

INSTITUT ZA SOCIOLOGIJO IN FILOZOFIJO PRI UNIVERZI V
LJUBLJANI

REGULACIJA FERTILNOSTI V RAZLIČNIH SLOJIH SLOVENSKE DRUŽBE

II. DEL

(Poročilo o pilotni raziskavi)

Katja Boh

Ljubljana, 1976

V S E B I N A

stran

1.	POVZETEK PRVEGA DELA RAZISKAVE	1
2.	CILJI IN NAMEN 2. DELA RAZISKAVE.....	7
3.	TEORETIČNI OKVIR.....	10
3.1.	Splošna družbena raven.....	11
3.2.	Raven ožjega družbenega okolja.....	13
3.3.	Individualna raven.....	14
	MODEL SPREMENLJIVK	20
4.	OPERACIONALIZACIJA MODELA	21
5.	POROČILO O PILOTNI ŠTUDIJI.....	43
5.1.	Sestav respondentk.....	43
5.2.	Aktivnosti.....	45
5.3.	Mož/partner in družina.....	46
5.4.	Stanovanje.....	46
5.5.	Delitev dela	47
5.6.	Fertiliteta	47
5.7.	Stališča do kontracepcije in abortusa	48
5.8.	Uporaba kontracepcije.....	49
5.9.	Informacije in komunikacija.....	51
5.10.	Stranski pojavi.....	51
5.11.	Zdravstvene usluge.....	52
5.12.	Žene, ki nikoli niso uporabljale KCS	53
5.13.	Priponbe anketarjev.....	54
6.	PRIPOROČILA	55
7.	POVZETEK IN ZAKLJUČKI.....	57
	LITERATURA	60
	DODATEK (Vprašalnik)	62

1. POVZETEK PRVEGA DELA RAZISKAVE

Raziskava, ki nosi naslov: Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe je bila zasnovana kot 2 letna raziskava. Vključevala naj bi 2 samostojni nalogi, pri čemer naj bi prva rabila predvsem za namene Inštituta za načrtovanje družine v Ljubljani, z drugo raziskavo pa smo nameravali zajeti širšo populacijo v Ljubljani in drugih krajih Slovenije.¹⁾

V prvi fazi raziskave smo uporabili material (podatke), ki so že bili zbrani in shranjeni na Inštitutu za načrtovanje družine. Na voljo so nam bili nekateri socio-ekonomski podatki pacientk, podatki o razlogih njihovega obiska, nekatere značilnosti njihovega družinskega statusa in podatki o praksi pri reguliranju rojstev. V tem delu raziskave smo se omejili na opis populacije, ki je ta Inštitut obiskala v zadnjih dveh letih ter 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 številu otrok). 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.

Potrebno je poudariti, da je glavni cilj prve raziskave metodološki: želeli smo določiti v kolikšni meri bi lahko z evidenčnimi kartoni zbrani podatki ustrezali za sociološke in socialno-psihološke analize sprememb v kontracepcijskem obnašanju.

Rezultati prve raziskave so rabili kot osnova in vodilo pri

1) Katja Boh: Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe, I. ISF, Ljubljana 1976.

izboljšavah metodologije zbiranja informacij o pacientkah tega inštituta.

Pri raziskavi smo izhajali iz osnovne predpostavke, da je regulacija fertilitnosti (kontracepcijsko obnašanje) le eden od elementov prokreacijskega obnašanja, ki je spet le del celotnega obnašanja ljudi in ga je možno razumeti le, če poznamo čim več dejavnikov, ki vplivajo na njegovo diferencirano oblikovanje. V modelu smo kontracepcijsko obnašanje delili v tri faze:

1. vstop, ko žena prvič poskusi s kontracepcijsko metodo,
2. porabo, to je prakticiranje kontracepcije (z vsemi vmesnimi prekinitvami, menjavanjem sredstev itn.),
3. izstop, ko žena preneha s kontracepcijo.

Odgovoriti smo želeli na naslednja vprašanja:

1. V kakšni situaciji/pod kakšnimi pogoji se žena odloči, da bo začela uporabljati kontracepcijo?
2. Kako poteka ritem kontracepcijske prakse? Ali in pod kakšnimi pogoji žena prekinja z uporabo kontracepcije: ali so to občasno ali dolgo trajajoče prekinitve? Kakšni so njeni motivi za prekinitve; zanositve, zdravstveno stanje, občutki nesigurnosti.
3. Pod kakšnimi pogoji se žena odloči, da bo z uporabo kontracepcije prenehala? Katere žene vztrajajo pri kontracepciji do preteka fertile dobne in kakšne so značilnosti tistih žena, ki se za prekinitve odločijo že mnogo prej? Ali so jih k temu pripeljale slabe izkušnje (stranski pojavi pri uporabi določenih sredstev, je med uporabo kontracepcije zanosila), ali pa je to storila zaradi informacij o škodljivosti kontracepcije, ki jih je dobila iz formalnih ali neformalnih virov, ali pod

različnimi drugimi socialnimi pritiski?

V analizi smo upoštevali naslednje spremenljivke:

1. Socialno-ekonomski status žene: starost, bivališče, izobrazba, poklic, zaposlenost
2. Družinska situacija: zakonski stan, izobrazba moža, poklic moža, število otrok
3. Fertiliteta: nosečnosti, število porodov (mrtvo/živo rojeni otroci, spontani splavi)
4. Regulacija rojstev: motivi, viri informacij, vrsta zbravnega kontracepcijskega sredstva, čas vstopa, čas izstopa, čas uporabe, izkušnje, menjavanje kontracepcijskih sredstev, občasne prekinitve, trajanje prekinitev, vzrok za prenehanje, abortusi.

Pri obdelavi podatkov smo uporabili metodo faktorske analize. Ker je možno v analizi uporabiti samo urejene podatke in pa samo tiste vprašalnike (kartone), ki so v celoti izpolnjeni, smo morali pri analizi izpustiti nekaj spremenljivk in iz celotne populacije črtati nekaj enot (evidenčnih kartonov). Izpustiti smo morali vse tiste spremenljivke pri katerih je bila frekvenca manjkajočih odgovorov velika (ponekod je presegla 50%). V analizo nismo mogli vključiti: mesto zaposlitve, spremljujoče pojave, menjavanje kontracepcijskih sredstev, vzroke za trajanje in prekinitve.

Celotna populacija je po izločitvi nezadostno izpolnjenih kartonov štela 8.119 enot. Odločili smo se za tri različne analize: v prvo analizo smo vključili vse pacientke, v drugo samo poročene žene, v tretjo pa neporočene žene.

Rezultate analize bi lahko na kratko povzeli takole:

1.1. Glavne karakteristike populacije pacientk, ki so v letih 1973 in 1974 obiskale Inštitut za načrtovanje družine so: relativno nizka starost in izredno visoka izobrazbena struktura. Obe distribuciji signifikantno odstopata od distribucije obeh spremenljivk v ženski populaciji mesta Ljubljane in celotne Slovenije. Samo za ilustracijo lahko navedemo, da je med pacientkami tega inštituta 21,6 žena z visoko izobrazbo, medtem ko jih je v Sloveniji le 1,9.

1.2. Velika večina pacientk je iz Ljubljane ali okolice.

1.3. Pacientke bi lahko delili v dve skupini: številnejša prva skupina so poročene žene, ali žene, ki so bile kdaj preje poročene (vdove, razvezane). Teh je 58%. Skoraj vse so že bile noseče, imajo po enega ali dva otroka in so že pred obiskom na tem Inštitutu regulirale rojstva.

Druga, nekoliko manj številna skupina, so neporočene žene, med katerimi je 64% študentk.

Na osnovi teh podatkov lahko ugotovimo, da je situacija na tem inštitutu podobna kot na vseh drugih sorodnih institucijah po svetu. Uporaba kontracepcije je pogostejša v višjih slojih, nižji jo manj uporabljajo. Seveda pa moramo ob tem opozoriti bravca, da naših rezultatov analize ne gre posploševati. Analiza je bila napravljena samo na podatkih ene in to strogo specializirane institucije, ki ima še to posebnost, da je v centru Ljubljane. O uporabi KCS v Sloveniji ne moremo govoriti vse dokler ne bomo imeli za to potrebnih podatkov.

1.4. Pred obiskom na inštitutu za načrtovanje družine je KCS že uporabljalo večje število pacientk. 322 pacientk (6%) je uporabljala materni obroček, 1232 (24%)

je uporabljala hormonske tablete, 122 (2%) pa diafragmo.

- 1.5. Vzorec kontracepcijskega obnašanja za katerega je analiza pokazala, da je najbolj tipičen za pacientke tega inštituta smo imenovali MATERINSTVO in bi ga lahko takole opisali: to so povečini poročene žene, ki že imajo otroke in si jih ne želijo več. Njihova izobrazba bolj variira kot pri uporabnicah drugih KCS. Med njimi je več žena z nižjo izobrazbo, več delavk in večje število nezaposlenih gospodinj.
- 1.6. Žene, ki pred prvim pregledom na tem inštitutu niso uporabljale nobene kontracepcije so v največji meri izbrale hormonske tablete (28,3%). To so povečini mlajše osebe. 22,4% poročenih žena z otroki je izbralo IUD, 18% pa diafragmo.
- 1.7. Ugotovili smo, da imajo pri obveščanju o kontracepciji masovna sredstva inferiorno vlogo. Samo 3% vseh žena je odgovorilo, da so o kontracepciji slišale na radiu, TV ali brale v dnevnem oz. revialnem tisku. Informacije o kontracepciji se v glavnem širijo prek neformalnih kanalov (prijateljice). Najboljši prediktor za uporabo kontracepcije je zdravniški nasvet, iz česar pa lahko sklepamo, da so informacij o kontracepciji deležne predvsem tiste žene, ki so že rodile, ali prišle k zdravniku iz kakšnega drugega razloga.
- 1.8. Zdravstvena služba je na inštitut napotila 30,4% vseh anketiranih pacientk, med njimi jih ima več kot 70% že otroke. Skoraj polovica vseh pacientk je na vprašanje kdo jih je napotil na inštitut odgovorila, da so prišle "same od sebe". Ker menimo, da je pacientka vendarle morala dobiti informacijo oz. napotke, da je prišla prav na ta inštitut sodimo, da vprašanje morda v evidenčnem kartonu ni dobro formulirano.

- 1.9. O družinskih in zakonskih/partnerskih odnosih, ki ženo motivirajo k uporabi kontracepcije imamo v podatkih malo kazalcev. Glede na to, da je večina žena iz mestnega okolja, in da tudi njihovi možje po svoji izobrazbi in poklicu pripadajo višjim slojem, lahko sklepamo, da ženina uporaba kontracepcije v zakonskem odnosu ni negativno sankcionirana.
- 1.10. Pomemben dejavnik pri odločitvi za kontracepcijo so otroci. Kaže, da je želja po materinstvu saturirana z enim, največ dvema otrokoma, kar lahko iz demografskih podatkov ugotovimo tudi za vso slovensko populacijo. Zadovoljitev želje po materinstvu je, kot kaže pomemben razlog, da se žena odloči za kontracepcijo, in značilno je, da odločitev v tem primeru ni nujno odvisna od ženinega socio-ekonomskega statusa.
- 1.11. Na osnovi gornjih ugotovitev in glede na osnovne cilje te raziskave, ki naj bi rabili kot navodilo pri izboljšanju postopka pri zbiranju informacij, smo priporočali:
- 1) Manjše popravke v evidenčnem kartonu in metodologiji spraševanja (intervjuvanja pacientk)
 - 2) Dodatne študije.

Ker lahko evidenčni karton, ki se uporablja v ambulantnem/kliničnem okolju, vsebuje samo najbolj splošne podatke o ženinem socio-ekonomskem ter družinskem statusu in informacije o ženini fertiliteti in kontracepciji ter še drugih, predvsem za zdravnika pomembnih podatkov, smo bili mnenja, da bi bilo potrebno v bodoče izvajati poglobljene sociološke in socialno psihološke študije v okviru tega in drugih zdravstvenih institucij v Sloveniji.

2. CILJI IN NAMEN 2. DELA RAZISKAVE

Glede na to, da je naša prva analiza zajela samo populacijo pacientk na Inštitutu za načrtovanje družine in so rezultati analize lahko veljavni samo za to populacijo, smo se odločili, da z drugim delom raziskave posežemo na širše področje Slovenije ter vključimo populacije žena ki, bodisi obiskujejo druge zdravstvene ustanove in se tam dogovorijo o tem, na kakšen način bodo načrtovale družino, bodisi žene, ki kontracepcijo odklanjajo, ali morda za njo niti ne vedo.

Glavni cilj te raziskave je bil ugotoviti vzorce kontracepcijskega obnašanja pri različnih kategorijah žena. S tem bi naši izsledki lahko dobili splošno veljavnost in rabili kot informacija in vodilo pri načrtovanju akcij pri izvajanju politike o načrtovanju družine.

Želeli smo odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Kakšna je distribucija uporabe kontracepcijskih sredstev v ženski populaciji v Sloveniji v vseh slojih?
2. Kakšna splošna stališča imajo žene in njihovi možje/partnerji do vprašanj kontracepcije?
3. Kakšna je informiranost žena o kontracepciji? S tem v zvezi smo želeli ugotoviti:
 - kje iz kakšnih virov dobi žena informacije o kontracepciji;
 - kakšne informacije dobiva;
 - kakšno je zaupanje v informacije oz. različne vire informacij?
4. Kako na motivacijo za kontracepcijo vplivajo družinski, predvsem zakonski/partnerski odnosi?

5. Kakšne so ženske izkušnje s kontracepcijo v primeru, ko jo je že uporabljala?
6. Kako organizacija zdravstvene službe vpliva na motivacijo za kontracepcijo?
7. Kakšna je vloga religije pri večji ali manjši sprejemljivosti za kontracepcijo?

In končno nas zanima: kako se oblikujejo vzorci kontracepcijskega obnašanja in kateri dejavniki pomembno vplivajo na njihovo večjo ali manjšo diferenciranost.

V programu dela smo predvideli, da bomo:

- izdelali instrument
- instrument testirali
- izdelali predlog za dokončno obliko instrumenta
- instrument ponovno preskusili na vzorcu pacientk iz Inštituta za načrtovanje družine
- instrument uporabili na več kontrolnih skupinah.

že takoj na začetku pa moramo bravca opozoriti, da programa nismo mogli v celoti izpolniti, ker za to nismo dobili dovolj finančnih sredstev. Bili smo prisiljeni, da naš program skrajšamo. Predloženi elaborat obsega le model instrumenta, ki smo ga testirali na 2 skupinah žena ter priporočila za izdelavo dokončnega instrumenta.

Izkušnje, ki smo si jih pridobili pri zbiranju podatkov za raziskovanje sociološke problematike v zvezi z načrtovanjem družine so pokazale, da je izvajanje intervjujev relativno težko. Če so vprašanja intimna in če pri tem še želimo, da žena odgovarja čim bolj neodvisno od morebitnih pritiskov domačega okolja, potem je skoraj nujno, da sprašujemo pacientke v ambulantah, zdravstvenih domovih, bolnicah

ali klinikah. Anketirati je možno tudi prek obratnih ambulant in oddelkov za socialno službo v večjih organizacijah družnega dela. S tem pa se nam takoj postavljajo omejitve:

1. vključimo lahko samo tisto populacijo, ki obiskuje zdravnika ali je zaposlena v večjih delovnih organizacijah,
2. vprašanja morajo biti tako sestavljena, da je nanje relativno lahko odgovarjati in vprašalniki čim krajši. To pa pomeni, da se lahko z eno študijo poglobimo v raziskovanje le zelo ozko definirane problematike.

V takšne namene je sestavljen tudi priloženi vprašalnik. Njegov prvi del je splošen. Vsebuje informacije o ženinem ekonomskem in družbenem položaju, povezano z njenim poreklom, krajem bivanja, delom, njenimi aspiracijami in nekaterimi kulturnimi vrednotami. Tudi splošna stališča do kontracepcije in komunikacija o problemih, ki so povezani z vprašanji načrtovanja družine sodijo v prvi del. Temu sledijo dodatki, ki so: specifični za določene populacije (žene, ki sedaj uporabljajo KCS, žene, ki so uporabljale KCS, pa sedaj ne uporabljajo, žene, ki nikoli niso uporabljale KCS).

Tokrat smo priložene vprašalnike lahko samo preskusili, če so dovolj razumljivi, če so vprašanja enoznačna in niso preveč utrudljiva. Končni rezultat našega poskusa so predlogi za korekcije in eventualne dopolnitve instrumentov.

3. TEORETIČNI OKVIR

V prvi raziskavi smo sestavili okvirni model spremenljivk, ki v določenem socio-kulturnem sistemu usmerjajo fertilitetno/kontracepcijsko obnašanje.

Kontracepcijsko obnašanje, ki smo ga v našem modelu določili v tri faze (vstop, praksa, izstop) je odvisno od vrste odločitev. V prvi fazi se mora žena na primer odločiti, ali sploh sprejme kontracepcijo, in katero metodo bo izbrala. V drugi se odloča o tem, koliko časa bo uporabljala določeno metodo, ali bo prekinila in za koliko časa bo prekinila oz. bo vztrajala pri isti metodi, ali se odločila za drugo in za kakšno metodo se bo odločila. In končno, se mora odločiti, kdaj in zakaj bo prenehala z uporabo kontracepcije.

Kontracepcijsko obnašanje bi torej lahko pojmovali kot niz odločitev, ki jih žena napravi ko sprejme/ vztraja/ spremeni/prekine s kontracepcijo, ali določeno metodo kontracepcije.

Odločitve pa ne nastajajo "v praznem prostoru." žena se za, ali proti kontracepciji ne odloča "slučajno", marveč je njena odločitev odvisna od vsakokratne konstelacije (konfiguracije) vseh dejavnikov, ki v socialnem okolju vplivajo na njene odločitve.

Socialno okolje v katerem žena živi in v katerem delujejo "sile", ki usmerjajo njeno fertilitetno/kontracepcijsko obnašanje lahko delimo v več ravni:

- 3.1. splošna družbena raven
- 3.2. raven ožjega socialnega okolja
- 3.3. individualna raven.

3.1. Splošna družbena raven

3.1.1.

Najširši okvir v katerem se oblikuje obnašanje posameznikov in skupin je kulturni sistem. Imenujemo ga lahko tudi sistem družbenih norm in vrednot.

Gledano z vidika našega interesa v tej študiji so to npr. vrednote napredka in dosežka, z močno izraženo usmerjenostjo v bodočnost, vera v človekovo zmogljivost in sposobnost obvladovanja naravnih fenomenov ter visoko vrednotenje vseh individualnih, humanitarnih in demokratičnih ciljev, ki prežemajo celotno kulturno dediščino zahodne civilizacije in so na svojski način usmerili njen ekonomski in socialni razvoj.

Prve pobude za regulacijo rojstev, ki za ženo ne bi bile škodljive, niso nastale iz bojazni, da bi se ljudje preveč razmnoževali (četudi so bile ponekod takšne tendence navzoče), marveč iz želje, da bi pomagali socialno najbolj depriviranim slojem. Vrednote svobode in enakih možnosti za vse ljudi, so bile povod, da so v Evropskih deželah že zgodaj začeli razmišljati o posebni pomoči družini, izboljšanju življenjskih pogojev žena in posebno otrok.

Omejevanje rojstev je v zahodni civilizaciji začelo že mnogo prej, predno so razvili nove metode kontracepcije. O tem, zakaj so začeli ljudje spontano omejevati rojstva (kar je posebno v nekaterih deželah privedlo do strmega padca natalitete), imamo več teorij. Nesporno je, da so se, ob izboljšanih življenjskih pogojih ljudem odprle večje možnosti za realizacijo njihovih osebnih želja in aspiracij in, da se je v ljudeh utrdila zavest da lahko tudi svojim

otrokom ponudijo več, ne samo materialnih, marveč tudi duhovnih dobrin, če ne bo njihovo število preveliko.

3.1.2.

Četudi vemo, da premiki v ekonomski sferi močno vplivajo na spreminjanje vrednot in družbenih norm, pa je vendar res, da morajo imeti ljudje, ki so nosilci tega razvoja že pred tem določene bazične vrednote, ki jih usmerjajo k pridobivanju in ustvarjanju in brez katerih ni motivacije za vključevanje v razvojni proces. "Razvoj" pravimo, da je v industrijskih družbah postala vrednota sama po sebi in tej vrednoti se podrejajo druge vrednote in aktivnosti. Čim višja je stopnja ekonomske in tehnološke razvitosti, ki jo spremljajo strukturni premiki v vseh drugih družbenih sistemih, večja je tudi motivacija ljudi, ki za ta razvoj ustvarjajo, da zavestno regulirajo rojstva. To je napotilo teoretike, da so razvili tezo o ekonomskem razvoju, kot nujnem in neobhodnem pogoju za zmanjšanje natalitete v deželah v razvoju.

3.1.3.

Kot tretjega bomo imenovali institucionalni ali politični sistem. Od ureditve odnosov med elementi tega podsistema, delitve moči v njegovih posameznih institucijah in njihovih konkretnih manifestacijah (politiki, zakonodaji, raznih drugih institucionaliziranih pravilih), je odvisno tudi obnašanje posameznika. Čim bolj so v institucionalni strukturi družbe poudarjeni demokratični in humanitarni cilji, enakopravnost med spoloma, tem večja je verjetnost za zavestno regulacijo rojstev, ki jo lahko še pospešimo z usmerjeno politiko.

3.1.4.

Na tej, to je širši družbeni ravni je nujno upoštevati še socialni sistem s hierarhično urejeno stratifikacijsko

in statusno organizacijo v kateri ima vsak posameznik in vsaka posamezna skupina svoj jasno določen položaj. Za industrijske družbe in predvsem one z demokratično tradicijo je značilna večja propustnost med sloji oz. večja odprtost celotnega sistema, s čemer se poveča število možnosti za vsakega posameznika in se večajo aspiracije, ki se prenašajo tudi na otroke. Ne le visoko mesto na dimenzijah družbene razslojenosti, marveč že sama perspektiva za takšno mobilnost ustvarja pri ljudeh potrebo, da bi zmanjšali število otrok, ki jih bodo imeli, za to da bodo lahko sami in njihovi otroci dosegli zaželjeno mesto v družbi.

Pravkar opisani sistemi predstavljajo širše, takoimenovani makro-družbeno okolje v katerem se, ob čisto določeni konfiguraciji odnosov ustvari potrebna "pripravljenost" za učinkovito regulacijo rojstev.

3.2. Raven ožjega družbenega okolja

Četudi se fertilitetno obnašanje odvija v kontekstu opisanih makro-odnosov, pa so vendar odločitve o tem obnašanju pod neposrednim vplivom človekovega mikro-okolja, njegovih odnosov do referenčnih skupin in predvsem v odnosu do družine. Odločitve o rojstvu, ali njegovi regulaciji se godi v družini, v interakciji z relevantnimi drugimi, posebno partnerjem. Upoštevati moramo, da je tudi vzorec družinske interakcije pod vplivom dejavnikov, situacij in ideologij, vrednostnih sistemov in institucionalne prakse v celotni družbi, ki ji družina pripada. Tudi družinski odnosi se oblikujejo in spreminjajo v procesih ekonomskega in socialnega razvoja družbe. "...Spremembe v katerikoli komponenti tega mikro-makro odnosa lahko povzročijo premike, spremeni prioritete in vzorce in se s tem ustvarja nova baza za medsebojno usklaje-

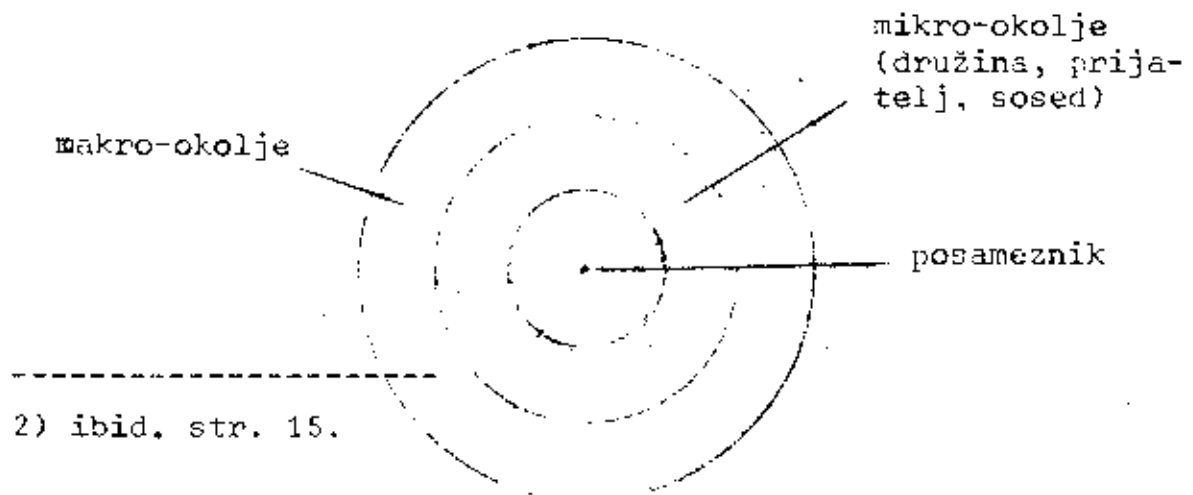
vanje. Spremembe v ekonomskem in tehnološkem sistemu, nova zakonodaja in nenazadnje možnosti, ki jih vključuje politika načrtovanja družine, imajo za posledico realokacijo družinskih vlog. Na ta način se razvijajo pritiski, ki tudi družino silijo v določene spremembe v njenih funkcijah in notranjih odnosih..."²⁾

Vzorci fertilitetnega obnašanja se oblikujejo glede na različne družinske vzorce obnašanja (oblike družinske organizacije).

Poleg družinske, pa so pomembne še nekatere druge referenčne skupine kot npr.: prijateljice, kolegi-ce. Možno je, da veljajo v teh skupinah posebna stališča do regulacije rojstev, ki vplivajo na posameznikove odločitve.

3.3. Individualna raven

Posamezne plasti družbene organizacije si shematično lahko predstavljamo kot tri koncentrične kroge: v središču je posameznik, ki ga v prvem sloju obkroža njegovo mikro in v drugem njegovo makro okolje.



2) ibid. str. 15.

Vse tri plasti sestavlja večje število elementov, ki so v medsebojnem dinamičnem odnosu. Menimo, da bi morali na ravni posameznika ločiti med vsaj tremi sistemi:

3.3.1.

kognitivni sistem (sistem percepcije, spoznanja),

3.3.2.

sistem vrednot in norm, ki določuje meje dovoljenega in na osnovi katerih posameznik ocenjuje, in selekcionira spoznanja, ki jih oceni kot sprejemljiva, ali jih zavrne,

3.3.3.

motivacijski sistem, tudi sistem potreb, ki v človeku aktivira potrebno energijo za akcijo.

Odločanje na ravni posameznika lahko torej razumemo kot proces delovanja vseh treh sistemov (kognitivnega, vrednostnega in motivacijskega) in od odnosov med temi sistemi bo odvisen končni rezultat tega procesa, se pravi končna odločitev.

Fertilitetno/kontracepcijsko obnašanje je odvisno od stopnje/skladnega delovanja vseh treh sistemov. Če je npr. žena osvojila normo majhne družine, če visoko vrednoti princip enakih možnosti za oba partnerja, principe svobodnega odločanja, individualnega hotenja in dosežke, večja je verjetnost, da bo imela regulacija rojstev visoko mesto v njeni kognitivno evaluativni strukturi in več je verjetnosti, da bo motivirana za akcijo v smeri zavestne regulacije rojstev, ker bo v tem primeru regulacija rojstev instrumentalna za doseganje nekih drugih ciljev.

Nasprotno lahko pričakujemo, da v tradicionalnih odnosih zavestna regulacija rojstev ne bo imela pomena, ker še ved-

no velja norma velike družine (veliko število otrok) in je žena podrejena možu ter nima potreb in možnosti za razvijanje svojih lastnih sposobnosti in hotenj.

Tudi informacije v tem primeru nimajo zaželenega učinka, ker ni motivacije za pozitivno odločitev. Zakaj bi vendar žena v tradicionalni družini, kot jih še vedno srečujemo, predvsem v tretjem svetu regulirala rojstva, ko pa je materinstvo njena edina vloga in opcija? Zato raziskovalci tudi opažajo, da se te žene kljub informiranosti in pozitivnim stališčem do načrtovanja družine na sploh, ko gre za njih same, odločajo drugače. Nasprotno, pa so žene in moški v družbah, ki so dosegle določeno stopnjo razvoja in so ljudje spoznali alternativne možnosti za zadovoljevanje svojih potreb začeli spontano regulirati in omejevati rojstva, še predno so poznali kontracepcijo.

3.4.

Načrtovsnje družine ne pomeni ničesar in ne predstavlja opcije za tistega, ki nima o tem potrebnih informacij. Šele, ko se načrtovanje družine in kontracepcija pojavita v kognitivnem polju njenega potencialnega uporabnika in ko ta uporabnik spozna vse možne alternative za doseganje cilja, se lahko začne proces strukturiranja situacije, ki je za sprejemljivost kontracepcije ugodna, ali neugodna. Sistem informacij je del družbene organizacije in še tudi konkretizacija oz. mehanizem za doseganje zastavljenih družbenih ciljev. Za analizo kontracepcijskega obnašanja je sistem informacij izrednega pomena, zategadelj ga velja posebno izpostaviti.

3.5.

Enako velja tudi za zdravstveni sistem. Nova kemična in me-

hanska kontracepcijska sredstva rabijo istemu namenu (to je preprečevanju neželenih nosečnosti) kot tradicionalne metode abstinence, coitusa interruptusa, kondoma ipd. Vendar so med njimi razlike, ki so lahko tolikanj bistvene, da ovirajo pripravljenost ljudi, da bi jih sprejeli, četudi so bolj zanesljive. Značilno za "stare" in "nove" metode je:

- da stare metode, niso bile "zdravila", medtem ko so "nova" sredstva v obliki hormonskih preparatov, tujkov v telesu, operativnih posegov in, da
- so ljudje "stara" sredstva lahko izbirali in uporabljali sami brez tuje pomoči, za "nova" pa morajo poiskati pomoč zdravstvene službe.

V tej zvezi velja opozoriti na izsledke novejših raziskav v deželah v razvoju. Raziskave so bile napravljene med prebivalstvom za katerega bi po vseh teorijah upravičeno pričakovali, da se zaradi predsodkov in kulturnih prepovedi branijo uporabljati sodobna kontracepcijska sredstva. W.H. Baldwin in Th.R. Ford sta v Kolumbiji izvedla raziskavo, katere cilj je bil odgovoriti na vprašanje, ali je možno zmanjšati fertiliteto s sodobno kontracepcijo brez predhodnih ekonomskih in socialnih sprememb, ki jih uvrščamo v kategorijo "modernizacija". Podatki kažejo, da so žene v Kolumbiji motivirane za to, da bi načrtovale rojstva, da pa je večina žena o teh možnostih pomanjkljivo informirana in je dostopnost do kontracepcijskih sredstev slaba. Avtorja zaključujeta, da verjetno tudi pri tradicionalnih ženah ne gre za pomanjkanje motivacije, marveč je zanje problem, kako priti do potrebne pomoči tudi za uporabo tistih sredstev, ki jih poznajo. Zato se povečini odločajo za manj sigurne metode.³⁾

3) Wendy, H. Baldwin and Thomas R. Ford: Modernism and Contraceptive Use in Colombia. Studies in Family Planning. Vol. 7, No. 3, March 1976.

Tudi Fatima Mernissi poroča o raziskavi, ki jo je s sodelavci izvedla v Maroku, na vzorcu 60 žena v najsiromašnejših delih predmestja Maadid. Kljub temu, ugotavlja avtorica, da sodobne kontracepcijske metode težko prodirajo, so vendar v rabi najrazličnejše tradicionalne metode za preprečevanje nosečnosti, predvsem abortivne, pa ne zato, ker bi žene sodobne tehnike odklanjale, marveč iz preprostega razloga, ker jim sredstva niso dostopna.⁴⁾

KAP raziskave v glavnem prihajajo do podobnih rezultatov:

- a) velika večina žena in moških pozna vsaj nekatere sodobne kontracepcijske metode;
- b) velika večina žena in moških ima pozitivna stališča do regulacije rojstev in sredstev za regulacijo;
- c) le majhen del žena in moških uporablja sodobne metode za načrtovanje rojstev.

KAP študija, ki so jo 1967. leta izvedli v Maroku je pokazala, da je velik odstotek ljudi vedel za kontracepcijska sredstva, da so imeli zelo pozitivna stališča do njih, uporablja pa te metode po njihovih ocenah le približno 3% žena v fertilni dobi.⁵⁾

Zato, ker je sodobna kontracepcija nujno vezana na zdravstveno službo in je organizacija le-te, za široko uporabo KCS temeljnega pomena, je potrebno, da v našo raziskavo vključimo vsaj nekaj kazateljev njenega delovanja.

4) Fatima Mernissi: Obstacles to Family Planning Practice in Urban Morocco. Studie in Family Planning. Vol. 6, No. 12, Dezember 1975.

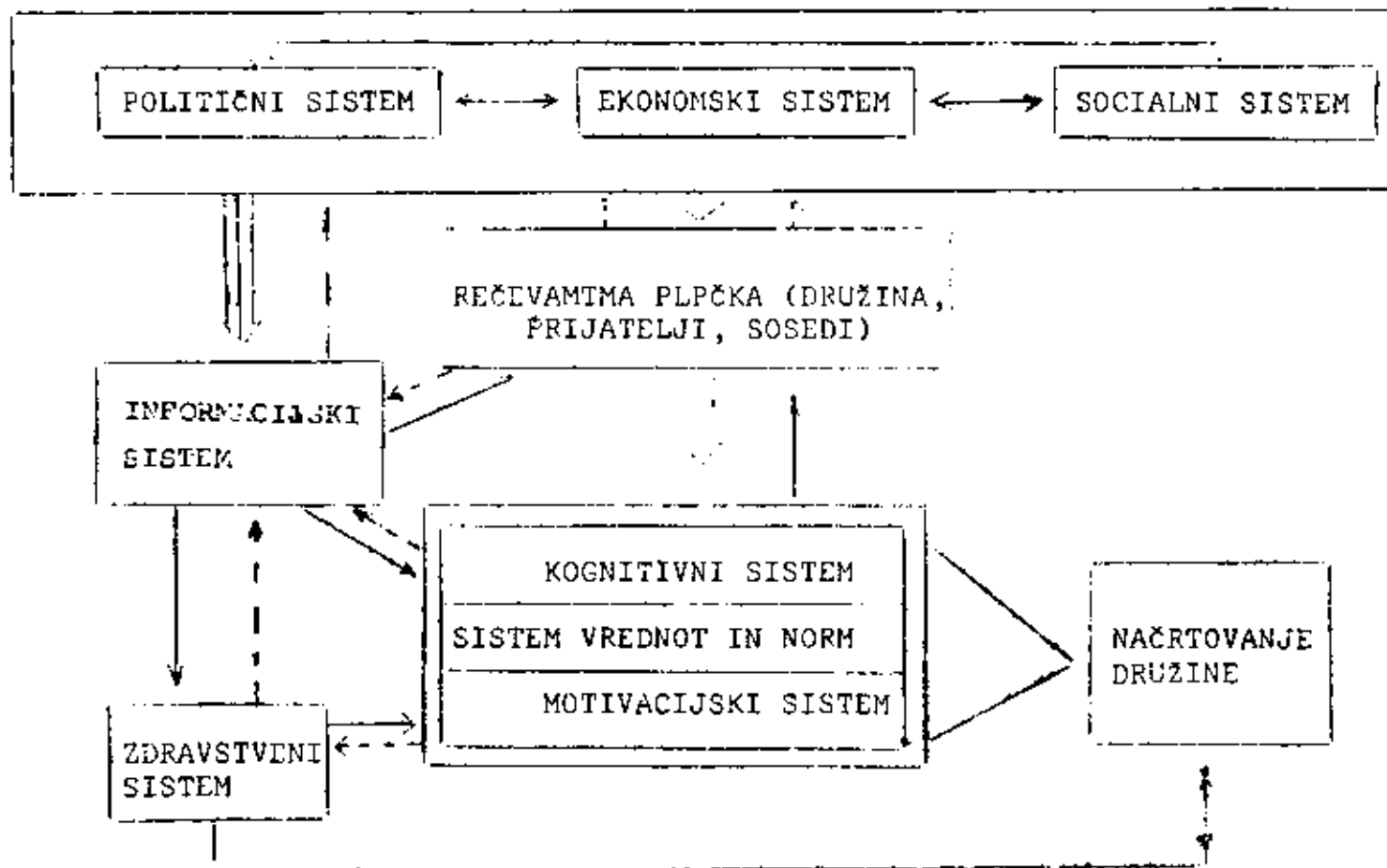
5) Glej tudi: Wan Fook Kee and Saw Swee-Hock: Knowledge, Attitudes and Practice of Family Planning in Singapore; Alan B. Simmons and Ramiro Cordona: Colombia. Stages of Family Planning Adoption. 1964-1969. Studies in Family Planning. February 1974.

3.6.

Model odnosov, ki združeno predstavljajo socio-kulturni sistem v katerem potekajo procesi odločanja o posameznikovi prokreaciji in njeni regulaciji, lahko prikažemo tudi v obliki naslednje sheme:

MODEL SPREMENLJIVK IN ZVEZ MED NJIMI

KULTURNI SISTEM (NORME, VREDNOTE)



4. OPERACIONALIZACIJA MODELA

Za delovanje vsakega od zgoraj opisanih sistemov bomo poiskali tiste spremenljivke, ki so:

1. za analizo vzorcev fertilitetnega/kontracepcijskega obnašanja pomembne;
2. ki jih bo možno operacionalizirati za potrebe sociološke raziskave.

4.1.

Opis delovanja sistemov na makro-ravni (kulturni, politični, ekonomski, socialni/stratifikacijski sistemi) bi presegli okvir takšne študije. Če bi te sisteme poskušali analizirati z vidika načrtovanja družine, bi to pomenilo celo vrsto posebnih študij. Za enkrat se bomo omejili samo na nekaj splošnih ugotovitev:

4.1.1.

Gibanje rodnosti v Sloveniji lahko spremljamo od druge polovice 18. stoletja, ker imamo prve podatke popisa prebivalcev že iz leta 1754. Sodeč po teh podatkih se je v razdobju 1754 - 1780 rodilo 36,3 otroka na 1000 prebivalcev. Če v naslednjem desetletnem obdobju se je število rojstev zmanjšalo in v letih 1810 - 1818 padlo na 32 rojstev, se v naslednjem desetletju spet dvignilo na 35,7 in tako osciliralo vse do 1881. leta. V razdobju od 1881 - 1890. leta pa je začelo število rojstev nevzdržema padati in je v letih pred 1. svetovno vojno doseglo že 31 rojstev na 1000 prebivalcev, v letih med vojno pa 21,6.⁶⁾

6) Dolfo Vogelcnik: Razvoj prebivalstva Slovenije zadnjih sto let z jugoslovanske in evropske perspektive. Ekonomski Zbornik. VII. letnik, Ljubljana 1965, in Živko Šifrer: Razvitak stanovništva Slovenije u poslednjim sto godinama. Stanovništvo, br. 3/1963.

Če podatke o nataliteti v Sloveniji primerjamo s podatki iz drugih jugoslovanskih regij, potem lahko takoj ugotovimo, da je že ves čas stopnja rodnosti v Sloveniji nižja kot drugod v Jugoslaviji, in da je že 2 stoletji na ravni natalitete v zahodnih in severozahodnih evropskih deželah. 1890. leta, to je takrat, ko smo v Sloveniji zaznavali začetek padanja natalitete, se je v Sloveniji rodilo povprečno 35 otrok na 1000 prebivalcev, v sosednji Italiji 37, v Nemčiji 36, Vel. Britaniji 31, Holandiji 33,4, Norveški 30,2, medtem ko je bilo število rojstev v švedski, švici, Španiji in Belgiji že pod 30, v Franciji pa samo še 22,3. Tudi nekatere vzhodno evropske dežele so imele podobno stopnjo rodnosti: Bolgarija 36,7, Češkoslovaška 35,7, Madžarska in Poljska pa nad 40.

V istem obdobju se je v Hrvaški rodilo 42 otrok na 1000 prebivalcev v ožji Srbiji 43. Za druge jugoslovanske regije iz tega obdobja nimamo podatkov, lahko pa sodimo, da je bila stopnja rodnosti precej višja. Ocene se razhajajo. Ker so pri ocenjevanju uporabili različne metodologije, so nekateri jugoslovanski avtorji izračunali, da je bilo v visoko fertitilnih področjih (Bosna in Hercegovina, Makedonija, Zrna gora ter Kosovo in Metohija) 47 drugi pa celo 53 otrok na 1000 prebivalcev.

Lahko se vprašamo, kateri dejavniki so vplivali na to, da je Slovenija že tako kmalu sprejela normo majhne družine? Ko je začelo število rojstev upadati, v Sloveniji niso bili izpolnjeni pogoji, ki jih sicer vedno postavljamo kot *conditio sine qua non* za omejevanje rojstev. Slovenija je bila v tem času še izrazito poljedelska s skoraj 76% kmetijskega prebivalstva. Industrija se še ni niti začela razvijati. Majhen odstotek ljudi se je ukvarjal s obrtništvom in trgovino. Tudi mesta so bila majhna. Leta 1910 je imela

Ljubljana 22.993, Maribor pa 12.828 ljudi.

4.1.2.

Večina dosedanjih teorij o prokreativnem obnašanju ljudi ima vsaj eno pomanjkljivost in to je, da obnašanje ljudi razlaga kot posledico delovanja enega samega, ali manjšega števila dejavnikov, ponavadi v biološkem ali ekonomskem sistemu in, da avtorji znotraj globalnih družbenih premikov, v procesu ekonomskega in socialnega razvoja, ne poiščejo tistih elementov in odnosov, ki imajo v posameznih družbah, ob določeni konfiguraciji odnosov in v določenem zgodovinskem trenutku, posebno vlogo in na čisto poseben način oblikujejo prokreacijo.

Ponavadi govorimo o industrializaciji in urbanizaciji kot tistih makro procesih, ki so usmerjali razvoj. Pri tem pa spregledamo dejstvo, da so se ti procesi v različnih družbah lahko razvijali na specifične načine in, da je njihov vpliv na prokreacijo lahko samo zelo posreden. Spremembe v prokreativnem obnašanju velikega dela evropskih družb so nastopile že kot anticipacija drugih socialnih sprememb, pri drugih pa kot posnemanje nekaterih v razvitejših družbah že sprejetih modelov obnašanja.

Sistem regulacije rojstev z vplivanjem na velikost družine je nastal v predindustrijski Evropi. Mackenroth ga je takole opisal: "Celoten agrarni življenjski prostor nekega socialnega telesa je bil razdeljen na kmečka posestva. Kmetija je bila gospodarsko podjetje, ki je bilo prilagojeno delovni in potrošni normi kmečke mladine. Za uporabo zemlje je kmet zemljiškim lastnikom plačeval v naturalijah in denarju.... Kmetija je dajala, kolikor je bilo potrebno za dvogeneracijsko družino, in morda še preživnino za stare člane.... Prokreacija je bila vezana na zakon, skle-

panje zakonske zveze pa na pridobitev kmetije. Poleg tega so na kmetiji živeli še hlapci, posli, ki pa jim njihov položaj ni omogočil sklepanja zakonskih zvez. Ta skupina se je lahko razmnoževala samo izven zakona, kar pa se spet, razen v izjemnih primerih, ni dogajalo, ker so jih pri tem ovirala religiozna in moralna pravila..."⁷⁾

Razširitev ali zožitev ekonomskega prostora znotraj katerega so bili dani pogoji za preživljanje, se je neposredno odražala v številu kmetij: če se je prostor razširil, če je bilo več kmetij, potem so se ljudje preje in bolj pogosto poročali ... če je bilo malo, se pravi malo kmetij, potem je bilo tudi manj družin in manj otrok. Tudi zemljiške posestnike je zanimala zemljiška renta in bilo bi v nasprotju z njihovimi interesi, ko bi se večja produktivnost odrazila v hitrejši rasti kmečkih družin.

Takšen sistem regulacije rojstev pa se je lahko izoblikoval samo v družbeni organizaciji znotraj katere so bili odnosi v kmečkem gospodarstvu, sankcionirani na način, ki je predvidel skrajno racionalizacijo tudi na področju prokreacije.

4.1.3.

Racionalnost, ki se tukaj manifestira v ekonomski sferi in posredno na področju prokreacije, pa ni niti biološki, niti ekonomski fenomen, ampak jo je možno razumeti le v kulturnem, to je vrednostnem kontekstu. Racionalnost je karakteristika evropske misli in najbrž tudi eden od pogojev, da se družba razvija po vnaprej načrtovanih smernicah. Tehtanja možnih alternativ (strategij) za doseganje dolgoročnejših ciljev in odločanje za tisto alternativo (strategijo), ki najbolj zagotovo, ob najmanjšem riziku in v da-

7) Gerhard Mackenroth: *Berö Iberungslehre*, Springer, Verlag, Berlin 1953.

nih pogojev privede do realizacije cilja v nasprotju s fatalističnim predajanjem "usodi", ali odločanju samo v prid takojšnih in neposrednih efektov, je privedlo do oblikovanja vseh tistih vzorcev obnašanja, ki so značilni za zgodovinski razvoj evropskih družb.

4.1.4.

Ni težko ugotoviti, da nekatere norme, ki so v predindustrijski Evropi določale pogoje za poroke še vedno vztrajajo, četudi v nekoliko modificirani obliki, prilagojeno sedanji družbeni situaciji. Tudi danes še vedno velja pravilo, da bi se naj mladi ženili le, če imajo za to materialne pogoje, ki so bržkone potrebni za normalno funkcioniranje družine. Pravimo, da bi naj mladi imeli zagotovljeno eksistenco, to je zaposlitev, stanovanje itn. In če si mladi tega ne morejo sami zagotoviti, jim pri tem pomagajo njihove družine, ali družba. Kaj so minimalni eksistenčni pogoji, to je seveda različno in odvisno od ekonomske in socialne ravni družbe in posameznikovega položaja, njegovih aspiracij, želja in možnosti.

4.1.5.

Če naj bi ljudje odločali med različnimi možnostmi na področju prokreacije, potem je seveda potrebno, da te možnosti obstojajo in, da so sankcionirane v ekonomskih, socialnih in kulturnih institucijah. Rekli smo, da je bila majhna družina sankcionirana že v institucijah predindustrijske evrope in je postala skoraj edina možna oblika družinske organizacije v industrijskih družbah. To pa ne pomeni, da se je družina samo številčno skrčila, marveč so se tudi sprememba njene funkcije ter položaji in vloge njenih posameznih članov.

4.1.6.

Želja po otroku, ali več otrocih in s tem povezana odloči-

tev za rojstvo otroka je odvisna od funkcije, ki jo ima otrok za družino oz. za mater in očeta. Prokreacija zadovoljuje družbene in individualne potrebe:

- a) zagotavlja reprodukcijo ljudi in če je le-ta na optimalni ravni, tisto rast, ki je potrebna za normalni razvoj določene skupine (plemena, naroda, človeštva). Če reprodukcija prehitava, ali zastaja za razvojnimi možnostmi in interferira z družbenimi cilji, pride do populacijskih problemov.⁸⁾
- b) zadovoljuje ekonomske, socialne in emocionalne potrebe posameznikov.

V tradicionalnih, agrarnih družbah je z otroci zagotovljena družinska kontinuiteta in potrebna delovna sila, ki je obenem pomoč in zavarovanje na katero lahko računajo ostareli družinski člani. Rodnost je tem večja, čim večji je riziko za preživetje zadostnega števila otrok, ki bodo lahko izpolnili svoje funkcije. Za optimalno običajno velja veliko število otrok, posebno še, če je to v skladu z obstoječimi institucijami (družino, religijo, militarizmom). To še danes velja za velik del dežel tretjega sveta.

Definicija optimalnega števila otrok s stališča funkcij, ki jih ima otrok za družino se spremeni:

- a) ko se zmanjša smrtnost in imajo rojeni otroci več možnosti za preživetje. (Povsod v Evropi je padanje smrtnosti predhodilo padanju rodnosti. Leta 1857 je bilo v Sloveniji 26,9 smrti na 1000 prebivalcev, v naslednjem letu že 25,7. Smrtnost je sprva padala bolj počasi, po 1. svetovni vojni pa zelo hitro.)

8) Katja Boh: Stališča slovenskih izobražencev in družbenih delavcev do problemov populacije. Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani, 1974.

- b) Ko ljudje spoznajo, da lahko v danih materialnih in institucionalnih pogojih pridobijo "več" in temu prilagodijo "družinski populacijski optimum". Ta "več" pa ne pomeni samo aspiracij po več materialnih dobrinah, višjem življenjskem standardu, marveč tudi večje možnosti za izobraževanje, seba in rojenih otrok, višjem statusu, večji svobodi, več prostega časa itn.
- c) Ko se prostor dovoljenega obnašanja razširi in postanejo določene kulturne institucije manj obvezujoče. To pa pomeni, da vzorci obnašanja niso več vnaprej določeni z občeveljavnimi, vseobvezujočimi, rigidnimi normami in da ima posameznik možnost, da v danih pogojih izbira med možnimi alternativnimi rešitvami. Težko bi govorili o neposrednem vplivu kulturnih dejavnikov na prokreacijo. Gotovo pa je, da kultura vpliva na vrednostno lestvico potencialnih staršev, njihove želje, pričakovanja, aspiracije in cilje. Vzemimo kot primer religijo. Dokler cerkvene institucije lahko izvajajo pritisk in s svojimi normami določajo meje dovoljenega obnašanja na vseh področjih življenja, se tudi prokreacija podreja njenim pravilom. In četudi katoliška cerkev v deželah zahodne in srednje Evrope ni mogla preprečiti načrtnega omejevanja rojstev, oz. ga je celo podpirala (s propagiranjem celibata, askeze) pa še vedno ostro nasprotuje določenim metodam kontracepcije. Šele, ko se ljudje lahko emancipirajo od njenih pravil, ne da bi se pri tem izpostavljali negativnim sankcijam, se spremeni tudi vzorec prokreacije, in je sprejemljivost za kontracepcijo večja.

4.1.7.

Med najpomembnejše dejavnike pri oblikovanju vzorcev prokreativnega obnašanja sodi vloga in položaj žene.

Materinstvo je bilo dolga stoletja (in je v nerazvitih družbah še danes) ženina najpomembnejša vloga. Samo kot mati čim večjega števila otrok, po možnosti sinov, si je žena lahko pridobila status v svoji družini in družbi. Žena, ki ni mogla roditi, je bila v nekaterih kulturah tretirana kot posel, sužnja, ponekod pa je bila celo izvržena iz družinske skupnosti. Samo z otroci si je žena lahko zagotovila materialno eksistenco, družbeni status in zaščito v starosti. Ženo, ki ni mogla roditi, ali ni rodila moških potomcev, je mož lahko zapustil, jo pognal iz hiše, ali vrnil njeni družini, sam pa si izbral drugo ženo.

Teoretično bi lahko razlikovali med dvema tipoma ženskega položaja. Na eni skrajnosti si lahko zamislimo tip odnosov v katerih je ženin položaj določen samo z askribiranimi kriteriji (je ženska, iz družine, ki ima nizek/visok status, neporočena/poročena, ima status po možu) in njena edina vloga je materinstvo na katerega se vežejo še nekatere manj pomembne vloge v gospodinjstvu.

Na drugi skrajnosti pa bi bil tisti tip družinskih in družbenih odnosov, v katerih bi bile ženi odprte vse možnosti, ali vsaj enake možnosti kot moškemu za aktivnosti v družini in izven nje.

Oba tipa sta konstrukta in verjetno v praksi ne moremo govoriti niti o eni, niti o drugi skrajnosti. Tudi v najbolj tradicionalnih družbah je žena imela običajno poleg svoje materinske, še nekatere druge vloge, bodisi v družinski ekonomiji, bodisi pri odločanju o nekaterih za družino pomembnih stvareh, ali v raznih izven družinskih organizacijah (cerkvenih, društvenih). Prav tako pa si ne moremo zamisliti popolne izenačitve vlog moškega in ženske. Materinstvo, je ženska vloga, ki nujno vpliva na odnos med to in vsemi drugimi vlogami, ki jih ženska lahko ima.

S sprejemom vsake nove vloge se oblikujejo nove figuracije vlog. Ni nujno, da se ženska, ki sprejme vlogo v izobraževalnem procesu, se zaposli, postane aktivna politična delavka, športnica; odpove svoji materinski vlogi, ali vlogi soproge in gospodinje, vendar pa bo te svoje vloge opravljala drugače, kot če bi bile to njene edine vloge.

4.1.8.

Raziskave kažejo, da je preferenca za določeno vlogo odvisna od sistema gratifikacij: čim večje gratifikacije lahko žena pričakuje za opravljanje določene vloge, tem več je možnosti, da bo druge vloge podredila tisti vlogi, od katere lahko pričakuje večje gratifikacije. Na primer:

- čim višji status ima mož, tem višji je ženin izpeljani status. Zato, kot so pokazale raziskave, žene iz slojev v katerih ima mož visok status preferirajo vlogo soproge in redkeje iščejo afirmacijo zunaj te vloge.⁹⁾

- Familistična nasproti individualistični orientaciji pri ženi določa stopnjo njene pripravljenosti za sprejemanje vlog v drugih ne-družinskih sistemih in vpliva na njeno prokreacijsko obnašanje. Familistična orientacija pozitivno korelira z željo po in rojstvom večjega števila otrok, individualistična orientacija pa na željo in na rojstvo manjšega števila otrok. "...žene, ki sprejemajo nove vloge ne odbijajo tipično ženskih vlog soproge in matere, vendar pa kaže, da nagibajo h kasnejšim porokam in imajo manj otrok kot bolj tradicionalne žene."¹⁰⁾

9) Peter Heintz, Thomas Held and René Levy: Family Structure and Society. Journal of Marriage and the Family. Vol. 137, No. 4, November 1975.

10) Sandra S. Tangri: Determinants of occupational role innovation among college women. Journal of Social Issues. 28, pp. 177-200.

- Uspešnost, zadovoljstvo, visoke materialne nagrade v poklicu so v negativni korelaciji s številom rojstev. In ker je satisfakcija v poklicu povezana s statusno višjimi poklici, ki zahtevajo večjo izobrazbo in so bolj kreativni, dobimo negativno korelacijo med visoko izobraženimi in visoko kvalificiranimi ženami in njihovo pripravljenost za večkratno materinstvo.¹¹⁾
- Lahko predpostavljamo, da bi na enak način vplivala tudi gratifikacija v drugih aktivnostih: političnih, kulturnih, športnih, vendar nam zadevne raziskave niso poznane. Če pa bi sklepali posredno na osnovi rezultatov raziskav, ki kažejo na visoko korelacijo med angažiranostjo v aktivnostih na različnih področjih, potem bi lahko predpostavljali, da si večstranski aktivni ljudje verjetno želijo manj otrok.
- Ko so enkrat potrebe po samoaktualizaciji, afirmaciji in materialnem standardu zadovoljene potem, tako kažejo raziskave, so žene bolj pripravljene, da se vsaj za nekaj časa in v določenem življenjskem ciklu posvetijo materinstvu.
- Mobilne žene, ali tiste, ki imajo mobilnostne aspiracije, se v večji meri odrekajo gospodinjstvu, kot tiste, pri katerih so statusi in položaji stabilni. In ker se mobilnostne perspektive tudi povezane z opcijami, ki jih žena ima za vključevanje v nove vloge, lahko sklepamo, da je število opcij v negativni korelaciji z ženino pripravljenostjo za materinstvo. Čim več je možnih vlog (različnih opcij), ki jih v določeni kulturi lahko ima žena, tem več je verjetnosti, da se bo odločila za manjše število otrok in bo rojstva zavestno kontrolirala.

11) John Scanzoni: Sex Roles, Life Styles and Childbearing: Changing Patterns in Marriage and Family. New York, The Free Press.

4.1.9.

Z uvedbo novih družbenih in ekonomskih odnosov v našem samoupravnem socialističnem sistemu po 2. vojni, so se dogodili premiki v družini in povezano s tem, se spreminjajo vzorci prokreacije. Z ukinitvijo privatne lastnine nad proizvodnimi sredstvi, z nagrajevanjem po delu in z doslednim uvajanjem enakih pravic in možnosti za vse občane ne glede na njihov spol, je bila takorekoč vsaj formalno ukinjena institucija statusne askripcije in povečana propustnost med sloji na vseh dimenzijah individualnega in skupinskega statusa.

Z razmahom industrije in z uvajanjem najsodobnejših proizvodnih tehnik, ter vseh vrst družbenih dejavnosti, so se hitro množile možnosti za zaposlovanje delavcev vseh profilov predvsem v industrijskih središčih, ki so naraščala in se urbanizirala. Značilno za Slovenijo pa je, da se ne razvijajo samo mestna središča, marveč se modernizira tudi vas. Tudi tehnologija kmečke proizvodnje se je, posebno v zadnjih letih modernizirala. S tem se je tudi dvignil življenjski standard kmečkega prebivalstva.

Radikalne spremembe v legitimitetnem sistemu in oblikovanju novih institucij, so tudi vplivale na spreminjanje položaja žensk. In četudi realni položaj ženske v našem sistemu še vedno odstopa od proklamiranih načel in zaostaja za stvarnimi možnostmi družbe, pa so razlike med stanjem kot je bilo pred socialistično revolucijo in danes impresivne.

Po podatkih zadnjega štetja je v Jugoslaviji zaposlenih približno 36% žensk v celotni aktivni populaciji. Največ zaposlenih žena je v Sloveniji 43,5%. Izboljšuje se njihova kvalifikacijska struktura in vsako leto se več žena in deklet vpisuje na različne poklicne srednje in visoke šole.

Zakonodaja, ki izhaja iz ustavnih pravic obč. nov regulira zakonske odnose, ščiti materinstvo in predvideva posebno skrb za mater in otroke. Z zadnjo ustavo je tudi načrtovanje družine postalo ustavna pravica slehernega občana.

To je v zelo skopih besedah orisan institucionalni makro okvir v katerem se razvija, spreminja in oblikuje obnašanje posameznikov in posameznih družbenih skupin. Z ozirom na to, da so bile v naši družbi odpravljene institucionalne ovire, in izpolnjeni nekateri pogoji, ki kot vemo pozitivno vplivajo na realizacijo načrtovanja družine (družbeni položaj žene, možnosti za njeno ekonomsko in družbeno aktivnost, institucionalna pomoč družini), bi lahko pričakovali, da se bo kontracepcija hitro širila še posebno, ker je norma majhne družine pri nas že skoraj tradicionalna. Če uspeh ni bil takšen kot bi sicer lahko pričakovali, potem gre to gotovo pripisati določenim konzervativnim pritiskom, pa nenazadnje nekaterim značilnostim samih kontracepcijskih sredstev in načinom njihove distribucije, o čemer bomo govorili še v naslednjih razstavkih.

4.1.10.

Menimo, da nam lahko analiza opsijskih sistemov in vlog žena in mož v teh sistemih odkrije nekatere dejavnike diferencialne prokreacije, in uporabe kontracepcijskih metod.

Če govorimo o opcijah, potem mislimo na možnosti, ki jih imajo ljudje na različnih življenjskih področjih za sprejemanje novih vlog, ki stopajo v kompeticijo s starševskimi vlogami. Čim več je teh možnosti, čim bolj so različne in čim bolj se ljudje teh možnosti zavedajo ter jih doživljajo kot realizacijo svojih potreb, večja bo kompeticija s starševsko vlogo, in večja pripravljenost za zavestno regulacijo rojstev.

4.1.11.

V raziskavi bomo uporabili naslednje kazatelje:

- a) ženinega položaja in položaja njene družine v družbeni organizaciji: starost, bivališče v otroštvu/sedaj (mestno-vaško okolje) družinsko poreklo, narodnost, vera, izobrazba, poklic, zaposlenost, družbeno-politična aktivnost, zakonski stan;
- b) materialnega položaja družine: družinski dohodek, vir dohodkov, stanovanje (opremljenost);
- c) ženinega izpeljanega statusa (tudi kazatelj statusne in/kongruentnosti obeh partnerjev): moževa izobrazba, poklic, narodnost, zaposlenost;
- d) aspiracije v sistemu dela (ali vračanje k starim vlogam v družini - tudi indikator familizma): odnos do zaposlitve in želja po zaposlitvi pri tistih žensh, ki niso zaposlene, vzroki;
- e) posebno smo izpostavili kazatelje ženine religioznosti (in religioznosti njenega moža), ker menimo, da je religioznost poseben element kulture, ki lahko na svoj način oblikuje kontracepcijska stališča in prakso.

4.2.

"...Posameznik je lahko ambiciozen, vendar bo glavni cilj njegove ambicije željeno mesto v mislih drugih, on pa bo občutil pripadnost skupnim merilom podrejenosti in pravilnosti", je zapisal Ch.H. Cooley in s tem hotel povedati, kako zelo pomembne so primarne skupine za oblikovanje človekovih stališč in dejanj in, da so člani, pripadniki grupe, marsikdaj pripravljeni se odpovedati nekaterim možnostim v korist te grupe ali v želji, da jih grupa sprejme in zaščiti. Med primarne grupe avtorji ponavadi štejejo družino, in sosesko, včasih tudi otroške oz. mladinske družbe vrstnikov.

Vse druge odnose, ki se tvorijo na osnovi skupnih interesov imenujejo sekundarne ali interesne skupine, ki se po primarnih razlikujejo tudi v tem, da odnosi niso tako neposredni, intimni in emocionalno nabiti kot v primernih skupinah. Lahko pa se primarni, intimni odnosi oblikujejo zunaj naštetih skupin (družine, soseske) kot npr. med prijatelji in kolegi pri študiju, na delu, v rekreaciji. Skupine, ki lahko s svojimi, njim lastnimi stališči vplivajo na stališča potencialnih uporabnic kontracepcije, bomo imenovali relevantne grupe, ali relevantna okolja. Med relevantna okolja, ki vplivajo na ženske odločitve za kontracepcijo so: družina, delovno okolje (kolegice na delovnem mestu), prijateljice, sosesde. Tudi zdravnik in medicinsko osebje je v tem primeru lahko relevantno okolje, vendar bomo o tem govorili na drugem mestu.

4.2.1.

Odločitve za kontracepcijo se oblikujejo v interakciji z družinskimi člani, zlasti v interakciji med možem in ženo. Stopnja usklajenosti/neusklajenosti njunih stališč, bo po vsej verjetnosti bistveno vplivala na ženo odločitev za ali proti kontracepciji.

Na splošno se predpostavlja, da izvira moževo nasprotovanje KCS iz njegove patriarhalne naravnosti in bojazni, da bi s tem izgubil nekatere pravice, ki izvirajo iz legitimitete njegove patriarhalne vloge. To se dogaja v kulturnih in družinskih odnosih v zelo tradicionalnih družbah in še to le v nekaterih. KAP študije, ki so jih izvajali v deželah v razvoju, so npr. pokazale, da imajo tudi moški povečini pozitivna stališča do načrtovanja družine. KCS pa žene in moški malo uporabljajo. Lahko predpostavljamo, da so oboji:

- še nedovoljno informirani o možni uporabi KCS, ali se bo-

- jijo neželenih posledic;
- delno še vedno pod pritiskom tradicionalnih norm;
- so otroci edina percipirana možnost za opravljanje ekonomskih in zaščitnih funkcij.

Zakonski partnerji stopajo v odnos z nekaterimi že v njihovi družini (kulturi) pridobljenimi in internaliziranimi. Njuna stališča do različnih problemov načrtovanja družine so lahko enaka, podobna, lahko pa se bistveno razhajajo.

V medsebojni interakciji se pozitivna ali negativna stališča do kontracepcije utrjujejo. Razhajanje v stališčih in ženina uporaba KCS proti moževi volji pa bi utegnila vnašati konflikte v njun odnos, ki se jim, tako predpostavljamo, žena raje izogne s tem, da jih ne uporablja.

Dosedanje raziskave so pokazale, da je uporaba sodobnih KCS v pozitivni zvezi s stopnjo družinske "moderniziranosti". Tudi ta se izraža v stopnji družinske "fleksibilnosti" pri odpiranju možnosti (opcij) za izbor med različnimi alternativnimi vlogami za vse družinske člane enako. Tudi demistifikacija družine, desekrementalizacija zakona (in družine), emancipacija zakoncev od njune prvotne družine, so dejavniki, ki ugodno vplivajo na oblikovanje stališč do načrtovanja družine in njeno prakso.

Študije zakonskih dvojic v urbanih področjih v industrijsko razvitih deželah in v 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 enakopravno odločata o vseh skupnih problemih: 1) se tudi več pogovarjata o spolnih odnosih, kontracepciji in željenem številu otrok; 2) izkazujeta večje zadovoljstvo v

njunih spolnih odnosih; 3) si želita manjše število otrok in 4) bolj učinkovito načrtujeta rojstva.¹²⁾

4.2.2.

V družini bomo razlikovali naslednje spremenljivke:

a) družinska organizacija:

- delitev dela (kdo v družini opravlja posamezne gospodinske aktivnosti)
- delitev moči (kdo v družini odloča o pomembnih družinskih zadevah)
- otroci (število otrok, načrtovani-nenačrtovani, želja po več otrokih)
- opredelitev materinske vloge (prioriteta, podrejanje drugih aktivnosti materinski vlogi)
- stopnja družinske integracije (popolna/nepopolna družina, familistične težnje);

b) družinska interakcija

- komunikacija med zakoncema/partnerji (koliko in kaj se pogovarjajo v zvezi z načrtovanjem družine)
- stopnja usklajenosti stališč
- zakonska empatija (razumevanje, vživljanje, ljubezen);

c) specifična stališča do načrtovanja rojstev:

- kontracepcija
- abortus.

12) L. Rainwater: Family Design: Marital Sexuality, Family Size, and Family Planning. Chicago - Aldine, 1965. Glej tudi v: Reuben Hill and al.: Research on Human Fertility. International Sociological Science Journal. Vol. XX, No. 2, 1968.

4.2.3.

Na podoben način kot družina, lahko na odločitve o kontracepciji vplivajo tudi druga relevantna okolja, zato smo vključili še naslednje interakcijske spremenljivke:

- komunikacije s prijateljicami/kolegicami (o vprašanih kontracepcije in abortusa)
- usklajenost/neusklajenost stališč (o kontracepciji in abortusu)
- moč vpliva (zaupanje v informacijo).

4.3.

Tisti, ki končno odloči je posameznik. Bilo bi morda bolj pravilno, ko bi oris našega modela začeli s posameznikom, ki si ga lahko predstavljamo kot zajetega v mrežo odnosov v katere stopa ob vsakokratni interakciji s svojim okoljem.

Ko žena odloča, ali bo načrtovala rojstva in kako jih bo načrtovala, izbira med tistimi možnostmi, ki, potem ko jih je selekcionirala skozi filter svojih vrednot, dobijo visoko mesto v njeni kognitivno-evaluativni strukturi. Samo, če je žena spoznala in pozitivno ocenila vrednost, ki jo lahko ima zadnje načrtovanje družine, bo izbrala potrebno energijo za akcijo.

Na ravni posameznika bomo pri odločanju za kontracepcijo in v skladu z našim modelom razlikovali spremenljivke v treh sistemih.

4.3.1.

Človekovo obnašanje je funkcija strukture njegovega kognitivnega polja in eden od načinov spreminjanja (usmerjanja) človekovega obnašanja je spreminjanje (modificiranje) te

strukture. Nekatere vrste sprememb v obnašanju so možne samo pod pogojem, da se zgodijo čisto določene spremembe v njegovem kognitivnem polju.

Če želimo, da žena uporablja kontracepcijo, ali določeno vrsto kontracepcije, potem je potrebno, da se na čisto določen način spremenijo njeni kognitivni odnosi. Žena mora kontracepcijsko sredstvo zaznati in ga povezati z drugimi elementi kognitivne strukture: kot sredstvo za preprečevanje neželenih nosečnosti, kot metodo za zavestno načrtovanje družine, kot sredstvo, s katerim je možno izboljšati spolne odnose s partnerjem, kot zdravju neškodljivo sredstvo itn. Kognitivni sistem je obenem tudi racionalna komponenta pri odločanju na katero delujejo informacije, ki jih žena o kontracepciji dobiva iz svojega okolja:

- v medosebnih stikih
- prek sredstev javnega obveščanja
- iz svojih lastnih izkušenj (osebne izkušnje z KCS).

4.3.2.

Raziskave kažejo, da imajo pri difuziji informacij o kontracepciji sredstva javnega obveščanja sekundarno vlogo. Točneje: sredstva javnega obveščanja so učinkovit medij za posredovanje znanja o določeni inovaciji in pri oblikovanju generalnih stališč (se ustvarja razne motnje), medtem ko so interpersonalne komunikacije uspešnejše pri prepričevanju in motiviranju za konkretne akcije.¹³⁾

V našo raziskavo, ki ni komunikacijska, smo vključili samo tiste spremenljivke, za katere menimo, da so za obravnavani problem najbolj pomembne. Merili smo:

13) Everett M. Rogers: Communication Strategies for Family Planning. The Free Press, New York 1973.

- količino in vir informacij
- vsebino informacij (kakšne informacije je žena dobila o različnih kontracepcijskih sredstvih)
- usklajenost informacij (informacije se skladajo, si nasprotujejo)
- zanesljivost informacij in zaupanje v vir informacij
- skladnost informacij z obstoječo kognitivno strukturo (informacijami, lastnimi izkušnjami, ki jih žena ima).

4.3.3.

Ljudje se vedejo glede na to, kakšen pomen imajo zanje različne situacije in objekti. Katere situacije in objekti so za njih sprejemljivi in atraktivni, je odvisno od njihove predhodne vrednostne naravnosti. Selekcija zaznanih situacij in objektov ter njihova prioriteta v kognitivno-evaluativni percepciji, je odvisna od človekovih vrednot in norm. Vrednote in norme pa bi lahko imenovali tudi tista, v procesu socializacije osvojena pravila obnašanja v različnih življenjskih situacijah (odnosih) ter osnovne orientacije, ki določajo in diskriminirajo željeno od nezaželenega. V zvezi s kontraceptivnim obnašanjem nas predvsem zanimajo:

- zakonske in seksualne norme, vrednote in tabui
- družinske norme, vrednote in tabui
- statusne norme in vrednote (aspiracije)
- religiozne vrednote
- splošna stališča do načrtovanja družine in posamičnih metod kontracepcije

4.3.4.

Iz psihološke in socialno psihološke teorije pa vemo, da prestrukturiranje kognitivnega polja še ne pomeni tudi akcije. Za vsako aktivnost je potrebna določena količina

energije, ki se sprosti samo, če obstoja potreba, oz. če je aktivnost instrumentalna za zadovoljevanje potreb (doseganje ciljev). Če torej želimo vplivati na človekovo obnašanje, je potrebno vplivati na spreminjanje njegovih potreb (in ciljev), ali spremeniti človekovo motivacijsko strukturo, glede na to, katere aktivnosti vodijo h kakšnim ciljem. Zato pa moramo vedeti, kateri so elementi v motivacijskem sistemu, ki vplivajo in usmerjajo kontracepcijsko obnašanje. Lahko bi jih delili v:

- splošne norme in vrednote (vrednostna naravnost)
- specifične norme in vrednote (zakonske, seksualne, družinske, poklicne itn.)
- družinska struktura (oblika organizacije)
- družinska interakcija (odnosi)
- položaj žene in njena vloga.

Indikatorji za našete spremenljivke so že vključeni v drugih poglavjih in bomo prek njih lahko sklepali na ženino motivacijo za ali proti kontracepciji.

4.4.

Vsakokemično in mehansko sredstvo lahko v organizmu sproži fiziološke in psihične reakcije, ki jih uporabnik sredstva občuti kot neprijetne senzacije. Četudi so stranski pojavi pri uporabi kontracepcije v normalnih pogojih zdravju škodljivi, so lahko glavoboli, nausea, krvavitve, bolečine, amenorrhoe itn. vzroki zato, da jih žene zavračajo. Poleg tega pa se takšni pojavi pogosto asociirajo z bolezenskimi simptomi, ki žene in moške navdajajo z nezaupanjem in strahom. To nezaupanje se še utrdi, če so ženine izkušnje res slabe, ali pod vplivom alarmantnih informacij o škodljivosti teh pojavov.

Včasih žene zavračajo določeno kontracepcijsko metodo tudi zaradi neprikladnega načina uporabe: pogosti obiski pri zdravniku, stroga disciplina pri jemanju tablet, vstavljanje intravaginalnih sredstev, higiena itn.

Posebni problem je poleg odločitve za sprejem kontracepcije tudi kontinuiteta v njeni uporabi. Presenetljivo veliko število žena prej ko slej poskusi z neko metodo, pa po določenem času preneha, poskusi drugo, ali sploh prekine z uporabo kontracepcijskih sredstev. Z raziskavami so ugotovili da je ritem uporaba (kontracepcijska praksa) in stopnja izpada precej odvisna od izkušenj, ki jih žena ima z določeno, ali določenimi kontracepcijskimi sredstvi.

Ni slučaj, da je Svetovna Zdravstvena Organizacija v svojem programu dela za prihodnje obdobje, dala visoko prioriteto študijam o sprejemljivosti posameznih kontracepcijskih sredstev. Ne gre le za določanje njihove prioritete v različnih kulturnih okoljih, marveč za ugotavljanje prioritete glede na karakteristike samega sredstva.

Lastna izkušnja ali posredovana izkušnja delujejo kot informacija, ki vpliva na način strukturiranja kognitivno-evaluativnega polja.

V naši raziskavi smo ugotavljali:

- prioriteto, ki jo žene dajejo posameznim KCS (kaj uporabljajo, kaj bi uporabljale)
- stranske pojave in njihov vpliv na ženine odločitve (kakšne stranske pojave imajo)
- zveze med karakteristikami sredstva in kontracepcijsko prakso.

4.5.

V prvem delu naše študije: Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe I, smo dali le majhen poudarek zdravstveni službi, saj pa smo raziskavo izvajali na osrednji slovenski instituciji za načrtovanje družine in na populaciji, ki že uporablja kontracepcijo. Zato teh spremenljivk ni kazalo vključevati.

Situacija pa se spremeni brž ko razširimo domet našega raziskovanja in v raziskavo vključimo različne skupine žena za katere ne vemo, koliko so zdravstvene institucije za njih dostopne in kako so z obiski v teh institucijah zadovoljne. Spremenljivke, ki smo jih vključili v raziskavo bi lahko s skupnim imenom imenovali dostopnost kontracepcije ki zavisi od organizacije zdravstvene službe. Lahko jo ugotavljamo z:

- oddaljenostjo zdravstvene ustanove, kjer žena lahko dobi kontracepcijo
- stroški, ki so povezani z obiskom v zdravstveni instituciji
- poraba časa (pot, čakanje)
- kvaliteta zdravstvene usluge.

Že v enem od prejšnjih poglavij smo omenili, da lahko odnos pacientka-zdravnik, ali pacientka medicinska sestra, deluje kot relevantno okolje, kar pomeni, da lahko komunikacija (inetrakcija) z zdravnikom ali drugim medicinskim osebjem deluje kot pritisk in usmerja pacientkino odločanje. Želeli smo dobiti informacije o:

- do KCS
- komunikacijah med pacientko in zdravstvenim osebjem
- odnos zdravstvenega osebja do kontracepcije
- odnos zdravstvenega osebja do uporabnice/potencialne uporabnice kontracepcije.

5. POROČILO O PILOTNI STUDIJI

Instrument (glej dodatek), ki smo ga izdelali na osnovi našega modela, smo preskusili na dveh skupinah žena. Prva skupina respondentk so bile pacientke Inštituta za načrtovanje družine v Ljubljani, druga pa žene, ki so zaposlene v Tovarni glinice in aluminija, Kidričevo. V obeh skupinah je bilo anketiranih po 40 žena, skupaj 80.

V nadaljevanju bomo prikazali nekaj rezultatov naše pilotne študije. Pripominjamo pa, da veljajo navedeni rezultati samo za anketirano skupino in jih v nobenem primeru ne moremo posploševati, anketirani skupini sta maloštevilni in namensko izbrani v dveh, sicer različnih, toda zelo specifičnih institucijah.

5.1. Sestav respondentk:

5.1.1. Starost: najmlajša pacientka na Inštitutu za načrtovanje družine je bila rojena 1958. leta, najstarejša pa 1927. V tovarni Kidričevo je bila najmlajša respondentka rojena 1956. leta, najstarejša pa 1934. Največ pacientk je bilo v času anketiranja starih med 29 in 35 let. Na Inštitutu za načrtovanje je bilo več mlajših pacientk, kot v Kidričevem.

5.1.2. Kraj, kjer je pacientka preživela otroštvo: po podatkih lahko sklepamo, da so vse pacientke preživele otroštvo v Sloveniji, večinoma v večjih krajih, ali okolici večjih krajev. Iz odgovorov na vprašanje o sedanjem bivališču, pa je razvidno, da skoraj vse pacientke z Inštituta za načrtovanje družine živijo v Ljubljani in okolici (po ena pacientka je bila iz

Kranja, Kamnika in Kočevja) respondentke iz Kidričevega pa iz istega ali okoliških krajev. 5 respondentk živi v Ptuju in 5 v Mariboru.

5.1.3. Družinsko poreklo: med pacientkami na Inštitutu za načrtovanje družine je bilo največ iz delavskih (12) in uslužbenskih družin (21), v Kidričevem pa iz delavskih (22) in kmečkih (10) družin.

5.1.4. Verska pripadnost: v obeh skupinah je večina respondentk odgovorila, da so bili starši katoliške vere. Samo po tri pacientke v vsaki skupini so, bodisi za očeta, bodisi za mater odgovorile, da niso imeli veroizpovedi.

Na vprašanje, ali so bili starši verni, pa so se v obeh skupinah odgovori polarizirali okrog prve in četrte modalitete odgovora. 20 respondentk iz prve skupine in 12 pacientk iz druge skupine je odgovorilo, da sta bila oba starša verna, 13 oz. 18 respondentk pa je odgovorilo, da nihče v družini ni bil veren.

5.1.5. Izobrazba: Med pacientkami iz obeh skupin ima 1/4 srednjo izobrazbo. V Kidričevem jih je nekaj več s poklicno šolo in v obeh skupinah nekaj več žena z osemletko.

5.1.6. Poklic: poklicev v pilotni študiji nismo uredili v kategorije, vendar lahko ugotovimo, da imajo vse respondentke na Inštitutu za načrtovanje družine svojo poklicno kvalifikacijo in je bila med njimi le ena kmečka gospodinja. Enako velja tudi za respondentke v Kidričevem, ki so vse zaposlene na različnih delavskih mestih v tovarni.

5.1.7. Narodnost: vse respondentke razen dveh (po ena v vsa-

ki skupini) so Slovenke.

5.1.7. Vera: večina pacientk je katoliške vere, le manjši del se ni izrekel za nobeno vero. Vendar pa je večina pacientk povedala, da ni verna in ne obiskuje verskih obredov, manjše število pa je onih, ki so verne (18 na inštitutu za načrtovanje družine in 13 v Kidričevem).

5.2. Aktivnosti

5.2.1. V Kidričevem so zaposlene vse ženske, na Inštitutu za načrtovanje družine pa 3/4 anketiranih. Samo pet respondentk na Inštitutu za načrtovanje družine in 3 respondentke v Kidričevem so že za več kot eno leto prekinile delovno razmerje in 1/4 sedaj zaposlenih je že pomislila, da bi prekinila delovno razmerje in rajšje ostala doma.

Med najpomembnejšimi razlogi, zaradi katerih bi sedaj zaposlene žene želele ostati doma, so otroci, dom in več prostega časa.

5.2.2. Samo ena respondentka, ki sedaj ni zaposlena, je na vprašanje, če bi se želele zaposliti pozitivno odgovorila.

5.2.3. Velika večina vseh respondentk ni včlanjena v nobeno družbeno politično organizacijo, ali pa so člani Socialistične zveze in Zveze sindikatov. Nekaj več je tudi članic Rdečega križa. Redno deluje v različnih organizacijah le manjše število žena, nekaj več funkcionark pa je le v Zvezi mladine med pacientkami na Inštitutu za načrtovanje družine.

5.3. Moz/partner in družina

- 5.3.1. Med respondentkami v obeh skupinah je več kot polovica poročenih žena in približno 1/4 samskih. Vse imajo partnerja s katerim imajo redne spolne odnose, vendar večina s partnerjem ne živi stalno skupaj.
- 5.3.2. Izobrazba partnerja/moža: je približno na isti ravni kot pri ženi. V Ljubljani ima skoraj 1/3 srednjo izobrazbo, ostali pa končano poklicno šolo. Med moškimi je manj primerov s končano osemletko in nekaj več s končano visoko, ali višjo šolo. Tudi v Kidričevem je izobrazbena struktura partnerjev/mož precej podobna, le da je med njimi nekaj manj s končano srednjo šolo in več s poklicno šolo.
- 5.3.3. Tudi možje/partnerji so z redkimi izjemami slovenske narodnosti in katoliške vere, vendar večina ni vernih in ne obiskuje verskih obredov.
- 5.3.4. Možje/partnerji so skoraj vsi zaposleni, nekaj je študentov, dva pa sta trenutno brez zaposlitve.
- 5.3.5. Vir dohodkov je v obeh skupinah izključno iz nekmetijskih dejavnosti, le v enem primeru gre za kmečko gospodinjstvo.

5.4. Stanovanje

- 5.4.1. Stanovanjski standard je pri večini respondentk relativno visok. Večina ima dve ali tri sobe, s svojo kopalnico. Manj kot 1/4 respondentk spi sama

v sobi, več kot 1/2 pa z možem. Z otroci, starejšimi kot 5 let sijo v isti sobi le 2 respondentki (po ena v vsaki skupini), z drugimi odraslimi osebami pa tri (dve v Ljubljani in 1 v Kidričevem).

5.5. Delitev dela

Iz podatkov je razvidno, da se delo v gospodinjstvu deli v ženska opravila (pospravljanje, čiščenje, likanje, kuhanje, skrb za otroke) in moška opravila (vzdrževanje, popravila hiše in opreme). Edino opravilo, pri katerem moški več pomagajo, je vsakodnevno nakupovanje, pa še to po večini opravljajo žene.

Pri odločanju o pomembnih stvareh, ki zadevajo družino sta skoraj enakomerno udeležena žena in mož. Enako pri skrbi za disciplino otrok. V šolanju in izbiri bodočega poklica odločajo, ali soodločajo tudi otroci.

5.6. Fertiliteta

5.6.1. 7 respondentk v ljubljanski in 9 respondentk v drugi skupini, še ni bila nikoli noseča. Druge so bile že vsaj enkrat noseče. 12 žena iz prve in 10 žena iz druge skupine še ni rodila. Med tistimi, ki imajo otroke imajo skoraj vse od 1 do 2 otroka.

5.6.2. 13 v prvi skupini in 14 žena v drugi skupini je povedalo, da so bili vsi otroci načrtovani. Ostale so povedale, da otroci niso bili načrtovani, ali pa je bil načrtovan šele drugi otrok.

5.6.3. 20 iz prve in 29 žena iz druge skupine ne želi več

imeti otrok.

5.7. Stališča do kontracepcije in abortusa

- 5.7.1. Stališča do kontracepcije so zelo pozitivna. 35 iz prve skupine in 38 žena iz druge skupine se strinja s tem, da bi morala žena dobiti kontracepcijo v vsakem primeru, če to želi.
- 5.7.2. Na vprašanje, če kontracepcijo uporabljajo tudi kolegice in prijateljice je večina odgovorila pritrdilno in skoraj vse žene so se o metodah kontracepcije že pogovarjale z eno, ali večimi prijateljicami. Večina je tudi povedala, da so kolegice/prijateljice enakega ali podobnega mnenja kot respondentka.
- 5.7.3. Večina respondentk se je o metodah kontracepcije že pogovarjala s svojimi možmi/partnerji in po njihovih izjavah so mnenja precej vsklajena.
- 5.7.4. Stališča do abortusa niso enako pozitivna, vendar ne odklonilna. Med obema skupinama so razlike. Pri ljubljanski skupini je 3/4 respondentk odgovorilo, da bi se moralo ženi dovoliti abortus v vsakem primeru, če to žena želi, v Kidričevem je tako mislilo le 18, to je manj kot polovica anketiranih. Anketiranke v Kidričevem so se bolj strinjale s tem, da se abortus dovoli v primeru, če je ogroženo zdravje matere in otroka, če so slabe materialne razmere, neurejena družina in če je žena že rodila več otrok.
- 5.7.5. Kot kažejo naši podatki respondentke vedo, da so vsaj nekatere prijateljice in kolegice že imele abor-

tus. Večina se o tem pogovarja le s svojo najboljšo prijateljico, v ljubljanski skupini pa je več takšnih, ki so se o abortusu že večkrat pogovarjale tudi z drugimi kolegicami. V večini primerov se njihova mnenja ujemajo.

5.7.5. Tudi z možem/partnerjem se respondentke iz ljubljanske skupine o abortusu več pogovarjajo kot žene v Kidričevem, vendar pa se je večina respondentk vsaj enkrat ali dvakrat tudi z možem/partnerjem že pogovarjala o abortusu. Možje/partnerji imajo podobna ali enaka mnenja kot respondentke.

5.3. Uporaba kontracepcije

5.8.1. Respondentke v obeh skupinah so o različnih metodah kontracepcije že slišale. Največ jih je slišalo o diafragmi, IUD, tabletah, kondomu, želejih, penah, itn. Pacientke v Ljubljani so tudi že poznale injekcije v razliko z ženami v Kidričevem, kjer je o injekcijah slišalo le 8 žena.

"Stare metode" (abstinenca, ritmična metoda, coitus interruptus itn.) so respondentke manj naštevale, verjetno ne zato, ker jih ne bi poznale, marveč zato, ker jih že skoraj ne uvrščamo več med metode kontracepcije. Manj znana je pri nas tudi sterilizacija.

5.8.2. Največ žena v ljubljanski skupini je že uporabljala tablete, in IUD ter prakticiralo coitus interruptus, v Kidričevem pa tablete, IUD, ritmično metodo in coitus interruptus.

5.8.3. V času anketiranja uporabljajo:

	resp. IND	res. Kidričevo
diafragma	2	-
IUD	6	10
tablete	13	12
žele-kreme-pene	2	-
<hr/>		
Skupaj:	23	22

Nikoli še ni uporabljalo kontracepcije v Ljubljani 7 in v Kidričevem 11 respondentk.

5.8.4. Na vprašanje, kdaj so respondentke začele uporabljati kontracepcijo, smo dobili naslednje odgovore:

	resp. IND	resp. Kidričevo
- ko je imela redne spolne odnose	12	7
- po prvem abortusu	8	-
- po več abortusih	5	-
- po rojstvu prvega otroka	6	15
- po rojstvu drugega otroka	-	7
- potem ko je rodila več kot dva otroka	2	-
<hr/>		
Skupaj	33	29

5.8.5. V ljubljanski skupini je bilo 20, v skupini iz Kidričevega pa 8 žena, ki so že imele enega, ali več abortusov.

5.9. Informacije in komunikacija

- 5.9.1. Največ pacientk, ki sedaj uporabljajo, ali so kdaj prej uporabljale eno od kontracepcijskih metod (diagramo, tablete, IUD, injekcijo, žele, pene) so o tej metodi največ slišale pri zdravniku. Med ljubljansko skupino je tudi več žena, ki so o teh metodah brale v dnevnam ali revialnem tisku. Tudi neformalna komunikacija (prijateljice, kolegice) je v obeh skupinah zelo pogosta.
- 5.9.2. Respondentke so dobile informacije iz več virov. Večina je bila informirana o dobrih in slabih straneh teh metod. Največ zaupanja imajo v informacijo, ki jo dobijo od zdravnika.
- 5.9.3. Razen 5 respondentk, bi kontracepcijsko metodo, ki jo uporabljajo, tudi priporočile prijateljici ali odrasli hčerki.
- 5.9.4. Možje/partnerji se v glavnem strinjajo z metodo, ki jo žena uporablja. Med onimi, ki se s partnerjem niso predhodno pomenile o svoji nameri, da bodo uporabljale kontracepcijo, pa je največ žena odgovorilo, da naj bi o tem žena sama odločala.

5.10. Stranski pojavi

- 5.10.1. Nekaj manj kot polovica pacientk, ki sedaj uporabljajo, ali so uporabljale kontracepcijo ni imela stranskih pojavov. Med tistimi, ki so jih imele pa so najpogostejše: pridobivanje na teži (se redi), slabosti in vrtoglavice, potem se glavoboli in iz-

ostanek ali slabe menstruacije. Zanimiv je podatek o stranskih pojavih pri ženah, ki sedaj uporabljajo, in pri onih, ki so prenehale uporabljati kontracepcijo.

	resp. IND		resp. Kidričevo	
	sedaj uporabljajo	prekinila	sedaj uporabljajo	prekinila
imela stranske pojave	6	9	3	5
ni imela stranskih pojavov	17	1	19	2
Skupaj	23	10	22	7

Pripomniti je potrebno, da so bile med ženami v ljubljanski skupini tudi nosečnice in so zato prekinile s kontracepcijo.

5.10.2. Večina respondentk je odgovorila, da uporaba kontracepcijske metode ugodno vpliva na njeno seksualno zadovoljstvo in na seksualno zadovoljstvo njenega moža/partnerja. Manjše število žena je odgovorila, da ni bilo sprememb, niti ena respondentka pa ni odgovorila, da bi uporaba kontracepcije vplivala neugodno.

5.11. Zdravstvene usluge

Uvodoma je potrebno povedati, da sestavljajo prvo skupino pacientke Inštituta za načrtovanje družine, drugo skupino pa delavke v Tovarni glinice in aluminija v

Kidričevem, ki ima ginekološko ambulanto. Po naših informacijah jo obiskujejo skoraj vse žene.

- 5.11.1. V obeh skupinah so respondentke kontracepcijo dobile pri zdravniku, ki jim jo je, po izjavah pacientke zdravnik rad dal in v večini primerov na željo respondentke.
- 5.11.2. Skoraj vse pacientke, ki uporabljajo kontracepcijo, redno obiskujejo ambulanto. Pogostost obiskov je odvisna od metode, ki jo uporablja.
- 5.11.3. Obiski na ambulantah niso povezani s stroški pač pa so žene na Inštitutu za načrtovanje družine povedale, da težko najdejo čas za obiske na ambulanti. V ambulanti morajo čakati od 2 do 4 ure. Za pacientke v Kidričevem je lažje, ker imajo ambulanto v tovarni in jim ponavadi ni potrebno dolgo čakati.
- 5.11.4. V obeh skupinah so žene povedale, da je medicinsko osebje na ambulantah s pacientkami ljubezno.

5.12. Žene, ki niso nikoli uporabljale KCS

Posebej smo obravnavali tiste žene, ki še nikoli niso uporabljale nobene od naslednjih kontracepcijskih metod: diafragma, IUD, tablete, injekcije, žele, kreme, pene. V Ljubljani je bilo 7, v Kidričevem pa 11 takšnih respondentk.

- 5.12.1. Med respondentkami, ki niso nikoli uporabljale kontracepcije ni nobene, ki ne bi poznala vsaj ene, večina pa je slišala o več metodah.

5.12.2. Tudi ne-uporabnice kontracepcije so se s teh tabletah slišale bodisi od svojih kolegic/prijateljic (neformalna komunikacija), bodisi brale v dnevnem ali revialnem tisku, ali informativnih brošurah. V glavnem so bile informacije, ki so jih dobile o kontracepcijskih metodah dobre, ali pa so poudarjale nje-ne dobre ali slabe strani.

5.12.3. 3 žene v Ljubljani in 4 v Kidričevem so povedale, da ne uporabljajo kontracepcijo, ker želijo zanositi. Med pomembnimi vzroki so navajale še strah pred slabim počutjem, ker škodi zdravju, ker je potrebno pri zdravniku čakati in ker se boji, da bi to motilo pri spolnih odnosih.

5.12.4. V ljubljanski skupini je 5 respondentk odgovorilo, da bi v prihodnosti želele uporabljati kontracepcijo (zato so tudi verjetno prišle na Inštitut za načrtovanje družine), v Kidričevem pa 3 žene. 5 žena (2 na IND in 3 v Kidričevem) ne bi želele uporabljati kontracepcije, 6 pa se jih še ni odločilo. V ljubljanski skupini so 3 žene povedale, da bi najrajše imele tablete, 2 pa IUD. V Kidričevem razen 1 žene, ki bi želela IUD, še nimajo preference za določeno metodo.

5.13. Priponbe anketarjev

Intervju je trajal povprečno 30-40 minut, kar je optimalni čas za anketiranje. Po izjavah anketarjev so žene brez težav razumele vprašanja in lahko odgovarjale, zato smo se odločili le za manjše popravke in spremembe.

6. PRIPOROČILA

6.1.1. Namesto vprašanja 13 o večanjenosti in aktivnosti v družbeno-političnih organizacijah in društvih predlagamo enostavnejšo in krajšo obliko vprašanja; ki naj bi se glasilo:

Ali ste član družbenopolitične organizacije ali društva? (Npr. Zveze komunistov, Socialistične zveze, Zveze sindikatov, Zveze mladine, Kulturno-prosvetnega društva ali telesno kulturnega in športnega društva, Društva prijateljev mladine, Rdečega križa, Strokovnega društva) (če da) Ali obiskujete sestanka, ali imate kakšno funkcijo in kakšno?

- 1 - ni član nobenega društva
- 2 - je član, toda ne obiskuje sestankov
- 3 - je član in obiskuje sestanke
- 4 - je funkcionar v lokalni organizaciji
- 5 - je funkcionar v občini, mestu, republiki

Temu bi dodali še vprašanje o samoupravnih aktivnostih. Vprašanje bi se glasilo:

Ali ste član organa delavskega samoupravljanja v organizaciji združenega dela?

- 1 - ni zaposlena
- 2 - ne
- 3 - da

6.1.2. Predlagamo, da krajšamo komunikacijska vprašanja, ker so za respondentko utrudljiva in tudi ne diferencirajo dobro odgovorov. Zato predlagamo, da se izpusti vprašanje 53): v čem se mnenja prijateljic/kolegic razhajajo z respondentkinim mnenjem o kontracepciji. Isto velja tudi za vprašanje 56), ko sprašujemo za razhajanje respondentkinega mnenja z mnenjem njenega

moža/partnerja o kontracepciji, ter za vprašanji 61) in 64) ko isto sprašujemo v zvezi s stališči do abortusa.

6.1.3. Vprašanji 20/A) oz. 19/B) naj bi sledili vprašanju 67) z enakim besedilom.

6.1.4. Vprašanja 18/A) in 19/A) oz. 17/B) in 9/C), 10/C) naj bi sledila vprašanju 43 (v poglavju OTROCI) z naslednjim besedilom:

Ali ste že kdaj imeli naravni splav?

- 1 - ni bila nikoli noseča
- 2 - ne
- 3 - da; koliko?

Ali ste že kdaj imeli umetni splav (abortus)?

- 1 - ni bila nikoli noseča
- 2 - ne
- 3 - da; koliko?

6.1.5. Zaradi spremenjenega vrstnega reda vprašanj se bodo vprašanja v dodatku C uporabila samo pri tistih respondentkah, ki so že slišale o kontracepcijskih metodah, pa jih nikoli niso uporabljale. Za respondentke, ki ničesar ne vedo o sodobnih kontracepcijskih metodah (niso o njih slišale in jih niso uporabljale) se bo intervju končal pri vprašanju 67).

7. POVZETEK IN ZAKLJUČKI

Glavni cilj te naloge je bil ugotoviti, kako se oblikujejo in diferencirajo različni vzorci fertilitetnega/kontracepcijskega obnašanja pri ženah v različnih slojih slovenske družbe. Kontracepcijsko obnašanje smo pojmovali kot niz odločitev, ki jih žena napravi, ko sprejme/vztraja/spremeni/prekine z uporabo kontracepcije, in pri tem predpostavljali, da nastajajo te odločitve v dinamičnem odnosu med elementi ženine osebnosti in elementi sistemov v njenem okolju. Najširši okvir v katerem se oblikuje obnašanje posameznikov in skupin smo imenovali sistem vrednot in norm in ugotovili, da je evropska kulturna dediščina utrla pot omejevanju rojstev še mnogo prej, predno so ljudje poznali kontracepcijska sredstva. Znotraj kulturnega sistema smo razlikovali ekonomski sistem, sistem političnih institucij in socialni sistem s hierarhično urejeno stratifikacijsko in statusno organizacijo.

Naša predpostavka je, da so odločitve o rojstvu otroka in regulaciji rojstev odvisne od načina strukturiranja opcijskih sistemov in sistemov ^{socialnih} gratifikacij (sankcijskih sistemov), posebno onih, ki zadevajo družino, zakonce, otroke ter še posebej ženo.

Ker se odločitve o rojstvu otroka ter odločitve, ki so v zvezi s kontracepcijo oblikujejo v družini, v interakciji med zakoncema/partnerjema, smo družinskim in zakonskim odnosom posvetili posebno pozornost. V naš model smo vključili tudi več spremenljivk, s katerimi smo želeli ugotoviti oblike družinske organizacije v katerih se oblikuje fertilitetno/kontracepcijsko obnašanje, družinske interakcije ter nekatera specifična stališča do regulacije rojstev.

Na ravni posameznika smo govorili tudi o kognitivno-evaluativnem polju in načinih njegovega strukturiranja, o vlogi informacijskih in komunikacijskih sistemov ter potrebah, ki ženo motivirajo za regulacijo rojstev.

Nazadnje smo menili, da moramo v naš model vključiti še spremenljivke, ki kažejo na organizacijo zdravstvene službe, pa nekatere značilnosti kontracepcijskih sredstev, njihovo delovanje na človekov organizem, in načine njihove porabe, ki so lahko za ljudi atraktivni, ali pa tudi ne.

Drugi del tega elaborata predstavlja poročilo o pilotni študiji, ki smo jo izvedli na dveh skupinah respondentk z namenom, da testiramo instrumente. Prva skupina (40 žena) so bile pacientke Inštituta za načrtovanje družine v Ljubljani, druga skupina (40 žena) pa delavke Tovarne glinice in aluminija, v Kidričevem. Kljub temu, da naloge zaradi pomanjkanja sredstev nismo mogli izvesti na večjem, po možnosti reprezentativnem vzorcu fertitlnih žena, pa nam že pilotna študija, četudi ne bi smeli posploševati njenih rezultatov, daje dovolj informacij, ki kažejo, da bi kazalo v bodoče preveriti nekatere v našem modelu implicirane hipotetične zveze.

Pri obeh populacijah (respondentke na Inštitutu za načrtovanje družine in v Kidričevem) smo lahko ugotovili dobro informiranost, pozitivna stališča do vseh vprašanj kontracepcije ter relativno visoko uporabo kontracepcijskih sredstev. Istočasno ugotavljamo, da te žene živijo v socialnem okolju, ki je sprejelo normo majhne družine in, ki ugodno vpliva na njihove odločitve za kontracepcijo (priateljice/kolegice jo tudi uporabljajo, se o teh problemih pogovarjajo, možje/partnerji so naklonjeni ženini uporabi kontracepcije, informacije, ki jih dobiva so pozitivne oz. ob-

jektivne). Če pri tem še upoštevamo, da imajo razmeroma lahek dostop do zdravstvene službe, ki žene v teh odločitvah podpira in jim pomaga, lahko sklepamo, da so našti dejavniki pomembni elementi sistema, v katerem se oblikuje vzorec obnašanja pri uporabnicah kontracepcije.

Anketirane žene, pri katerih smo lahko ugotovili izrazito željo, pripravljenost in sposobnost za zavestno regulacijo rojstev, so poleg tega izobražene (samo dve respondentki v Ljubljani in 4 respondentke v Kidričevem nimajo končane osemletke), imajo svoj poklic in so bile v času anketiranja zaposlene (samo 6 respondentk v ljubljanski skupini ni zaposlenih), niso verne in imajo urejene družinske in materialne razmere.

Nasprotno bi lahko pričakovali, da bi bil vzorec obnašanja različen, če bi se našti elementi strukturirali na drugačen način. To je le hipoteza, ki jo na osnovi naših do sedanjih rezultatov ne moremo niti potrditi, niti ovreči, pač pa smo prepričani, da bi lahko na osnovi rezultatov večjega števila respondentk, ki bi jih izbirali po principu vzorčenja v različnih slojih in v različnih socialnih okoljih lahko pokazali, kakšni so tipični vzorci fertilitetnega/kontracepcijskega obnašanja pri ženski populaciji v Sloveniji in kateri elementi v socialnih okoljih imajo večjo težo pri oblikovanju teh vzorcev (odločanju za ali proti kontracepciji).

L I T E R A T U R A

Poleg knjig, člankov in referatov, ki smo jih že navedli v seznamu uporabljene literature v elaboratu naloge: Regulacija fertilitete v različnih slojih slovenske družbe (I. del), in v tekstu predložene študije, smo upoštevali še:

1. Condon F. Thomas, Sussman B. Marvin, Cogswell E. Betty: The Formation of Family Ideals: Towards Structural Integration. Prepared for: Contemporary Theories About the Family. Wesley R. Burr, Reuben Hill, F. Ivan Nye and Ira L. Reiss (Eds.) v rokopisu.
2. Cogswell E. Betty, Sussman B. Marvin: Changing Roles of Women, Family Dynamics, and Fertility. Chapel Hill North Carolina.
3. Gradivo s posveta: Družbeni položaj ženske in razvoj družbe v socialistični samoupravni družbi, Portorož, marca 1976.
4. Hecke Wilhelm: Die Verschiedenheit der Deutschen und slawischen Volksvermehrung in Oesterreich. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1916.
5. Heintz Peter, Held Thomas, Levy René: Family Structure and Society. Journal of Marriage and Family, Vol. 37, No. 4, 1975.
6. Humane Reproduction. Formulated by the Committee on the Preventive Psychiatry. Charles Scribner's Sons. New York 1973.

7. Les causes morales de la dénatalité. La famille d'aujourd'hui. Sa formation- son développement. Editions Sefi. 1946.
8. Mandel M. William: Soviet Women. Anchor Books Garden City. New York 1975.
9. Petersen William: On the Relation between Family Policy and Population Policy. Int. Journal of Comparative Sociology XVI., 3-4.
10. Rogers M. Everett: Communication Strategies for Family Planning. The Free Press. New York, 1973.
11. Safilios-Rotschild Constantina: Family and Stratification: Some Macrosociological Observations and Hypotheses. Journal of Marriage and Family. Vol. 37, No. 4, 1975.
12. Sauvy Alfred: L'Europe et sa population. Les Editions internationales. 47, Rue Saint-André-des-Arts. Paris 1962.
13. Sex Roles: Persistence and Change. The Journal of Social Issues. 1976, Vol. 32, No. 3.
14. Toman Walter, Preiser Siegfried: Familienkonstellationen und ihre Störungen. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart, 1973.
15. Tomšič Vida: Ženska, delo, družina, družba. Komunist, Ljubljana 1976.

D O D A T E K

(Vprašalnik)

INŠTITUT ZA SOCIOLOGIJO IN FILOZOFIJO PRI
UNIVERZI V LJUBLJANI

V P R A Š A L N I K

3

NAČRTOVANJU ROJSTEV

Ljubljana, 1976

Anketar:

Spoštovana,

Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani je v sodelovanju z zdravstveno službo pripravil raziskavo o načrtovanju rojstev pri ženah na Slovenskem. Glavni namen raziskave je ugotoviti, kako žene uravnavajo svojo rodnost in s kakšnimi težavami se pri tem srečujejo.

Vljudno vas prosimo, da na vprašanja odgovarjate natančno in iskreno. Informacije, ki nam jih boste dali, bodo dragocen prispevek k našim prizadevanjem, da bi ustvarili najboljše pogoje za rojstvo želenih otrok.

Vaši odgovori bodo ostali popolnoma tajni in bodo rabili samo v znanstveno-raziskovalne namene.

Vnaprej se vam zahvaljujemo za vaš trud in sodelovanje!

Avtorji

PODATKI O ANKETIRANKI IN NJENEM DRUŽINSKEM POREKLU

1) Katerega leta ste bili rojeni?

leto

2) Kje ste preživali večji del svojega otroštva?

(Anketar: zapišite ime kraja in občino ter državo, če kraj ni v Jugoslaviji!)

.

3) Kam bi uvrstili vašo družino, v kateri ste bili rojeni?

Ali bi rekli, da je bila vaša družina:

1 - kmečka

2 - delavska

3 - obrtniška

4 - službena

5 - intelektualna (zdravnik, odvetnik, profesor, višji službenec v upravi itn.)

6 - samostojni podjetnik

7 - drugo; kaj?

8 - ne ve.

4) Kakšne vere so (bili) vaši starši?

oče:

mati:

5) Ali so (bili) vaši starši verni?

1 - oba, oče in mati

2 - samo oče

3 - samo mati

4 - nobeden

5 - ne želi odgovoriti

6 - ne ve

6) V katerem kraju sedaj živite?

(Anketar: zapišite ime kraja in občino ter državo, če kraj ni v Jugoslaviji)

.

.

7) Kakšno izobrazbo imate?

- 1 - brez izobrazbe
- 2 - nedokončana osemletka (nekaj razredov osnovne šole)
- 3 - končana osemletka
- 4 - končana poklicna šola
- 5 - končana gimnazija ali druga srednja šola
- 6 - končana višja šola
- 7 - končana visoka šola, akademija, univerza.

8) Kakšen je vaš poklic?

(Anketar: opišite poklic čim bolj natančno! Pri učenkah, dijakinjah, študentkah vprašajte za študijsko usmeritev, ali vrsto šole. Pri gospodinjah se najprej prepričajte, če ima anketiranka morda poklic, pa ga ne opravlja. Samo če nima poklica zapišite gospodinja, pri kmeticah pa kmečka gospodinja.)

.....

9) Kakšne narodnosti ste?

- 1 - slovenka
- 2 - drugo; kaj?

10) Kakšne vere ste?

.....

11) Ali bi lahko povedali, če ste verni in ali obiskujete verske obrede?

- 1 - je verna in redno (vsako nedeljo) obiskuje verske obrede
- 2 - je verna in pogosto (vsaj enkrat mesečno) obiskuje verske obrede
- 3 - je verna in le včasih (ob velikih praznikih in posebnih priložnostih) obiskuje verske obrede
- 4 - je verna, vendar ne obiskuje verskih obredov
- 5 - ni verna, vendar obiskuje verske obrede
- 6 - ni verna in ne obiskuje verskih obredov
- 7 - ne želi odgovoriti.

12) Ali pošiljate - ste pošiljali, oz. bi pošiljali svoje otroke k verouku, če bi jih imeli?

- 1 - da
- 2 - ne vem
- 3 - ne

13) V katere organizacije in društva ste včlanjeni in ali v njih tudi aktivno delujete?

Organizacija/ društvo	ni član	je član	občasno deluje	redno deluje	ima fun- kcijo
a-Socialistična zveza	1	2	3	4	5
b-Zveza sindikatov	1	2	3	4	5
c-Zveza mladine	1	2	3	4	5
d-Zveza komuni- stov	1	2	3	4	5
e-Kulturno-prosvet- na društva	1	2	3	4	5
f-Telesno-kultur- na in športna društva	1	2	3	4	5
g-Cerkvena dru- štva	1	2	3	4	5
h-Društvo prijate- ljev mladine	1	2	3	4	5
i-Rdeči križ	1	2	3	4	5
j-Strokovna dru- štva	1	2	3	4	5
k-Drugo, kaj:	1	2	3	4	5

DELO

14) Ali ste sedaj zaposleni? (Če ne.)
Ali ste bili kdaj prej zaposleni?

- 1 - ni bila nikoli
- 2 - je bila, pa sedaj ni
- 3 - je sedaj zaposlena.

15) (Če je, ali je bila zaposlena.) Ali ste kdaj za več kot eno leto prekinili delovno razmerje?

- 1 - ni bila nikoli zaposlena
- 2 - ni nikoli prekinila delovnega razmerja
- 3 - je prekinila delovno razmerje.

16) (Če je kdaj prekinila delovno razmerje.) Kakšni so bili razlogi, da ste za več kot leto dni prekinili delovno razmerje?

- 1 - ni bila nikoli zaposlena, ni nikoli prekinila delovnega razmerja

Razlogi:
.

17) (Samo za sedaj zaposlene.) Ali ste kdaj pomislili, da bi z zaposlitvijo za dalj časa prekinili in ostali doma, če bi za to imeli priložnost?

- 1 - ni zaposlena
- 2 - ne
- 3 - da

18) (Če je zaposlena in je kdaj pomislila, da bi ostala doma.)
 Prosimo, povejte, kako pomembni so za vas spodaj naštetih
 razlogi za to, da bi ostali doma?

1 - ni zaposlena; ni pomislila na to, da bi ostala doma

	Pomem- ben	Malo po- membn	Ni pomem- ben
a - zdravstveni razlogi			
b - delo v službi jo utruja			
c - slabi odnosi v službi			
d - zaradi otrok			
e - ker to želi mož/partner			
f - zaradi oddaljenosti de- lovnega mesta			
g - zaradi premajhnega za- služka			
h - ker je delo v službi ne veseli			
i - ker ima doma dovolj dela			
j - ker je rajši doma			
k - ker je boljše, če je žena doma			
l - ker bi imela več prostega časa			
m - drugo, kaj:			

Vprašanja 19) - 21) so samo za tiste, ki sedaj niso zaposlene
pa niso učenke, dijakinje, študentke!

19) Ali bi želeli stalno zaposlitev, če bi bila za to pri-
ložnost?

1 - je zaposlena; je učenka, študentka, dijakinja

2 - ne

3 - ne ve

4 - da

20) (Če bi se želela zaposliti.) Prosimo povejte, kako pomemb-
ni so za vas spodaj naštetih razlogi, za to, da bi se žele-
li zaposliti?

1 - je zaposlena; je učenka, študentka, dijakinja; ne želi
se zaposliti; ne ve, če bi se zaposlila

	Pomem- ben	Malo po- memben	Ni pomem- ben
a - zaradi zaslužka			
b - ker bi bila materialno manj odvisna			
c - pridobila bi na ugledu			
d - ker se je izobrazila za ta poklic			
e - ker se dolgočasi			
f - rada bi pomagala otrokom			
g - v družini bi bilo manj sporov			
h - zaradi socialnega zavarovanja, pokojnine			
i - ker kmetija nima bodočnosti			
j - želi priti med druge ljudi			
k - bi se želela še izobraževati			
l - ker bi si potem lahko po svoji volji uredila življenje			
m - drugi razlogi, kateri:			

21) (Če bi se želela zaposliti.) Kaj je glavni razlog, da se do sedaj niste zaposlili?

1 - je zaposlena; je učenka, študentka, dijakinja; ne želi se zaposliti; ne ve, če bi se zaposlila

2 - glavni razlog je:
.

MOŽ /PARTNER

22) Kakšen je vaš zakonski stan?

1 - samska

2 - razvezana/ločena

3 - vdova

4 - poročena (nadaljujte z vprašanjem 25).

23) (Če sedaj ni poročena.) Ali imate sedaj partnerja s katerim imate spolne odnose?

1 - je poročena

2 - ne (nadaljujte z vprašanjem 31)

3 - da.

24) (Če ima partnerja.) Ali živite z vašim partnerjem skupaj v istem stanovanju?

1 - je poročena; nima partnerja

2 - ne

3 - občasno

4 - da.

Vprašanja 25) - 30) so samo za tiste, ki imajo moža/partnerja!

25) Kakšno izobrazbo ima vaš mož/partner?

1 - nima moža/partnerja

2 - brez izobrazbe

3 - nedokončana osemletka (nekaž razredov osnovne šole)

4 - končana osemletka

5 - končana poklicna šola

6 - končana gimnazija ali druga srednja šola

7 - končana višja šola

8 - končana visoka šola, akademija, univerza

9 - ne ve.

26) Kakšen poklic ima vaš mož/partner?

(Anketar: opišite poklic čim bolj natančno!)

1 - nima moža/partnerja

 poklic:

9 - ne ve.

27) Kakšne narodnosti je vaš mož/partner?

1 - nima moža/partnerja

 narodnost:

9 - ne ve.

28) Kakšne vere je vaš mož/partner

1 - nima moža/partnerja

 vera:

9 - ne ve.

29) Ali bi lahko povedali, če je vaš mož/partner veren in, če obiskuje verske obrede?

1 - nima moža/partnerja

2 - je veren in redno (vsako nedeljo) obiskuje verske obrede

3 - je veren in pogosto (vsaj enkrat mesečno) obiskuje verske obrede

4 - je veren in le včasih (ob velikih praznikih in posebnih priložnostih) obiskuje verske obrede

- 5 - je veren, vendar ne obiskuje verskih obredov
- 6 - ni veren, vendar obiskuje verske obrede
- 7 - ni veren in ne obiskuje verskih obredov
- 8 - ne želi odgovoriti
- 9 - ne ve.

30) Ali je vaš mož/partner sedaj zaposlen?

- 1 - nima moža/partnerja
- 2 - ni bil nikoli zaposlen
- 3 - je bil, pa sedaj ni
- 4 - je zaposlen
- 5 - ne ve.

31) Kakšen je vir dohodkov vašega gospodinjstva?

- 1 - samo iz kmetijstva
- 2 - iz nekmetijskih dejavnosti in iz kmetijstva
- 3 - izključno iz nekmetijskih dejavnosti.

32) Kolikšen pa je vaš skupni družinski dohodek? (Sem se štejejo vsi redni osebni dohodki in honorarji, pokojnine, invalidnine, štipendije ipd.)

znesek:

33) Koliko oseb pa živi od tega skupnega dohodka?

1 - živi sama

- štev. oseb.:

STANOVANJE

34) Kakšno stanovanje imate? Koliko sob?

1 - stanuje več samskih oseb v eni sobi, stanuje v internatu

2 - družina ima sobe; koliko?

35) Kje imate stranišče?

1 - izven hiše

2 - v hiši toda ne v stanovanju

3 - v stanovanju, ali enodružinski hiši.

36) Ali imate kopalnico?

1 - ne

2 - da, toda v souporabi

3 - da.

37) Kdo spi z vami v isti sobi?

1 - spi sama

3 - spi z možem/partnerjem

3 - otroci mlajši kot 5 let

3 - otroci starejši kot 5 let

3 - druge odrasle osebe; kdo

38) Koliko oseb živi v stanovanju, v katerem vi stanujete?

Skupaj število oseb:

od tega:

- otrok do 5 let:

- starejših otrok:

- odraslih oseb:

DELITEV DELA

39) Spodaj je navedenih nekaj temeljnih opravil in nalog v gospodinjstvu. Povejte, kdo pretežno in kdo občasno opravlja naštete naloge v vašem sedanjem gospodinjstvu?

Anketar: Vpišite šifre za vsako osebo, ki jo bo navedla, v ustrezno okence!

1 - žena, 2 - mož, 3 - otroci, 4 - starši, sorodniki,

5 - gospodinjska pomočnica, zunanja pomoč, 6 - gospodinjski servis, obrat družbene prehrane, 7 - kdo drug,

8 - kdor utegne, 9 - nihče, se v tem gospodinjstvu ne opravlja

1 - živi sama

	redno opravlja	občasno opravlja	se ne opravlja
- pospravljanje in čiščenje stanovanja			
- pranje in likanje			
- pripravljanje in kuhanje hrane			
- vsakodnevno nakupovanje			
- vzdrževanje, popravila hiše in opreme			
- nega mlajših otrok			
- igra, sprehodi z otroci			
- pomoč pri učenju šolskih otrok			
- nega družinskih članov v času bolezni			

4o) Kaj pa naslednje stvari?

Anketar: vpišite šifre v ustrezno okence!

1 - žena, 2 - mož, 3 - otroci, 4 - starši sorodniki,
5 - kdo drug, 6 - kakorkdaj, 7 - nihče, se v tem gospo-
dinjstvu ne opravlja.

1 - živi sam

	redno opravlja	občasno opravlja	se ne opravlja
- urejanje stvari na občini, banki ter podobno			
- odločanje o vsakodnevni porabi denarja			
- odločanje o večjih naku- pih			
- obisk roditeljskih se- stankov			
- skrb za disciplino in kaznovanje otrok			
- odločanje o šolanju in izbiri poklica otrok			

OTROCI

41) Kolikokrat ste bili noseči? (Število vseh nosečnosti, tudi tistih, ki so končale z naravnim ali umetnim splavom:)

1 - nikoli

število nosečnosti:

42) Koliko je bilo živorojenih otrok?

1 - še ni rodila

- dečkov

- deklic

43) Koliko še živih otrok imate?

1 - še ni rodila

- dečkov

- deklic

44) Koliko je star vaš najstarejši živi otrok?

1 - nima otrok

. let

45) Koliko je star vaš najmlajši živi otrok?

1 - nima otrok, ima samo enega otroka

. let

46) (Če ima otroke.) Ali so bili vaši otroci načrtovani?

(Ankstar: če respondentka ne bi razumela kaj pomeni načrtovani, potem ji pomagajte: so se otroci rodili takrat, ko ste to želeli in ko ste menili, da imate vse pogoje za materinstvo.)

1 - nima otrok.

2 - otroci niso bili načrtovani

3 - prvi otrok ni bil načrtovan, drugi so bili

4 - prvi in drugi nista bila načrtovana, naslednji so bili

5 - vsi so bili načrtovani.

47) Ali nameravate imeti (še) otroke?

1 - ne

2 - ne ve

3 - da; koliko?

48) (Če namerava imeti otroke.) Ali nameravate imeti otroka v naslednjih 2 letih?

1 - ne

2 - ne ve

3 - da

STALIŠČA DO KONTRACENCIJE

49) Ljudje imajo različna mnenja o kontracepciji (o sredstvih za preprečevanje nezaželjene nosečnosti, ki jih žena dobi pri zdravniku). Spodaj je naštetih nekaj mnenj in stališč, ki jih običajno ljudje imajo do kontracepcije. Prosimo, povejte za vsako stališče, koliko se z njim strinjate?

Kontracepcija naj bi se ženi dajala:	Se strinja	Neodločena, ne ve	Se ne strinja
a - v nobenem primeru, ker je to nenaravno			
b - samo v primeru če je ogroženo zdravje matere in/ali otroka			
c - če slabe materialne razmere omejujejo ali ogrožajo otrokov razvoj			
d - če so družinske razmere neurejene			
e - če to ženska želi, vendar samo za regulacijo razmakov med porodi			
f - če to ženska želi, vendar samo, če je že rodila otroke			
g - v vsakem primeru, če to ženska želi			
h - drugo; kaj:			

50) Ali morda veste, če vaše kolegice (prijateljice), sosede uporabljajo sodobne metode za preprečevanje nosečnosti?

- 1 - ne ve, če jih uporabljajo
- 2 - le redko katera jih uporablja
- 3 - nekatere jih uporabljajo
- 4 - večina jih uporablja.

51) Ali ste se z njimi o teh metodah že pogovarjali?

- 1 - o tem se nikoli ne pogovarjajo
- 2 - pogovarjala se je le z najboljšo prijateljico/ami
- 3 - o tem se večkrat pogovarjajo.

52) (Če se je pogovarjala.) Ali je večina vaših kolegic (prijateljic), sosed enakega, podobnega, ali nasprotnega mnenja kot vi?

- 1 - ne ve, ker se o tem ne pogovarjajo
- 2 - nasprotnega mnenja
- 3 - podobnega mnenja
- 4 - enakega mnenja.

53) (Če so nasprotnega, ali samo podobnega mnenja.) V čem pa se vaša mnenja razhajajo?

- 1 - ne ve, ker se o tem ne pogovarjajo; so enakega mnenja
- se razhajajo, v čem:
-

Vprašanja 54) - 56) so samo za tiste, ki imajo moža/partnerja!

54) Ali ste se tudi z vašim možem/partnerjem že pogovarjali o sodobnih metodah za preprečevanje nosečnosti?

- 1 - nima moža/partnerja
- 2 - o tem se ne pogovarjajo
- 3 - pogovarjali so se le enkrat ali dvakrat
- 4 - večkrat so se pogovarjali
- 5 - pogosto se pogovarjajo.

55) (Če se pogovarja.) Ali je vaš mož/partner enakega, podobnega, ali nasprotnega mnenja kot vi?

- 1 - nima moža/partnerja; se ne pogovarjajo
- 2 - nasprotnega mnenja
- 3 - podobnega mnenja
- 4 - enakega mnenja.

56) (Če je nasprotnega, ali samo podobnega mnenja.) V čem se pa vajini mnenji razhajata?

- 1 - nima moža/partnerja; se ne pogovarjajo; ste enakega mnenja
- se razhajata, v čem:
-

STALIŠČA DO ABORTUSA

57) Spodaj je naštetih nekaj mnenj in stališč do abortusa (umetnega oplava). Prosimo, povejte za vsako stališče, koliko se z njim strinjate.

Abortus naj se ženi dovoli:	Se strinja	Neodločena, ne ve	Se ne strinja
a - v nobenem pomenu, ker je to nasilno poseganje v naravni pojav			
b - v nobenem pomenu, ker je to za ženo nevarno			
c - samo v primeru, če je ogroženo zdravje matere in/ali otroka			
d - če slabe materialne razmere omejujejo ali ogrožajo otrokov razvoj			
e - če so družinske razmere neurčjene			
f - če žena želi, vendar samo, če je žena že rodila več otrok			
g - v vsakem primeru, če to žena želi			
h - drugo; kaj:			

58) Ali morda veste, če so vaše kolegice (prijateljice), sosede že imele abortus?

1 - ne ve

2 - le redko katera

3 - nekatere so že imele

4 - veliko jih je že imelo.

59) Ali ste se o abortusu že pogovarjali z vašimi kolegicami (prijateljicami), sosedami?

1 - o tem se nikoli ne pogovarjajo

2 - pogovarjala se je le z najboljšo prijateljico/ami

3 - o tem se večkrat pogovarjajo.

60) (Če se je pogovarjala.) Ali je večina vaših kolegic (prijateljic), sosed enakega, podobnega, ali nasprotnega mnenja kot vi?

1 - ne ve, ker se o tem ne pogovarjajo

2 - nasprotnega mnenja

3 - podobnega mnenja

4 - enakega mnenja.

61) (Če so nasprotnega ali samo podobnega mnenja.) V čem se vaša mnenja razhajajo?

1 - ne ve, ker se o tem ne pogovarjajo; so enakega mnenja

- se razhajajo, v čem:
.

Vprašanja 62) - 64) so samo za tiste, ki imajo moža/partnerja!

62) Ali ste se z vašim možem/partnerjem tudi že pogovarjali o abortusu?

1 - nima moža/partnerja

2 - o tem se ne pogovarjajo

3 - pogovarjali so se le en ali dvakrat

4 - večkrat so se pogovarjali

5 - pogosto se pogovarjajo.

63) (Če se pogovarja.) Ali je vaš mož/partner enakega, podobnega, ali nasprotnega mnenja kot vi?

1 - nima moža/partnerja; o tem se ne pogovarjajo

2 - nasprotnega mnenja

3 - podobnega mnenja

4 - enakega mnenja.

64) (Če je nasprotnega, ali samo podobnega mnenja.) V čem pa se vajini mnenji razhajata?

1 - nima moža/partnerja, o tem se ne pogovarjajo; sta enakega mnenja

- se razhajata, v čem:
.

UPORABA KONTRACEPCIJE

65) Kot verjetno veste, poznamo več načinov, s katerimi ljudje preprečujejo nezaželjene nosečnosti. Nekatere uporabljajo moški, druge pa ženske. Za nekatere metode je tudi potreben zdravniški nasvet, za druge pa ni potrebno iti k zdravniku. O katerih metodah za preprečevanje nosečnosti pa ste že slišali/brali?

Opomba: Ne čitajte metod respondentki, ampak označite tiste metode, ki jih bo sama omenila! Ko pove vse metode, o katerih je slišala, vprašajte: Katere metode pa ste vi ali vaš mož/partner že uporabljali? (in označite v koloni II)

METODA	I		II	
	Slišala		Uporabljala	
	da	ne	da	ne
a - diafragma	1	2	1	2
b - IUD (lippez - interuterini obroček)	1	2	1	2
c - dnevna tableta	1	2	1	2
d - injekcija	1	2	1	2
e - nožnični obroček	1	2	1	2
f - abstinenca (ločeno življenje)	1	2	1	2
g - ritmična metoda/sigurni dnevi	1	2	1	2
h - coitus interruptus/mož pazi	1	2	1	2
i - kondom	1	2	1	2
j - žele (kreme) penc	1	2	1	2
k - abortus	1	2	1	2
l - sterilizacija žensk	1	2	1	2
m - sterilizacija moških	1	2	1	2
n - drugo; kaj?				
.				

66) Katere metode sedaj uporabljate?

- 1 - sedaj ne uporablja nobene metode
- 2 - diafragma
- 3 - IUD (materni obroček)
- 4 - hormonske tablete
- 5 - injekcije
- 6 - žele-kreme-pena
- 7 - drugo; kaj?

67) (Če sedaj ne uporablja kontracepcije.) Katera pa je bila zadnja kontracepcijska metoda, ki ste jo uporabljali?

- 1 - sedaj uporablja kontracepcijo
- 2 - ni nikoli uporabljala kontracepcije
- 3 - diafragma
- 4 - IUD (materni obroček)
- 5 - hormonske tablete
- 6 - injekcije
- 7 - žele-kreme-pene
- 8 - drugo; kaj?
.

DODATEK A

SAMO ZA RESPONDENTKE, KI V ČASU ANKETIRANJA UPORABLJAJO ENO
OD NASLEDNJIH KONTRACEPCIJSKIH METOD: diafragma, materni
obroček, hormonske tablete, injekcije, žele-kreme-pene, vložke

INFORMACIJE IN KOMUNIKACIJE

Sedaj uporabljate (anketar: imenujte
metodo, ki jo sedaj uporablja - vpr. 66).

1/A Kje ste slišali ali brali o tej metodi, predno ste jo
začeli uporabljati?

- 3 - povedale so ji prijateljice (kolegice), sosede
- 3 - povedala ji je mati (sestra), sorodnica
- 3 - povedal ji je mož/partner
- 3 - slišala je v radio/TV
- 3 - brala je v dnevnem časopisju ali reviji
- 3 - brala v posebnih informativnih člankih, brošurah,
knjižnicah
- 3 - brala v strokovnih knjigah
- 3 - dobila informacijo od zdravnika (medicinskega osebja)
- 3 - bila je na predavanju na kliniki (ambulantni),
inštitutu
- 3 - drugo: kaj?

2/A Ali so v informacijah, ki ste jih dobili pretežno hvalili to kontracepcijsko metodo, ali so bolj poudarjali njene slabe strani?

- 1 - poudarjali slabe strani
- 2 - dobre in slabe strani
- 3 - poudarjali dobre strani.

3/A Ali so bile informacije, ki ste jih dobili iz različnih virov enake?

- 1 - ni dobila informacij iz več virov
- 2 - dobila je neenake informacije
- 3 - dobila je enake informacije.

4/A Kateremu viru informacij pa ste najbolj zaupali?

- 1 - ni dobila informacij iz več virov
- vir informacij

5/A Ali se informacije, ki ste jih dobili iz tega vira skladajo z vašimi sedanjimi izkušnjami s to kontracepcijsko metodo?

- 1 - ne
- 2 - da.

6/A Če bi vas vaša najboljša prijateljica vprašala za nasvet, ali bi ji priporočali metodo kontracepcije, ki jo vi sedaj uporabljate?

1 - ne bi priporočala

2 - bi priporočala.

7/A Kaj pa, če bi imeli odraslo hčerko, ali bi tudi njej priporočali to metodo?

1 - ne bi priporočala

2 - bi priporočala.

8/A Predno ste se odločili, da boste uporabljali to kontracepcijsko metodo, ali ste se o tem pomenili z vašim možem/partnerjem?

1 - nima moža/partnerja

2 - se ni pomenila

3 - se je pomenila.

9/A (Če se je pomenila.) Ali se je vaš mož/partner zelo strinjal, strinjal, ali se ni strinjal z vašo namero?

1 - nima moža/partnerja; se ni pomenila

2 - se ni strinjal

3 - se je strinjal

4 - se je zelo strinjal.

10/A (Če se ni pomenila.) Kakšne razloge ste imeli, da vašemu možu/partnerju niste povedali o vaši nameri, da boste uporabljali kontracepcijo?

- 1 - nima moža/partnerja; se je pomenila
- 3 - mož/partner se ne bi strinjal
- 3 - moža/partnerja te stvari ne zanimajo
- 3 - o tem žena sama odloča
- 3 - drugo; kaj?

11/A (Če se ni pomenila.) Pa ste mu kasneje povedali, ali mu kanite povedati, da uporabljate kontracepcijo?

- 1 - nima moža/partnerja; sta se prej pomenila
- 2 - ne
- 3 - da.

STRANSKI POJAVI

12/A Ali imate sedaj, ko uporabljate (imenujte sredstvo, ki ga sedaj uporabljate) tudi kakšne stranske pojave? (Anketar: če respondentka ni razumela kaj so stranski pojavi, potem ji pomagajte npr. glavobole, slabosti, boleča prsa, krvavitve, pridobiva na teži itn.)

- 1 - nima stranskih pojavov
- 3 - glavobole
- 3 - pridobiva na teži (se redi)
- 3 - krčne žile

- 3 - občutljiva, boleča, otekla prsa
- 3 - visok krvni pritisk
- 3 - slabosti, vrtoglavice, bruhanje
- 3 - zgubiva na teži (hujša)
- 3 - temne pege na koži
- 3 - je depresivna
- 3 - nima menstruacije, ali zelo slabe menstruacije
- 3 - vmesne krvavitve, rjavi izcedek
- 3 - beli tok
- 3 - nočne krvavitve
- 3 - bolečine krči
- 3 - želodčne težave
- 3 - dobro počutje
- 3 - drugo; Kaj?

13/A Ali menite, da uporaba te metode kontracepcije ugodno ali neugodno vpliva na vaše seksualno zadovoljstvo, ali pa niste opazili nobenih sprememb?

- 1 - neugodno
- 2 - ni sprememb
- 3 - ugodno.

14/A Ali menite, da uporaba te metode tudi ugodno ali neugodno vpliva na seksualno zadovoljstvo vašega moža/partnerja, ali pa niste opazili nobenih sprememb?

1 - nima moža/partnerja

2 - ne ve kako vpliva

3 - neugodno vpliva

4 - ni sprememb

5 - ugodno vpliva.

15/A Ali nameravate še naprej uporabljati to metodo, ali pa ste že razmišljali, da bi jo prenehali uporabljati?

1 - je že razmišljala, da bi prenehala uporabljati

2 - namerava še naprej uporabljati.

16/A (Če je razmišljala, da bi prenehala.) kateri so glavni razlogi zaradi katerih ste razmišljali, da te metode raje ne bi več uporabljali?

1 - če želi uporabljati

- razlogi, da bi prenehala:

.

.

17/A (Če želi še naprej uporabljati to metodo.) Kateri so glavni razlogi, zaradi katerih bi v bodoče še želeli uporabljati to metodo?

1 - je razmišljala, da bi prenehala

- razlogi, da bi še želela uporabljati:
.
.

ABORTUS

18/A Ali ste že kdaj nosečnost prekinili z abortusom (umetnim splavom)?

1 - ni bila nikoli noseča

2 - ni imela abortusa

3 - je imela abortus.

19/A (Če je že imela abortus.) Koliko abortusov (umetnih splavov) ste že imeli?

1 - ni imela abortusa, ni bila nikoli noseča

- število abortusov

20/A Kdaj ste prvič začeli uporabljati kontracepcijo?

- 1 - ko je imela redne spolne odnose
- 2 - po prvem abortusu
- 3 - po več abortusih
- 4 - po rojstvu prvega otroka
- 5 - po rojstvu drugega otroka
- 6 - po rojstvu tretjega otroka
- 7 - po tem, ko je rodila več kot tri otroke.

ZDRAVSTVENE USLUGE

21/A Kdo vam je dal kontracepcijsko sredstvo?

- 1 - sorodnica/prijateljica
- 2 - v lekarni
- 3 - zdravnik
- 4 - medicinska sestra
- 5 - babica
- 6 - drug, kdo?

22/A Ali vas je (anketar: imenujte osebo, ki je dal-a kontracepcijo) sam-a vprašal-a, če želite to kontracepcijsko sredstvo, ali pa vam ga je dal-a na vašo izrecno željo?

1 - na izrecno željo respondentke

2 - je vprašal če respondentka želi .

23/A Ali ste imeli občutek, da vam je (anketar: imenujte osebo, ki je dala kontracepcijo) rad-a, ali ne rad-a dal-a kontracepcijo?

1 - ne rad

2 - rad.

24/A (Če ni rad-a dala kontracepcije.) Ali vam je povedal-a razloge, zakaj vam ni rad-a dala kontracepcije?

1 - je rada dala sredstvo

2 - ni povedal razlogov

3 - je povedal razloge; katere?
.

25/A Ali zaradi kontracepcije hodite v ambulanto?

1 - ne

2 - da

26/A (Če hodite v ambulanto.) Kako pogosto morate zaradi kontracepcije prihajati na ambulanto?

1 - ne hodi v ambulanto

2 - vsake 2 meseca

3 - vsake 3 mesece

4 - vsakih 6 mesecev

5 - vsako leto

6 - redkeje.

27/A (Če hodite v ambulanto.) Ali je ambulanta, kamor hodite zaradi kontracepcije v istem, ali drugem kraju kjer stanujete, ali pa imate ambulanto v delovni organizaciji kjer ste zaposleni?

1 - ne hodi v ambulanto

2 - v drugem kraju

3 - v istem kraju, vendar daleč

4 - v istem kraju in ne daleč

5 - v delovni organizaciji.

28/A (Če hodi v ambulanto.) Koliko morate povprečno čakati na ambulanti, da pridete na vrsto?

- 1 - ne hodi v ambulanto
- 2 - 4 ure in več
- 3 - 3 ure
- 4 - 2 uri
- 5 - 1 uro in manj
- 6 - pride takoj na vrsto.

29/A (Če hodi v ambulanto.) Ali težko najdete čas za obiske na ambulanti?

- 1 - ne hodi v ambulanto
- 2 - da
- 3 - ne.

30/A (Če hodi v ambulanto.) Ali so obiski v ambulanti povezan s stroški, ki jih težko zmorete?

- 1 - ne hodi v ambulanto
- 2 - da
- 3 - ne.

31/A (Če hodi v ambulanto.) Ali je medicinsko osebje (zdravnik in medicinske sestre) zelo ljubeznivo, ljubeznivo, ali ni ljubeznivo s pacientkami?

1 - ne hodi v ambulanto

2 - niso ljubeznivi

3 - so ljubeznivi

4 - zelo so ljubeznivi.



DODATEK B

SAMO ZA RESPONDENTKE, KI V ČASU ANKETIRANJA NE UPORABLJAJO KONTRACENCIJO, PA SO KDAJ PREJE UPORABLJALE ENO OD NASLEDNJIH KONTRACENCIJSKIH METOD: diafragma, materni obroček, hormonske tablete, injekcije, žele-kreme-pene. SPRAŠUJTE PO ZADNJI METODI/SREDSTVU, KI GA JE UPORABLJALA!

INFORMACIJE IN KOMUNIKACIJE

1/B Na zadnje ste uporabljali (anketar: imenujte metodo, ki jo je zadnje uporabljala - vpr. 66).
Kje ste prvič slišali/ali brali o tej metodi?

3 - povedale so ji prijateljice (kolegice), sosede

3 - povedala ji je mati (sestra), sorodnica

3 - povedal ji je mož/partner

3 - slišala je v radio/TV

3 - brala v dnevnem časopisju ali reviji

3 - brala v posebnih informativnih člankih, brošurah, knjižnicah

3 - brala v strokovnih knjigah

3 - dobila informacijo od zdravnika (medicinskega osebja

3 - bila je na predavanju na kliniki (ambulantni) inštitutu

3 - drugo: kaj?

2/B Ali so v informacijah, ki ste jih dobili, pretežno hvalili to kontracepcijsko metodo, ali so bolj **povdarjali** njene slabe strani?

- 1 - povdarjali slabe strani
- 2 - dobre in slabe strani
- 3 - povdarjali dobre strani.

3/B Ali so bile informacije, ki ste jih dobili iz različnih virov enake?

- 1 - ni dobila informacij iz več virov
- 2 - dobila neenake informacije
- dobila enake informacije.

4/B Kateremu viru informacij pa ste najbolj zaupali?

- 1 - ni dobila informacij iz več virov
- vir informacij

5/B Ali se informacije, ki ste jih dobili iz tega vira skladajo z vašimi sedanjimi izkušnjami s to kontracepcijsko metodo?

- 1 - ne
- 2 - da

6/B Če bi vas vaša najboljša prijateljica vprašala za nasvet, ali bi ji priporočali metodo kontracepcije, ki ste jo vi nazadnje uporabljali?

1 - ne bi priporočala

2 - bi priporočala.

7/B Kaj pa, če bi imeli odraslo hčerko, ali bi tudi njej priporočali to metodo?

1 - ne bi priporočala

2 - bi priporočala.

8/B Predno ste se odločili, da boste uporabljali to kontracepcijsko metodo, ali ste se o tem pomenili z vašim možem/partnerjem?

1 - nima moža/partnerja

2 - se ni pomenila

3 - se je pomenila.

9/B (Če se je pomenila.) Ali se je vaš mož/partnor zelo strinjal, strinjal, ali se ni strinjal z vašo namero?

1 - nima moža/partnerja

2 - se ni pomenila

3 - se ni strinjal

4 - se je strinjal

5 - se je zelo strinjal.

10/B (Če se ni pomenila.) Kakšne razloge ste imeli, da vašemu možu/partnerju niste povedali, da uporabljate kontracepcijo?

1 - nima moža/partnerja, se je pomenila

3 - o tem se niso pogovarjali

3 - mož/partner se ne bi strinjal

3 - moža/partnerja te stvari ne zanimajo

3 - o tem naj žena sama odloča

3 - drugo; kaj?

3 - sta se pomenila.

11/B (Če se nista pomenila.) Pa ste mu kdaj kasneje povedali, da ste uporabljali kontracepcijo?

1 - nima moža/partnerja, sta se preje pomenila

2 - ne

3 - da.

STRANSKI POJAVI

12/B Ali ste imeli takrat, ko ste uporabljali
. (imenujte sredstvo, ki ga je na zadnje uporabljala) tudi kakšne stranske pojave? (Anketar: Če respondentka ni razumela kaj so stranski pojavi, potem ji pomagajte npr. glavobolje, slabosti, boleča prsa, krvavitve, pridobiva na teži itn.)

1 - ni imela stranskih pojavov.

- 3 - glavobole
- 3 - pridobiva na teži (se redi)
- 3 - krčne žile
- 3 - občutljiva, boleča, otekla prsa
- 3 - visok krvni pritisk
- 3 - slabosti, vrtoglavice, bruhanje
- 3 - zgubiva na teži (hujša)
- 3 - temne pege na koži
- 3 - je depresivna
- 3 - nima menstruacije, ali zelo slabe menstruacije
- 3 - vmesne krvavitve, rjavi izcedek
- 3 - beli tok
- 3 - močne krvavitve
- 3 - bolečine krči
- 3 - želodčne težave
- 3 - dobro počutje
- 3 - drugo; Kaj?

13/B Ali menite, da je uporaba te metode kontracepcije ugodno, ali neugodno vplivala na vaše seksualno zadovoljstvo, ali pa niste opazili sprememb?

- 1 - neugodno
- 2 - ni bilo sprememb
- 3 - ugodno.

14/B Ali menite, da je uporaba te metode tudi ugodno ali neugodno vplivala na seksualno zadovoljstvo vašega moža/partnerja, ali pa niste opazili nobenih sprememb?

- 1 - nima moža/partnerja
- 2 - ne ve kako je vplivalo
- 3 - neugodno vplivalo
- 4 - ni bilo sprememb
- 5 - ugodno vplivalo.

15/B kateri so bili glavni razlogi, zaradi katerih ste prenehali uporabljati to metodo?

Razlogi:
.

16/B Pa bi želeli še kdaj uporabljati kontracepcijo?

- 1 - ne
- 2 - da, toda drugo metodo
- 3 - da, isto metodo.

ABORTUS

17/B Ali ste že kdaj nosečnost prekinili z abortusom (umetnim splavom)?

1 - ni bila nikoli noseča

2 - ni imela abortusa

3 - je imela abortus.

18/B (Če da.) Koliko abortusov (umetnih splavov) ste že imeli?

1 - ni imela abortusa, ni bila nikoli noseča

- število:

19/B Kdaj ste prvič začeli uporabljati kontracepcijo?

1 - ko je imela redne spolne odnose

2 - po prvem abortusu

3 - po več abortusih

4 - po rojstvu prvega otroka

5 - po rojstvu drugega otroka

6 - po rojstvu tretjega otroka

7 - po tem, ko je rodila več kot tri otroke.

ZDRAVSTVENE USLUGE

20/B Kdo vam je dal kontracepcijsko sredstvo ?

- 1 - sorodnica/prijateljica
- 2 - v lekarni
- 3 - zdravnik
- 4 - medicinska sestra
- 5 - babica
- 6 - drugo, kdo?

21/B Ali ste imeli občutek, da vam je (anketar:
imenujte osebo, ki je dala kontracepcijo) rad-a, ali
ne rad-a dal-a kontracepcijo?

- 1 - ne rad
- 2 - rad.

22/B (Če ni rada dala kontracepcijo) Ali vam je povedal-a
razloge, za kaj vam ni rad-a dala kontracepcijo?

- 1 - je rad dal sredstvo
- 2 - ni povedal razlogov
- 3 - je povedal razloge; katere?
-

23/B Ali ste zaradi kontracepcije hodili v ambulanto?

- 1 - ne
- 2 - da.

24/B Kako pogosto ste zaradi kontracepcije prihajali v ambulanto?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - vsake 2 meseca
- 3 - vsake 3 mesece
- 4 - vsakih 6 mesecev
- 5 - vsako leto
- 6 - redkeje

25/B (Če je hodila v ambulanto.) Ali je bila ambulanta, kjer ste dobili kontracepcijsko sredstvo in ste hodili na preglede v istem, ali drugem kraju kjer stanujete, ali pa ste imali ambulanto v delovni organizaciji, kjer ste zaposleni?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - v drugem kraju
- 3 - v istem kraju, vendar daleč
- 4 - v istem kraju in ne daleč
- 5 - v delovni organizaciji.

26/B (Če je hodila v ambulanto.) Koliko ste morali povprečno čakati na ambulanti, da ste prišli na vrsto?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - 4 ure in več.
- 3 - 3 ure
- 4 - 2 uri
- 5 - 1 uro in manj
- 6 - prišla takej na vrsto

27/B (Če je hodila v ambulanto.) Ali ste težko našli čas za obiske na ambulanti?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - ne
- 3 - da

28/B (Če je hodila v ambulanto.) Ali so bili obiski na ambulanti povezani s stroški, ki jih težko zmorete?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - da
- 3 - ne.

29/B (Če je bila v ambulanti.) Ali je bilo medicinsko osebje (zdravnik in medicinske sestre) zelo ljubeznivo, ljubeznivo, ali ni bilo ljubeznivo s pacientkami?

- 1 - ni bila v ambulanti
- 2 - nisc bili ljubeznivi
- 3 - so bili ljubeznivi
- 4 - so bili zelo ljubeznivi.



DODATEK C

SAMO ZA RESPONDENTKE, KI NIKOLI NISO UPORABLJALE ENO OD
NASLEDNJIH KONTRACEPCIJSKIH METOD: diafragma, materni obroček,
hormonske tablete, injekcije, žele-kreme-pene

Anketar: Še enkrat pogledjte vpr. 65/I kolono. Če je respon-
dentka odgovorila, da ni slišala, (in tudi ni uporabljala)
nobene od naštetih kontracepcijskih metod (diafragma, materni
obroček, hormonske tablete, injekcije, žele-kreme-pene) na-
daljujte z vpr. 9/C.

Če je slišala za eno ali več naštetih metod, jo najprej
spomnite na metode za katere je povedala, da je o njih slišala
in jo nato še vprašajte o metodah, ki jih v vpr. 65/I ko-
lona ni omenila!

1/C Že pri enem od prejšnjih vprašanj ste povedali, da ste
slišali/brali o (naštejte metode,
ki jih je povedala v vpr. 65/I. kolona).

Ali ste morda slišali tudi o: (naštejte samo eno, ki se
jih sama ni spomnila)

1 - ne pozna nobene kontracepcijske metode

	da	ne
- - diafragma	1	2
- UID (lippez, intrauterini obroček)	1	2
- vaginalni obroček	1	2
- hormonske tablete	1	2
- injekcije	1	2
- žele-kreme-pene	1	2

2/C (Če da.) Kje ste slišali/brali o kontracepcijskih metodah?

- 1 - ne pozna nobene kontracepcijske metode
- 3 - povedale so ji prijateljice (kolegice) sosede
- 3 - povedala je mati (sestra) sorodnica
- 3 - povedal je mož/partner
- 3 - slišala v radio/TV
- 3 - brala v dnevnem časopisju ali reviji
- 3 - brala v posebnih informativnih člankih brošurah
- 3 - brala v strokovnih knjigah
- 3 - dobila informacijo od zdravnika/medicinskega osebja
- 3 - bila na predavanju na kliniki (ambulanti) inštitutu
- 3 - drugo; kaj?

3/C Ali so v informacijah, ki ste jih dobili pretežno hvalili kontracepcijske metode, ali so govorili o njihovih slabih straneh?

- 1 - ne pozna nobene kontracepcijske metode
- 2 - povdarjali slabe strani kontracepcijske metode
- 3 - dobre in slabe strani kontracepcijske metode
- 4 - po darjali dobre strani kontracepcijske metode.

4/C Kateremu viru informacij pa ste najbolj zaupali?

1 - ne pozna nobene kontracepcijske metode, ni dobila informacij iz več virov

- vir informacij

5/C Ali vam morda lahko poveste kateri spodaj naštetih razlogi so za vas pomembni, malo pomembni, ali sploh niso pomembni za to, da do sedaj še niste uporabljali nobene sodobne kontracepcijske metode?

1 - ne pozna nobene kontracepcijske metode

Razlogi

	pomemben	malo pomemben	ni pomemben
--	----------	---------------	-------------

- si želi zanositi (če je to razlog ne sprašujte naprej)

- zdravnik odsvetuje

- boji se, da se bo slabo počutila

- ker je zdravju škodljivo

- ker bi za to morala k zdravniku

- ker odklanja zdravila

- ker je pri zdravniku treba vedno dolgo čakati

- ker nikogar ne pozna, ki bi ji dal kontracepcijo

	pomemben	maló pomemben	ni pomemben
- ker je ambulanta predaleč			
- ker je to povezano s stroški			
- ker nerada govori o teh rečeh z drugimi ljudmi			
- ker mož/partner tega ne želi			
- ker to nasprotuje njenim nazorom			
- ker bi s tem posegla v naravni tok stvari			
- ker to vera ne dovoljuje			
- ker se boji, da bi to motilo pri spolnih odnosih			
- ker rajše tvega in če slučajno zanosi, lahko nepravi splav			

6/C Pa bi želeli v prihodnosti uporabljati kontracepcijo?

1 - ne

2 - še ne ve

3 - da

7/C (Če da.) Katero metodo pa bi si najrajše izbrali?

1 - ne pozna nobene kontracepcije, ne bi želela uporabljati

9 - še ne ve katero

metoda:

8/C Zakaj pa bi si izbrali prav to metodo?

1 - ne pozna nobene kontracepcije, ne bi želela uporabljati

Razlogi:

ABORTUS

9/C Ali ste že kdaj nosečnost prekinili z abortusom (umetnim splavom)

1 - ne

2 - da.

10/C (Če da.) Koliko abortusov (umetnih splavov) ste že imeli?

1 - ni imela abortusov

število: