

Inštitut za sociologijo in filozofijo pri  
Univerzi v Ljubljani

dr. Katja Boh

REGULACIJA FERTILNOSTI V RAZLIČNIH  
SLOJH SLOVENSKE DRUŽBE

I. DEL

## KAZALO

	stran
1. NAMEN RAZISKAVE	1 - 3
2. IZHODIŠČA RAZISKAVE IN NJENI CILJI	3 - 10
3. MODEL SPREMENLJIVK IN HIPOTETIČNIH ZVEZ	11
3.1. Položaj žene	11 - 15
3.2. Družinski odnosi	15 - 17
3.3. Biološke in psihološke značilnosti	17 - 18
3.4. Shema modela	19
4. METODOLOGIJA	20 - 21
4.1. Populacija	21 - 22
4.2. Model spremenljivk za I. del raziskave	23 - 25
4.3. Metode za obdelavo podatkov	25 - 29
5. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 1. ANALIZE	29
5.1. Normalizacije distribucij spremenljivk	29 - 42
5.2. Korelacije med spremenljivkami ter univariatno	42 - 48
5.3. Varimax transformacija glavnih komponent	49 - 52
5.4. Oblimin transformacija glavnih komponent	52 - 57
6. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 2. ANALIZE	57 - 58
6.1. Normalizacije distribucij spremenljivk	58 - 61
6.2. Korelacije med spremenljivkami ter univariatno	61 - 62
6.3. Varimax transformacija glavnih komponent	62 - 63
6.4. Oblimin transformacija glavnih komponent	63 - 64
7. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 3. ANALIZE	65
7.1. Normalizacije distribucij spremenljivk	65 - 68
7.2. Korelacije med spremenljivkami ter univariatno	68 - 69
7.3. Varimax transformacija glavnih komponent	69
7.4. Oblimin transformacija glavnih komponent	69 - 72

	stran
8. POVZETEK IN ZAKLJUČKI	72 - 87
9. PRIPOROČILA	87
9.1. Priporočila za dopolnitev eviden - čnega kartona	87 - 91
9.2. Priporočila za dodatne študije	91 - 93
OPOMBE	94 - 97
LITERATURA	98 - 99
DODATEK (tabele)	100 -122

**Naslov: REGULACIJA FERTILNOSTI V RAZLIČNIH SLOJH SLOVENSKE  
DRUŽBE**

**I. DEL**

**INŠTITUT ZA SOCIOLOGIJO IN FILOZOFIJO PRI UNIVERZI  
V LJUBLJANI**

**Nosilec: Dr. Katja Boh**

### **1. NAMEN RAZISKAVE**

Raziskavo izvajamo na Inštitutu za načrtovanje družine v Ljubljani in za potrebe te institucije pri uvajanju novih oblik dela s pacientkami, ki se k njim zatekajo po nasvet in pomoč. Vendar njene porabnosti ne gre omejevati samo na potrebe tega inštituta. Raziskava bo imela široko teoretično in praktično vrednost. Rezultati raziskave bodo rabili za:

- boljše razumevanje diferenciranega prokreativnega obnašanja ljudi in prispevali k oblikovanju sociološke in socialno-psihološke teorije fertilitnosti, ki jo saenkrat še nimamo;
- za načrtovanje akcij v svrhu večje dostopnosti KCS stratan, ki so danes na tem področju še močno deprivirane in s tem zmanjšati število abortusov ter izboljšati zdravstveni nivo žena in otrok;
- za načrtovanje akcij za spolno vzgojo mladih ljudi in

**izobraževanje za odgovorno starševstvo.**

Raziskava je dvoletna. Delili smo jo v dve fazi. V prvi fazi raziskave smo uporabili material (podatke), ki so že zbrani in shranjeni na Inštitutu za načrtovanje družine. Na voljo so nekateri socio-ekonomski podatki žena, ki so v zadnjih dveh letih obiskale inštitut, podatki o razlogih njihovega obiska in rezultatih tega obiska, nekatere karakteristike njihovega družinskega statusa in podatki o praksi pri reguliranju fertilitnosti. V prvi fazi raziskave smo se omejili na opis populacije, ki jo tvorijo pacientke tega inštituta in ugotavljali zveze med posameznimi elementi kontracepcijskega obnašanja (število rojstev, uporaba KCS, vrsta KCS, število abortusov) in socio-ekonomskimi ter družinskimi podatki (starost, izobrazba, poklic, podatki o možu in otrocih). Želeli smo ugotoviti kaj vpliva na motivacijo za uporabo ali neuporabo KCS ali posameznih metod kontracepcije ter opozoriti na nekatere pomanjkljivosti pri implementaciji kontracepcijskih sredstev.

Namen prvega dela raziskave je bil določiti ustreznost/ne-ustreznost, zadostnost/nezadostnost podatkov, ki jih na Inštitutu za načrtovanje družine zbirajo z evidenčnimi kartoni. Če govorimo o zadostnosti/nezadostnosti ter ustreznosti/neustreznosti podatkov, potem mislimo na uporabnost teh podatkov za določanje vzorcev kontracepcijske prakse in spremljanje sprememb v kontracepcijskem obnašanju.

Rezultati prvega dela raziskave bodo rabili kot osnova in vodilo pri morebitnih spremembah ali dodatnih postopkih za zbiranje podatkov o pacientkah. V zaključkih te študije

bomo dali tudi nekatere predloge, ki bi jih kazalo upoštevati, v kolikor bomo menili, da utegnejo spremembe vplivati na izboljšanje postopka.

## 2. IZHODIŠČA RAZISKAVE IN NJENI CILJI

V procesu družbenega razvoja in spreminjanja družbenih odnosov, se spreminja tudi fertilitnost.

1. Čim bolj je družba industrijsko razvita (kar ima za posledico celo vrsto sprememb v ekonomskih in socialnih odnosih) nižja je praviloma fertilitnost. Iz tega razloga je v visoko razvitih industrijskih deželah (ki so že imele svojo demografsko tranzicijo) praviloma nižja fertilitnost kot v deželah v razvoju z nizko stopnjo industrijske rasti.
2. Stopnja fertilitnosti varira tudi znotraj posamezne družbe. Na diferencirano fertilitnost znotraj posamezne družbe vplivajo nekatere strukturne variable, ki so značilne za določene kategorije prebivalstva (sloje). Fertilitnost je praviloma manjša pri:
  - mestnem, kot pri kmečkem prebivalstvu
  - pri onih, ki imajo višjo, kot pri onih, ki imajo nižjo izobrazbo
  - pri zaposlenih, kot pri nezaposlenih ženah itn.

Z uporabo bolj občutljivih instrumentov za merjenje fertilitnosti (kot jih običajno uporabljajo v demografskih analizah) za določanje populacije in kazateljev fertilitnosti -

nosti, pa lahko ugotovimo, da navedeni splošni trendi gibanja fertilitnosti sicer veljajo v okviru globalne družbe in če jih ugotavljamo za daljša časovna obdobja, da pa je vendar tudi v eni in isti družbi, v krajših časovnih intervalih možno ugotoviti odstopanja, nepravilnosti in celo obratni odnos, kot ga kažejo dolgoročni trendi.

3. Fertilitnost je samo en element oz. ena od možnih konsekvenc celotnega prokreativnega obnašanja žena in mož. Prokreativno obnašanje vključuje še seksualno obnašanje in vedenjske vzorce pri regulaciji fertilitnosti (kontracepcijsko obnašanje).

Kot kažejo dosedanje raziskave je namerna regulacija fertilitnosti s sodobnimi kontracepcijskimi sredstvi v pozitivnem odnosu s stopnjo razvitosti in v negativnem odnosu s fertilitnostjo: čim višja je stopnja razvitosti družbe in posameznika, večja je sprejemljivost za kontracepcijo in manjša je fertilitnost.

Vedenjski vzorci pri regulaciji fertilitnosti in fertilitnost so lahko različni in se spreminjajo tudi znotraj iste kulture in istih družbenih slojev pri različnih podskupinah. Tudi žene, ki pripadajo istim družbenim slojem: kmečke žene, delavke, izobraženke, imajo lahko različen odnos in prakso pri reguliranju fertilitnosti.

4. Faktorji, ki vplivajo na prokreativno obnašanje (to pa vključuje tudi regulacijo fertilitnosti), lahko delimo v:

- kulturne faktorje, ki v posameznih družbah (kulturah, subkulturah) določajo norme prokreativnega obnašanja. V tej zvezi ponavadi govorimo, o normi, ki določa kdo se lahko seksualni partnerji, v kakšnih pogojih (spol, starost, legitimni zakon itn.) lahko dvojice spolno občujejo in s kakšnimi cilji. Nadalje poznamo norme, ki določajo idealno število otrok v družini in nji - hovo vrednost, določajo odnose med možem in ženo, po - ložaj in vlogo žene v družini in družbi, stališča do zavestne regulacije rojstev, dovoljene meje odsto - panja od predpisanih norm, tabue itn. Mnoge teh norm (nekatero predpisujejo religije) in oblike obnašanja se zdijo danes in s stališča našega vrednostnega si - stema nefunkcionalne. Verjetno pa so imele v zgodovin - skih obdobjih, ko so se oblikovale, tudi svojo funk - cijo in jo marsikje še imajo. V sodobnem svetu lahko tradicionalne norme ovirajo človekovo spontanost v odnosu do seksualnega partnerja, silijo moške in žen - ske v naprej določene vzorce obnašanja in s tem otež - kočajo smotrno odločanje na področju rekreacije in ničijo napore akcij za humano regulacijo rojstev.

Tudi subkulture imajo lahko svoje posebne norme pro - kreativnega obnašanja, ki niso vedno v skladu s sploš - nimi, v določeni kulturi veljavnimi normami. Takšne posebne norme se ponavadi razvijejo v: verskih sek - tah, manjšinskih etničnih skupinah, skupinah mladih kot n. pr. hippy-ji itn.

- Prokreativno obnašanje ljudi je nadalje regulirano s pravnimi normami (zakonodajo), ki predpisuje: spodnjo starostno mejo za sklenitev zakonske zveze, pravico



in dolžnosti obeh partnerjev (v medsebojnem odnosu in v odnosu do njunih otrok) možnosti adopcije otroka, pravice izven zakona rojenih otrok, dovoljuje ali prepoveduje uporabo sodobnih kontracepcijskih sredstev, ali drugih metod za preprečevanje neželjene zanositve, sankcionira inducirani splav itn. Četudi so ljudje v vseh kulturah in zgodovinskih obdobjih sami po svoji želji regulirali rojstva, vendar legalne možnosti vsaj do določene mere usmerjajo njihovo prokreativno obnašanje.

- Na fertilitnost lahko poleg pozitivne zakonodaje vplivajo tudi populacijsko politični ukrepi in akcije, ki delujejo bodisi v smeri zmanjševanja, bodisi v smeri zvečanja fertilitnosti (družinska in socialna politika, stanovanjska politika, davčne politike), ki lahko uresničujejo svoje cilje neposredno z materialno pomočjo ali posredno z različnimi oblikami propagande in prepričevanja.
- Demografske in socio-ekonomske karakteristike prebivalstva (določenih skupin prebivalstva) so pomembni faktorji pri oblikovanju vzorcev prokreativnega obnašanja. Raziskave kažejo, da se prokreativno obnašanje ljudi diferencira glede na starost, izobrazbo, poklic, socialno poreklo in s tem povezanim celotnim življenjskim stilom ljudi, ki pripadajo določenemu sloju.
- K psihološkim faktorjem, ki utegnejo vplivati na prokreativno obnašanje ljudi štejejo nekatere značilnosti njihove osebnosti (temperament, inteligentnost) ter njihove

individualne izkušnje v odnosu do relevantne okolice (izkušnje v zakonu, seksualne izkušnje itn.).

- Med pomembne faktorje, ki uravnavajo posameznikovo pro - kreativno obnašanje sodijo nenazadnje tudi biološki faktorji (biološka zrelost, bolezni, subfertilnost).

Nobeden od naštetih faktorjev (razen morda biološki, ki relativno neodvisno od drugih determinirajo človekovo prokreativno obnašanje), ne deluje posamično. Prokreativno obnašanje ljudi se godi v določeni socialni situaciji v katerem vzajemno delujejo vsi ali samo nekateri od naštetih faktorjev.

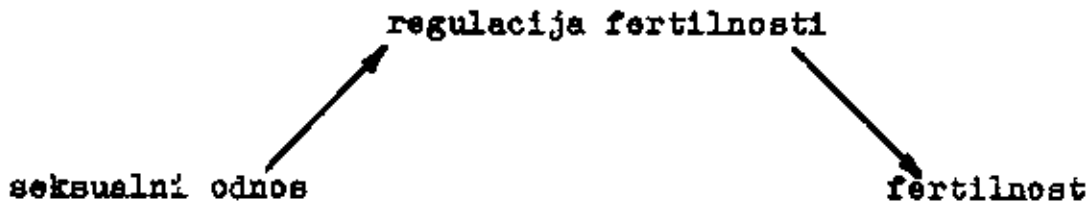
Prizadevamo si ugotoviti v kakšnih socialnih okoljih in situacijah, ki so opredeljene s socio-ekonomskimi, sociološkimi, psihološkimi in biološkimi faktorji, se oblikujejo vzorci prokreativnega obnašanja, in kakšni vzorci so tipični za določene skupine žensk.

Pri raziskovanju prokreativnega obnašanja je potrebno upoštevati vsaj tri njegove elemente:

- seksualni odnos,
- regulacija fertilitnosti (uporaba različnih zaščitnih metod in sredstev, abortusi),
- fertilitnost.

Odnos med zgoraj naštetimi elementi prokreativnega obna -

šanja, si lahko predstavljamo tudi grafično:



Zgornja shema prikazuje posamezne elemente prokreativnega obnašanja tako, kot se pojavljajo v času. Spočetju mora predhoditi seksualni akt. Od regulacije fertilitnosti pa je odvisno ali bo sploh prišlo do spočetja in kakšna bo njegova posledica (ne - fertilitnost).

Težišče naloge je na ugotavljanju načinov regulacije fertilitnosti, zato bomo naš model variabel in zvez med njimi gradili okoli tega osrednjega elementa in vse ostale elemente in variable podredili njegovi funkciji.

Fertilitnost je možno regulirati na več načinov:

- 1) spočetje lahko žena (in moški) prepusti naključju. V tem primeru ne gre za načrtno regulacijo fertilitnosti;
- 2) spočetje se načrtuje ali načrtno preprečuje. Ženske in moški preprečujejo nezaželeno spočetje s:
  - seksualno abstinenco,
  - coitus interruptus,
  - ritmično metodo,
  - mehničnimi sredstvi (kondom, diafragma, IUV),
  - kemičnimi sredstvi (pene, kreme),

- hormonskimi tabletami,
- hormonskimi injekcijami,
- operativnimi posegi (sterilizacije, vasectomije).

3) Tudi abortus je način regulacije fertilitnosti, četudi ne gre več za načrtovanje spočetja, marveč načrtno preprečevanje nosečnosti oz. rojstva nezaželjenega otroka.

Zdravstveno osebje na Inštitutu za načrtovanje družine v glavnem prakticira z mehaničnimi in kemičnimi sredstvi ter hormonskimi tabletami in injekcijami. Posebej je potrebno poudariti, da so vsa ta sredstva namenjena ženi, in bo torej v nadaljnjem govoru o vzorcih regulacije fertilitnosti pri ženski (kontracepcijskem obnašanju).

#### Model kontracepcijskega obnašanja

Kontracepcijsko obnašanje lahko delimo v tri faze:

1. vstop, ko žena prvič poskusi s kontracepcijsko metodo,
2. poraba, to je prakticiranje kontracepcije,
3. izstop, ko žena preneha s kontracepcijo.

Vsaka predhodna faza, ki se godi v čisto določeni socialni situaciji (v kakšnih situacijah se dogaja bomo ugotovili z raziskavo), je odvisen ritem nadaljnjega prakticiranja in odločitev za dokončni izstop.

Odgovoriti želimo na naslednja vprašanja:

1. V kakšni situaciji (stanju, odnosu) se žena odloči za vstop? Posebno nas zanima kakšni pogoji morajo biti izpolnjeni, da se žena odloči za eno od metod sodobne kontracepcije (mehanično, kemično ali hormonsko).
  
2. Kako poteka kontracepcijska praksa? Znano je, da regulacija fertiliteti s katerokoli od zgoraj naštetih metod ni kontinuiran proces. Kontracepcijska praksa se tekom ženine fertile dobe večkrat prekinja. S tem v zvezi lahko govorimo o ritmu kontracepcijske prakse. Optimalni ritem bi bil tisti, ko žena prakticira kontracepcijo ves čas od njenih prvih spolnih odnosov do konca fertile dobe z vmesnimi prekinitvami, ki so medicinsko indicirane (vmesne pavze) in ko želi zanositi ter v dobi nosečnosti in takoj po porodu. Dejanski ritem pa verjetno v precejšnji meri odstopa od idealnega. Žena lahko prekine kontracepcijo za daljša obdobja in se lahko odloči za izstop tudi pred iztekom fertile dobe.
  
3. Izstop je lahko na koncu fertile dobe ali preje. Odgovoriti želimo na vprašanje: v kakšnih pogojih prihaja do predčasnega izstopa?

Že večkrat je bilo poudarjeno, da je regulacija fertiliteti (kontracepcijsko obnašanje) le eden od elementov prokreacijskega obnašanja, ki je spet le en del celotnega človekovega obnašanja in ga je možno razumeti le, če poznamo čim več dejavnikov, ki vplivajo na njegovo diferencirano oblikovanje.

### 3. MODEL SPREMENLJIVK IN HIPOTETIČNIH ZVEZ

Prokreacijsko obnašanje, se godi v določenih socio-ekonomskih in kulturnih odnosih. Od posameznikove pozicije v tej strukturi in njegovi vlogi v družbeni organizaciji je odvisno njegovo prokreativno in s tem tudi kontracepcijsko obnašanje.

#### 3.1. Položaj žene

Z raziskavami so ugotovili, da je sprejemljivost za sodobna kontracepcijska sredstva v pozitivnem odnosu z višino izobrazbe in v negativnem odnosu s fertilitnostjo. Čim višji je praviloma položaj žene, tem večja je verjetnost:

- 1) da bo njen odnos do sodobne kontracepcije pozitiven;
- 2) da jo bo uporabljala in
- 3) da se bo odločila za manjše število otrok.

Ko lastnina preneha biti poglavitna dimenzija pri odmerjanju družbenega statusa, postanejo tudi za ženo pomembnejši statusni atributi, ki si jih lahko sama, neodvisno od nje-nega družinskega porekla, ali moža, pridobi z lastnimi močmi. Med najpomembnejše dimenzije družbenega statusa, se je v sodobnem svetu uvrstila izobrazba. Vendar izobrazba sama po sebi še ne determinira človekovega obnašanja. Izobrazba je že rezultat pričakovanj, aspiracij in prizadevanj ter obnega sredstvo in kanal preko katerega lahko ljudje realizirajo svoje potrebe in sposobnosti. Čim bolj je žena ali moški izobražen, bolj prestižni poklic ima, to pa je ponavadi povezano tudi z višjim dohodkom. Izobrazba dovoljuje ljudem večjo mobilnost, bolj izobraženi ljudje imajo lažji dostop

do virov informacij in so običajno razvili sposobnosti za njihovo ustrezno porabo, so bolj odprti in sprejemljivi za inovacije, lažje osvajajo nove vrednote in korigirajo svoja stališča. V tej zvezi avtorji pogosto govorijo o stopaji "ženine moderniziranosti". Zelo tipična in za razumevanje prokreacijskega obnašanja posebno pomembna karakteristika modernega človeka je njegova vera v to, da lahko sam, z lastnimi močmi kontrolira in regulira svoje fizično in socialno okolje, z razliko od tradicionalnega človeka, ki se prepušča "usodi" in veruje, da jo z lastnimi dejanji bistveno ne more spreminjati. Takšna tradicionalna stališča in verovanja ljudi v sodobnem svetu ponekod še uravnavajo prokreativno obnašanje ljudi.<sup>1</sup>

Kadar govorimo o modernizaciji, moramo ločiti med dvema nivojema: modernizaciji družbe in modernizaciji posameznika. V tej raziskavi se bomo omejili samo na ugotavljanje značilnosti individualne modernizacije, ki so pomembne za boljše razumevanje vzorcev prokreativnega obnašanja, fertiliteti in njene regulacije, ter spreminjanje teh vzorcev.

Večina raziskav se omejujejo na ugotovitve, da je z ekonomskim in socialnim razvojem žena dobila novo vlogo v sistemu dela. Zaposlenost se postavlja kot alternativna možnost materinstvu. Zaradi spremenjenega položaja žene v družbeni organizaciji ter inkompatibilnosti njenih novih izven družinskih s tradicionalnimi družinskimi vlogami (zaradi vloge v sistemu dela je žena preveč obremenjena in manj zainteresirana za gospodinjstvo in materinstvo) se manjša fertilitet in večja sprejemljivost za kontracepcijo<sup>2</sup>. Čeprav je analiza zvez na makro-nivoju točna, pa si na osnovi teh zvez ni možno razložiti zakaj nastajajo razlike v prokreativnem ob -

našanju med kulturami, sloji in posamezniki. Za razumevanje fertilnostnega obnašanja in za uvajanje zaželenih oblik regulacije, pa je prav poznavanje teh razlik bistvenega pomena.

Demografske analize zares kažejo, da je izobražena žena (ne pa mož) eden najmočnejših dejavnikov, ki vplivajo na njeno prokreativno obnašanje. Vendar tudi ta odnos ni vedno enostaven. Tudi izobrazba lahko deluje samo pod določenimi pogoji. Vprašanje je, v kakšnih pogojih (ekonomskih, socialnih, družinskih) izobrazba lahko diferencira prokreativno obnašanje? Naj navedemo nekaj rezultatov raziskav, ki kažejo, da:

- 1) se je inverzni odnos med fertilnostjo in izobrazbo v zadnjih desetletjih v nekaterih najbolj razvitih deželah Evrope, ZDA, Kanade in Nove Zelandije zmanjšal. Višja izobrazba ni več zanesljiv prediktor za nižjo fertilnost<sup>3</sup>.
- 2) Imajo višje izobražene, vendar nezaposlene žene v povprečju enako, ali celo večje število otrok kot manj izobražene, vendar zaposlene žene. V prvem in drugem primeru je krivulja odnosa v obliki U.
- 3) Niso odločilna leta šolanja (število razredov) marveč poklic, ki si ga je žena izbrala. Žene, ki so se izobrazile za tradicionalno "ženske" poklice, imajo v povprečju manj otrok kot one, ki so se izobrazile za manj "ženske" poklice z istim, ali celo manjšim številom let šolanja<sup>4</sup>.
- 4) V ruralnih območjih zaposlitev malo vpliva na fertilnost.



Žene v ruralnih področjih imajo v povprečju več otrok kot tiste, ki žive v mestih. Delno si to razlagamo s tem, da je v nekaterih kulturah velika družina še vedno visoko vrednotena, delno pa z vrsto zaposlitve. V kmečkih področjih je tudi zaposlitev žene ponavadi vezana na kmečko proizvodnjo. Takšno delo dopušča, da ima žena pri delu otroka pri sebi, ali je otrok doma v varstvu drugih družinskih članov, ker je sestav družine drugačen kot v mestih<sup>5</sup>.

- 5) V mestnih področjih je zaposlitev inkompatibilna z materinskimi obveznostmi. Poleg tega ima žena v mestu lažji dostop do zdravstvenih ustanov, kjer se lahko pouči in dobi KCS. Kljub temu je prokreativno obnašanje tudi v mestu živečih zaposlenih žena različno in kot kaže, v določeni meri odvisno od panoge dejavnosti v kateri je žena zaposlena. Žene v intelektualnih in uradniških poklicih (white-collar workers) so bolj naklonjene uporabi kontracepcije kot kvalificirane delavke, le-te pa imajo v povprečju manj otrok kot žene, ki so zaposlene v trgovini in servisnih dejavnostih<sup>6</sup>.
- 6) Odločilna variabla v diferenciaciji fertilitnosti je zanimivost in zadovoljstvo pri delu (v poklicu) in s tem povezana motivacija za zaposlovanje. Žene, ki so zaposlene prvenstveno zaradi ekonomskih razlogov, so manj naklonjene uporabi kontracepcije in bolj motivirane za materinstvo.

Kakšna je zveza med materinstvom, institucijami, ki beneficirajo materinstvo, otroškima varstvom in regulacijo

fertilnosti ter fertilitetne zaposlene žene, je danes eno poglavitnih, vendar malo raziskanih problemov na tem področju. Upoštevajoč teorijo o inkompatibilnosti vlog, bi lahko sklepali, da bodo zaposlene žene bolj motivirane za materinstvo, če bi se energetski in materialni stroški vzreje otroka zmanjšali<sup>7</sup>. Temu nasprotuje praksa, ki dokazuje, da imajo pronatalistične politike le omejen učinek, kar si je spet možno razložiti s teorijo o alternativnih vlogah in opcijah, ter različnih družinskih situacijah.

### 3.2. Družinski odnosi

Prekreativno obnašanje posameznika je vezano na njegovo družinsko življenje in odločitve o rojstvu / ali ne rojstvu otroka se običajno godi v družini, v interakciji med družinskimi člani, predvsem zakoncema. Seveda moramo upoštevati, da je tudi vzorec družinske interakcije pod vplivom dejavnikov, situacij, ideologij, vrednostnih sistemov in institucionalne prakse v celotni družbi, ki ji družina pripada. Tudi družinski odnosi reagirajo na procese ekonomskega in socialnega razvoja. Spremembe v katerikoli komponenti tega mikro-makro odnosa lahko povzročijo premike, spremeni prioritete in vzorce in se s tem ustvarja nova baza za medsebojno vsklajevanje. Spremembe v ekonomskem in tehnološkem sistemu, nova zakonodaja in nenazadnje možnosti, ki jih vključuje politika načrtovanja družine, imajo za posledico realokacijo družinskih vlog. Na ta način se razvijajo pritiski, ki silijo družino k večji "modernizaciji"<sup>8</sup>. Kadar govorimo o "modernizaciji" družine potem ponavadi mislimo na razvijanje odnosov med družinskimi člani, posebno med zakoncema, v smeri večje enakopravnosti, enakomernejšo in

enakopravnejšo delitev dela v družini, pozitivna stališča do regulacije rojstev in njeno prakticiranje itn. Tudi sekularizacija odnosov v družini, demistifikacija družine, rušanje tabujev, emancipacija zakoncev od njune prvotne družine, vse to so elementi modernizacije, ki delujejo na prokreativno obnašanje žena in mož oz. so z njim tesno povezani.

Posebna značilnost sodobnih partnerjev je njun spremenjeni odnos do spolnosti, ki sedaj ni več samo v funkciji reprodukcije, marveč je sama sebi namen oz. je v funkciji razvijanja odnosov med partnerjema. Zaenkrat imamo malo raziskav o tem kakšen je odnos med doživljanjem spolnosti in uporabo KCS. Rezultati nakazujejo, da so psihološke in grupno dinamične variable, ki determinirajo seksualno doživljanje v zadnji konsekvenci odločilne za pozitivna ali negativna stališča in predvsem za uporabo kontracepcije<sup>9</sup>.

Študije zakonskih dvojic v urbanih področjih v industrijsko razvitih deželah in deželah v razvoju kažejo, da je sprejemljivost za kontracepcijo v visoki in pozitivni zvezi z delitvijo dela (ki vključuje tudi odločanje) v družini. Zakonca, ki si pravično delita gospodinjsko delo in enako pravno odločata o vseh skupnih problemih: 1) se tudi več pogovarjata o spolnih odnosih, kontracepciji in željenem številu otrok; 2) izkazujejo večje zadovoljstvo v njihovih spolnih odnosih; 3) si želita manjše število otrok in 4) bolj učinkovito načrtujeta rojstva<sup>10</sup>.

Patriarhalni vzorci družinske interakcije z izrazito moško dominantnostjo se pogosto povezujejo z dvojnimi seksualnimi

merili (drugačnimi za moža kot za ženo), skrajno negativnimi stališči, posebno mož, do kontracepcijskih metod, ki jih uporablja žena. Odpor do kontracepcije pogosto izvira iz strahu, da bi bila žena, če bi uporabljala kontracepcijo, bolj neodvisna in, da je več možnosti, da bi ne bila zvesta.

### 3.3. Biološke in psihološke značilnosti

Poleg intergrupnih, ugotavljamo variabilnost tudi znotraj grup (tipov odnosov), ki gre na račun individualnih odstopanj. Te razlike lahko pripišemo različnim biološkim in psihološkim karakteristikam ljudi. Med prve štejemo fizično konstitucijo in biološko stanje organizma, med slednjo pa osebne značilnosti in nekatere individualne izkušnje, ki vplivajo na reagiranje ljudi v njihovem prokreativnem obnašanju.

Neugodne izkušnje, ki jih lahko ima žena pri uporabi KCS (glavobole, krvavenje, slabost itn.) bodo določale njen nadaljni ritem uporabe, ali povzročile dokončni izstop. Lahko so takšne reakcije fiziološkega, lahko pa tudi psihonega izvora. Zato, da je možno s pacientko pravilno postopati, je potrebno vedeti kakšna je geneza njenih težav. Poglobljanje v tovrstno problematiko bi preseglo okvire te raziskave, odpira pa nove perspektive v raziskovanju prokreativnega obnašanja.

Na regulacijo fertiliteti vplivajo tudi nekateri "objektivni" dejavniki. Politična načela v zvezi z regulacijo rojstev pri nas so dobro poznana in jih zato ni potrebno posebej anali -

zirati. Vendar je potrebno upoštevati nekatere "druge" dejavnike, kot so: vzgojni programi in kanali po katerih se ti programi posredujejo potencialnim porabnikom (množična občila, svetovalnice, specialna predavanja, zdravstvena služba, vpliv komisij za dovolitev splava in njihovo preventivno delo, dostopnost zdravstvene službe (oddaljenost, čakanje) delo teh služb (stališča medicinskega osebja do kontracepcije, tretman pacientk), dosegljiv asortiman kontracepcijskih sredstev (način nabave, cena).

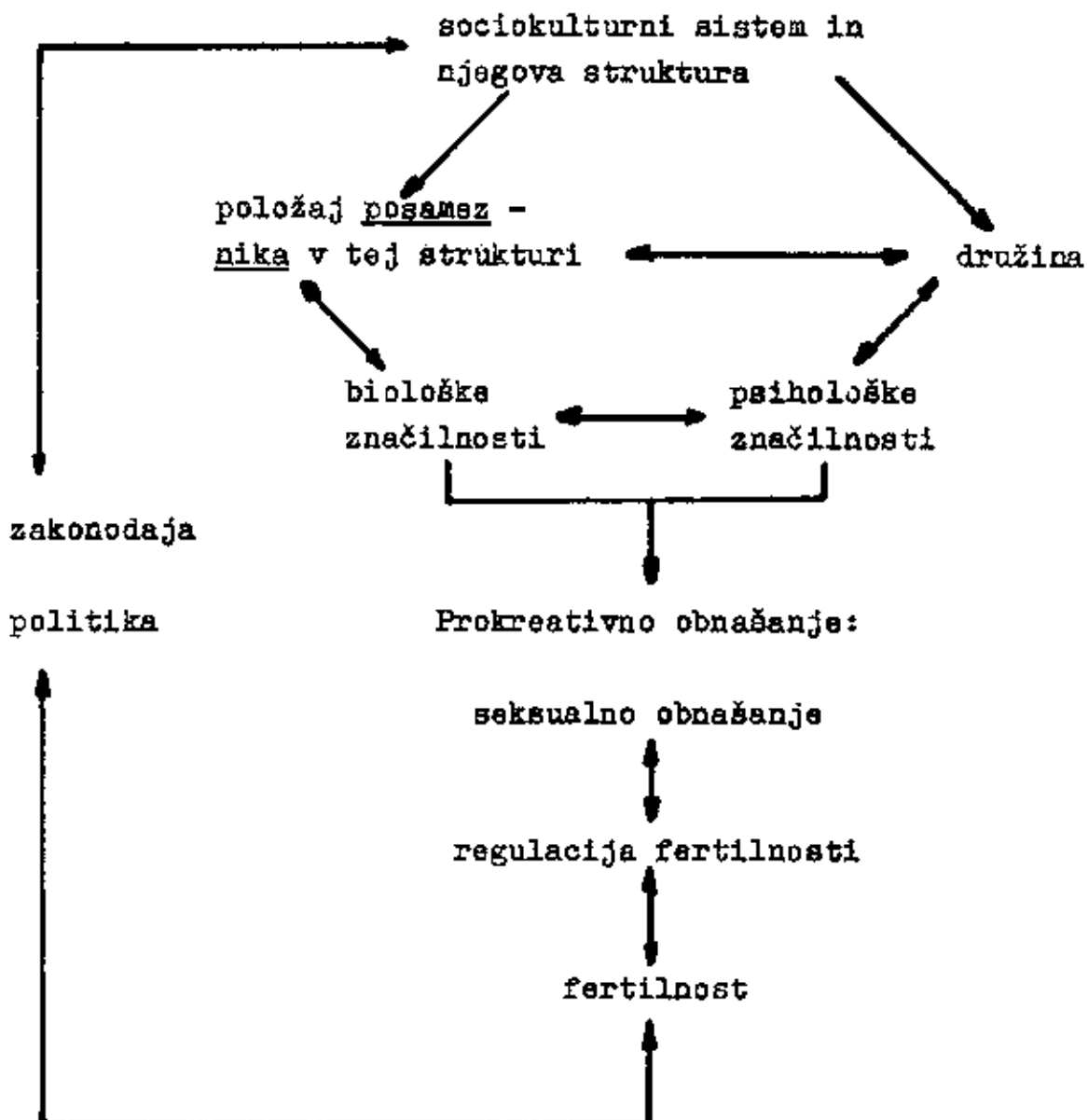
V situaciji, ki je določena z zgoraj naštetimi faktorji se oblikujejo različni vzorci prokreativnega obnašanja v katerih štejejo tudi regulacijo fertilitnosti. Regulacija fertilitnosti je naša odvisna spremenljivka.

Od konstatacije dejavnikov: 1) socio-ekonomskih, kulturnih, političnih, socialno-psiholoških, osebnostnih in bioloških, in 2) zvez med posameznimi elementi prokreativnega obnašanja, je odvisno, ali bo žena zavestno regulirala rojstva, pod kakšnimi pogoji bo začela (vstop), kakšna sredstva bo izbrala, kako bo potekal ritem porabe in v kakšnih pogojih bo prišlo do prekinitve (izstopa).

Šele, če bomo imeli dovolj informacij in, ko bomo analizirali pogoje v katerih se oblikuje človekovo prokreativno obnašanje in ugotovili kateri so glavni činitelji, ki delujejo na oblikovanje vzorcev, bo možno tudi natančneje analizirati pogoje v katerih prihaja do zaželenih načinov regulacije rojstev in pogoje, ki vplivajo na različno fertilitnost.

### 3.4. Shema modela

Zveze med elementi prokreativnega obnašanja in dejavniki, ki to obnašanje oblikujejo, lahko grafično ponazorimo:



#### 4. METODOLOGIJA

Raziskavo smo izvajali na Inštitutu za načrtovanje družine, na populaciji njihovih pacientk ter materialu, ki je na voljo za raziskovalne namene (podatki s kontrolnih kartonov). Iz tega sledi: 1) da je populacija vnaprej določena, 2) da se moramo v prvi fazi analize omejiti na že obstoječe podatke, 3) da se moramo pri sestavi novih evidenčnih kartonov (merskih instrumentov za raziskavo) ravnati po potrebah inštituta in glede na možnosti spraševanja v inštitutskih okvirih. Analiza že zbranih podatkov ima več ciljev:

- 1) pregled in opis populacije, ki prihaja na Inštitut za načrtovanje družine: njene glavne socio-ekonomske karakteristike ožjega okolja (družina).
- 2) določitev zvez med elementi prokreativnega obnašanja. Čeprav smo pri obdelavi in analizi podatkov omejeni na material, ki nam je na voljo, je vendar tudi ta material dovolj bogat, da je možno določiti nekatere zveze n.pr. med: kontracepcijsko prakso in fertiliteto, kontracepcijsko prakso in splavi, viri informacij in motivacijo ter izborom kontracepcijskega sredstva, ritem uporabe KCS, med časom vstopa (pred zakonom, v zakonu, starost) in ritmom uporabe itn.
- 3) določitev zvez med vzorci prokreativnega obnašanja in nekaterimi socio-ekonomskimi in družinskimi variablami, kot so: izobrazba, poklic, bivališče (mesto - vas), zaposlenost, zakonski stan, število otrok;

- 4) Rezultati bodo rabili kot izhodišče za spremembe in dopolnitve vprašalnih pol (evidenčnih kartonov), v svrhu bolj racionalnega zbiranja podatkov. Zbrali bomo samo tiste informacije, za katere bo analiza pokazala, da so relevantne za razumevanje problematike in za pravočasne predikcije v razvoju regulacije rojstev.
  
- 5) Namen je razviti enotno metodologijo za zbiranje in nadaljno obdelavo podatkov. Na ta način bo možno intenzivnejše izkoriščanje podatkov iz preteklih let in tistih, ki se bodo na novo zbirali.
  
- 6) Na osnovi dopolnjenih in urejenih podatkov bo možno relativno hitro izvajati manjše študije in odgovoriti na različna vprašanja v zvezi z regulacijo fertilitnosti.
  
- 7) V kolikor bi bile v nadaljnjih študijah potrebne dopolnitve, ki bi jih narekovali posebni raziskovalni cilji, smo predvideli anketiranje manjših vzorcev z najmanj številom dodatnih vprašanj. (Delo predvideno: v točkah 5, 6 in 7 sodi že v II. del raziskave).

#### 4.1. Populacija

Pacientke prihajajo na Inštitut za načrtovanje družine iz različnih razlogov. Lahko bi jih delili na več subpopulacij:

1. populacija, ki želi, ali že prakticira kontracepcijo
2. populacija, ki prihaja po drugo ginekološko pomoč



3. prosilke za abortus
4. subfertilna populacija.

V našo analizo smo zajeli samo prvo skupino. Težišče raziskave je na skupini, ki svoje prokreativno obnašanje regulira z metodami kontracepcije.

Nesporno je, da bi tudi analiza drugih skupin obogatila naše znanje in veliko pripomogla k osvetlitvi nekaterih, za boljše razumevanje prokreativnega obnašanja ljudi, pomembnih dejavnikov. V nadaljnjih fazah razvoja te raziskave priporočamo posebno raziskavo o socioloških in psiholoških značilnostih subfertilne populacije in prosilk za abortus<sup>11</sup>.

V analizo so vključene samo žene, ki so izpolnile evidenčni karton (Kontracepcija). Med njimi je večina žena, ki prakticirajo eno ali drugo zaščitno metodo ali jo želijo uporabljati. Med pacientkami je podskupina, ki je prvič prišla po kontracepcijo in podskupina, ki kontracepcijo že dalj časa prakticira. Na inštitutu je tudi posebna ambulanta za kontracepcijsko svetovanje mladih deklet, ki tvorijo posebno skupino.

Inštitut za načrtovanje družine hrani okoli 35.000 dosiejev svojih pacientk, ki so bile pregledane v zadnjih 10 letih. Populacija stalno spremljanih pacientk je približno 18.000. V analizo smo vključili samo pacientke, ki so prihajale na inštitut v zadnjih dveh letih, to je v letu 1973 in 1974. Število evidentiranih pacientk (prve in druge skupine) v letu 1973 je 2.664, v letu 1974 pa 2.472. Skupaj 5.136 pacientk.

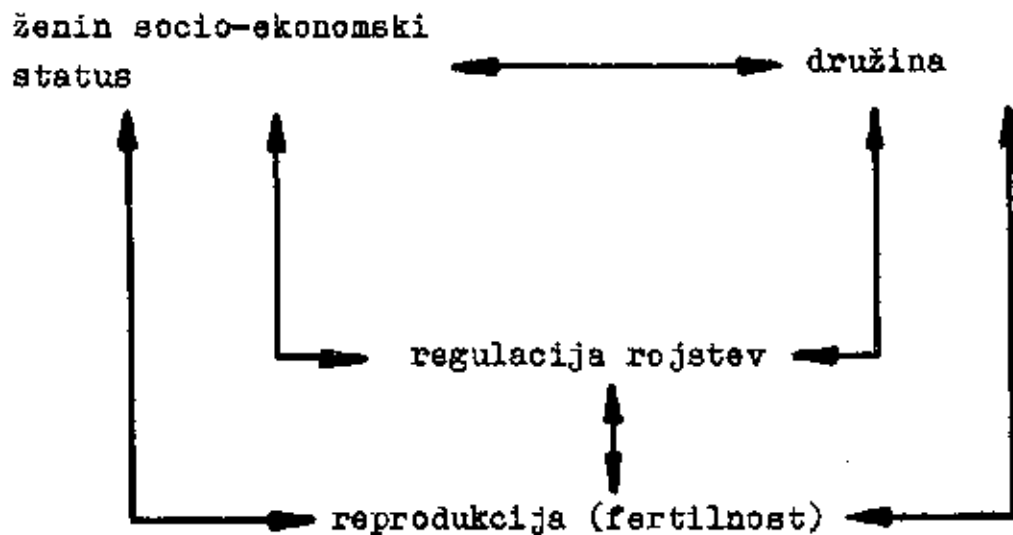
#### 4.2. Model spremenljivk za I. del raziskave

Regulacijo rojstev (kontracepcijsko obnašanje) smo delili v tri faze: vstop (ko žena začne s kontracepcijo), ritem uporabe (kontracepcijsko prakso) in izstop (ko žena preneha s kontracepcijo).

Želimo ugotoviti v kakšni konstelaciji faktorjev (socio-ekonomskih, družinskih in prokreativnih) se žena odloči za vstop, kaj determinira ritem uporabe kontracepcije in v kakšnih pogojih se odloči za izstop.

Kateri faktorji delujejo na kontracepcijsko obnašanje in njegove posamezne faze smo že opisali v prvem in drugem poglavju študije. V opisanem modelu smo želali izčrpati vse možne dejavnike, ki lahko vplivajo na oblikovanje različnih vzorcev prokreativnega obnašanja in lahko model smatramo za optimalni. V tej raziskavi vseh dejavnikov, ki jih model vključuje ne bomo zajeli. Vezani smo na obstoječe podatke in omejitve, ki izhajajo iz same raziskovalne situacije (časovne, finančne, kadrovske). I. del raziskave je le začetni korak, v vsaki nadaljnji raziskovalni fazi, pa bi se s poglobljeno analizo in dodatnimi študijami poskušali čimbolj približati optimalnemu modelu.

V I. delu raziskave smo upoštevali indikatorje, za katere že imamo zbrane podatke. To so v modelu: položaj žene v družbeni organizaciji (njen socio-ekonomski status), družinski odnosi, fertilitnost in regulacija fertilitnosti (kontracepcijsko obnašanje). Zveze, ki jih želimo ugotoviti, lahko tudi grafično prikažemo:



#### Indikatorji ženinega socio-ekonomskega statusa

- starost
- bivališče
- izobrazba
- poklic
- zaposlenost

#### Indikatorji družinske situacije

- zakonski stan
- izobrazba moža
- poklic moža
- število otrok

#### Indikatorji reprodukcije (fertilnost)

- nosečnosti
- število porodov (mrtvo, živo rojeni)
- spontani splavi

### Indikatorji za regulacijo rojstev

- motivi
- viri informacij
- vrsta kontracepcijskega sredstva (izbor pri vstopu)
- čas vstopa
- čas uporabe
- izkušnje (spremljajoči pojavi)
- menjavanje kontracepcijskih sredstev
- občasne prekinitve (vzroki)
- trajanje prekinitev
- vzrok za prenehanje (izstop)
- abortusi.

### 4.3. Metode za obdelavo podatkov

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo faktorske analize. Vsi postopki, ki so bili uporabljeni pri faktorski analizi so podprogrami STATISTIC sistema SS.

Postopki za določanje latentne strukture spremenljivk so bili izvedeni na osnovi multivariantnega normalnega modela. Zato je bilo potrebno najprej transformirati manifestne spremenljivke (podatke), v sistem multivariantno normalno razporejenih spremenljivk. Normalizacija spremenljivk je bila izvedena po Abramowitzevem algoritmu - podprogram NORMALIZATION sistema SS. Po posebnem postopku so bile, na temelju inverznega integrala normalne distribucije, spremenljivke najprej normalizirane in potem standardizirane. V procesu normalizacije so bili za vsako spremenljivko izračunani T-scori, pri čemer so vrednosti pridobile na skvi -

distančnosti in postale merljive. Spremenljivke so bile nato še enkrat centrirane in normirane na 1. podprogramu STATISTICS sistema SS.

Sledilo je izračunavanje produkt-moment koeficientov korelacije s podprogramom CORRELATION sistema SS. Matrica informacij je dobljena z inverzijo matrice interkorelacij. S podprogramom INVERSION sistema SS pa smo lahko dobili unikatne variacije, koeficiente determinacije za vsako spremenljivko in izračunali skupno varianco sistema.

S podprogramom PARTIAL sistema SS so bile izračunane kovariance reziduumov s parcializacijo tistega dela variance vsake spremenljivke, ki je bil skupen celotnemu sistemu.

Bazična struktura sistema je najprej analizirana v realnem prostoru. Bazične latentne dimenzije so definirane kot glavne komponente v Hotellingovem smislu. Značilni koreni in vektorji celotne matrice interkorelacij so izračunani po algoritmu Hauholder, Ortega in Wilkinson (podprogram DIAGONALISATION sistema SS).

Glavne osi (vektorji) korelacij glavnih komponent in manifestnih spremenljivk so izračunani s podprogramom HOTELLING, glavne komponente pa s podprogramom SCORES I. Distribucije, parametri in Kolgomorov-Smirnovljev test hipoteze, da so distribucije glavnih komponent normalne, so izračunani s programom STATISTICS.

Nato je bila napravljena ortogonalna transformacija glavnih osi po varimax-kriteriju (podprogram VARIMAX sistema SS). S podprogramom SCORES I so bile izračunane vrednosti entitet na latentnih dimenzijah - varimax-faktorjih - s podprogramom STATISTICS, pa distribucije in testiranje hipoteze o normalnosti distribucij.

Glavne osi so bile potem še transformirane v obliain pozicije, po postopku, ki sta ga predlagala Jenrich in Saapson (podprogram DIRECT OBLIMIN sistema SS). S tem podprogramom so bile izračunane koordinate vektorjev manifestnih spremenljivk v poševnokotnem koordinatnem sistemu, interkorelacije latentnih spremenljivk, korelacije manifestnih in latentnih spremenljivk in komunalitete manifestnih spremenljivk. Unikvitete manifestnih spremenljivk in njihova skupna varianca pa so bili izračunani s podprogramom INVERSION. Regresijski koeficienti za oceno latentnih dimenzij so bili izračunani s podprogramom SCORES I. Z istim programom so izračunane tudi vrednosti respondentk na latentnih dimenzijah v obliain poziciji, distribucije latentnih spremenljivk, parametri teh distribucij in Kolgomorov-Smirnovljev test normalnosti s podprogramom STATISTICS sistema SS<sup>12</sup>.

Za faktorsko analizo je bil uporabljen sistem 19 spremenljivk.

Zap. št.	spremenljivka	šifra (ime spremenljivke)
1.	bivališče	BI
2.	zaposlenost	ZAPOS
3.	zakonski stan	ZASTAN
4.	starost	STAR
5.	izobrazba	ŠOLA
6.	zaposlenost zakonskega moža	MZAPOS
7.	izobrazba zakonskega moža	MŠOLA
8.	vzrok za obisk	VZROK
9.	kdo jo je napotil	NAPOT
10.	zadnja uporabljena kontra - cepcija	ZAKON
11.	število živorojenih otrok	ZROJTR
12.	število mrtvorojenih otrok	MROOT
13.	število sedaj živečih otrok	ZOTR
14.	število spontanih splavov	SPLAV
15.	število dovoljenih splavov	DSPLAV
16.	število nedovoljenih splavov	NSPLAV
17.	izvenmaternične zanositve	IZMAZA
18.	način končanja zadnje noseč - nosti	KONCN
19.	rezultat prvega pregleda	REZPR

Iz seznama spremenljivk smo morali izpustiti spremenljivki, ki kažeta na čas vstopa in čas trajanja uporabe kontracepcije. Izpustiti smo ju morali zaradi velikega števila manjkajočih odgovorov (neznano). Skoraj 50% žena na vprašanji ni odgovorilo, ali ni bilo označeno v njenem kartonu. S tem smo se morali odpovedati za nas zelo relevantnim informacijam. Če pogledamo na naš model indikatorjev, potem moramo

ugotoviti, da tudi nekaterih drugih variabel zaradi pomanjkanja podatkov nismo mogli vključiti v analizo. To so: mesto zaposlitve (s čimer bi eventualno dobili natančnejši opis poklica), spremljajoči pojavi, menjavanje kontracepcijskih sredstev, vzroki za trajanje in prekinitve. Imamo podatke o zadnji kontracepciji in izidu prvega pregleda na tem inštitutu. Drugi indikatorji kontracepcijskega obnašanja, ki smo jih lahko vključili so še: motivi zakaj je žena prišla na inštitut in kdo jo je napotil.

Potem, ko smo izločili vse neveljavne anketne liste ter pregledali število neznanih odgovorov, smo se morali odločiti še za nadaljno redukcijo spremenljivk, oz. smo se odločili za tri analize:

- 1) v analizo smo zajeli celotno populacijo, ki je sedaj štela 5.120 entitet in smo iz faktorske analize izključili podatke o zakonskem možu (MZAPOS in MŠOLA)
- 2) v analizo smo zajeli samo poročene žene (N=2883) s spremenljivkami o zaposlenosti in izobrazbi moža (MZAPOS in MŠOLA)
- 3) v analizo smo zajeli samo neporočene žene (N=2237) in spet izpustili spremenljivki o moževi zaposlenosti ter izobrazbi (MZAPOS in MŠOLA).

## 5. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 1. ANALIZE

### 5.1. Normalizacija distribucij spremenljivk

Kot je bilo pričakovati so skoraj vse uporabljene spremen -



Ijivke nepravilno distribuirane.

Normalizacija spremenljivke BIVALIŠČE - tab. 5.1/1

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	3273	.63926	3273	.63926	-.46874
2	360	.07031	3633	.70957	.45213
3	1487	.29043	5120	1.00000	1.05718

1 - Ljubljana

2 - ostala mesta (Jugoslavija, Slovenija, tujina)

3 - ostalo (dežela)

Normalizacije spremenljivke ZAPOSLENOST - tab. 5.1/2

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2122	.41445	2122	.41445	-.81608
2	1497	.29238	3619	.70684	.15260
3	26	.00508	3645	.71191	.55156
4	1126	.21992	4771	.93184	.92253
5	333	.06504	5104	.99688	1.80363
6	16	.00313	5120	1.00000	2.95518

1 - uslužbenka

4 - študentka

2 - delavka

5 - gospodinja

3 - obrtnica

6 - kmetica

## Normalizacija spremenljivke ZAKONSKI STAN - tab. 5.1/3

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2883	.56309	2883	.56309	-.57826
2	92	.01797	2975	.58105	.18165
3	28	.00547	3003	.58652	.21160
4	2117	.41348	5120	1.00000	.81779

- 1 - poročena  
 2 - razvezana  
 3 - vdova  
 4 - samska

## Normalizacija spremenljivke STAROST - tab. 5.1/4

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	66	.01289	66	.01289	-2.48678
2	226	.04414	292	.05703	-1.81242
3	437	.08535	729	.14238	-1.28322
4	728	.14219	1457	.28457	-.79442
5	1021	.19941	2478	.48398	-.29427
6	1585	.30957	4063	.79355	.35517
7	1025	.20020	5088	.99375	1.24619
8	32	.00625	5120	1.00000	2.73437

- 1: - 45 in več  
 2 - 44-40  
 3 - 39-35  
 4 - 34-30  
 5 - 29-25  
 6 - 24-20  
 7 - 19-15  
 8 - 14 in manj

## Normalizacija spremenljivke IZOBRAZBA - tab. 5.1/5

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	760	.14844	760	.14844	-1.44507
2	347	.06777	1107	.21621	-.90654
3	432	.08438	1539	.30059	-.64829
4	1230	.24023	2769	.54082	-.20010
5	738	.14414	3507	.68496	.28686
6	512	.10000	4019	.78496	.62789
7	652	.12734	4671	.91230	1.03059
8	340	.06641	5011	.97871	1.60277
9	109	.02129	5120	1.00000	2.30282

1 - 16 razredov in več

6 - 10-9 razredov

2 - 15-14

7 - 8 razredov

3 - 13 razredov

8 - 7-5 razredov

4 - 12 razredov

9 - 4 razredi in manj

5 - 11 razredov

## Normalizacija spremenljivke VZROK - tab. 5.1/6

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	3723	.72715	3723	.72715	-.34892
2	1357	.26504	5080	.99219	1.07883
3	39	.00762	5119	.99980	2.65174
6	1	.00020	5120	1.00000	3.72508

1 - načrtovanje

2 - ne želi več otrok

3 - drugi

## Normalizacija spremenljivke NAPOTENA - tab. 5.1/7

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1390	.27148	1390	.27148	-1.09965
2	71	.01387	1461	.28535	-.58755
3	97	.01895	1558	.30430	-.53935
4	164	.03203	1722	.33633	-.46683
5	65	.01270	1787	.34902	-.40517
6	1148	.22422	2935	.57324	-.09758
7	2185	.42676	5120	1.00000	.79475

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1 - zdravnik    | 5 - partner      |
| 2 - patronaža   | 6 - prijateljica |
| 3 - komisija AA | 7 - sama         |
| 4 - RTV         |                  |

## Normalizacija spremenljivke ZADNJA KONTRACEPCIJA - tab. 5.1/8

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2	.00039	2	.00039	-3.54639
2	322	.06289	324	.06328	-1.85447
3	1232	.24063	1556	.30391	-.90175
4	96	.01875	1652	.32266	-.48657
5	122	.02383	1774	.34648	-.42733
6	192	.03750	1966	.38398	-.34450
7	62	.01211	2028	.39609	-.27922
8	1998	.39023	4026	.78633	.23066
9	1094	.21367	5120	1.00000	1.24353

- |                       |               |                        |
|-----------------------|---------------|------------------------|
| 1 - injekcija         | 4 - kemična   | 7 - ritmična metoda    |
| 2 - IUD               | 5 - diafragma | 8 - Coitus interruptus |
| 3 - hormonske tablete | 6 - kondom    | 9 - nič                |



## Normalizacija spremenljivke ŽIVEČI OTROCI - tab. 5.1/11

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	78	.01523	78	.01523	-2.42676
2	235	.04590	313	.06113	-1.77216
3	1264	.24688	1577	.30801	-.89808
4	1223	.23887	2800	.54688	-.18289
5	2320	.45313	5120	1.00000	.75022
1 - 4 in več			4 - 1		
2 - 3			5 - 0		
3 - 2					

## Normalizacija spremenljivke SPONTANI SPLAV - tab. 5.1/12

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	4719	.92168	4719	.92168	-.09832
2	328	.06406	5047	.98574	1.68195
3	54	.01055	5101	.99629	2.36626
4	19	.00371	5120	1.00000	2.90175
1 - 0			3 - 2		
2 - 1			4 - 3 in več		

## Normalizacija spremenljivke DOVOLJENI SPLAV - tab. 5.1/13

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	111	.02168	111	.02168	-2.29593
2	261	.05098	372	.07266	-1.67296
3	899	.17559	1271	.24824	-.99261
4	3849	.75176	5120	1.00000	.31632
1 - 3 in več			3 - 1		
2 - 2			4 - 0		

## Normalizacija spremenljivke NEDOVOLJENI SPLAV - tab. 5.1/14

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	5062	.98867	5062	.98867	-.01420
2	58	.01133	5120	1.00000	2.53241
1 - 0					
2 - 1 in več					

Normalizacija spremenljivke IZVENMATERNIČNE ZANOSITVE -  
tab. 5.1/15

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	5089	.99395	5089	.99395	-.00759
2	31	.00605	5120	1.00000	2.74481
1 - 0					
2 - 1 in več					

Normalizacija spremenljivke IZID ZADNJE NOSEČNOSTI -  
tab. 5.1/16

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1911	.37324	1911	.37324	-.89042
2	131	.02559	2042	.39883	-.28967
3	17	.00332	2059	.40215	-.25208
4	982	.19180	3041	.59395	-.00490
5	28	.00547	3069	.59941	.24476
6	2051	.40059	5120	1.00000	.84058

- |                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1 - porod                     | 5 - nedovoljeni splav |
| 2 - spontani splav            | 6 - nobene nosečnosti |
| 3 - izvenmaternična nosečnost |                       |
| 4 - dovoljeni splav           |                       |

Normalizacija spremenljivke REZULTAT PREGLEDA - tab. 5.1/17

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	50	.00977	50	.00977	-2.58402
2	21	.00410	71	.01387	-2.26305
3	1285	.25098	1356	.26484	-1.08322
4	1065	.20801	2421	.47285	-.33491
6	839	.16387	3260	.63672	.13776
7	58	.01133	3318	.64805	.36484
8	31	.00605	3349	.65410	.38822
9	386	.07539	3735	.72949	.50095
10	1385	.27051	5120	1.00000	1.10189

- |                     |                      |               |
|---------------------|----------------------|---------------|
| 1 - injekcije       | 4 - IUD              | 8 - ta-ro     |
| 2 - oralna IS       | 6 - diafragma        | 9 - nosečnost |
| 3 - oralna klasična | 7 - delfen, patentex | 10 - drugo    |



BIVALIŠČE

Inštitut za načrtovanje družine je lociran v Ljubljani in zato se ni čuditi, da je večina pacientk (64%) iz Ljubljane. Ostalih 29% je iz bližnjih podeželskih krajev in le 7% pacientk je iz drugih mest Slovenije ali iz drugih republik.

ZAPOSLENOST

Po vrsti zaposlitve se pacientke delijo v tri večje skupine. Najštevilnejša je skupina uslužbenk, vendar iz podatkov ni možno razbrati kakšen poklic opravljajo in s kakšno kvalifikacijo. Druga večja skupina so še delavke (29%) in tretja skupina študentke. V celi masi je le 6,5% gospodinj in samo 26 samostojnih obrtnic in 16 kmetic.

Sodeč po teh podatkih so skoraj vse pacientke zaposlene ali so študentke, nezaposlene so samo gospodinje in kmetice.

ZAKONSKI STAN

Med pacientkami je 56% poročenih in 41% samskih žena. Število vdov in razvezanih je neznatno, skupaj 3%.

STAROST

Starostna distribucija je nepravilna in v primerjavi s starostno distribucijo žena v Ljubljani značilno pomaknjena na desno stran, proti nižjim starostnim razredom. Skupno 51% vseh pacientk v letih 1973 in 1974 je starih 15 do 24 let. Mlajših kot 15 let je 32 pacientk. Ker pa je bila v tem času ustanovljena posebna ambulanta za mlada dekleta, lahko pričakujemo, da bo njihovo število v naslednjih letih precej narastlo. 20% pacientk je starih od 25 do 29 let, samo 14% od 30 do 35 let. Višje starostne skupine so manj številno zastopane.

IZOBRAZBA

Med pacientkami je največ žena s srednjo izobrazbo (12 razredov), 22% je pacientk z visoko in višjo izobrazbo, 14% pacientk je s poklicnimi šolami (13 razredov) ter 12% s končano osemletko. Ostale izobrazbene kategorije so manj številne. Najmanj je žena brez šol oz. nedokončano osemletko (9%).

VZROK

Pri vprašanju "kakšni nagibi so pacientke privedli na Inštitut za načrtovanje, je pacientka lahko izbrala med 3 možnimi odgovori: načrtovanje družine, ne želi več otrok, drugo. Večina (73%) je odgovorila, da je prišla na inštitut zaradi načrtovanja družine, 26,5% pa zaradi tega, ker ne želi več otrok. Ostalih primerov je le 40.

Večina prihaja na Inštitut, ker trenutno ne bi (ali še ne bi) želela imeti otroka. Glavni motiv zaradi katerega pacientke prihajajo na Inštitut je kontracepcija. Vseh drugih primerov je le 0,5%. Zato lahko rečemo, da populacijo, ki je predmet našega opazovanja sestavljajo "uporabnice kontracepcije".

### NAPOTENA

Vsaka pacientka pri prvem pregledu tudi pove, kdo jo je napotil na Inštitut za načrtovanje družine. Možni odgovori so: zdravnik, patronažna sestra, komisija za abortus, slišala na RTV ali brala, mož/partner, prijateljica, sama. Kot kaže imamo med pacientkami 3 skupine: žene, ki jih je napotil zdravnik (27%), žene, ki so jih napotile prijateljice (22%) in žene, ki so povedale, da so prišle same od sebe (43%). Četudi slednje niso bile od nikogar napotene, pa bi vendar veljalo vedeti, kje so dobile informacije o Inštitutu za načrtovanje družine, v kakšnih okoliščinah so slišale o njem govoriti, še posebno, ker je to skoraj 50% vse populacije.

### ZADNJA KONTRACEPCIJA

Pred prvim obiskom na tem Inštitutu je 6% pacientk že uporabljala IUD, 24% je uporabljala hormonske tablete, 39% je s partnerjem prakticirala coitus interruptus in 21% se ni zaščitila. Pod šifro 1 so še uporabnice injekcij (samo 2 osebi), pod šifro 4 kemična sredstva (2%), pod šifro 5 je diafragma (2%), pod šifro 6 kondom (4%), pod šifro 7 ritmična metoda (1%). Pretežni del pacientk pred prihodom na

Inštitut ni uporabljala sodobnih KCS.

#### SEDAJ ŽIVI OTROCI

Število živečih otrok sovpada s številom živorojenih otrok. V procesu normalizacije spremenljivk je prišlo do neznatnih sprememb v distribucijah, vendar so odnosi ostali nespremenjeni. 45% pacientk nima otrok, 48% pa ima dva ali enega otroka.

#### SPONTANI SPLAVI

92% pacientk ni imelo splava. 6% je imela 1 spontani splav, 1% pacientk pa dva spontana splava.

#### DOVOLJENI SPLAVI

75% pacientk ni imelo dovoljenega splava. Po en dovoljen splav je imelo 17% pacientk, 2 splava 5%, tri in več splavov pa 2%.

#### NEDOVOLJENI SPLAVI

99% pacientk ni imelo nedovoljenih splavov.

IZVENMATERNIČNE ZANOSITVE

99,4% pacientk ni imelo izvenmaterničnih zanositev.

IZID ZADNJE NOSEČNOSTI

2051 ali 40% vseh pacientk še ni bila nikoli noseča. Pri tistih, ki so bile noseče, pr je zadnja nosečnost končala s porodom (37%), spontanim splavom (2,5%), z izvenmaternično zanositvijo (17 pacientk), z dovoljenim splavom (19%), z nedovoljenim splavom (28 pacientk).

REZULTAT PRVEGA PREGLEDA

Rezultat prvega pregleda gre v prid IUD. Od prejšnjih 6%, se je število uporabnic IUD dvignilo na 21%. Število uporabnic oralne hormonske kontracepcije se je le neznatno dvignilo, od prejšnjih 24% na dobrih 25%. 50 žena se je odločilo za injekcije, 16% za diafragmo. 9% je bilo nosečih, za 27% vseh pacientk pa rezultata pregleda ne poznamo.

5.2. Korelacija med spremenljivkami ter unikvitete

Kot je videti iz tabele 6/2 (Korelacija med spremenljivkami) je povezanost med spremenljivkami v večini primerih tako nizka, da je o povezanosti sploh težko govoriti. Prvi razlog za to je lahko odstopanje odgovorov od normalne distribucije. Postopek normalizacije spremenljivk je lahko samo

delno odpravil efekte, ki izvirajo iz nenormalne distribucije odgovorov.

Drugi razlog pa je verjetno ta, da spremenljivke res merijo nekatere dimenzije obnašanja, ki so od drugih neodvisne. Edine močnejše zveze smo lahko ugotovili med zakonskim stanom, številom otrok in nosečnostmi, kar je popolnoma razumljivo: pri poročenih ženah je tudi večja verjetnost, da bodo imele otroke in, da je zadnja nosečnost končala s porodom. Zakonski stan ima tudi večjo korelacijo s starostjo, starost pa spet s številom otrok. S starostjo raste število otrok oz. se večja verjetnost, da ima žena otroke. Čim starejša je žena, večja je verjetnost, da je že pred prvim obiskom na Inštitutu uporabljala zaščitne metode.

Regulacija rojstev z induciranim splavom je v pozitivnem odnosu s številom otrok, ki jih žena že ima in z zadnjo kontracepcijo. Iz tega bi lahko sklepali, da so žene, ki so pripravljene sprejeti kontracepcijo, tudi bolj pripravljene, da nezaželeno zanositev prekinejo z abortusom. S starostjo in poroko se tudi večja verjetnost, da je žena že imela enega ali več splavov.

Korelacija med spremenljivkami - tab. 6/2

BI	ZAPOS	ZASTAN	STAR	SOLA	VZROK	NAPOT	ZAKON
BI	.05622	+.14612	-.04711	.16386	.07820	-.06153	.01962
ZAPOS		.17001	.19773	.09385	-.02532	-.05028	.07025
ZASTAN			.51924	-.13088	-.39759	.16477	.26949
STAR				-.04240	-.47660	.04413	.25601
SOLA					.10525	-.08926	.01467
VZROK						-.10017	-.19036
NAPOT							.05268
ZAKON							
ZROJTR							
MROOT							
ZOTR							
SPLAV							
DSPLAV							
NSPLAV							
IMAZA							
KONCN							
REZPR							

ZROJTR	MROOT	ZOTR	SPLAV	DSPLAV	NSPLAV	IMAZA	KONCN	REZPR
-.19198	.02068	-.19338	.01160	-.00368	-.01986	-.00167	-.13000	.06966
.04050	-.00592	.04069	-.05787	.05359	-.00515	-.02472	.16140	-.05549
.72244	-.06490	.72161	-.19300	.26879	-.04363	-.03112	.74306	-.11051
.61525	-.04593	.61408	-.16453	.39121	-.09104	-.07016	.47442	-.21228
-.20265	.01959	-.19846	.03772	-.13062	.01654	.00161	-.12046	.08854
-.55624	.06175	-.55809	.10028	-.31671	.04973	.03948	-.35869	.08030
.17794	-.03119	.17230	-.02759	.07957	-.00352	-.00623	.17392	.05821
.30545	.01445	.30852	-.07537	.33748	-.02856	-.00769	.20670	-.04059
	-.05169	.98436	-.17600	.40078	-.06083	-.03677	.73726	-.06597
		-.04591	.01932	-.01820	-.00888	-.00648	-.07447	.02055
			-.16958	.40352	-.06528	-.03496	.73102	-.06241
				-.05942	-.00773	.03447	-.19020	.04108
					-.05629	-.06467	.11445	-.07599
						.01544	-.00679	.00808
							-.02467	.01935
								-.03569



Réultati prvega pregleda so v negativni zvezi s starostjo. To pomeni: čim mlajša je pacientka, tem večja je verjetnost, da se bo odločila za najmodernejšo in s tem tudi najsigurnejšo kontracepcijo.

Vzrok za obisk na inštitutu (načrtovanje družine ali ne želi več otrok) je v negativni korelaciji z zakonskim stanom, starostjo, številom otrok, dovoljenimi splavi in končanem zadnje nosečnosti, ker je pač pri starejših poročenih ženskah, ki že imajo otroke več verjetnosti, da otrok ne želijo več.

Pri inspekciji matrice interkorelacij lahko ugotovimo, da se je izdvojil cluster indikatorjev za katere lahko predpostavljamo, da določajo obnašanje pri regulaciji rojstev tistega dela naših pacientk, ki so že dosegle željeno število otrok in se želijo zaščititi s sigurnim kontracepcijskim sredstvom. Vse druge spremenljivke med seboj niso povezane.

V tej fazi obdelave je bila izračunana še inverzna diagonala inverzne korelacijske matrike. V tabeli 6/3 so prikazane diagonale vrednosti te matrike, to so unikvitete posameznih spremenljivk. Unikvitete so nepojasneni del variance, sestavljen iz specifitete spremenljivke in merske napake. Unikvitete uporabljenih spremenljivk so v našem primeru zelo različno velike. Najmanjše unikvitete so .029 in .030, za srednje velike bi lahko smatrali tiste, ki imajo unikvitete od .035 pa do .050, nekatere spremenljivke pa so dosegle višje unikvitete. Najvišjo unikno varianco imajo spremenljivke SPLAV, MROJ, REZPR (do .988).

Na isti tabeli (tab. 6/3) je prikazana tudi vsota koefi -  
cientov determinacije vseh spremenljivk, ki je dobljena na  
ta način, da smo unikno varianco vsake spremenljivke odšteli  
od vrednosti 1 in dobljene razlike sešteli. Izračunana je  
tudi minimalna skupna varianca sistema spremenljivk, ki  
znaša 30,10%.

Unikne variance, koeficienti determinacije in minimalna skupna varianca sistema spremenljivk - tab. 6/3

VARIABLE	INVERSE DIAGONAL	MULTIPLE CORRELATION
BI	.922083	.077917
ZAPOS	.890498	.109502
ZASTAN	.359045	.460955
STAR	.503531	.496469
SOLA	.904083	.096917
VZROK	.647515	.352485
NAPOT	.942888	.057112
ZAKON	.831989	.168011
ZROJTR	.029812	.970188
MROOT	.988636	.011364
ZOTR	.030277	.969723
SPLAV	.950454	.049546
DSPLAV	.668748	.331252
NSPLAV	.985378	.014622
IMAZA	.991469	.008531
KONCN	.314702	.685298
REZPR	.921280	.078720

vsota koeficientov determinacije vseh spremenljivk = 5.11761  
 minimalna skupna varianca sistema spremenljivk = 30,10%

### 5.3. Varimax transformacija glavnih komponent

Potem ko so bile izračunane parcialne korelacije med spremenljivkami, to je povezanost parov spremenljivk ob izločitvi vpliva vseh drugih, je bila faktorizirana po metodi glavnih komponent H. Hotelling-ova matrika interkorelacij spremenljivk in ekstrahirana prva glavna komponenta. Pri določanju značilnosti glavnih komponent (po PB kriteriju) je bil izbran postopek, po katerem velja za pomembno tolikšno število glavnih komponent, ki zadostuje, da se pojasni minimalna veljavna varianca uporabljenega sistema spremenljivk, definirana z vsoto njihovih koeficientov determinacije. Iz tabele 6/4 je razvidno, da je 5 glavnih komponent izčrpalo 55% variance sistema. V našem sistemu je prva glavna komponenta izčrpala največ variance sistema.

Za tem so bile značilne glavne komponente transformirane v varimax pozicijo. Na ta način smo dobili 5 varimax faktorjev. Projekcije spremenljivk na varimax faktorje so prikazane na tabeli 6/5. Na 1. varimax faktor imajo večje projekcije: ZAKONSKI STAN, STAROST, ŠTEVILO ŽIVOROJENIH in ŠTEVILO ŽIVIH OTROK ter KONČNI IZID ZADNJE NOSEČNOSTI. Spremenljivka VZROK za obisk ima na faktorju večjo, vendar negativno projekcijo.

Na 2. varimax faktor imajo večje projekcije: BIVALIŠČE, ZAPOSLENOST, IZOBRAZBA; na 3. varimax faktor pa: ZADNJA KONTRACEPCIJA, DOVOLJENI SPLAV ter NEDOVOLJENI SPLAV, ki ima na faktorju večjo, vendar negativno projekcijo. Na 4. varimax faktorju imata večje projekcije samo dve spremenljivki: NA-POTENA in REZULTAT PRVEGA OBISKA in še dve spremenljivki na 5. faktor: SPONTANI SPLAV ter IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV. Spremenljivka MRTVOROJENI OTROCI se z minimalno obtežitvijo

Lastne vrednosti - tab. 6/4

I	LAMBDA	ACCUMULATED	
1	4.65290	.27370	
2	1.33615	.35230	
3	1.16819	.42101	
4	1.12327	.48709	
5	1.00318	.54610	last counted eigenvalue
6	.99531	.60465	
7	.98882	.66281	
8	.93285	.71769	
9	.89408	.77028	
10	.83248	.81925	
11	.82029	.86750	
12	.73821	.91093	
13	.56811	.94434	
14	.41227	.96860	
15	.30359	.98645	
16	.21479	.99909	
17	.01551	1.00000	

Projekcije manifestnih spremenljivk na varimax faktorje -  
tab. 6/5

	FACVAR 1	FACVAR 2	FACVAR 3	FACVAR 4	FACVAR 5
BI	-.18791	.58353	.24401	.07968	-.01100
ZAPOS	.25206	.52674	-.17617	-.35572	-.11412
ZASTAN	.85515	-.02290	-.01908	.00633	-.03038
STAR	.69537	.06874	.28757	-.26994	-.05975
SOLA	-.12161	.68747	-.06415	.04865	.02178
VZROK	-.57323	.12282	-.31698	.02911	-.02863
NAFOT	.20888	-.18557	.00580	.54840	-.04632
ZAKON	.31971	.20724	.53212	.02005	.14770
ZROJTR	.90494	-.17556	.18569	.08472	.01141
MROOT	-.13128	.05154	.19698	.09777	-.16915
ZOTR	.90202	-.17312	.19307	.08493	.01515
SPLAV	-.30222	-.09504	.17978	.06829	.34109
DSPLAV	.32221	-.06216	.71201	-.08445	.03770
NSPLAV	.00376	.02332	-.33319	.00968	.09351
IMAZA	.00914	.04676	-.16988	-.01605	.90363
KONCN	.86202	-.00119	-.17635	.10386	-.03933
REZPR	-.08911	.24595	-.06060	.77263	.02212

(.19) pojavlja v 3. faktorju.

#### 5.4. Oblimin transformacija glavnih komponent

Varimax solucija predpostavlja ortogonalnost dimenzij, zato v sociologiji varimax transformacije ponavadi nimajo pravega smisla razen v svrhu klasifikacije spremenljivk. Družba in posameznik so organizirani sistemi in ne moremo pričakovati, da se bodo določene dimenzije v teh sistemih obnašale neodvisno druga od drugih. V socioloških analizah imajo realno obstojnost samo neortogonalne, ali poševnokotne rešitve, ki predpostavljajo povezanost dimenzij med seboj. Za analizo socioloških podatkov zategadelj rajše uporabljamo neortogonalno oblmin transformacijo glavnih komponent.

Tabela 6 prikazuje paralelne projekcije spremenljivk na faktorje v oblmin transformaciji.

V 1. oblmin faktorju imajo večje obtežitve: ZAKONSKI STAN, STAROST, ŠTEVILO ŽIVOROJENIH OTROK in ŽIVEČIH OTROK ter IZID ZADNJE NOSEČNOSTI.

V 2. faktorju imajo večje obtežitve: BIVALIŠČE, ZAPOSLENOST in IZOBRAZBA.

V 3. faktorju imajo večje obtežitve: ZADNJA KONTRACEPCIJA, DOVOLJENI SPLAV in NEDOVOLJENI SPLAV, ki je negativno projekiran na faktor. Negativno projekcijo na faktor ima tudi IZID ZADNJE NOSEČNOSTI.

V 4. faktorju imajo večje obtežitve: NAFOTENA in REZULAT PRVEGA OBISKA.

V 5. faktorju imajo večje obtežitve: SPONTANI SPLAV, IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV in zelo slabo in negativno projekcijo ima še spremenljivka MRTVOROJENI OTROCI.

Koordinate vektorjev spremenljivk v obličin poziciji -  
tab. 6/6

	FACOBL 1	FACOBL 2	FACOBL 3	FACOBL 4	FACOBL 5
BI	-.23052	.51740	.22251	.21728	-.02047
ZAPOŠ	.18208	.61984	-.07879	-.27225	-.06156
ZASTAN	.85248	.00804	.18922	-.13489	-.04904
STAR	.68104	.11897	.45014	-.36956	-.12415
SOLA	-.18533	.65724	-.04346	.21098	.06991
VZROK	-.58770	.13043	-.44228	.15519	.04865
NAPOT	.25294	-.28527	.02791	.45540	-.06028
ZAKON	.30992	.13946	.62230	-.00316	.05288
ZROJTR	.92459	-.17953	.39133	-.10474	-.05304
MROOT	-.12046	.01635	.13382	.11204	-.19521
ZOTR	.92158	-.17836	.39834	-.10370	-.05049
SPLAV	-.29243	-.15964	.13566	.10033	.30618
DSPLAV	.34060	-.11089	.76375	-.17061	-.10066
NSPLAV	-.00977	.04954	-.30337	.02948	.15212
IMAZA	-.02552	.00239	-.03240	.03286	.92009
KONCN	.85788	.02627	.03887	-.03193	-.02888
REZPR	-.07649	.07849	-.07596	.81281	.04786



Korelacije spremenljivk in oblimin faktorjev - tab. 6/7

	FACOBL 1	FACOBL 2	FACOBL 3	FACOBL 4	FACOBL 5
BI	-.25310	.51194	.32170	.21324	-.03410
ZAPOS	.22748	.62938	-.13684	-.24642	-.03542
ZASTAN	.86432	.06732	-.03761	-.02300	.00420
STAR	.57972	.16746	.28081	-.26685	-.06161
SOLA	-.11701	.65144	.02696	.19834	.05504
VZROK	-.49238	.08574	-.30445	.06727	.00345
NAPOT	.30269	-.26214	-.02613	.49619	-.07305
ZAKON	.18035	.17327	.58858	.06140	.08325
ZROJTR	.87840	-.11219	.15805	.02263	.00492
MROOT	-.16390	.01081	.17839	.11592	-.20532
ZOTR	.87350	-.11106	.16654	.02352	.00745
SPLAV	-.34137	-.17384	.23456	.05468	.29007
DSPLAV	.12980	-.07781	.71735	-.09615	-.06043
NSPLAV	.08739	.04535	-.31869	.00875	.14519
IMAZA	.03114	.00841	-.00695	-.01771	.92282
KONCN	.92645	.08511	-.19580	.07563	.01650
REZPR	.04399	.08591	-.02275	.81734	.00206

Prvo kar lahko ugotovimo je, da so faktorji v varimax in oblimin rotaciji popolnoma identični. To pomeni, da uporabljene spremenljivke merijo dimenzije obnašanja, ki med seboj nimajo močnejše zveze.

Glede na strukturo spremenljivk, ki imajo v posameznih faktorjih največje obtežitve, smo faktorje poimenovali:

1. faktor: **MATERINSTVO**
2. faktor: **SOCIALNI STATUS**
3. faktor: **REGULACIJA ROJSTEV**
4. faktor: **KONTRAKCIJA**

## 5. faktor: PATOLOGIJA.

V 1. obličin faktor so se grupirale spremenljivke, ki imajo največje korelacije (tab. 6/8), najmanjše univariatske in erce varianco (tab. 6/3). To so indikatorji čisto določenega vzorca obnašanja, ki je značilen za poročene, starejše žene (starejše v odnosu na našo populacijo), ki so že rodile željeno število otrok. Sodeč po vrednostih na variabli KONČNI IZID NOSEČNOSTI, lahko sklepamo, da so te žene prišle na Inštitut za načrtovanje družine po zadnji nosečnosti, ki je pri večini končala s porodom. Glede na to, da je nekoliko večja korelacija med faktorjema 1 in 3 (tab. 6/7), lahko sklepamo, da so te žene že pred prvim obiskom na inštitutu uporabljale metode za regulacijo rojstev.

Indikatorji socialnega statusa so se grupirali v 2. faktorju. Dimenzije socialnega statusa so se v vseh raziskavah pokazale kot dober prediktor za kontracepcijsko obnašanje. Visoka in pozitivna zveza med izobrazbo, poklicem in krajem bivališča (mestno - podeželsko) ter sprejemljivostjo za kontracepcijo je bila že večkrat potrjena. V našem primeru so se statusne spremenljivke izdvojile v posebni faktor, ki ni povezan z nobenim drugim faktorjem.

## Koaunalitete - tab. 6/8

BI	.44183
ZAPOS	.51159
ZASTAN	.73313
STAR	.64741
SOLA	.49436
VZROK	.44582
NAPOT	.38098
ZAKON	.45054
ZROJTR	.89152
MROOT	.09686
ZOTE	.88833
SPLAV	.25370
DSPLAV	.62320
NSPLAV	.12042
IMAZA	.84794
KONCN	.78652
REZPR	.66955

## Interkorelacije med oblimin faktorji - tab. 6/9

	FACOBL 1	FACOBL 2	FACOBL 3	FACOBL 4	FACOBL 5
FACOBL 1	1.00000	-.07024	.26331	-.13254	-.06131
FACOBL 2	-.07024	1.00000	-.03462	-.00625	-.00453
FACOBL 3	.26331	-.03462	1.00000	-.07554	-.03760
FACOBL 4	-.13254	-.00625	-.07554	1.00000	.05877
FACOBL 5	-.06131	-.00453	-.03760	.05877	1.00000

Bržkone pa tega ne bi smeli interpretirati kot nepovezanost med stratifikacijskimi in kontracepcijskimi dimenzijami, ampak posledico predhodne selekcije pacientk. Populacija, ki prihaja na inštitut je zelo specifična. Povečini so žene iz Ljubljane in okolice (tab. 5.1/1), med njimi je 41% uslužbenk in 22% študentk (tab. 5.1/2). Izobrazbena struktura je boljše kot velja v povprečju za mesto Ljubljana in še posebej za Slovenijo (tab. 5.1/5). Pri tako kontaminirani populaciji seveda ni pričakovati, da bodo uporabljeni meraki instrumenti znotraj grupe še diskriminantni. Za večjo diferenciacijo populacije bi morali uporabiti bolj občutljive instrumente.

3. in 4. faktor kažeta na dva različna vzorca regulacije fertiliteti. Za obnašanje, ki je izraženo v 3. faktorju: **REGULACIJA FERTILNOSTI**, je značilno preprečevanje zanositve z različnimi metodami in če je potrebno tudi s abortusom. Za 4. faktor, ki smo ga imenovali **KONTRACPCIJA**, pa je značilnejša uporaba KCS, po navodilu zdravnika ali medicinskega osebja.

V 5. faktor so se grupirale spremenljivke, ki imajo zelo nizke komunalitete (razen spremenljivke **IZVENMATERIČNA ZANOSITEV**) in tvorijo faktor bolezenskih pojavov.

## 6. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 2. ANALIZE

Vsi postopki pri obdelavi podatkov in faktoriziranju spremenljivk so isti kot v 1. analizi. Razlika je v tem, da smo v 2. analizo vključili samo poročene žene in k prejšnjim 17

variablam dodali še dve: ZAPOSLENOST MOŽA (MZAPOS) in IZO - BRAZBO MOŽA (MŠOLA). Numerus je 2883.

### 6.1. Normalizacija in distribucija spremenljivk

#### BIVALISČE ( v dodatku tab. 6.1/1)

Proporci poročenih žena, ki živijo v Ljubljani, drugih mestih, ali deželi so približno isti kot smo to lahko ugotovili pri celotni populaciji pacientk. 59% poročenih pacientk živi v Ljubljani, 7% v drugih mestih, 34% pa na podeželju.

#### ZAPOSLENOST ( v dodatku tab. 6.1/2)

Med poročenimi pacientkami je največ uslužbenk (47%) in delavk (36%). Nekaj več je tudi gospodinj (11%).

#### STAROST ( v dodatku tab. 6.1/3)

Starostna distribucija poročenih žena, je v primerjavi s starostno distribucijo celotne populacije nekoliko pomaknjena proti višjim starostnim razredom. Modalna vrednost je pri celotni populaciji v 6. razredu (20-24 let), večje frekvence pa so še v 5. razredu (25-29 let) in 7. razredu (15-19 let). Modalna vrednost pri poročenih ženah je v 5. razredu (25-29 let) in večje vrednosti so še v 4. razredu (30-34 let) ter 6. razredu (20-24 let).

IZOBRAZBA ( v dodatku tab. 6.1/4)

Proporci poročenih v izobrazbeni distribuciji so skoraj 1 - dentični s proporcij pri celotni populaciji. Največ je žena s srednjo šolo (25%). Močneje zastopane so še pacientke z visoko izobrazbo (17%), s poklicnimi šolami (14%) in s končano osemletko (17%).

ZAPOSLENOST MOŽA ( v dodatku tab. 6.1/5)

Možje pacientk so bodisi uslužbenci (39%) ali delavci (53%). Vse druge poklicne skupine skoraj da niso zastopane.

IZOBRAZBA MOŽA ( v dodatku tab. 6.1/6)

Izobrazba zakonskih mož je zelo podobno distribuirana kot izobrazba pri ženah. Pri ženah smo ugotovili 17% z visoko izobrazbo, pri moških jih je 15% v tej skupini. V skupini s srednjo izobrazbo je 25% žena in 20% moških. Več mož kot žena je v skupini s poklicnimi šolami (27%), v skupini s končano osemletko pa je spet nekoliko več žena.

VZROK ( v dodatku tab. 6.1/7)

57% poročenih žena je prišlo na inštitut, ker želijo načrtovati rojstva, 42% jih ne želi več otrok. Drugih primerov je 28.

NAPOTENA ( v dodatku tab. 6.1/8)

37% poročenih žena je na inštitut napotil zdravnik, 15% pri-

mateljica in 41% je prišla sama od sebe.

ZADNJA KONTRACPCIJA ( v dodatku tab. 6.1/9)

10% poročenih žena je že pred obiskom na inštitutu imela IUD, 29% pa je uporabljala hormonske tablete. 36% je prakticirala coitus interruptus in 15% se ni zaščitila.

ŽIVOROJENI OTROCI ( v dodatku tab. 6.1/10)

42% poročenih pacientk ima 2 otroka, 36% 1 otroka in 11% nobenega.

MRTVOROJENI OTROCI ( v dodatku tab. 6.1/11)

Samo 1% žena je imela mrtvorojenega otroka.

SEDAJ ŽIVI OTROCI ( v dodatku tab. 6.1/12)

42% pacientk ima 2, 37% pa 1 otroka. 11% poročenih pacientk nima otrok.

SPONTANI SPLAV ( v dodatku tab. 6.1/13)

Spontane splave je imelo približno 12% poročenih pacientk.

DOVOLJENI SPLAV ( v dodatku tab. 6.1/14)

2 in več dovoljenih splavov je imelo približno 10% pacientk, po 1 splav 23%, 66% poročenih pacientk pa splava še ni imela.

NEDOVOLJENI SPLAV ( v dodatku tab. 6.1/15)

Samo 1% poročenih pacientk je imela nedovoljeni splav.

IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV ( v dodatku tab. 6.1/16)

Niti 1% poročenih žena ni imela izvenmaternične zanositve.

IZID ZADNJE NOSEČNOSTI ( v dodatku tab. 6.1/17)

Ob zadnji nosečnosti je 62% poročenih pacientk rodila, 25% pa je imela dovoljeni abortus. Samo 8% poročenih žena še ni bilo nosečih.

REZULTAT PRVEGA PREGLEDA ( v dodatku tab. 6.1/18)

Po prvem pregledu na inštitutu se je 14% žena odločila, za IUD, 34% za hormonske tablete, slabih 8% je bilo nosečih in pri 30% izid pregleda ni poznan.

6.2. Korelacije med spremljivkami ter unikvitete

Enako kot v 1. analizi, lahko tudi v tem primeru ugotovimo,



šibke ali sploh nobene povezanosti med posameznimi spremenljivkami. Višje korelacije imajo same statusne spremenljivke moža. Višje korelacije lahko ugotovimo med bivališčem žene ter poklicnim statusom in izobrazbo moža, med poklicnim statusom in izobrazbo žene ter poklicnim statusom in izobrazbo moža. Starost pacientke je v pozitivni korelaciji s številom otrok, ki jih žena že ima, zadnja kontracepcija pa z dovoljenim splavom. Večjo in pozitivno korelacijo ima tudi število otrok in dovoljeni splavi, kar bi pomenilo, da je več verjetnosti, da se poročene žene odločajo za splav, če že imajo 1 ali 2 otroka. (V dodatku tab. 6/2). Unikne variance so razen pri dveh spremenljivkah precej visoke. Skupna varianca sistema spremenljivk je 27,01% (v dodatku tab. 6/3).

### 6.3. Varimax transformacija glavnih komponent

Dobili smo 7 varimax faktorjev. Na 1. varimax-faktor imajo večje projekcije: STAROST, ŽIVOROJENI OTROCI in ŠTEVILO SEDAJ ŽIVIH OTROK ter IZID ZADNJE NOSEČNOSTI. VZROK, da je žena prišla na inštitut ima na faktor večjo, vendar negativno projekcijo. To pomeni, da žene, ki že imajo otroke prihajajo prvenstveno na inštitut, ker otrok ne želijo več.

Na 2. varimax-faktorju imajo večje projekcije vse statusne spremenljivke pacientke in njenega moža: BIVALIŠČE, ZAPOSLENOST, IZOBRAZBA ter ZAPOSLENOST in IZOBRAZBA MOŽA.

Na 3. varimax-faktor imata večjo projekcijo ZADNJA KONTRACEPCIJA in negativno projekcijo IZID ZADNJE NOSEČNOSTI.

Spremenljivki NAPOTENA in REZULTAT PRVEGA PREGLEDA imata večji projekciji v 4. faktorju, SPONTANI SPLAV in IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV pa v 5. faktorju. V 6. faktorju ima večjo težo samo MRTVOROJENI OTROCI, v 7. faktorju pa NEDOVOLJENI SPLAV ( v dodatku tab. 6/7).

#### 6.4. Oblimin transformacija glavnih komponent

Tudi v oblimin transformaciji smo dobili 7 faktorjev. 1. oblmin faktor je identičen 1. varimax-faktorju. Večje teže v faktorju imajo: STAROST, ŽIVOROJENI OTROCI in ŠTEVILO SE - DAJ ŽIVIH OTROK ter IZID ZADNJE NOSEČNOSTI. VZROK ima spet negativno projekcijo.

Tudi 2. oblmin faktor je enak 2. varimax-faktorju. Največ je projekcije imajo vse statusne spremenljivke žene in njenega moža: BIVALIŠČE, ZAPOSLENOST, IZOBRAZBA, ZAPOSLENOST MOŽA IN IZOBRAZBA MOŽA.

V 3. oblmin faktor so se grupirale: ZADNJA KONTRACPCIJA, DOVOLJENI SPLAV in KONČNI IZID NOSEČNOSTI; v 4. faktorju so: NAPOTENA in REZULTAT PRVEGA PREGLEDA; v 5. faktorju: SPONTANI SPLAV in IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV; v 6. MRTVOROJENI OTROCI in v 7. faktorju še NEDOVOLJENI SPLAV.

Če strukturo teh faktorjev primerjamo z oblmin faktorji, ki smo jih dobili pri 1. analizi lahko takoj ugotovimo, da so faktorji skoraj identični. Razlika je le v tem, da so se v 2. faktor sedaj uvrstile še spremenljivke moževega statusa,

v dva posebna faktorja pa sta se izdvojili spremenljivki: **MRTVOROJENI OTROCI**, ki je bila pri 1. analizi v 5. faktorju in **NEDOVOLJENI SPLAV**, ki je bil preje v 3. faktorju. Ker so faktorji enaki, jih lahko tudi enako poimenujemo, z razpoznavnim znakom P (poročene):

1. faktor: **MATERINSTVO (P)**
2. faktor: **SOCIALNI STATUS (P)**
3. faktor: **REGULACIJA ROJSTEV (P)**
4. faktor: **KONTRACPCIJA (P)**
5. faktor: **PATOLOGIJA (P)**
6. faktor lahko poimenujemo kar po spremenljivki, ki je v njem reprezentirana: **MRTVOROJENI OTROCI** in 7. faktor **NEDOVOLJENI SPLAV**.

Tudi interpretacija faktorjev je možna samo na način kot smo ga prikazali v prejšnjem poglavju. 1. faktor izraža tip obnašanja poročenih žena v višjih starostnih skupinah, ki že imajo otroke (večina ima 1 ali 2 otroke) oz. žena, ki so ob zadnji nosečnosti rodile, ki ne želijo več otrok in zato prihajajo po kontracepcijo.

Menimo, da so se spremenljivke socialnega statusa izdvojile v posebni faktor, ker je pač naša populacija zelo specifična in po teh kriterijih že selekcionirana. Relativno visok socialni status pacientk je bil gotovo eden od dejavnikov, ki je, če ne neposredno, pa vsaj posredno vplival na odločitev za kontracepcijo.

3. in 4. faktor kažeta na dva vzorca regulacije rojstev. Vsi ostali faktorji kažejo na patološke pojave.

## 7. REZULTATI IN INTERPRETACIJA 3. ANALIZE

Tudi 3. analiza je bila napravljena z iste metodologijo kot obe predhodnji. Analizirana populacija so v tem primeru samo neporočene žene (N = 2237). Uporabili smo iste spremenljivke kot pri 1. analizi (17 spremenljivk).

### 7.1. Normalizacija in distribucija spremenljivk

#### BIVALISČE ( v dodatku tab. 7.1/1)

V primerjavi s poročenimi, lahko ugotovimo, da je med neporočenimi še večji odstotek Ljubljank (71%) in samo 21% jih je iz drugih krajev Slovenije ali drugih republik.

#### ZAPOSLJENOST ( v dodatku tab. 7.1/2)

Distribucija po zaposlenosti kaže, da v skupini prevladujejo študentke (46%), za njimi pa pridejo uslužbenke (34%). Delavk je med neporočenimi pacientkami le 1%, kmetice niso zastopane.

#### ZAKONSKI STAN ( v dodatku tab. 7.1/3)

Prikazujemo tudi distribucijo po zakonskem stanu zato, da lahko vidimo kolikšen proporc med sedaj neporočenimi je bil kdaj preje že poročen in koliko pacientk še ni bilo nikoli poročenih. Med neporočenimi pacientkami je le dobrih 5% vdov in razvezanih žena, 95% jih še ni bilo nikoli poročenih.

STAROST ( v dodatku tab. 7.1/4)

Kot je bilo pričakovati je starostna distribucija neporočenih pacientk močno pomaknjena na desno. Modalne vrednosti so pri najnižjih starostnih razredih (od 15 do 19 in od 20 do 24 let). 10% jih je še v starostni skupini od 25 do 29 let. V ostalih starostnih razredih pa neporočenih žena skoraj da ni oz. je njihov odstotek zelo majhen.

IZOBRAZBA ( v dodatku tab. 7.1/5)

Največ neporočenih pacientk je s srednjo šolo (22%), nekaj več jih je še z vajeniškimi in drugimi dvo- in tri letnimi poklicnimi šolami (14% in 16%) ter 11% s visoko izobrazbo.

VZROK ( v dodatku tab. 7.1/6)

Vzrok za obisk na inštitutu je bil pri 93% vseh neporočenih pacientkah "načrtovanje družine".

NAPOTENA ( v dodatku tab. 7.1/7)

Samo 14% je napotil zdravnik (v razliko s 37% pri poročenih ženah), 32% prijateljica in 45% je izjavila, da je prišla sama od sebe.

ZADNJA KONTRACEPCIJA ( v dodatku tab. 7.1/8)

18% neporočenih pacientk je pred prvim obiskom že uporabljala eno od metod zaščite, 43% coitus interruptus in 30% se ni

zaščitila.

ŽIVOROJENI OTROCI ( v dodatku tab. 7.1/9)

89% neporočenih pacientk ni rodila nobenega otroka, 7% po enega ter 2,5% po dva otroka (vključene so tudi razvezane žene in vdovec).

MRTVOROJENI OTROCI ( v dodatku tab. 7.1/10)

Neporočene žene niso imele mrtvorojenih otrok.

SEDAJ ŽIVI OTROCI ( v dodatku tab. 7.1/11)

89% nima otrok, okoli 10% pa enega ali dva otroka.

SPONTANI SPLAV ( v dodatku tab. 7.1/12)

Spontane splave je imelo približno 2% neporočenih pacientk.

DOVOLJENI SPLAV ( v dodatku tab. 7.1/13)

87% neporočenih žena ni imelo splava, 10% po en dovoljeni splav, približno 2% več kot enega.

NEDOVOLJENI SPLAV ( v dodatku tab. 7.1/14)

Nedovoljenih splavov neporočene pacientke niso imele oz. ga

je imelo zelo malo število pacientk.

#### IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV ( v dodatku tab. 7.1/15)

Izvenmaternična zanositev se je pojavila samo v nekaj primerih.

#### IZID ZADNJE NOSEČNOSTI ( v dodatku tab. 7.1/16)

81% neporočenih žena ni bila nikoli noseča, 11% pa je splavila. V 5% so rodile in 1% je imelo spontani splav.

#### REZULTAT PRVEGA PREGLEDA ( v dodatku tab. 7.1/17)

Rezultat prvega pregleda je nekoliko drugačen pri neporočenih, kot je bil pri poročenih ženah. 39% se je odločila za oralno hormonsko kontracepcijo, 26% pa za diafragmo. V 30% primerih je rezultat prvega pregleda nepoznan.

### 7.2. Korelacija med spremenljivkami ter unikvitete

Večje korelacije imajo spec. isce spremenljivke kot v prejšnjih analizah. To so korelacijske zveze med starostjo in zaposlitvijo, starostjo in zakonskim stanom ter zadnjo kontracepcijo. Starost korelira tudi z živorejenimi otroci (čim starejša je žena, več je verjetnosti, da bo imela otroka, tudi če ni poročena) in splavi. S končnim izidom nosečnosti korelira: zaposlenost, zakonski stan, starost, otroci in splav. To pomeni, da se del žena, ki so noseče bolj verjetno

odloči za porod, če so zaposlene in ne več zelo mlade. Za drugi del je večja verjetnost, da se odloči za splav (v dodatku tab. 7/2 in 3).

Skupna varianca sistema spremenljivk je 30.90%.

### 7.3. Varimax transformacija glavnih komponent

Pri 3. analizi smo spet dobili samo 5 faktorjev. Na 1. varimax-faktor imajo večje projekcije: ZAKONSKI STAN, STAROST, ŽIVOROJENI OTROCI in ŠTEVILO OTROK, IZID ZADNJE NOSEČNOSTI, DOVOLJENI SPLAV ter VZROK z negativno projekcijo.

Projekcije na 2. varimax-faktor imajo: BIVALIŠČE, IZOBRAZBA, ZADNJA KONTRACEPCIJA in REZULTAT PRVEGA PREGLEDA.

Na 3. varimax-faktor ima večjo projekcijo ZAPOSLENOST in negativne projekcije NAPOTENA in REZULTAT ZADNJEGA PREGLEDA; na 4. faktor: MRTOVOROJENI OTROCI in SPONTANI SPLAV; na 5. faktor pa: IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV in NEDOVOLJENI SPLAV z negativno projekcijo (v dodatku tab. 7/6).

### 7.4. Oblimin transformacija glavnih komponent

V oblamin poziciji imajo večje projekcije na 1. faktor: ZAKONSKI STAN, ŽIVOROJENI OTROCI, ŠTEVILO OTROK, DOVOLJENI SPLAV, IZID ZADNJE NOSEČNOSTI ter VZROK v negativni projek -



ciji; na 2. faktor: BIVALIŠČE, IZOBRAZBA, ZADNJA KONTRACEP - CIJA; na 3. faktor: ZAPOSLEKOST, STAROST ter negativno pro - jekcijo NAPOTENA in REZULTAT PRVEGA PREGLEDA; na 4. faktor: SPONTANI SPLAV in na 5. faktor: IZVENMATERNIČNA ZANOSITEV in NEDOVOLJENI SPLAV v negativni projekciji ( v dodatku tab. 7/7).

Tokrat 1. faktor ni popolnoma identičen s faktorjema v ana - lizi celotne populacije in analizi poročenih pacientk. V 1. obličin faktor se je uvrstil še zakonski stan in dovolje - ni splav. Kot kaže je to faktor tistega dela neporočenih žena, ki so bile enkrat preje poročene (vdove, razvezane), ki so v populaciji neporočenih žena tudi starejše, imajo otroke in so zadnjo nosečnost končale bodisi s porodom ali abortu - som.

V 2. obličin faktorju se prvič pojavlja tudi kontracepcijska variabla skupaj s stratifikacijskimi variablami. In če lahko sklepamo na osnovi tega faktorja, potem bi rekli, da so sam - ske pacientke, ki živijo v mestu, nekoliko starejše in bolj izobražene, že pred obiskom na inštitutu uporabljale metode za regulacijo rojstev.

NAPOTENA in REZULTAT PRVEGA PREGLEDA ima negativno projek - cijo na faktor 3, v katerem so najmočnejše zastopane ZAPOSLE - NOST in STAROST. Za razumevanje tega faktorja si moramo po - magati še z distribucijami odgovorov v posameznih spremen - ljivkah. Spomnimo se, da so neporočene pacientke na vpra - šanje "kdo jih je napotil na inštitut" v veliki večini odgo - vorile, da jih je napotila prijateljica, ali da so prišle same, medtem ko je bilo med poročenimi ženami več napotnih

po zdravniku. ( V dodatku tab. 7.1/1 in 6.1/8), in, da je bil najpogostejši rezultat prvega pregleda pri poročenih ženah IUD ali hormonske tablete, pri neporočenih pa hormonske tablete in diafragma ter še nekatera kemična sredstva ( v dodatku tab. 6.1/19 in 7.1/17).

Četudi na osnovi teh podatkov še ni možno z natančnostjo ugotoviti kakšen vzorec kontracepcijskega obnašanja izraža 3. faktor, pa vendar lahko sklepamo na tip obnašanja, ki je značilen za neporočene, nekoliko starejše žene, povečini uslužbanke, ki se v večjem številu odločajo za mehanska in kemična KCS.

4. in 5. oblikin faktor kažeta na bolezenske pojave.

Večina faktorjev je podobna (izražajo iste vsebine kot faktorji v prejšnjih dveh analizah) in smo jih tudi enako imenovali z razpoznavnim znakom N. Različna sta samo 2. in 3. faktor, zato smo jima dali drugačna imena.

1. faktor: MATERINSTVO (N)
2. faktor: REGULACIJA ROJSTEV (N)
3. faktor: STARE METODE (N)
4. faktor: PATOLOGIJA 1 (N)
5. faktor: PATOLOGIJA 2 (N)

Značilno je, da je v vseh treh analizah glavni MATERINSKI FAKTOR, ki bi ga lahko imenovali tudi "ne želi več otrok". Ta faktor v vseh treh primerih izčrpava največji del skupne variance sistema. Iz tega lahko zaključimo, da sestavljajo glavni "kontracepcijski faktor" tiste spremenljivke, ki kažejo na vzorec kontracepcijskega obnašanja dela pacientk, ki že imajo izkušnje v zakonu, so matere in se ne želijo več

izpostavljati riziku zanositve, zato se odločajo za sodobna, sigurna kontracepcijska sredstva, med katerimi je IUD na prvem mestu.

### 8. POVZETEK IN ZAKLJUČKI

Glavne karakteristike populacije pacientk, ki so v letih 1973 in 1974 obiskale Inštitut za načrtovanje družine so: niska struktura po starosti in izredno visoka izobrazbena struktura.

Za primerjavo navajamo statistične podatke o starostni strukturi ženskega prebivalstva za Slovenijo in za mesto Ljubljana (vseh 5 ljubljanskih občin).

izraženo v odstotkih

Starostne skupine	Slovenija <sup>13</sup>	Ljubljana <sup>14</sup>	Inštitut za načrtovanje družine
14 let in manj	-	-	0.6
15 do 19 let	8.3	7.6	20.0
20 do 24 let	7.9	9.4	30.9
25 do 29 let	6.5	7.6	19.9
30 do 34 let	6.8	7.9	14.2
35 do 39 let	7.1	7.7	8.5
40 do 44 let	7.3	7.9	4.4
45 let in več	-	-	1.3

Gornji podatki ne rabijo nadaljne obrazložitve. Povsem jasno je, da lahko populacijo pacientk na inštitutu imenujemo mlado. Nič manj kot starost, se populacija na inštitutu loči

tudi po svojem izobrazbenem sestavu. Podatki za Ljubljano nam niso na voljo, pač pa na SR Slovenijo<sup>15</sup>.

Izobrazbene skupine	Slovenija	Inštitut za na - črtovanje družine
brez šolske izobrazbe, 1-3 razredi	6.6	2.1
4-7 razredov	29.7	6.6
osemletka	44.4	12.7
šole za KV in VKV delavce in drug strokovni kader	10.0	24.4
gimnazija	2.2	32.4
šole za srednji strokovni kader	4.8	
višje in visoke šole, akademije, fakultete	1.9	2.16
neznano	0.4	-

Zato, da smo lahko primerjali statistične podatke s podatki iz inštituta smo pri podatkih inštituta sešteli vse srednje šole in vse šole, ki so višje kot srednje. V Sloveniji je 1.9% žensk, ki imajo visoke ali višje šole, fakultete ali akademije, med pacientkami na inštitutu je ta proporc pri - bližno 7 krat tolikšen. Še večja je razlika pri srednje izobraženih. Po popisu prebivalstva iz leta 1971 je 7% žena z gimnazijo ali srednjo strokovno šolo, med pacientkami na Inštitutu za načrtovanje družine jih je dobrih 33%. Ker je

inštitut v Ljubljani, je tudi razumljivo, da so njegove pacientke zvečina Ljubljančanke ali iz bližnje okolice Ljubljane.

Populacijo pacientk lahko delimo v dve skupini: številnejša prva skupina so poročene žene, ali žene, ki so že bile kdaj preje poročene (vdove, razvezane žene). Teh je 58%. Skoraj vse so že bile noseče, imajo po enega ali dva otroka in so že pred obiskom na inštitutu poskušale regulirati rojstva. Druga, nekoliko manj številna skupina (42%) so neporočene žene. Večina so zelo mlada dekleta (od 15 do 24 let) brez predhodne kontracepcijske prakse. Po predvidevanjih sodelavcev tega inštituta, se bo njihovo število verjetno v prihodnjih letih še povečalo, ker sedaj deluje specialna ambulanta za mlada dekleta. Za neporočene pacientke je posebno značilno, da je med njimi 64% študentk, ostalih 53% pa je zaposlenih. V bodoče bo potrebno tudi ugotoviti kakšne poklice opravljajo.

Takšna struktura populacije, kot smo jo lahko ugotovili na osnovi naših podatkov potrjuje teorijo o povezanosti stratifikacijskih (statusnih) dimenzij ter večjo motivacijo za regulacijo rojstev s sredstvi sodobne kontracepcije. Situacija na inštitutu je podobna kot na vseh sorodnih inštitucijah po svetu: njihove pacientke se rekrutirajo iz višjih družbenih slojev. Nižjim strata kontracepcija še ni dostopna v enaki meri, ali pa jo odbijajo.

Žena, ki pride na Inštitut za načrtovanje družine želi regulirati rojstva in četudi še ne ve katero sredstvo bo izbrala in pričakuje, da ji bo pri tem svetoval zdravnik, je

vendar njena odločitev o uporabi kontracepcije predhodila njenemu obisku na tem inštitutu. Žene, ali vsaj večina žena na kontracepcijo ne pristane šele v ordinaciji, marveč mnogo prej, ko so se odločile, da inštitut sploh obiščejo. Zato je tudi značilno, da je večji del poročenih pacientk že pred obiskom na tem inštitutu uporabljala eno od metod regulacije.

Kontracepcija pred pregledom	injekcije IUD	horm.tabl. kemič.sp.	diafragma kondom	ritm.met. coitus int.	nič	skupaj				
poročene	1 (10.4)	300 (30.2)	871 (2.5)	74 (3.5)	100 (3.3)	96 (1.2)	34 (37.3)	1076 (15.6)	451	3003
neporočene	1 (1.0)	22 (17.1)	361 (1.0)	22 (1.0)	22 (4.5)	96 (1.3)	28 (43.6)	922 (30.3)	642	2116
Skupaj	2	322	1232	96	122	192	62	1998	1093	5119

V gornji tabeli so prikazani odstotki poročenih (sem smo šteli tudi vdove in razvezane) ter neporočenih žena, ki so pred obiskom na inštitutu regulirale rojstva. Med njimi je bilo 30% poročenih žena, ki so pred tem že uporabljale hormonske tablete in 10% IUD. Tudi 17% neporočenih pacientk je uporabljale hormonske tablete predno so prišle na ta inštitut.

Imamo populacijo, za katero je značilna visoka stopnja pripravljenosti za sprejemanje kontracepcije. Sodeč po njihovem vedenju bi lahko rekli, da so te ženske že dosegle tisto stopnjo "moderniziranosti" (informiranost, sprejemljivost za novosti, sposobnost načrtovanja in predvidevanja konsekvenc, prelom s tradicionalnimi normami, sigurnost, neodvisnost), ki je potrebna za odločitev o uporabi kontracepcije. Med njimi je največ žena, ki so mlade, bolj izobražene, urbanizirane in več kot polovica je poročenih. Čeprav v manjšini, pa so med pacientkami tudi žene, ki po svojih stratifikacijskih znakih pripadajo nižjim slojem. Kaj je te žene motiviralo za kontracepcijo? kateri dejavniki so vplivali na njihovo odločitev? Značilno je, da je med ženami, z nižjo izobrazbo več poročenih in manj mladih deklet.

Vse žene, ki so prišle na ta inštitut se verjetno želijo zaščititi. Predpostavljamo, da so se odločile, da bodo svojo fertiliteto regulirale s sodobnimi KCS. In vendar opažamo, da so tudi med pacientkami tega inštituta značilne razlike v izboru in v kontracepcijski praksi.

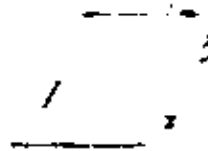
Zato, da bomo lahko dobili jasnejšo sliko o uporabi kontracepcije in o spremembah pri regulaciji rojstev po obisku na



Zadnja kontracepcija		Rezultat pregleda										Zadnja kontra- cepcija	
		injek.	oral. ES	or. kl.	IUD	diaf.	delp. pat.	ta-ro	nosač.	drugo	Total		
1	N %	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1-injek- cija
			50.1		50.1							6.0	
2	N %	1	2	1	14	27	14	4	1	9	249	322	2- IUD
		0.3	0.6	0.3	4.3	8.4	4.3	1.2	0.3	2.8	77.3	6.3	
3	N %	5	8	6	327	358	203	19	16	56	246	1232	3- hormo- nske tableti
		0.4	0.6	0.5	25.5	28.6	16.5	1.5	1.3	4.5	19.5	24.1	
4	N %	0	0	0	12	34	25	8	0	6	11	96	4- kemi- na
					12.5	25.4	26.0	8.3		6.3	11.5	1.9	
5	N %	1	0	0	13	37	29	1	2	6	33	122	5- diafra- gma
		0.3			10.7	30.3	23.8	0.8	1.6	4.9	27.0	2.4	
6	N %	0	2	1	49	37	57	3	0	12	37	192	6- kondom
			1.0	0.5	25.5	17.7	29.7	1.6		6.3	17.7	3.8	
7	N %	0	0	0	20	9	12	2	1	3	16	62	7- ritmično
					32.3	14.5	19.4	3.2	1.6	3.2	25.3	1.2	
8	N %	10	19	12	552	448	359	11	8	153	426	1998	8- coitus
		0.5	1.0	0.6	27.0	22.4	18.0	0.6	0.4	7.7	21.3	39.0	
9	N %	0	1	1	297	124	140	10	3	142	375	1093	9- nič
			0.1	0.1	27.6	11.3	12.8	0.9	0.3	13.0	34.3	21.4	
TOTAL		17	33	21	1285	1065	839	58	31	385	1391	5119	
		0.3	0.6	0.4	25.1	20.8	16.4	1.1	0.6	7.5	27.0	100.0	

čen inštituta, prikazujemo tabele iz katere je razvidno kolikšen odstotek žena je pred prihodom na inštitut reguliralo rojstva, s kakšnimi metodami, kolikšen odstotek še naprej vztraja pri prejšnji metodi, koliko jih je metodo spremenilo in kaj so izbrale.

V vrstah je v celih in relativnih številih zapisano koliko žene se je po pregledu na inštitutu odločila za določeno me-



toda kontracepcije. Vsi odstotki so računani od celotnega števila žena, ki so določeno metodo uporabljale že pred pregledom. Celotna tabela križanj med zadnjo kontracepcijo in rezultatom pregleda je v dodatku (tabela A).

V stolpcu so našteje metode za regulacijo rojstev, ki so jih žene uporabljale pred obiskom na inštitutu, v glavi tabele pa metode, ki so jih izbrale po obisku. 322 žena od katerih so vse poročene (vdove ali razvezane) in od katerih ima 18 4 otroke, 47 3 otroke 181 2 otroka 65 po enega otroka in 11 nima otrok, so že pred obiskom imele IUD. Med njimi je skoraj 50% žena s končano ali nedokončano osemletko. 10% je brez izobrazbe. Po tej tabeli je samo 27 pacientk po obisku na inštitutu ostale pri IUD, 15 je izbralo oralno kontracepcijo, 14 je izbralo diafragmo in 5 kemično metodo.

Žal je kategorija "drugo" (219 ali 77,3%) ostala nepojasnjena.

Sklepamo pa, da so verjetno tudi v tem razredu vključene žene, ki so ostale pri uporabi IUD in so na inštitut prišle samo na pregled.

Menimo, da smo odkrili vzorec kontracepcijskega obnašanja, ki je za populacijo pacientk na tem inštitutu najbolj tipičen. Izražen je v faktorju MATERINSTVO (v vseh treh analizah) in bi ga lahko takole opisali: vtaksonski skupini so povečini (če ne izključeno) poročene žene z otroki. 85% teh žena je izjavila, da so prišle na inštitut, ker si otrok ne želijo več. 34% žena, ki so se pri pregledu odločile za IUD, so že pred tem uporabljale eno od metod kontracepcije. 43% je prakticiralo coitus interruptus, 23% se ni zaščitila. Izobrazba pri odločitvi za IUD ni enako odločilna kot pri drugih KCS. Za IUD se je odločilo več delavk (53,1%) kot uslužbenk (32%) in večje število nezaposlenih žena (13%) ter samo 2 študentki.

Od skupno 1232 žena, ki so pred pregledom na inštitutu uporabljale hormonske tablete, si jih po tem pregledu 333 (27%) odločila za

oralno KCS, 358 (28,6%) za IUD in 203 (16,5%) za diafragmo. Pred pregledom je hormonske tablete uporabljalo 874 (30,2\*) vseh poročenih in 364 (17,1%) neporočenih žena. Po podatkih jih je samo 333 ostalo pri harmonskih tabletah. Verjetno pa je tudi nekaj "starih uporabnic" harmonskih tablet med 240 pacientkami, ki so bile po dogovorih v evidenčnih kartonih uvrščene v razred "drugo". Kljub temu ugotavljamo, da veliko žena opušča hormonsko kontracepcijo in raje izbere IUD diafragmo. Od celokupnega števila žena, ki so pred tem pregledom še uporabljale hormonsko kontracepcijo, se jih je 40% po pregledu odločila za drugo sredstvo (tudi če odštejemo vse žene, ki so vključene v razred drugo). Kaj je vplivalo na njihovo odločitev ne moremo povedati. Lahko, da so jih odvrnili spremljajoči pojavi, dokile so alarmantne informacije o škodljivosti hormonske kontracepcije, ali jim je drugače svetoval zdravnik.

Za raziskovalca je podatek zanimiv in kaže, da je raziskovanje zadevne problematike nujno potrebno. Že konzultacije z zdravniki, njihova stališča in izkušnje s hormonsko kontracepcijo, bi nam lahko osvetlila problem. Pa tudi pri ženah bo potrebno raziskati njihove razloge za in proti uporabi hormonske kontracepcije.

Po pregledu na inštitutu je uporaba diafragme porastla za skoraj 7 krat, število uporabnic kemičnih sredstev pa je nekoliko nižje, kot pred pregledom.

Poglejmo še, za kaj se odločajo "začetnice", žene, ki pred pregledom na inštitutu niso prakticirale nobene metode zaščite, ali coitus interruptus. 1997 žena (39 % celokupne populacije) je pred pregledom prakticirala coitus interruptus. Med njimi jih je po pregledu največ izbralo oralne tablete (28,3%), to so mlajše, še neporočene žene. 22,4% po večini poročene žene z otroki so izbrale IUD, 48% pa diafragme.

Potrebno je še enkrat poudariti, da je v rubriki "drugo" 1384 primerov, kar pomeni 27% celotne populacije, ki je ne moremo adekvatno razvrstiti v noben razred in je zato možno, da naši zaključki niso popolnoma točni. Zlasti to velja za skupino uporabnic IUD, hormonskih tablet ter žena, ki so bodisi prakticirale coitus interruptus ali se niso zaščitile, pa ne vemo, kakšen je bil izid pregleda.

Informacije o kontracepciji lahko žena dobi na več načinov. V raziskavi smo ugotovili, da imajo RTV in tisk pri informiranju žena o kontracepciji inferiorne vloge. Samo 3% vseh vprašanih žena je odgovorilo, da se o kontracepciji slišale na radiu ali TV, ali brale v tisku. V glavnem se informacije o kontracepciji širijo prek neformalne komunikacije (prijateljice). Najboljši prediktor za kontracepcijsko porabo je zdravniški nasvet (faktor KONTRACENCIJA), vendar pa moramo računati s tem, da so potencialne uporabnice zelo mlade žene in, da mladi ljudje povečini brez razloga ne gredo k zdravniku. Tudi iz naših podatkov je razvidno, da so na nasvetu zdravnika prišle na inštitut zvečina poročene žene z otroki in sklepamo, da so zdravniške napotke dobile bodisi ob nosečnosti, bodisi po porodu ali splavu.

Med pacientkami, ki so prišle na inštitut je bilo 1382 (ali 27% celotne populacije) napotenih od zdravnika, 1,4% od patronažne službe in 1,9% od komisije za splav. Lahko torej rečemo, da je zdravstvena služba napotila na inštitut 1557 žena (ali 30,4% vseh pacientk) med njimi jih ima več kot 70% otroke in 97 je sigurno že imelo enega ali več splavov, ker jih je na inštitut napotila komisija za abortus.

Skoraj polovica (48%) vseh pacientk je na vprašanje "kdo jih je napotil na inštitut" odgovorila, da so prišle same od sebe. Že možno, da tem ženam ni nihče dal direktnega napotila, vendar menimo, da so informacije o kontracepciji in o tem inštitutu morale imeti, če so se odločile za pregled. Verjetno vprašanje, tako kot

je bilo zastavljeno ni zadosti definiralo odgovorov. Vprašanje "kdo vas je napotil" lahko za pacientko pomeni samo direktno napotilo, ali konkretni nasvet (zdravnika, sestre, prijateljice) in v tem primeru ne bo odgovorila kaj je lahko tudi neposredno vplivalo na njeno odločitev.

Večina pacientk ne prihaja na inštitut po nasvetu neke konkretne osebe (ali nasvetu RTV, tiska), marveč sliši o tem govoriti, se sama o teh vprašanjih pogovarja in se končno odloči za obisk, ne da bi dobila napotke v striktnem pomenu te besede. Vprašanje bo treba v bodoče spremeniti tako, da bo nanj lahko odgovarjalo tudi tistih 50% pacientk, za katere v sedanjih podatkih ne moremo razbrati, kje so čobile potrebne informacije za kontracepcijo in s tem izpolnile prvi, neobhodni pogoj za svojo odločitev.

Kontracepcijsko obnašanje smo v našem modelu delili v tri faze: vstop, uporaba kontracepcije in izstop. V vsaki fazi deluje cela vrsta situacij. Cilj te naloge je bil ugotoviti, v kakšnih situacijah in odnosih se te tri faze realizirajo. Vstopu, to je prvemu poskusu s kontracepcijo predhodi odločitev. Žena se v določeni situaciji (odnosih) odloči, da bo začela zavestno regulirati svojo fertiliteto in se eventualno odloči za pregled na Inštitutu za načrtovanje družine z željo, da bi tam dobila nasvet za najboljši izbor KCS. Da sploh lahko pride do te odločitve, pa morajo biti izpolnjeni nekateri neobhodni pogoji:

1) žena mora biti o kontracepciji informirana. Žena, ki se odloči za kontracepcijo, mora vedeti, da kontracepcija obstoja. Za adekvatno odločanje mora poznati tudi alternativne možnosti in posledice, ki sledijo odločitvi za eno ali za drugo možnost. Žena mora vedeti, da je rojstva možno regulirati na več načinov in mora poznati implikacije in posledice teh načinov. Samo v komparaciji z alternativnimi možnostmi lahko žena sodi o prednostih in slabih straneh kontracepcije (posameznih KCS) in se zanjo odloči, ali ne odloči.

2) Žena mora biti za kontracepcijo motivirana. Motivacija za kontracepcijo je lahko različna. Predvsem pa je potrebno, da je kontracepcija za ženo na nek način privlačna in funkcionalna. Če kontracepcija ni privlačna, ker ima za ženo negativne posledice (slabo počutje, ogroža odnose, je v sistemu njenih odnosov negativno sankcionirana), je malo verjetno, da se bo žena zanjo odločila.

3) Kontracepcijska sredstva morajo biti lahko dosegljiva. Pokazali smo, da so višji družbeni položaj, ki ga žena pri - dobi z izobrazbo, večja dostopnost informacijskim virom in večja dostopnost zdravstvenih služb v mestih, pomembni dejav - niki, ki vplivajo na ženino pozitivno motivacijo za kontra - cepcijo.

V drugi raziskavi, ki jo je prav tako izvajal Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani na manj - šem vzorcu žena med katerimi so bile pacientke z Inštituta za načrtovanje družine, smo ugotavljali pomen, ki ga kon - tracepcija lahko ima v zvezi s seksualnim aktom, spočetjem in rojstvom otroka. Podatki so pokazali, da postane kontra - cepcija zares funkcionalna in s tem privlačna le za tiste, že - ne, ki so poročene, vendar dovolj samostojne, da neodvisno od moža regulirajo rojstva, ki že imajo 1 ali 2 otroka, in ki so imele že izkušnje s splavom in želijo zmanjšati rizi - ko. Žene, ki so v svojem odnosu do partnerja bolj odvisne in pri katerih je več verjetnosti, da je tudi riziko spočetja za njihove potrebe funkcionalen, ali bi kontracepcija utegnila ogroziti njihov odnos, so kontracepciji manj naklonjene<sup>16</sup>, oz. izbirajo med "starimi" manj zanesljivimi metodami kon - tracepcije.

O družinskih in zakonskih/partnerskih odnosih, ki ženo mo - tivirajo za uporabo kontracepcije in vplivajo nanj, odlo - čitev imamo v podatkih malo indikatorjev. Za poročene paci - entke na inštitutu je značilno, da pripadajo njihovi možje istim, to je zgornjim družbenim slojem. Iz tega lahko skle - pamo, da so tudi njihova stališča do ženine uporabe kontra - cepcije pozitivna oz. da ženina uporaba kontracepcije v za - konu ni negativno sankcionirana. V kolikšni meri možje vpli -



vajo na ženino odločitev za kontracepcijo pa iz podatkov ni razvidno.

Pomemben dejavnik pri odločitvi za kontracepcijo so otroci. Kaže, da je želja po materinstvu saturirana z enim oz. največ dvema otrokoma, kar lahko iz demografskih podatkov ugotovimo tudi za vso slovensko populacijo<sup>17</sup>. 25% pacientk ima enega in 24% ima dva otroke. Zadovoljitev želje po materinstvu, je kot kaže zadostni razlog, da se žena odloči za kontracepcijo in značilno je, da odločitev v tem primeru ni nujno odvisna samo od ženinoga socio-ekonomskega statusa.

Kakšni so razlogi za to, da se žena ustavi že pri prvem, gotovo pa pri drugem otroku, v kakšnih življenjskih pogojih in socialnih odnosih se žene in katere žene odločajo za enega in katere žene za dva otroke, kakšni so življenjski pogoji in socialni odnosi pri ženah, ki se odpovedujejo otroku ali otrokom, so vprašanja, ki presegajo okvir te študije. Vendar pa je prav ta študija pokazala, da je želja/ne želja po otroku ali po več otrocih eden najmočnejših faktorjev pri odločitvi za vstop, to je uporabo kontracepcije. Če želimo razumeti, ugotavljati trende razvoja in usmerjati kontracepcijsko obnašanje, bo neobhodno potrebno enkrat odgovoriti tudi na ta vprašanja.

Z analizo podatkov, ki se na inštitutu zbirajo z evidenci kartoni, je bilo možno dobiti nekaj informacij o dejavnikih, ki vplivajo na ženino odločitev za vstop (uporabo kontracepcije). Kako pa taisti, ali nekateri drugi dejavniki vplivajo na drugo fazo, to je kontracepcijsko prakso, skoraj da nimamo informacij.

Iz analize je razvidno, da je del pacientk (v starejših starostnih razredih in poročene) že pred prihodom uporabljala kontracepcijo. O tem, koliko časa so jo uporabljale, kaj so uporabljale, kolikokrat so menjale metodo in ali so kdaj z uporabo prekinile za krajše ali daljše obdobje ter iz kakšnih razlogov, o tem nimamo podatkov. Imamo podatke o zadnji uporabljeni kontracepcijski metodi in vrsti KCS, ki so jo žene izbrale po prvem pregledu. Manjkajo nam informacije o razlogih, zakaj so se odločile za isto/drugačno vrsto kontracepcije in kaj je vplivalo na njihovo odločitev.

Imamo tudi pacientke, ki so s kontracepcijo začele šele po prvem obisku na inštitutu. Zanimalo bi nas koliko časa jo že uporabljajo in ali so zadovoljne, kakšne stranske pojave imajo in kaj ob tem doživljajo. Ali so nekatere izkušnje s kontracepcijo (in s katero kontracepcijo) takšne, da bi žena rajše prenehala in kaj je vzrok, da nekatere žene prenehajo že po prvem poskusu, ali po daljšem času.

Na evidenčnih kartonih sta predvideni dve vprašanji:

- 1) o vrsti, času porabe in vzroku prenehanja zadnje kontracepcije ter
- 2) o vrsti vseh kontracepcijskih sredstev, ki jih je žena uporabljala, začetku, koncu času uporabe ter vzroku za prenehanje. Vendar, kot smo to že ugotovili v poglavju o metodologiji, so bili podatki pomanjkljivi in jih nismo mogli vključiti v analizo. Idealno bi bilo, da se ob vsaki spremembi v ritmu kontracepcijske prakse ne upošteva samo dejavniki, ki izvirajo iz same te prakse (stranski pojavi, želi zanosit, partner ne želi) marveč posame vsakokratna celotna življenjska situacija žene.

Iz istih razlogov kot ni bilo možno ugotoviti ritma kontra -  
 cepcijske prakse ter situacij, ki ga določajo, tudi nismo  
 mogli določiti vzrokov za občasni ali trajni izstop.

## 9. PRIPOROČILA

Glavni namen te študije je bil, da na osnovi rezultatov ana -  
 lize obstoječega materiala izdelamo priporočila za morebitno  
 izboljšanje postopka pri zbiranju podatkov, ki bi nam v bo -  
 doče rabili za hitro preverjanje stanja in detekcijo sprememb  
 pri implementaciji kontracepcije. S študijo smo dobili nekaj  
 zelo dragocenih informacij in menimo, da bi bilo še z neka -  
 terimi dodatki možno izpolniti vrzeli in preveriti zveze o  
 katerih zaenkrat lahko le hipotetično ugibamo. Menimo, da bi  
 morala naša raziskovalna prizadevanja potekati v dveh smereh:  
 1) z minimalnimi dopolnitvami in korekcijami v metodologiji  
 zbiranja podatkov bo možno izboljšati evidenčni karton Kon -  
 tracepcija in  
 2) potrebno bo izvajati dopolnilne študije na manjših vzor -  
 cih pacientk ter kontrolnih grupah žena, ki niso pacientke  
 tega inštituta v Ljubljani in drugih krajih Slovenije.

### 9.1. Priporočila za dopolnitev evidenčnega kartona

Priporočamo:

1) da se izdela bolj diferencirana klasifikacija poklicev.  
 Poklic uslužbenka, delavka, ne zadovoljuje. Iz teorije je  
 znano, da je vrsta poklica dober prediktor kontracepcijskega  
 obnašanja, vendar bi v te svrhe rabili bolj natančno delitev  
 poklicev. Klasifikacija poklicev je v vsaki sociološki ra -

ziskavi problematična, vendar si moramo prizadevati, da najdemo najoptimalnejšo rešitev. Vprašanje "kakšen poklic ima pacientka" naj ostane odprto, vendar bi bilo potrebno dodati navodilo oz. poučiti osebe, ki evidenčne kartone izpolnjujejo, da vztrajajo pri natančnem opisu poklica. Pacientka mora povedati kakšno delo opravlja na delovnem mestu, n.pr.: šivilja v tovarni, ali šivilja v šivalnem salonu, kemična laborantka, blagajničarka, telefonistka, prodajalka, uslužbenka v gospodinjskem servisu, učiteljica, učiteljica-direktor šole, ekonomistka-referent za zunanjo trgovino itn. Verjetno bo potrebno preskusiti več različnih klasifikacij predno se odločimo za dokončno verzijo.

Bilo bi tudi priporočljivo, če bi dodali še vprašanje o pa-nogi dejavnosti, v kateri je pacientka zaposlena. Na osnovi imena podjetja je včasih težko ugotoviti, v katero dejavnost sodi.

2) Vprašanje, kdo je pacientko napotil na inštitut, po našem mnenju ni enoznačno in slabo diferencira. Omenili smo že, da je skoraj 50% vprašanj ostalo brez odgovora. Verjetno nas pri tem vprašanju zanima dvoje: kje je pacientka dobila informacije o kontracepciji in kdo jo je napotil na inštitut. Priporočamo namesto enega, dve vprašanji:

1) kje ste največ slišali o kontracepciji?

- v medicinski ustanovi
- na komisiji za splav
- na RTV
- brala v revijah, knjigah
- spolna vzgoja v šoli
- posvetovalnici, tečajih za mlade zakonce
- delovnem mestu

- v pogovoru s partnerjem
- v pogovoru s starši
- v pogovoru s prijateljicami
- drugo, kaj? .....

2) Kdo vas je napotil na Inštitut za načrtovanje družine?

- zdravnik
- komisija za splav
- posvetovalnica, na tečaju za mlade zakonce
- partner
- starši
- prijateljice
- kdo drug, kdo? .....
- nihče je ni napotil.

3) Za ugotavljanje kontracepcijskega obnašanja je predvsem pomembno, da dobimo čimbolj natančne informacije o poteku kontracepcijske prakse. Potrebujemo:

a) podatek o vstopu:

- s kakšno metodo, sredstvom je žena začela regulirati rojstva (prva kontracepcija)
- koliko časa je uporabljala to metodo
- izkušnje
- vzrok prenehanja

b) podatek o kontracepcijski praksi. Za vsako kontracepcijo, ki jo je žena uporabljala, predno je prišla na inštitut ali v času, ko je bila/je še pacientka tega inštituta, se zbere iste informacije kot za prvo kontracepcijo:

- metode, sredstvo
- čas uporabe
- izkušnje
- vzrok prenehanja.

c) podatek o sedanji kontracepcijski praksi:

- metoda, sredstvo
- čas uporabe
- izkušnje.

Podatki o rezultatih zadnje kontracepcije in rezultatu prvega pregleda ne zadovoljujejo. Nepojasnjena kategorija "drugo", ki vsebuje skoraj 1/3 vseh respondentk (pri vprašanju o rezultatu pregleda) vnaša zmedo in ne dopušča nobenih zaključkov. Podatke o kontracepcijski praksi, ki so za namene te in vseh prihodnjih analiz osrednjega pomena, je potrebno zbrati zelo sistematično in podrobno.

Morda se bo zdelo naše priporočilo preveč zahtevno, posebno glede na čas, ki bi ga za izpolnjevanje porabila izpraševalca in pacientka. Pri prvih poskusih in dokler bomo uporabljali odprta vprašanja, bo izpraševanje res nekoliko bolj zamudno. Vendar velja to le za eksperimentalno fazo, dokler ne bomo našli najbolj optimalne rešitve.

Na koncu še priporočamo, da anketar (medicinska sestra), ki izpolnjuje evidenčni karton, bolj vztraja pri odgovorih in si prizadeva za čim manjše število neizpolnjenih vprašanj, tam kjer je to le možno. Zaradi nepravilno izpolnjenega vprašanja o izobrazbi je bilo neveljavnih 433 kartonov, trajanja in vzrokov za prenehanje določenih vrst kontracepcije pa zaradi velikega izpada nismo mogli vključiti v analizo. Če žena morebiti na vprašanje ne želi odgovoriti, naj anketar zapiše, da ni želela odgovarjati.

Prepričani smo, da bomo lahko po nekaj poskusih uvedli enotno metodologijo zbiranja podatkov, ki bo razmeroma enostavna in vendar dovoljevala maksimalno izkoriščanje informacij.

### 9.2. Priporočila za dodatne študije

Evidenčni karton Kontracepcija lahko vsebuje samo najbolj splošne podatke o ženinem socio-ekonomskem statusu, zakonskem in družinskem statusu ter uporabi kontracepcije. Kot je pokazala analiza, bomo lahko na osnovi teh podatkov in ob predpostavki, da še izboljšamo metodologijo zbiranja podatkov, dobili precej natančen opis strukture pacientk in odkrili potek kontracepcijske prakse ter spremljali in predvideli eventualne premike. Poglobljenih analiz o vplivu socialnih in socio-psiholoških dejavnikov, ki usmerjajo kontracepcijsko obnašanje pa seveda na osnovi teh podatkov ni možno napraviti.

Bilo bi nesprejemljivo in tudi nesmiselno, če bi širili evidenčni karton in dodajali nova vprašanja. Evidenčni karton ima svojo funkcijo in pri vsaki spremembi vsebine tega kartona moramo upoštevati zahteve situacije, v kateri se ta karton izpolnjuje.

V letu 1973 sta vzporedno tekli dve raziskavi o problemih načrtovanja družine. Prva je raziskava o kateri poročamo, druga pa raziskava o Socialno-psiholoških faktorjih v načrtovanju družine. Obe, še zlasti pa ta študija kažeta, da pripadajo pacientke tega inštituta povečini višjim družbenim stratam. Vendar pa ni možno ugotoviti kolikšno težo imajo

socio-ekonomski dejavniki pri oblikovanju vzorcev kontracepcijskega obnašanja, dokler nimamo tudi podatkov ne-pacientk tega inštituta in žena vseh družbenih slojev.

Rekli smo, da je naša populacija "kontracepcijsko osveščena" in vendar ugotavljamo, da žene vztrajajo pri določenem sredstvu, ki so ga uporabljale predno so prišle na inštitut, ali se celo po določenem času, ko so že uporabljale hormonsko kontracepcijo ali IUD vračajo na starejše metode za regulacijo rojstev. Vprašamo se zakaj? Razlogi so lahko različni: neugodne izkušnje s kontracepcijo (spremljajoči pojavi), sprememba v partnerskem odnosu, nova informacija o škodljivosti sredstva.

Kontracepcijsko obnašanje žene je v najtesnejši zvezi z njenim družinskim statusom, odnosi med njo in možem/partnerjem, družinskimi normami in vrednotami, njeno podobo o svoji lastni vlogi. Z raziskavo o socialno-psiholoških faktorjih v načrtovanju družine smo ugotovili, da poročene žene, ki so s svojimi partnerji v dobrih odnosih in veliko komunicirajo o vprašanjih regulacije rojstev, dajejo prednost tradicionalnim metodam. IUD ima prednost pri ženah, ki so že matere in ne želijo več otrok, hormonsko kontracepcijo pa zlasti izbirajo samostojne žene in zelo mlade žene.

V študiji smo ugotovili, da se veliko mladih deklet odloča za kontracepcijo. Ali je njihov odnos do spolnosti, zakona in kontracepcije različen kot pri starejših generacijah? Ali bodo tudi te žene kasneje menjale kontracepcijo, ali bodo vztrajale pri enem sredstvu in katerem? Spremljanje kontracepcijske prakse pri novi generaciji, ki je pravkar začela



uporabljati kontracepcijo, je dolgoročna naloga, ki je ne bi smeli odlagati.

Vseh raziskav, ki bi jih bilo potrebno opraviti na tem področju ne moremo izvajati naenkrat. Poskušali jih bomo realizirati sukcesivno. Naloge, ki jih predlagamo, naštevamo po vrsti, tako kot mislimo, da bi jih veljalo izvajati.

- 1) Preverjanje podatkov s popravljanim instrumentom na Inštitutu za načrtovanje družine.
- 2) Preverjanje istih spremenljivk in zvez na manjših skupinah ne-pacientk žena z različnim socio-ekonomskim statusom v Ljubljani in drugih krajih Slovenije.
- 3) Studije o spremljajočih pojavih pri posameznih kontracepcijskih sredstvih. O tem je na inštitutu že zbranih nekaj podatkov, vendar ne za vsa sredstva. Predlagamo raziskavo, ki bi ugotavljala spremljajoče pojave pri vsakem kontracepcijskem sredstvu posebej, teže, ki jih ti pojavi imajo pri odločanju za ali proti sredstvu, pri občasnih ali trajnejših prekinitvah. V takšno raziskavo bi poleg fizioloških pojavov (glavobola, slabosti, pridobivanja na teži, krvavitev), veljalo vključiti tudi spremljajoče psihične pojave (razpoloženje, percipirane spremembe v spolnem in nasploh partnerskih odnosih), predsodke itn.
- 4) Poglobljeno analizo družinske situacije in posebno partnerskih odnosov, ki določajo vstop in kontracepcijsko prakso.
- 5) Komunikacijske probleme v zvezi z načrtovanjem družine (semantični problemi, interpersonalna komunikacija, difuzija informacij itn.).

OPOMBE

- 1) Inkeles je opisal devet karakteristik modernega človeka in ena od teh značilnosti je vera v človekovo sposobnost obvladovanja svojega okolja za doseganje zastavljenih ciljev. Druge značilnosti, ki so za sprejemanje kontracepcije prav tako pomembne so še: sprejemljivost za inovacije, orientacija v bodočnost, sposobnost načrtovanja, zaupanje v znanost in tehnologijo itn.

A. Inkeles: The modernization of man. In M. Weiner (Ed.): Modernization: The Dynamics of Growth. New York. Basic Books. 1966.

A. Inkeles: Making Man Modern: on the Causes and Consequences of Individual Change in six Developing Countries. AJS 75. 1969.

Glej tudi: J.A. Kahl: The Measurement of Modernisms: A Study of Values in Brazil and Mexico. Austin: University of Texas Press. 1968.

- 2) Lois W. Hoffman and Martin L. Hoffman: The Value of Children to Parents. In J. Fawcett (Ed.): Psychological Perspectives on Population. Basic Books. New York. 1973.
- 3) Halvor Gille: Summary Review of Fertility Differentials in Developed Countries. International Population Conference, London 1969.

- 4) Constantina Safilios Rotshild: A Comparison of Power Structure and Marital Satisfaction in Urban Greek and French Families. *Journal of Marriage and the Family* 29, no.2 (May).
  
- 5) Dubrovka Stampar: Background Paper A. United Nations Seminar on the Status of Women and Family Planning. Istanbul. July 1972.  
  
Tien H. Yuan: Employment and Education of women in China: Implications for Fertility Change. International Population Conference, London 1969.
  
- 6) Ruth B. Dixon: Women's Right and Fertility. Reports on Population Family Planning. January 1975. No.17.
  
- 7) *ibid.*
  
- 8) Marvin B. Sussman and Bety Cogswell: Changing Family and Marriage Forms: Complications for Human Service System. *The Family Coordinator*. October 1972.
  
- 9) Judith Bardwick: Psychological Factors in the Acceptance and Use of Contraceptives. In: J. Fawcett (Ed.): *Psychological Perspectives on Population*. Basic Books. 1973.
  
- 10) L. Rainwater: Family Design: marital sexuality, family

size, and family planning. Chicago - Aldine. 1965.

- R. Hill and al.: Research on Human Fertility. International Sociological Science Journal. Vol. XX. No. 2. 1968.

- 11) Na Inštitutu za načrtovanje družine je bila pod vodstvom prof. Lidijske Andolšek že napravljena raziskava o abortusih: The Abortion Study. Inštitut za načrtovanje družine v Ljubljani. 1974

Kot mi je znano pripravlja Inštitut za načrtovanje družine drugo študijo, ki se posebno ukvarja s problemom povratnic prosilk za abortus.

- 12) Za podrobnejši opis metod glej: Krešimir Petrović i Ankica Hošek: Određivanje položaja sportske aktivnosti u strukturi manifestnih i latentnih dimenzija socialne stratifikacije. Inštitut za kineziologijo visoke šole za telesno kulturo. Ljubljana. 1974.
- 13) Položaj slovenske ženske v današnji družbi. Zavod SR Slovenije za statistiko. Statistično gradivo št. 26/74.
- 14) Prebivalstvo po spolu in starosti ob popisu 1971. Zavod SR Slovenije za statistiko.
- 15) ibid.

- 16) Socialno psihološki faktorji v načrtovanju družine. ISF.  
Nosilec: Katja Boh.
- 17) Dolfe Vogelnik: Ponašanje jugoslovanske porodice u pogledu na brojnost dece u porodici. Savetovanje o izgradnji društvenih stavova o populacionoj politici u Jugoslaviji, Beograd 1973.
- Slovenski demografski trenutak: 1971 - 2000. I. slovenski demografski simpozij. Ljubljana 1974.
- Dušan Breznik et al.: Anketa o fertilitetu. Stanovništvo. Inštitut društvenih nauka. Centar za demografska istraživanja. Juli - decembar 1971.

LITERATURA

Poleg referatov, člankov in knjig, ki smo jih že navedli v opombah, smo pri študiji upoštevali še naslednja dela:

- 1) Gradivo Savetovanja o izgradnji društvenih stavova o populacionoj politici u Jugoslaviji. Beograd, 1973.
- 2) Gradivo 1. Slovenskega demografskega simpozija. Ljubljana 1974.
- 3) Biltene, ki jih izdaja Savezni zavod za planiranje porodice. Beograd.
- 4) Materiali, članki, poročila o Anketi o fertilitetu udatih žena i planiranju porodice. Delno objavljeno v: Stanovništvo. Inštitut društvenih nauka - Center za demografska istraživanja. Juli - decembar 1971.
- 5) Population Commission Reports. United Nations. New York - Geneva.
- 6) Članke in poročila objavljena v Reports on Population/Family Planning A Publication of the Population Council. New York.
- 7) Članke in poročila objavljena v Fieldstaff Reports. American Universities Field Staff. New York.
- 8) Caltech Population Program: Occasional Papers. California Institute of Technology. Pasadena, California.
- 9) James T. Fawcett: (Ed.) Psychological Perspectives on Population Planning. Basic Books, Inc. New York. 1973.

- 10) Alva Myrdal: Nation and Family. Kegan Paul, Trench, Trubner, London. 1947.
- 11) Bernard Berelson (Ed.): Family Planning and Population Programs. The University of Chicago Press. Chicago - London. 1966.
- 12) H. Yuan Tien and Frank D. Bean (Eds.): Comparative Family and Fertility Research. Leiden. E.J. Brill. 1974.
- 13) Everett M. Rogers: Communication Strategies for Family Planning. The Free Press. London. 1973.
- 14) Miro Mihovilović et al.: Žena između rada i porodice. Institut za društvena istraživanja. Zagreb 1975.
- 15) John E. Laing: The Relationship between Attitudes and Behaviour: The Case of Family Planning. In: Donald J. Bogue (Ed.): Further Sociological Contributions to Family Planning Research. University of Chicago. 1970.

DODATEK (tabele)

## Bivališče - tab. 6.1/1

SCORE	F	FR	FC	PCR	T-SCORE
1	1668	.57856	1668	.57856	-.55548
2	215	.07458	1883	.65314	.29460
3	1000	.34686	2883	1.00000	.94070

## Zaposlenost - tab. 6.1/2

SCORE	F	FR	FC	PCR	T-SCORE
1	1365	.47347	1365	.47347	-.71685
2	1066	.36975	2431	.84322	.40794
3	22	.00763	2453	.85085	1.02380
4	91	.03156	2544	.88241	1.11061
5	323	.11204	2867	.99445	1.54174
6	16	.00555	2883	1.00000	2.77327

## Starost - tab. 6.1/3

SCORE	F	FR	FC	PCR	T-SCORE
1	51	.01769	51	.01769	-2.37205
2	181	.06278	232	.08047	-1.65383
3	383	.13285	615	.21332	-1.04984
4	620	.21505	1235	.42837	-.46533
5	792	.27471	2027	.70309	.16551
6	718	.24905	2745	.95213	.94476
7	113	.03920	2858	.99133	1.90686
8	25	.00867	2883	1.00000	2.62474



Izobrazba - tab. 6.1/4

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	501	.17378	501	.17378	-1.36017
2	145	.05029	646	.22407	-.84547
3	73	.02532	719	.24939	-.71685
4	732	.25390	1451	.50330	-.31510
5	421	.14603	1872	.64932	.19246
6	145	.05029	2017	.69962	.45229
7	487	.16892	2504	.86854	.78604
8	291	.10094	2795	.96948	1.39843
9	88	.03052	2883	1.00000	2.16323

Zaposlenost moža - tab. 6.1/5

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1130	.39195	1130	.39195	-.85608
2	1535	.53243	2665	.92438	.40747
3	44	.01526	2709	.93965	1.49097
4	26	.00902	2735	.94866	1.59065
5	58	.02012	2793	.96878	1.73606
6	17	.00590	2810	.97468	1.90686
7	33	.01145	2843	.98613	2.06213
8	40	.01387	2883	1.00000	2.46050

Izobrazba moža - tab. 6.1/6

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	431	.14950	431	.14950	-1.44131
2	106	.03677	537	.18626	-.96257
3	47	.01630	584	.20257	-.86174
4	587	.20361	1171	.40617	-.51187
5	789	.27367	1960	.67985	.10802
6	61	.02116	2021	.70101	.49706
7	370	.12834	2391	.82934	.72305
8	166	.05758	2557	.88692	1.07197
9	75	.03601	2632	.91294	1.28116
10	251	.08706	2883	1.00000	1.71110

Vzrok - tab. 6.1/7

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1647	.57128	1647	.57128	-.56617
2	1208	.41901	2855	.99029	.77484
3	28	.00971	2883	1.00000	2.58592

Napotena - tab. 6.1/8

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1069	.37079	1069	.37079	-.89499
2	43	.01492	1112	.38571	-.31008
3	78	.02706	1190	.41276	-.25532
4	61	.02116	1251	.43392	-.19335
5	25	.00867	1276	.44259	-.15539
6	428	.14846	1704	.59105	.04218
7	1179	.40895	2883	1.00000	.82574

## Zadnja kontracepcija - tab. 6.1/9

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
2	288	.09990	288	.09990	-1.64536
3	828	.28720	1116	.38710	-.69510
4	71	.02463	1187	.41172	-.25487
5	98	.03399	1285	.44572	-.17963
6	93	.03226	1378	.47797	-.09579
7	34	.01179	1412	.48977	-.04044
8	1042	.36143	2454	.85120	.44124
9	429	.14880	2883	1.00000	1.44377

## Živorojeni otroci - tab. 6.1/10

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	94	.03260	94	.03260	-2.13691
2	245	.08498	339	.11759	-1.43886
3	1208	.41901	1547	.53659	-.44796
4	1029	.35692	2576	.89351	.56821
5	307	.10649	2883	1.00000	1.61419

## Mrtvorojeni otroci - tab. 6.1/11

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2850	.98855	2850	.98855	-.01435
2	33	.01145	2883	1.00000	2.52877

## Sedaj živi otroci - tab. 6.1/12

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	74	.02567	74	.02567	-2.23120
2	220	.07631	294	.10198	-1.52346
3	1211	.42005	1505	.52203	-.49019
4	1057	.36663	2562	.88866	.53983
5	321	.11134	2883	1.00000	1.59219

## Spontani splav - tab. 6.1/13

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2529	.87721	2529	.87721	-.15451
2	287	.09955	2816	.97676	1.45370
3	50	.01734	2866	.99410	2.18164
4	17	.00590	2883	1.00000	2.75348

## Dovoljeni splav - tab. 6.1/14

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	95	.03295	95	.03295	-2.13267
2	219	.07596	314	.10891	-1.46888
3	670	.23240	984	.34131	-.75504
4	1899	.65869	2883	1.00000	.44172

## Nedovoljeni splav - tab. 6.1/15

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2840	.98508	2840	.98508	-.01869
2	43	.01492	2883	1.00000	2.43444

Izveematernična zanositev - tab. 6.1/16

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2861	.99237	2861	.99237	-.00956
2	22	.00763	2883	1.00000	2.66798

Izid zadnje nosečnosti - tab. 6.1/17

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1780	.61741	1780	.61741	-.49952
2	99	.03434	1879	.65175	.34401
3	11	.00382	1890	.65557	.39522
4	734	.25460	2624	.91016	.78191
5	18	.00624	2642	.91641	1.36126
6	241	.08359	2883	1.00000	1.73021

Rezultat prvega pregleda - tab. 6.1/18

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	44	.01526	44	.01526	-2.42610
2	18	.00624	62	.02151	-2.08834
3	416	.14429	478	.16580	-1.31859
4	994	.34478	1472	.51058	-.41741
6	254	.08810	1726	.59868	.13737
7	39	.01353	1765	.61221	.26747
8	25	.00867	1790	.62088	.29642
9	221	.07666	2011	.69754	.41031
10	872	.30246	2883	1.00000	1.03117

Tabela 6/2

BI	ZAPOS	STAR	SOLA	MZAPOS	MSOL	VZROK	NAPOT	ZAKON
BI	.16755	.01283	.14717	.19040	.25357	.02744	-.03776	.02253
ZAPOS		-.02890	.23389	.32255	.34139	.08016	-.08454	.01227
STAR			-.07075	.03557	-.05113	-.36298	-.05240	.13404
SOLA				.20982	.29314	.07047	-.06128	-.01170
MZAPOS					.57543	.02471	-.06426	.04550
MSOL						.11023	-.05160	.00111
VZROK							-.04755	-.12809
NAPOT								-.03574
ZAKON								
ZROJTR								
MROOT								
ZOTR								
SPLAV								
NSPLAV								
IMAZA								
KONCN								
REZPR								

ZROJTR	MROOT	ZOTR	SPLAV	DSPLAV	NSPLAV	IMAZA	KONCN	REZPR
-.17715	.01200	-.17885	-.02452	.03700	-.03255	-.00615	-.06469	.04708
-.19691	.00840	-.19275	-.02466	-.05334	.01431	-.00452	-.00909	.01260
.43694	-.00802	.43527	-.07572	.31444	-.07373	-.06759	-.00613	-.19720
-.17626	.02124	-.16866	.00883	-.12290	.00270	.00186	-.00652	.08453
-.05167	.00726	-.04979	.01834	-.00570	.02543	.00272	.04449	.01438
-.15997	-.00636	-.15285	.01950	-.07822	.02826	-.00437	.01076	.03248
-.43606	.03572	-.43862	.01816	-.23655	.03260	.03504	-.02752	.02391
.09124	-.01981	.08244	.01307	.03586	-.00378	-.01082	.08618	.13442
.18293	.03483	.18967	-.02236	.32193	-.01748	.00419	-.07347	-.07230
	.00891	.96810	-.04885	.28585	-.03178	-.01398	.32317	.04937
		.01827	-.00412	.00214	-.01324	-.00944	-.04049	.01384
			-.03798	.29312	-.03844	-.00926	.31245	.05696
				.00831	-.01557	.03046	-.01980	.01884
					-.04887	-.04360	-.41648	-.05646
						.02209	.10762	-.01311
							.03902	.02550
								.14843

Tabela 6/3

VARIABLE	INVERSE DIAGONAL	MULTIPLE CORRELATION
BI	.879637	.120363
ZAPOŠ	.813782	.186218
STAR	.678915	.321085
SOLA	.863266	.136734
MZAPOŠ	.638338	.361662
MSOL	.596905	.403095
VZROK	.753749	.246251
NAPOT	.951418	.048582
ZAKON	.871728	.128272
ZROJTR	.060855	.939145
MROOT	.989089	.010911
ZOTE	.061251	.938749
SPLAV	.986016	.013984
DSPLAV	.556493	.443507
NSPLAV	.973876	.026124
IMAZA	.991177	.008823
KONCN	.578014	.421986
REZPR	.893854	.106146

vešta SMC = 4.86164

skupna varianca sistema spremenljivk = 27.01%



Tabela 6/7

	FACVAR 1	FACVAR 2	FACVAR 3	FACVAR 4	FACVAR 5	FACVAR 6	FACVAR 7
BI	-.12106	.46544	.19252	.11971	-.17428	-.02503	-.11018
ZAPOS	-.10825	.61925	-.00622	-.09602	-.05667	.01228	.04903
STAR	.63765	.02996	.19413	-.31779	-.17436	-.08114	-.12462
SOLA	-.12624	.52336	-.09191	.04346	.00232	.11641	-.08869
MZAPOS	.09809	.77235	-.00701	-.05061	.09389	-.04253	.07369
MSOL	-.04668	.80496	-.03439	-.00148	.05896	-.05527	.04487
VZROK	-.61399	.04996	-.15869	.00085	.05957	.13034	.09116
NAPOT	.04695	-.11459	.06418	.70348	-.07395	-.18517	.02785
ZAKON	.24968	.07168	.53399	-.02112	.10462	.20356	.25623
ZROJTR	.92017	-.16724	-.04611	.10759	.03481	.07937	.05704
MROOT	-.02913	.00272	.04913	-.01780	-.02483	.90613	-.07422
ZOTR	.92005	-.16060	-.03634	.10738	.04820	.09107	.04836
SPLAV	-.04516	.00443	.02328	.02970	.74971	-.15205	-.31968
DSPLAV	.32360	-.05346	.80769	.04265	-.00298	-.03509	-.02706
NSPLAV	-.08082	-.00193	-.02957	-.00688	-.00299	-.09122	.83381
IMAZA	-.04476	-.02151	.00351	-.02171	.62011	.10577	.28054
KONCN	.35411	.04461	-.73870	.16129	.05992	.04471	.22420
RBZPR	-.00786	.09871	-.12764	.74699	.06614	.16129	-.04873

## Bivališče - tab. 7.1/1

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	1605	.71748	1605	.71748	-.36183
2	145	.06482	1750	.78230	.67414
3	487	.21770	2237	1.00000	1.23266

## Zaposlenost - tab. 7.1/2

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	757	.33840	757	.33840	-.95733
2	431	.19267	1188	.53107	-.16433
3	4	.00179	1192	.53286	.08020
4	1035	.46267	2227	.99553	.71986
5	10	.00447	2237	1.00000	2.84293

## Zakonski stan - tab. 7.1/3

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
2	92	.04113	92	.04113	-2.04225
3	28	.01252	120	.05364	-1.67076
4	2117	.94636	2237	1.00000	.06728

Starost - tab. 7.1/4

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	15	.00671	15	.00671	-2.71114
2	45	.02012	60	.02682	-2.12571
3	54	.02414	114	.05096	-1.76370
4	108	.04828	222	.09924	-1.43882
5	229	.10237	451	.20161	-1.03461
6	867	.38757	1318	.58918	-.26528
7	912	.40769	2230	.99687	.81697
8	7	.00313	2237	1.00000	2.95477

Isobrazba - tab. 7.1/5

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	259	.11578	259	.11578	-1.57274
2	202	.09030	461	.20608	-.99064
3	359	.16048	820	.36656	-.56416
4	498	.22262	1318	.58918	-.05549
5	317	.14171	1635	.73089	.41256
6	367	.16406	2002	.89495	.88870
7	165	.07376	2167	.96871	1.48955
8	49	.02190	2216	.99061	2.04678
9	21	.00939	2237	1.00000	2.59761

Vzrok - tab. 7.1/6

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2076	.92803	2076	.92803	-.09033
2	149	.06661	2225	.99464	1.76636
3	11	.00492	2236	.99955	2.75825
6	1	.00045	2237	1.00000	3.51069

Napotena \* tab. 7.1/7

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	321	.14350	321	.14350	-1.46290
2	28	.01252	349	.15601	-1.03749
3	19	.00849	368	.16451	-.99339
4	103	.04604	471	.21055	-.88704
5	40	.01788	511	.22843	-.77392
6	720	.32186	1231	.55029	-.28099
7	1006	.44971	2237	1.00000	.75590

Zadnja kontracepcija - tab. 7.1/8

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2	.00089	2	.00089	-3.32194
2	34	.01520	36	.01609	-2.38699
3	404	.18060	440	.19669	-1.24594
4	25	.01118	465	.20787	-.83351
5	24	.01073	489	.21860	-.79526
6	99	.04426	588	.26285	-.70397
7	28	.01252	616	.27537	-.61551
8	956	.42736	1572	.70273	-.02746
9	665	.29727	2237	1.00000	1.04230

## Živorojeni otroci - tab. 7.1/9

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	6	.00268	6	.00268	-3.00201
2	17	.00760	23	.01028	-2.48476
3	57	.02548	80	.03576	-1.99499
4	163	.07287	243	.10863	-1.45964
5	1994	.89137	2237	1.00000	.13657

## Mrtvorojeni otroci - tab. 7.1/10

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2235	.99911	2235	.99911	-.00112
2	2	.00089	2237	1.00000	3.32194

## Sedaj živi otroci - tab. 7.1/11

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	4	.00179	4	.00179	-3.12336
2	15	.00671	19	.00849	-2.56621
3	53	.02369	72	.03219	-2.04678
4	166	.07421	238	.10639	-1.48111
5	1999	.89361	2237	1.00000	.13374

## Spontani splav - tab. 7.1/12

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2190	.97899	2190	.97899	-.02634
2	41	.01833	2231	.99732	2.26208
3	4	.00179	2235	.99911	2.91332
4	2	.00089	2237	1.00000	3.32194

## Dovoljeni splav - tab. 7.1/13

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	16	.00715	16	.00715	-2.68967
2	42	.01878	58	.02593	-2.13111
3	229	.10237	287	.12830	-1.42477
4	1950	.87170	2237	1.00000	.16150

## Nedovoljeni splav - tab. 7.1/14

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2222	.99329	2222	.99329	-.00840
2	15	.00671	2237	1.00000	2.71114

## Izvenmaternična zanositev - tab. 7.1/15

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	2228	.99598	2228	.99598	-.00504
2	9	.00402	2237	1.00000	2.87634

## Izid zadnje nosečnosti - tab. 7.1/16

SCORE	F	FR	FC	FCR	T-SCORE
1	131	.05856	131	.05856	-1.89148
2	32	.01430	163	.07287	-1.50850
3	6	.00268	169	.07555	-1.44516
4	248	.11086	417	.18641	-1.12178
5	10	.00447	427	.19088	-.88290
6	1810	.80912	2237	1.00000	.24156

Rezultat prvega pregleda - tab. 7.1/17

SCORE	F	FR	FC	FCH	T-SCORE
1	6	.00268	6	.00268	-3.00201
2	3	.00134	9	.00402	-2.71114
3	869	.38847	878	.39249	-.84786
4	71	.03174	949	.42423	-.23177
6	585	.26151	1534	.68574	.13826
7	19	.00849	1553	.69423	.49581
8	6	.00268	1559	.69692	.51171
9	165	.07376	1724	.77068	.62433
10	513	.22932	2237	1.00000	1.20210

Tabela 7/2

BI	ZAPOS	ZASTAN	STAR	SOLA	VZROK	NAPOT	ZAKON	ZROJTR
BI	-.04710	.00517	.06282	.15216	.01656	-.03815	.12159	-.00169
ZAPOS		.16727	.41365	-.01560	-.08350	-.07884	.05476	.18065
ZASTAN			.39636	-.08793	-.37463	.01819	.16053	.60996
STAR				.18445	-.39140	-.03433	.20890	.49763
SOLA					.05833	-.08303	.15494	-.15176
VZROK						-.01098	-.05611	-.47278
NAPOT							.08604	.08517
ZAKON								.19285
ZROJTR								
MROOT								
ZOTR								
SPLAV								
DSPLAV								
NSPLAV								
IMAZA								
KOMCN								
BEZPR								



MROOT	ZOTR	SPLAV	DSPLAV	NSPLAV	IMAZA	KONCN	REZPR
.01705	-.00156	.00789	.03190	-.01232	-.00567	.02614	.06949
-.02144	.17674	-.04850	.15947	-.04912	-.06377	.22134	-.10660
-.06191	.60294	-.17350	.37159	-.08159	-.11524	.45138	-.10650
-.07207	.49554	-.15019	.36706	-.11602	-.07468	.46320	-.17295
-.02596	-.15092	.04159	-.07219	.03235	-.01107	-.09046	.06768
.10156	-.47609	.10491	-.29941	.05779	.03434	-.36884	.10975
-.04398	.07881	-.03780	.04623	.02133	.01444	.06965	-.00676
.03702	.19279	-.05548	.24073	-.02388	-.01400	.18723	.07329
-.12489	.98554	-.16127	.48569	-.09655	-.07504	.75496	-.08826
	-.13026	.12314	-.02815	-.00246	-.00190	-.06534	.02002
		-.15829	.48049	-.10009	-.07796	.74284	-.09213
			-.11777	-.01196	.03761	-.32042	.04256
				-.04613	-.11078	.63810	-.05368
					-.00522	-.11795	.03465
						-.12664	.00294
							-.08679

Tabela 7/3

VARIABLE	INVERSE DIAGONAL	MULTIPLE CORRELATION
BI	.955316	.044684
ZAPOS	.790541	.209459
ZASTAN	.583890	.416110
STAR	.511174	.488826
SOLA	.818023	.181977
VZROK	.715514	.284486
NAPOT	.961276	.038724
ZAKON	.861969	.138031
ZROJTR	.026837	.973163
MROOT	.952613	.047387
ZOTR	.028392	.971608
SPLAV	.831735	.168265
DSPLAV	.545218	.454782
NSPLAV	.969968	.030032
IMAZA	.970495	.029505
KONCN	.282730	.717270
REZPR	.940905	.059095

vsota SMC = 5.25340, skupna varianca sistema spremenljivk =  
= 30.90

Tabela 7/6

	FACVAR 1	FACVAR 2	FACVAR 3	FACVAR 4	FACVAR 5
BI	.00617	.59390	-.05017	.03216	.08164
ZAPOS	.22509	-.05949	.66739	.01105	-.12044
ZASTAN	.69932	-.02086	.08858	-.04035	-.01420
STAR	.57379	.24972	.53342	-.14718	.05749
SOLA	-.20874	.68364	.29632	-.20006	.01390
VZROK	-.56780	.05975	-.10777	.16431	-.19186
NAPOT	.14341	-.03170	-.52138	-.13302	-.00423
ZAKON	.29043	.60175	-.11586	.11462	-.07299
ZROJTR	.92312	-.03000	-.01868	-.06935	.05973
MROOT	-.05571	.02085	.02846	.78376	-.11351
ZOTE	.91827	-.03115	-.01565	-.07167	.06457
SPLAV	-.22429	.02038	.03653	.53897	.30928
DSPLAV	.67933	.11986	.00872	.08687	-.17315
NSPLAV	-.16806	.00601	-.15040	-.24407	-.49522
IMAZA	-.12141	.03624	-.16767	-.13099	.73495
KONON	.84329	.03685	.03144	-.07463	-.12889
REZPR	-.10358	.34480	-.41096	.14750	-.16865

Tabela 7/7

	FACOBL 1	FACOBL 2	FACOBL 3	FACOBL 4	FACOBL 5
BI	.01581	.57564	-.07513	.06444	.07447
ZAPOS	.22826	.06299	.68525	.00644	-.18168
ZASTAN	.70055	.00846	.20522	-.07180	-.07902
STAR	.58969	.34162	.61871	-.15227	-.02195
SOLA	-.18313	.72520	.23573	-.14849	.01676
VZROK	-.57603	.02673	-.22563	.19122	-.14354
NAPOT	.14488	-.09466	-.47744	-.14705	.02405
ZAKON	.29426	.57792	-.10830	.13339	-.10486
ZROJTR	.92485	-.01136	.14411	-.11246	-.01692
MROOT	-.09453	-.02190	-.04161	.78555	-.15507
ZOTR	.92015	-.01212	.14680	-.11459	-.01174
SPLAV	-.24815	-.01883	-.01833	.54957	.29306
DSPLAV	.67532	.13134	.09793	.06270	-.23902
NSPLAV	-.15980	.00703	-.19090	-.23792	-.45302
IMAZA	-.11106	.00133	-.13081	-.12425	.75776
KONON	.84594	.06472	.16503	-.11006	-.20071
REZPR	-.10865	.27450	-.45808	.16595	-.14504

Tabela A

Zadnja kon- tracpcija	rezultat pregleda										Total	
	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10		
1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	.0
	0.0	3.0	0.0	.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	0.0	.0	0.0	.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
2	1	2	1	14	27	14	4	1	9	249		322
	.3	.6	.3	4.3	8.4	4.3	1.2	.3	2.8	77.3		6.3
	5.9	6.1	4.8	1.1	2.5	1.7	6.9	3.2	2.3	18.0		
	.0	.0	.0	.3	.5	.3	.1	.0	.2	4.9		
3	5	8	6	327	352	203	19	16	56	240		1232
	.4	.6	.5	26.5	28.6	16.5	1.5	1.3	4.5	19.5		24.1
	29.4	24.2	28.6	25.4	33.1	24.2	32.8	51.6	14.5	17.3		
	.1	.2	.1	6.4	6.9	4.0	.4	.3	1.1	4.7		
4	0	0	0	12	34	25	8	0	6	11		96
	0.0	0.0	0.0	12.5	35.4	26.0	8.3	0.0	6.3	11.5		1.9
	0.0	0.0	0.0	.9	3.2	3.0	13.8	0.0	1.6	.8		
	0.0	0.0	0.0	.2	.7	.5	.2	0.0	.1	.2		
5	1	0	0	13	37	29	1	2	6	33		122
	.8	0.0	0.0	10.7	30.3	23.8	.8	1.6	4.9	27.0		2.4
	5.9	0.0	0.0	1.0	3.5	3.5	1.7	6.5	1.6	2.4		
	.0	0.0	0.0	.3	.7	.6	.0	.0	.1	.6		
6	0	2	1	49	34	57	3	0	12	34		192
	0.0	1.0	.5	25.5	17.7	29.7	1.6	0.0	6.3	17.7		3.8
	0.0	6.1	4.8	3.8	3.2	6.8	5.2	0.0	3.1	2.5		
	0.0	.0	.0	1.0	.7	1.1	.1	0.0	.2	.7		
7	0	0	0	20	9	12	2	1	2	16		62
	0.0	0.0	0.0	32.3	14.5	19.4	3.2	1.6	3.2	25.8		1.2
	0.0	0.0	0.0	1.6	.8	1.4	3.4	3.2	.5	1.2		
	0.0	0.0	0.0	.4	.2	.2	.0	.0	.0	.3		
Column	17	33	21	1285	1065	839	59	31	366	1384		5119
Total	.3	.6	.4	25.1	20.8	16.4	1.1	.6	7.5	27.0		100.0

Zadnja kon- tracepcija	Rezultat pregleda										Total
	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
8	10	19	12	552	448	359	11	8	153	426	1998
	.5	1.0	.6	27.6	22.4	18.0	.6	.4	7.7	21.3	39.0
	58.8	57.6	57.1	43.0	42.1	42.8	19.0	25.8	39.6	30.8	
	.2	.4	.2	10.8	8.8	7.0	.2	.2	3.0	8.3	
9	0	1	1	297	124	140	10	3	142	375	1093
	0.0	.1	.1	27.2	11.3	12.8	.9	.3	13.0	34.3	21.4
	0.0	3.0	4.8	23.1	11.6	16.7	17.2	9.7	36.8	27.1	
	0.0	.0	.0	5.8	2.4	2.7	.2	.1	2.8	7.3	
Column	17	33	21	1285	1065	839	58	31	386	1384	5119
Total	.3	.6	.4	25.1	20.8	16.4	1.1	.6	7.5	27.0	100.0

# Kontracepcija

DATUM PRVEGA PREGLEDA: \_\_\_\_\_  
 Dan Mes. Leto

STRANICA

1-6

IME

DEJ. PRIIMEK

PRIIMEK

7-12

BIVALIŠČE: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

13

ZAP. PODJETJE: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

14

STAN: BANSKA, POROCENA, RAZVEZANA, VDOVA

REGIST. ŠTEVILKA: \_\_\_\_\_

15

♀	DATUM ROJSTVA	POKLIC (ŠT. KONČANIH RAZREDOV)	VZROK ZA OBISK:
	♂		1. NAČRT DRUŽINE 2. NE ŽELI VEČ OTROK  NAPOTENA OD: 1. SAMA 2. ZDRAVNIK 3. KOMISIJA ZA AA 4. RADIO. TISK 5. PATRONAŽA 6. PRIJATELJICA 7. PARTNER

18-19

20-23

24-25

## DOSEDANJE METODE KC

METODA	ČAS UPOR.	VZROK PRENEHANJA	METODA	ČAS UPOR.	VZROK PRENEHANJA
1. KI			8. ORALNA		
2. RITMIČNA			7. IUD		
3. KONDOM			8. INJEK.		
4. DIAFRAGMA			9. NIC		
5. KEMIČNA			ZADNJO OBKROŽI!		

26-28

MENARHA \_\_\_\_\_ LET. MENSTRUACIJSKI CIKLUS — REDEN, NEREDEN — KOLIKO DNI \_\_\_\_\_ MENSES: TRAJANJE DNI \_\_\_\_\_

JAKOST: MOČNA, SREDNJA, SLABA; BOLEČINE: DA, NE

DOSEDANJE BOLEZNI IN OPERACIJE: \_\_\_\_\_

## REPRODUKTIVNI PODATKI

KATERA NOSECNOST	DATUM NOSEC.	PLAN. NOS.	KCS KCM	NOSECNOST KONČANA		OTROK ŽIV (da, ne)
				P	AB: S, D, N, E, U.	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

29-32

33-37

38-40

41-43