimstamumas 15–17 metų amžiaus moterų grupėje netgi išaugo: Rumunijoje 2001 m. buvo fiksuotas 22,4, 2015 m. – 29,1, Bulgarijoje – atitinkamai 30,8 ir 33,5. Abi valstybės stipriai viršija ES vidurkį ir yra pagrindinės valstybės, „išauginančios“ ES vidutinę rodiklio reikšmę visu nagrinėjamu periodu. Šių šalių rodikliai lenkia Skandinavijos šalis daugiau nei 20 kartų.

Gimstamumas 18–19 metų amžiaus moterų per analizuojamą laikotarpį sumažėjo visose (išskyrus Liuksemburgą ir Slovakiją, kurioje PKGR „augina“ apskritai mažėjanti 18–19 metų amžiaus merginų dalis) ES valstybėse (2 ir 3 pav.). Rumunijoje ir Bulgarijoje gimstamumo rodikliai šioje amžiaus grupėje taip pat sumažėjo, nors išlieka gerokai didesni lyginant su kitomis ES valstybėmis: Rumunijoje sumažėjo nuo 57,8 2001 m. iki 48,0 2015 m., Bulgarijoje – atitinkamai nuo 63,8 iki 53,1. Didžiausias 18–19 metų amžiaus paauglių kūdikių gimstamumo pokytis išryškėjo Estijoje (sumažėjo nuo 47,7 2001 m. iki 22,2 2015 m.), Jungtinėje Karalystėje (nuo 47,4 2001 m. iki 25,9 2015 m.) bei Airijoje (nuo 35,9 2001 m. iki 16,0 2015 m.).

Lietuva pagal PKGR kaitą Europos kontekste atrodo gana pozityviai. Per penkiolika metų PKGR Lietuvoje sumažėjo 7,1 promilės punkto: nuo 21,2 2001 m. iki 14,2 2015 m. (2 pav.). 2001 m. paauglėms gimė 2 772 kūdikiai, 2015 m. – 1 144, arba 59 proc. mažiau. Lietuvoje, nors ir mažėja, tačiau vis dar išlieka dideli gimstamumo rodikliai merginų, kurios susilaukia kūdikių neturėdamos 18 metų (2 pav.). 2015 m. 1 tūkst. 15–17 metų moterų teko 6,2 kūdikio ir tai yra šiek tiek daugiau nei ES vidurkis, bet apie 4 kartus daugiau lyginant su Skandinavijos šalimis. 18–19 metų moterų grupėje gimstamumas sumažėjo 1,7 karto: nuo 42,2 2001 m. iki 25,1 2015 m., tačiau vis dar yra 1,4 karto didesnis nei ES vidurkis ir 4 kartus didesnis nei Nyderlanduose (2 pav.).

Atlikta statistinė analizė išryškina paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio skirtumus ES valstybėse, leidžia kalbėti apie 2001–2015 m. vykusių pokyčių mastą ir kryptį atskirose valstybėse. Galima teigti, kad nors 15–19 metų amžiaus moterų grupėje PKGR sumažėjo daugelyje valstybių, vis dėlto didžiausiais pokyčiais išsiskiria Vakarų ir Šiaurės Europos šalys, kuriose šis rodiklis yra mažiausias. Danija, Nyderlandai, Švedija – tai valstybės, kuriose PKGR sumažėjo nuo 1,5 iki 2,5 karto ir, remiantis 2015 m. skaičiavimais, šiose šalyse 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų teko iki 5 kūdikių. Analizė atskleidžia, kad žymiai sumažėjo valstybių, kuriose 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų tektų daugiau nei 15 kūdikių, ir atitinkamai padidėjo valstybių skaičius, kuriose 1 tūkst. šio amžiaus moterų tenka iki 10 kūdikių. Nors šie skaičiai atspindi pozityvius pokyčius, vis tik kai kuriose ES šalyse rodiklis išlieka sąlyginai aukštas.

5. Regioninė paauglių gimstamumo diferencijacija Lietuvoje

Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse, paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis per analizuojamą laikotarpį (2001–2015 m.) nuosekliai mažėjo. Įdomu tai, kad tuo pačiu metu ryškėjo skirtumai šalies viduje. Kitaip tariant, teigiamos šio demografinio proceso tendencijos šalies mastu pasiskirstė netolygiai šalies viduje.

Kalbant apie 15–19 metų amžiaus moterų grupę, 3 pav. (viršuje, kairėje) matyti, kad 2001–2005 m. 70 proc. Lietuvos savivaldybių PKGR buvo didesnis nei 20. Didžiausiomis reikšmėmis išsiskyrė Kalvarijos (42,0), Pagėgių (35,4), Alytaus r. (34,5), Raseinių r. (34,2) ir Vilkaviškio r. (33,1) sav. Nebuvo nei vienos savivaldybės, kur šio rodiklio reikšmė būtų mažesnė nei 10. Mažiausios rodiklio reikšmės buvo tik miestų savivaldybėse (visais kitais laikotarpiais ir visoms amžiaus grupėms), taip pat mažesnėmis reikšmėmis išsiskyrė Vilniaus regionas, apimantis didžiąją rytų Lietuvos dalį.

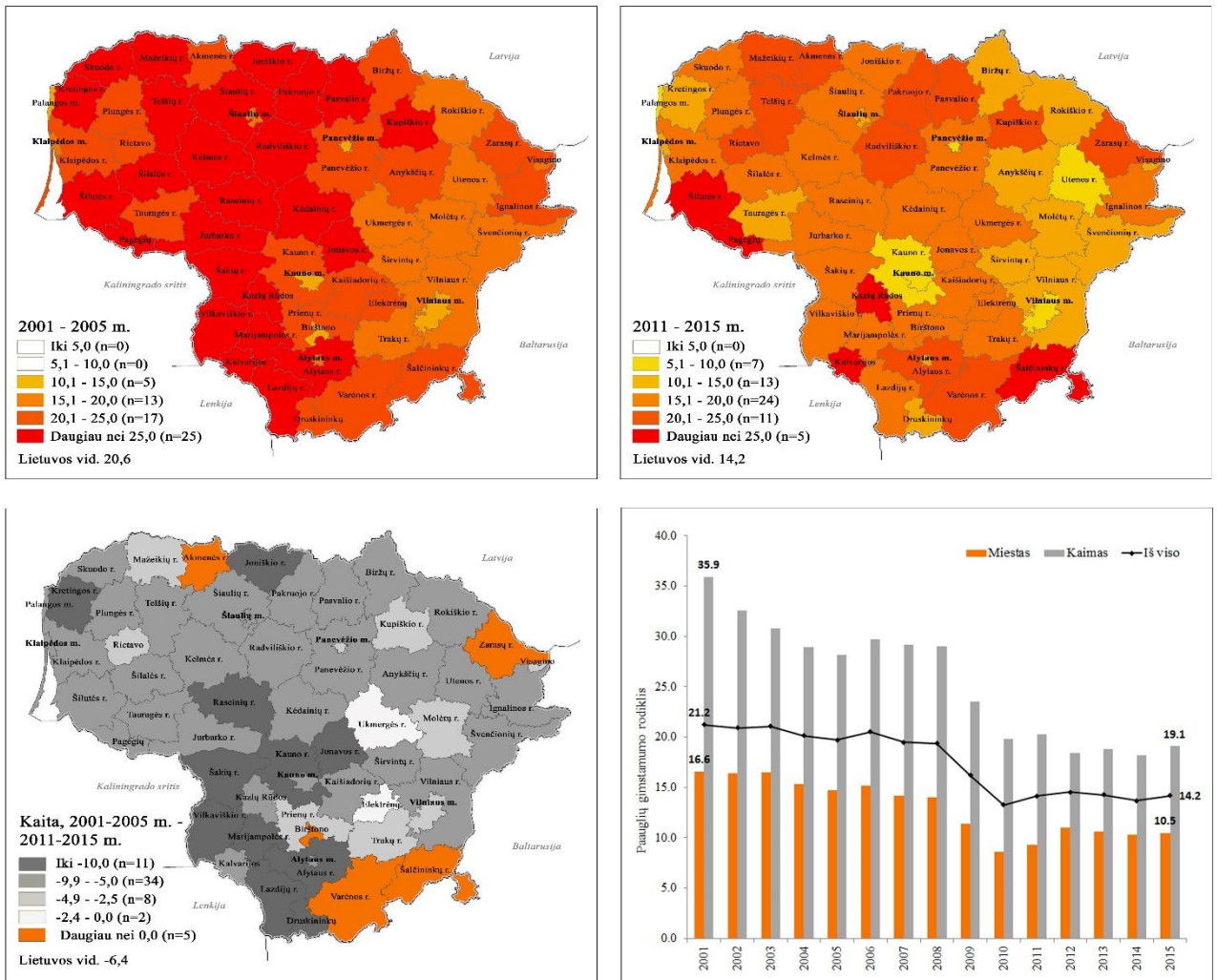
2006–2010 m. skirtumas tarp rytų Lietuvos ir likusios šalies dalies sumažėjo, tačiau padidėjo tarp atskirų savivaldybių. 2011–2015 m. vyravo tokios pačios tendencijos: apskritai sumažėjo, tačiau skirtumai tarp savivaldybių padidėjo (3 pav. viršuje, dešinėje). 2015 m. skirtumas tarp šio rodiklio didžiausios (Kalvarijos sav. – 32,6) ir mažiausios (Palangos m. sav. – 5,4) reikšmės yra 6 kartai. Atitinkamai, šis skirtumas buvo 3,8 2001–2005 m. laikotarpiu ir 4,8 2006–2011 m. laikotarpiu. Mažiausiomis PKGR reikšmėmis pasižymėjo miestų savivaldybės, o didžiausiomis – labiau kaimiškos, nuo didžiųjų miestų nutolusios, dažnai pasienio savivaldybės.

Visu analizuojamu laikotarpiu labiausiai paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio reikšmės sumažėjo Kretingos r., Raseinių r., Alytaus r., Vilkaviškio r. Šakių r. sav. – daugiau nei 12 promilės punktu. Nors visose savivaldybėse gimusiųjų skaičius sumažėjo, vis dėlto kai kuriose savivaldybėse, pvz., Birštono sav. (6,7 promilės punkto) ir Šalčininkų r. sav. (2,9), PKGR išaugo. Tam įtakos turėjo tiek žymiai sumažėjęs bendras šios amžiaus grupės moterų skaičius, tiek ir mažiau nei kitose savivaldybėse sumažėjęs paauglėms gimusių kūdikių skaičius.

Įdomu tai, kad koreliacija tarp PKGR reikšmių 2001–2005 m. ir šio rodiklio kaitos visu analizuojamu laikotarpiu yra neigiama ($r = -.515$, $n = 60$, $p = .000$). Tai reiškia, kad savivaldybėse, kuriose laikotarpio pradžioje PKGR buvo didesnis, jis sumažėjo santykinai labiau. Iš to galima spręsti, kad situacija problemiškesnėse savivaldybėse yra linkusi gerėti.

Visu analizuojamu laikotarpiu kaime rodiklis išliko dvigubai didesnis nei mieste. 2015 m. kaime jis siekė 19,1, o mieste – 10,5 (3 pav., apačioje, dešinėje). Tai atspindi bendras gimstamumo tendencijas Lietuvoje – kitų autorių atlikti tyrimai rodo, kad kaime gyvenančios moterys vaikų susilaukia anksčiau nei gyvenančios mieste [17]. Paauglių merginų atveju tikėtina, kad didesnis paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis taip pat susijęs ir su sudėtingesniu nei miestuose kontraceptinių priemonių bei reprodukcinės sveikatos paslaugų prieinamumu.

Kūdikių skaičius, tenkantis tūkstančiui 15-19 m. amžiaus moterų

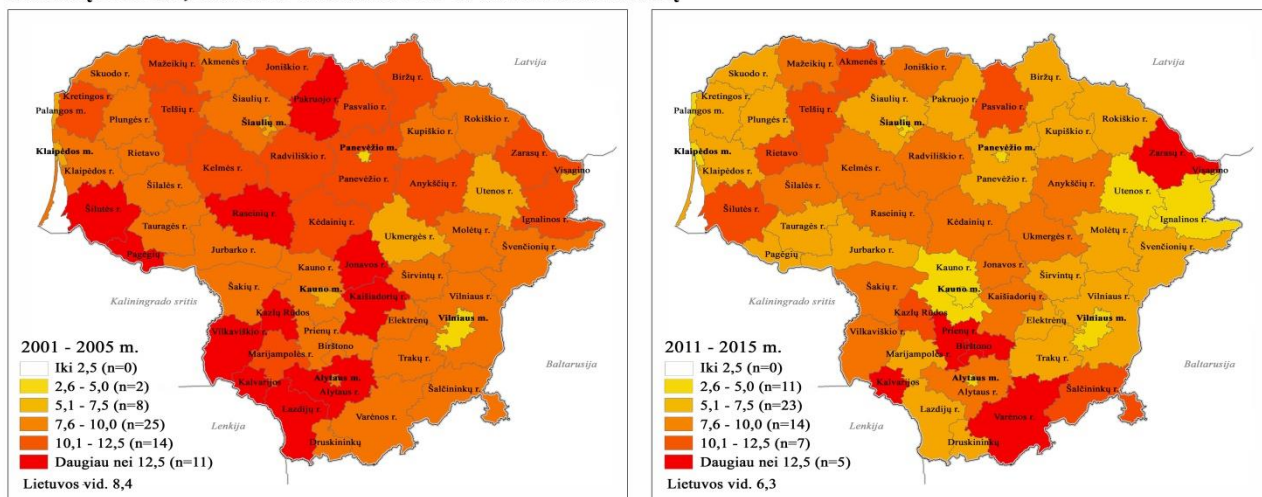


3 pav. Kūdikių skaičius, tenkantis 1 tūkst. 15–19 metų amžiaus moterų, savivaldybėse (Sudaryta autorių; remiantis pagal konfidencialių statistinių duomenų teikimo mokslo tikslams sutartį specialiai šiam projektui parengtus Lietuvos statistikos departamento einamosios statistikos duomenis)

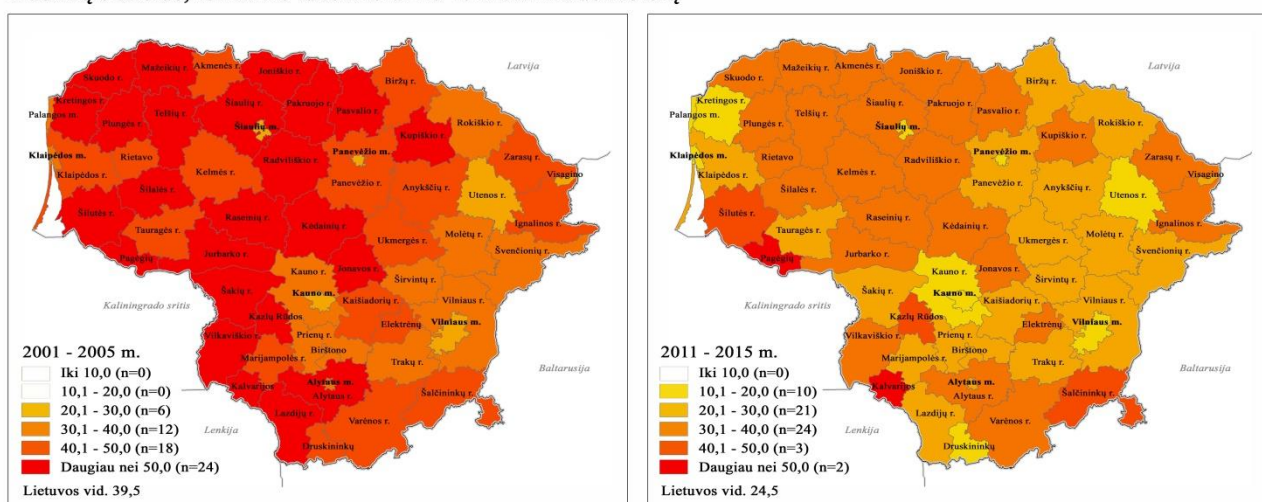
Gimstamumo rodikliai 15–17 metų amžiaus moterų grupėje Lietuvoje nors ir mažėja, tačiau išlieka gana dideli (4 pav., viršuje). Kalbant apie šią amžiaus grupę, Lietuvoje nesiformuoja didesni regionai, pasižymintys didesnėmis ar mažesnėmis rodiklių reikšmėmis, o visais nagrinėjamais laikotarpiais skirtumai tarp didžiausias ir mažiausias reikšmės

turinčių savivaldybių yra 5–6 kartai. 2001–2005 m. didžiausiais gimstamumo rodikliais išsiskyrė Kalvarijos (21,9), Alytaus r. (17,2), Pagėgių (15,0) ir Vilkaviškio r. (15,0) sav. 2011–2015 m. didžiausios rodiklių reikšmės apskaičiuotos Kalvarijos (15,5), Zarasų r. (13,4), Prienų r. (12,6), Birštono (12,6), Varėnos r. (12,6) ir Kazlų Rūdos (12,5) sav. Abiem laikotarpiais mažiausios reikšmės fiksuotos visose didžiųjų miestų savivaldybėse, taip pat Visagino, Utenos r. ir Palangos m. sav. (iki 6,5). 2011–2015 m. mažiausios reikšmės taip pat buvo didžiuosiuose miestuose (iki 5,0). Per visą analizuojamą laikotarpį gimstamumo rodiklis 15–17 metų amžiaus moterų grupėje mažėjo beveik visose savivaldybėse, bet sparčiausiai Alytaus r., Pagėgių, Lazdijų r., Ignalinos r., Kalvarijos ir Marijampolės (6–9 promilių punktais). Visgi buvo savivaldybių, kuriose rodiklis šioje amžiaus grupėje statistiškai išaugo: Varėnos r., Rietavo, Ukmergės r., Prienų r., Birštono ir Šalčininkų r. (1–3,6 promilės punkto). Tačiau to nereikėtų sureikšminti, nes daug įtakos rodiklio kaitai turėjo minėtose savivaldybėse žymiai sumažėjęs bendras šios amžiaus grupės merginų skaičius.

Kūdikių skaičius, tenkantis tūkstančiui 15-17 m. amžiaus moterų



Kūdikių skaičius, tenkantis tūkstančiui 18-19 m. amžiaus moterų



4 pav. Kūdikių skaičius, tenkantis 1 tūkst. 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų, savivaldybėse (Sudaryta autorių; remiantis pagal konfidencialių statistinių duomenų teikimo mokslo tikslams sutartį specialiai šiam projektui parengtus Lietuvos statistikos departamento duomenis)

Itin smarkiai per nagrinėjamą laikotarpį PKGR sumažėjo 18–19 metų moterų grupėje (4 pav., apačioje). Tai gerai iliustruoja bendro vidurkio kaita – nuo 39,5 krito iki 24,5. Šioje amžiaus grupėje, kaip ir 15–19 metų amžiaus, paauglių kūdikių gimstamumo lygis 2001–2005 m. buvo labai aukštas visose savivaldybėse, o žemesnis tik didžiuosiuose miestuose ir Vilniaus regione. Mažiausia rodiklio reikšmė buvo Vilniaus mieste – 20,1, o didžiausia Kalvarijos sav. – 75,1. Labiausiai rodiklis sumažėjo Kretingos r. (net 3 kartus), Šakių r., Raseinių r. ir Vilkaviškio r. – maždaug 2 kartus arba daugiau nei 30 promilių punktu. Nepaisant to, šalies mastu regioniniai skirtumai išliko: vakarinėje šalies dalyje

(Žemaitijoje) rodiklis yra aukštesnis nei rytinėje, nors pasitaiko keletas, bendrame Lietuvos kontekste, išskirtinai aukštas arba žemas reikšmes turinčių savivaldybių.

Kaip ir aptariant bendrąjį paauglių kūdikių gimstamumo rodiklį (15–19 metų amžiaus grupei), nustatyta, kad tose savivaldybėse, kurios pasižymėjo didesnėmis rodiklio reikšmėmis kiekvienoje iš amžiaus grupių laikotarpio pradžioje, per visą analizuojamą laikotarpį rodiklis sumažėjo santykinai labiau (15–17 metų amžiaus grupėje: $r = -.514$, $p = .000$; 18–19 metų amžiaus grupėje: $r = -.602$, $n = 60$, $p = .000$). Aukštesnis koreliacijos koeficientas 18–19 metų amžiaus grupei rodo, kad būtent su šia amžiaus grupe sietini didžiausi PKGR pokyčiai. Nenuostabu, kad nustatyta, jog yra stipri ir teigiama koreliacija tarp gimstamumo rodiklių 15–17 ir 18–19 metų amžiaus moterų grupėse, t. y. abejose šio amžiaus grupėse yra didesnės arba mažesnės rodiklio reikšmės atskirose savivaldybėse. Iš kitos pusės, įdomu tai, jog ši koreliacija silpnėja laikui bėgant: 2001–2005 m. $r = .786$, $n = 60$, $p = .000$; 2006–2010 m. $r = .702$, $n = 60$, $p = .000$; 2011–2015 m. $r = .652$, $n = 60$, $p = .000$.

Intensyvi rodiklio mažėjimo tendencija 18–19 metų merginų grupėje, visų pirma, sietina su nuo XX a. paskutiniajame dešimtmetyje prasidėjusiais esminiais gimstamumo pokyčiais Lietuvoje. Nuo 1990 m. gimstamumas sparčiai mažėjo, o 2002 m. pasiekė kritiškai žemą ribą; suminis gimstamumo rodiklis nesiekė 1,3 kūdikio. Be to, tuo metu vaikų susilaukimą imta atidėti vyresniam amžiui [36]. Vidutinis pirmą kartą gimdančių moterų amžius 1990 m. buvęs 23,3 metų [3] per dvidešimt septynerius metus ūgtelėjo iki 27,5 metų [30]. 1990–1995 m. nemaža dalis moterų vaikų (ypač pirmojo) susilaukdavo jau 18–19 metų amžiaus, o piką gimstamumo rodikliai pasiekdavo 21–22 metų amžiaus moterų grupėje [34]. Minimiu laikotarpiu susilaukti vaikų būnant 18–19 metų amžiaus atitiko to meto gimstamumo modelį, tad gimstamumo rodiklių sumažėjimas šioje amžiaus grupėje XX a. paskutinį dešimtmetį iliustruoja pakitusį prokreacinės elgsenos modelį, bet ne „paauglių kūdikių gimstamumo“, taip kaip jis yra konceptualizuojamas šiuo metu, problemos mažėjimą.

Darant prielaidas, kas lemia paauglių kūdikių gimstamumo regioninę diferenciaciją Lietuvoje, galima pastebėti tai, kad dauguma aukštu rodikliu išsiskiriančių savivaldybių pasižymi prastesniais ekonominiais ir socialiniais rodikliais. Tose savivaldybėse dažnai yra didesnis nedarbo lygis bei santykinis (lyginant su gyventojų skaičiumi) socialinės pašalpos gavėjų skaičius nei likusioje šalies dalyje. Be to, tai labiau kaimiškos, toliau nuo didžiųjų miestų esančios, dažnai pasienio savivaldybės [26]. Galima kelti hipotezę, kad, kaip ir kitose šalyse (pvz., JAV [32]), paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio erdvinei raiškai Lietuvoje įtakos turi socioekonominė regionų diferenciacija. Siekiant nustatyti šiuos sąryšius, reikėtų plėtoti tolesnius šios temos tyrimus.

6. Išvados

Paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis išsivysčiusiose valstybėse gerokai mažesnis nei besivystančiose šalyse. Todėl iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti, kad paauglių kūdikių gimstamumo tema nei Europai, nei Lietuvai nebeaktuali. Vis dėlto industrinėse valstybėse vaikų susilaukti paauglystėje dažniausiai nenorima, o taip nutikus susiduriama su neigiamomis pasekmėmis tiek individo, tiek visuomenės lygmenyje. Todėl paauglių kūdikių gimstamumo tyrimai atliekami ir tebėra aktualūs išsivysčiusiose šalyse. Jose problema pozicionuojama seksualinės ir reprodukcinės sveikatos ir teisių kontekste, akcentuojant socialinių, kultūrinių, ekonominių veiksnių poveikį paauglių kūdikių gimstamumo raidai ir diferenciacijai.

Atlikta duomenų analizė parodė, kad didžiojoje dalyje ES valstybių per pastaruosius penkiolika metų paauglių kūdikių gimstamumo lygis nuosekliai mažėjo; ES šalių PKGR vidurkis sumažėjo 5,9 promilės punkto: nuo 16,6 2001 m. iki 10,8 2015 m. Taip pat mažėjo ir skirtumai tarp valstybių. Vis dėlto išlieka didelis atotrūkis tarp Vakarų ir Šiaurės Europos (išskyrus Jungtinę Karalystę) bei Rytų ir Centrinės Europos šalių, kurioms artimesnė yra ir Lietuva. Tyrimai rodo, kad PKGR mažesnis tose šalyse, kuriose mažesnė pajamų nelygybė; lengviau prieinamos nėštumo nutraukimo paslaugos, kontracetinės priemonės; atviresnė kultūrinė-socialinė aplinka, kai seksualiniai santykiai suvokiami kaip natūrali ir tikėtina patirtis paauglystėje ir todėl paaugliai nebijo kalbėtis šia tema, kreiptis į specialistą, kai reikia pagalbos; mokyklose vykdomos visapusiškos lytinio švietimo programos. Šios charakteristikos būdingesnės Vakarų ir Šiaurės Europos valstybėms. Taigi tikėtina, kad paauglių kūdikių gimstamumo diferenciaciją Europoje lemia kompleksas socialinių, kultūrinių ir ekonominių veiksnių: lytinio švietimo sistemų skirtumai, seksualinių ir

reprodukcinių paslaugų prieinamumo paaugliams aspektai, kultūrinės nuostatos paauglių seksualinės elgsenos atžvilgiu, ekonominė nelygybė tarp šalių.

Analizė pagal smulkesnes amžiaus grupes parodė, kad daugelyje šalių didesnę įtaką bendrai 15–19 metų amžiaus moterų grupės gimstamumo rodiklio kaitai padarė pokyčiai 18–19 metų amžiaus moterų grupėje. Statistiniai duomenys rodo, kad 15–17 metų amžiaus moterų grupės rodikliai yra keletą kartų mažesni nei vyresnių – 18–19 metų amžiaus – moterų gimstamumo rodikliai. Taip pat nors daugeliu atvejų pastebimas rodiklių 15–17 metų amžiaus moterų grupėje mažėjimas, mažėjimo mastai lėtesni lyginant su 18–19 metų moterų grupe. Tikėtina, kad reikšmės rodiklio kaitai turi bendras 15–19 metų amžiaus moterų skaičiaus bei bendro gimstamumo lygio ES šalyse mažėjimas.

Paauglių kūdikių gimstamumo regioninės diferenciacijos Lietuvoje tyrimas atskleidė, kad paauglių kūdikių gimstamumui mažėjant šalies mastu, teigiamos šio demografinio proceso tendencijos šalies viduje pasiskirstė netolygiai. Mažiausios rodiklio reikšmės buvo ir išlieka miestų savivaldybėse, taip pat mažesnėmis reikšmėmis išsiskiria Vilniaus regionas, apimantis didžiąją rytų Lietuvos dalį. Ypač dideli pokyčiai nustatyti 18–19 metų amžiaus merginų grupėje, todėl galima daryti išvadą, kad bendras paauglių kūdikių gimstamumo rodiklis daugiausia mažėjo dėl pakitusios prokreacinės elgsenos visuomenės lygmeniu. Padėtis jauniausių – 15–17 metų amžiaus – merginų grupėje keitėsi gerokai mažiau intensyviai ir išlieka labai problemiška.

Darant prielaidas, kas lemia paauglių kūdikių gimstamumo regioninę diferenciaciją Lietuvoje, galima remtis jau minėtais moksliniais tyrimais apie Europos šalių skirtumus. Galima kelti hipotezę apie seksualinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugų prieinamumo (pvz., nėštumo nutraukimo) paaugliams sunkumus tam tikrose, ypač labiau kaimiškose savivaldybėse. Taip pat galbūt esama regioninių skirtumų lytinio švietimo srityje – nors programa yra nacionalinio lygmens, tikėtina, kad vietiniu lygmeniu jos įgyvendinimas gali varijuoti. Vis dėlto, kadangi dauguma aukštu rodikliu išsiskiriančių savivaldybių pasižymi prasčiausiais įvairaus lygmens ekonominiais ir socialiniais rodikliais, labiausiai pagrįsta prielaida, kad, kaip ir kitose šalyse, paauglių kūdikių gimstamumo rodiklio erdvinei raiškai Lietuvoje reikšmingos įtakos turi socioekonominės regionų nelygybės. Siekiant nustatyti šiuos sąryšius bei patikrinti kitas hipotezes, reikėtų plėtoti tolesnius šios temos tyrimus⁸.

Literatūra

1. Bay-Cheng L. Y. 2003: The Trouble of Teen Sex: the Construction of Adolescent Sexuality through School Based Sexuality Education, *Sex Education*, 3(1), p. 61–74.
2. Berry E. H., Shillington A. M., Peak T., and Hohman M. M. 2000: Multi-ethnic comparison of risk and predictive factors for adolescent pregnancy, *Child and Adolescent Social Work Journal* 17(2), p. 79–96.
3. *Demografijos metraštis 2007*. 2008: Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
4. *Demografijos metraštis 2012*. 2013: Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
5. *Demografijos metraštis 2015*. 2016: Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas.
6. Dillon M. E., Cherry A. L. 2014: An International Perspective on Adolescent Pregnancy. In: *International Handbook of Adolescent Pregnancy*, (eds. A. L. Cherry, M. E. Dillon), New York, Springer, p. 1–38.
7. Driscoll A. K., Sugland B. W., Manlove J., and Papillo A. R. 2005: Community opportunity, perceptions of opportunity, and the odds of an adolescent birth, *Youth & Society* 37(1), p. 33–61.
8. European Parliament, Directorate-General for Internal Policies, Policy Department C – Citizens' Rights and Constitutional Affairs. 2013: *Policies for Sexuality Education in the European Union*, Brussels: European Parliament. <http://www.europarl.europa.eu/studies>
9. *EUROSTAT database*. 2018: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
10. Fletcher M. J., Wolfe B. L. 2009: Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing: Evidence Using the Timing of Pregnancy Outcomes and Community Fixed Effects, *The Journal of Human Resources*, 44(2), p. 303–325.
11. Furstenberg F. F. 2003: Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern, *Annual Review of Sociology*, 29, p. 23–39.
12. Gilbert W., Jandial D., Field N., Bigelow P., Danielsen B. 2004: Birth outcomes in teenage pregnancies, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 16(5), p. 265–270.
13. Global Health Priorities and the Adolescent Birth Rate (Editorial). 2017: *Journal of Adolescent Health*, 60, p. 131–132.

⁸ Šiame straipsnyje pristatytas tyrimas buvo skirtas PKGR kaitos tendencijų nustatymui ir probleminių regionų išskyrimui. Paauglių kūdikių gimstamumo diferenciacijos Lietuvoje priežastingumą numatoma analizuoti kitose autorių publikacijose.

14. Hadley A., Chandra-Mouli V., Ingham R. 2016: Implementing the United Kingdom Government's 10-Year Teenage Pregnancy Strategy for England (1999-2010): Applicable Lessons for Other Countries, *Journal of Adolescent Health*, 59, p. 68–74.
15. Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras. 2010: *Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*, Vilnius, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.
16. Hognert H., Skjeldestad F. E., Gemzell-Danielsson K., Heikinheimo O., Milsom I., Lidegaard Ø., Lindh I. 2018: Ecological Study on the Use of Hormonal Contraception, Abortions and Births among Teenagers in the Nordic Countries, *BMJ Open*, 8(022473), p. 1–9.
17. Jasilionis D., Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Stumbrys D. 2015: *Lietuvos demografinių procesų diferenciacija*, Vilnius, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
18. Kirby D. 2007: *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*, Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
19. Lindberg L. D., Maddow-Zimet I. 2012: Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes, *Journal of Adolescent Health*, 51(4), p. 332–338.
20. Macleod C. 2014: Adolescent Pregnancy: A Feminist Issue. In: *International Handbook of Adolescent Pregnancy*, (eds. A. L. Cherry, M. E. Dillon, A. L.), New York, Springer, p. 129–145.
21. Neal S., Chandra-Mouli V., Chou D. 2013: *Dissagregation of adolescent fertility data for improved programme planning and monitoring*, WHO.
http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/19_Chou_ADOL.pdf
22. Otterblad O. P., Haglund B., Ringbäck W. G., Cnattingius S., 2001: Teenage Childbearing and Long-Term Socioeconomic Consequences: A Case Study in Sweden, *Family Planning Perspectives*, 33(2), p. 70–74.
23. Part K., Moreau C., Donati S., Gissler M., Fronteira I., Karro H., & The Reprstat Group. 2013: Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services, *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, p. 1395–1406.
24. Pearson J., Wilkinson L. 2013: Adolescent Sexual Experiences. In: *International Handbook on the Demography of Sexuality*, (ed. A. K. Baumle), Springer, Netherlands, p. 167–193.
25. Planned Parenthood Federation of America. 2013: *Reducing Teenage Pregnancy*.
https://www.plannedparenthood.org/files/6813/9611/7632/Reducing_Teen_Pregnancy.pdf
26. Pociūtė G., 2014: *Periferingumo teritorinė raiška Lietuvoje*, Dakt. dis. Vilnius, Vilniaus universitetas.
27. Preston S., Heuveline P., Guillot M., 2001: *Demography: Measuring and Modelling Population Processes*, Malden: Blackwell Publishing.
28. *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*. 2015: General Assembly.
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
29. Rizzo H. M. 2014: Adolescent Fertility and Early Marriage. In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, (eds. W. C. Cockerham, R. Dingwall, S. R. Quah), 1st edition, Chicester, John Wiley & Sons, Ltd., p. 15–18.
30. *Rodiklių duomenų bazė*. 2018: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>
31. Santelli J. S., Song, X., Garbers S., Sharma V., Viner R. M. 2017: Global Trends in Adolescent Fertility, 1990–2012, in Relation to National Wealth, Income Inequalities, and Educational Expenditures, *Journal of Adolescent Health*, 60, p. 161–168.
32. Shoff C., Yang T. C., 2012: Spatially varying predictors of teenage birth rates among counties in the United States, *Demographic Research*, 27, p. 377–418.
33. Stanger-Hall K. F., Hall D. W. 2011: Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education, *U.S. PLoS ONE*, 6(10), p. 1–11.
34. Stankūnienė V. 2006: Gimstamumas. Iš: *Lietuvos gyventojai: struktūra ir demografinė raida*, (red. V. Stankūnienė), Vilnius, Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės & Socialinių tyrimų institutas, p. 116–135.
35. Stankūnienė V. 2017: Lietuvos gyventojų senėjimo ilgalaikė trajektorija: fundamentalieji ir specifiniai veiksniai, *Statistikos darbai*, 56(1), p. 5–17
36. Stankūnienė V., Baublytė M. 2009. Gimstamumo ir prokreacinės elgsenos kaita. Iš: *Lietuvos šeima: tarp tradicijos ir naujos realybės*, (red. V. Stankūnienė, A. Maslauskaitė), Vilnius, Socialinių tyrimų institutas, p. 99–166.
37. Stankūnienė V., Jasilionienė A., Jančaitytė R. 2005: *Šeima, vaikai, šeimos politika: modernėjimo prieštaros*, Vilnius, Socialinių tyrimų institutas.
38. Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Baublytė M. 2013: *Ar Lietuvos šeimos bus gausesnės?* Vilnius, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
39. Stankūnienė V., Mitrikas A. A., red. 1997: *Šeima ir gimstamumas*, Vilnius, Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
40. *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. 2015:
http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf
41. Tretjakova V. 2016: Gimdymo paauglystėje raida ir teritorinė diferenciacija Lietuvoje, *Geografijos metraštis*, 49, p. 17–30.

42. UNESCO, 2018: *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach*. Paris: UNESCO.
43. UNFPA, 2013: *State of world population 2013: Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA.
44. United Nations Economic Commission for Europe. 2015: *Indicators of Gender Equality*, New York & Geneva: United Nations
45. United Nations, 2015: *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York: United Nations.
46. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013: *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*, New York: United Nations.
47. WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010: *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*, Cologne: Federal Centre for Health Education.

TRENDS IN ADOLESCENT FERTILITY: EU CONTEXT AND REGIONAL DIFFERENTIATION IN LITHUANIA

Vaida Tretjakova, Gintarė Pociūtė-Sereikienė, Rūta Ubarevičienė

Abstract. The aim of this article is to analyse changes in adolescent fertility in the Member States of the European Union and Lithuania. We have investigated trends in adolescent fertility rate (number of live births per 1000 women aged 15-19 years) during the period of 2001-2015, examined the extent of the changes and explored spatial differentiation at the municipality level in Lithuania. In addition to the analysis of the 15-19 year old age group, the present paper also includes analysis of the sub-groups of 15-17 and 18-19 year olds. Calculations are based on the vital registration data on fertility in the EUROSTAT database (for the EU countries) and the data provided specifically for this project by Statistics Lithuania in accordance to the contract for the provision of confidential statistical data for scientific purposes (for the municipalities of Lithuania).

Keywords: adolescent fertility rate, adolescent birth rate, spatial differentiation, European Union, Lithuania