

# РЕПРОДУКТИВНИ НАГЛАСИ И ПОВЕДЕНИЕ В БЪЛГАРИЯ

(анализ на резултати от представително  
социологическо изследване)

Майя Грекова



Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве  
UNFPA – Фонд на ООН за население



# **РЕПРОДУКТИВНИ НАГЛАСИ И ПОВЕДЕНИЕ В БЪЛГАРИЯ**

(анализ на резултати от представително  
социологическо изследване)

Майя Грекова

Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве  
UNFPA – Фонд на ООН за население

2012



## Съдържание

Увод .....	5
1. Изследването: въпросник, извадка, провеждане.....	6
2. Ограничения при интерпретация на резултатите .....	7
3. Профил на анкетиранияте: пол, възраст, местожителство, образование, социално и материално положение.....	9
4. Здравна и сексуална култура .....	12
5. Сексуален живот и семейно планиране .....	21
5.1. Началото .....	21
5.2. Съжителство и брак .....	24
5.3. Семейно планиране: знание и приложение .....	29
5.4. Контрацептиви: знание и употреба .....	32
5.5. Абортът: метод на „контрацепция“? .....	36
5.6. Рисково сексуално поведение .....	38
5.7. Страхът .....	41
6. Репродуктивни нагласи и репродуктивно поведение. Деца: желание и реалност.....	43
Заклучение: Обобщени изводи и препоръки .....	48

### ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 - Преглед на законодателството и националните политики в областта на сексуалното и репродуктивно здраве на населението – изготвен от Алфа Рисърч .....	51
Приложение 2 – Въпросник.....	59

## Вместо предговор

Настоящото изследване е факт благодарение на дългогодишните усилия на Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСП) и UNFPA – Фонд на ООН за население, изразяващи се в аргументиране, организиране, намиране на средства и поддръжници за да има в България данни, информация и да е видно какви са репродуктивните нагласи и поведение на населението на България. Подобно национално проучване не е правено от 1996 г. – повече от 15 години. В съседни, а и в по-далечни страни, които не са членки на ЕС, има редица сериозни национални изследвания, които предоставят съвременни и адекватни данни. Сега ги има и у нас, за което се погрижиха проф. Майя Грекова и агенция Алфа Рисърч. Дано от следващото изследване не ни делят 15 години, а на всеки 5 да имаме възможността да проследяваме тенденциите за развитие на страната. Чудесно е, че издаването на това изследване съвпада с 60-годишнината на Международната федерация по семейно планиране – IPPF и 20-годишнината на БАСП.

## Увод

На пръв поглед **предметът** на изследването изглежда добре определен и ограничен: репродуктивните нагласи и репродуктивното поведение. С други думи – колко деца искаш да имаш и колко имаш (ако вече имаш и особено ако си приключил/а вече с репродукцията).

Ясен изглежда и **обектът** на изследването: жените и мъжете в репродуктивна възраст – приема се, че тя е от 14 до 49 години.

Когато се запитаме обаче защо така безусловно приемаме, че и мъжете са обект на изследването на репродуктивните нагласи и поведение, става ясно, че те са безвъпросно разглеждани като съ-участници в процеса на вземане на решение. Няма ли обаче и други „съ-участници“?

Ако допускаме, че партньорите/съпрузите заедно решават да имат дете (сега), има ли основание да допускаме, че също така двамата заедно решават да нямат дете (сега)? Ако допуснем обаче, че съучастието е по-сложно от ясно заявеното „искам/е/не искам/е да имаме дете“, то „между“ съ-участниците застават различни „неща“ – представи, ценности, планове – лични, наследени, споделени с партньора, желания,...., но и средства за предпазване от нежелана бременност (със или без съучастието/ съгласието на партньора). Как всички тези „неща“ оформят и регулират репродуктивното поведение? Как жените и мъжете планират появата на детето? От какви фактори се влияят репродуктивните нагласи и поведение, планирането и начините, по които то се реализира?

Добре известно е обаче, че и най-добре планираното предпазване от бременност може да се провали по най-различни причини. И все пак, какви са най-честите причини? И по-общо, доколко е разпространено предпазването от бременност? Кои с какви средства е избрал, как е избрал и дали изобщо има процес на избор, да се предпазва? И как се действа, когато се случи нежелана и/или неочаквана бременност?

Известно е също така, че има различни начини на справяне с нежеланата бременност или с последствията от нея – нежеланото раждане. Доколко са познати методите за предпазване от нежелана бременност? Кои какви методи избира и има ли избор? Ако има – от какво е обусловен той? Как се взема решението за прекратяване на бременността? Кои го взема и какви фактори влияят за решението и за начина на реализацията му? А когато по една или друга причина нежеланата бременност не е прекратена, как се взема решение за оставяне на детето за осиновяване или за временно отглеждане в дом?

Върху сходни въпроси е фокусирано изследването „Репродуктивно поведение Семейно планиране Употреба на контрацептиви“, проведено през 1996 година<sup>1</sup>. Представеният в доклада анализ на резултатите от изследването е недвусмислено доказателство за необходимостта от периодично провеждане – напр. на всеки 5-10-15 години – на представително социологическо изследване по този кръг от въпроси. От друга страна, данните за състоянието на сексуалната култура в България в сравнителен план<sup>2</sup> – относително нисък дял на лицата, използващи контрацептиви; висок дял на раждания под 15-годишна възраст; висок дял на абортите, и т.н. – потвърждават необходимостта от добиване на нови данни, представителни за населението на България в репродуктивна възраст, както и от внимателен анализ на тези данни, за да се получи убедително разбиране и обяснение на ситуацията.

1 Вж. Репродуктивно поведение Семейно планиране Употреба на контрацептиви. Доклад. (Научен ръководител Михаил Мирчев). София: Министерство на здравеопазването Програма „ФАР“ / Агенция за социални проучвания и анализи АССА-М, Февруари 1996.

2 Вж. представянето на г-р Радосвета Стаменкова (БАСП) на кръглата маса „Превенция на нежеланата бременност и раждания сред младите хора от уязвимите групи в България. Практики, тенденции, препоръки“, проведена на 8 декември 2010 г. в София.

Прожеждането на изследването и анализът на резултатите е изключително важно както от гледна точка на формирането на национални политики в областите на семейното планиране и сексуалното и репродуктивно здраве, така и за определяне на приоритетите в дейността на различни НПО и насравителствени структури, които имат желание и ресурси да работят за подобряване на сексуалната и изобщо на здравната култура на българските граждани.

## 1. Изследването: въпросник, извадка, прожеждане

**Въпросникът**<sup>1</sup> съдържа главно затворени въпроси, като някои от тях съдържат и опция за изписване на специфичен/непредвиден отговор. Могат да бъдат отграничени следните тематични области, в които се разполагат въпросите:

- здравна култура;
- репродуктивни нагласи;
- репродуктивно поведение;
- сексуална култура;
- сексуални практики;
- история на сексуалното поведение;
- социално и семейно състояние.

Тематичните области и съответно въпросите, които имат отношение към тях, не са напълно разграничени във въпросника. Доколкото повечето от тях се отнасят към интимния живот и преживявания, вероятно е – в неизвестно какъв брой случаи – разпитването да събуди неприятни и нежелани спомени. Това е основната причина, поради която „тежките“ въпроси, дори когато се отнасят към една и съща интересуваща ни тематична област, да не са последователно разположени във въпросника.

**За изготвяне на извадката за представително социологическо проучване за българското население в репродуктивна възраст и за неговото прожеждане на терен** беше избрана Агенция за маркетингови и социални проучвания Алфа Рисърч<sup>2</sup>.

Смятам за необходимо и коректно тук да приведа цялостното описание на методологията на извадката, предоставено ни от Алфа Рисърч, за да няма никакво съмнение, че използваната методология гарантира представителност на резултатите за населението на България в репродуктивна възраст – 14-49 години, към момента на реализацията на проучването на терен.

## Методология на извадката на проучването

За постигане целите на проучването беше изготвена стратифицирана случайна извадка – стратифицирана пропорционално на броя на населението. Извадката обхваща както градско, така и селско население. Извадката е стратифицирана по два критерия:

- Административна област (в извадката ще бъдат включени всички административни области на територията на страната)
- Тип населено място (столица/областен център/ малък град/ село).

Изготвянето на извадката премина през следните стъпки:

1. Всички административни области са сортирани в низходящ ред в зависимост от броя на населението.

1 Вж. Приложение 1.

2 Алфа Рисърч е избрана след проведен конкурс, в който участваха общо 5 агенции със сходен предмет на дейност.



2. Към списъка с административните области се изготви кумулативна колона с броя на населените места във всяка област. Тази колона се използва, за да се дефинира броят на населените места на втората стъпка от съставянето на извадката и респективно – броят на лицата, които са анкетирани във всяко населено място (пропорционално на големината на населените места).
3. Дефинирана бе извадка с максимално стандартно отклонение +/- 2.5%. Първоначално се състави извадка от 1500 пълнолетни граждани, от които бяха реализирани 1195 ефективни интервюта (попълнени въпросници).
4. Определена бе стъпка на извадката. За определянето се приложи следната формула: Стъпка на извадката = Броят на населението в областта (N), делено на броя на респондентите в извадката (1200).
5. Определено бе случайно стартово число.
6. Във всяко гнездо от извадката са интервюирани по 10 души с цел да се избегне влиянието на вътрешно гнездовата корелация. Най-големите населени места са включени с повече гнезда.
7. Точният брой на гнездата и броят на респондентите във всяко населено място са определени пропорционално на големината на населените места.
8. На втора стъпка са определени респондентите, които са интервюирани. Във всяко домакинство е интервюирано не повече от едно лице на възраст 14-49 години. Ако в домакинството има повече от едно лице от тази таргет група, се използва методът на „последния рожден ген“, т.е. във всяко домакинство, което попадне в извадката, е интервюиран този член на възраст над 14 години, който има най-близък рожден ген.
9. Извадката е представителна за населението в репродуктивна възраст 14 – 49 години.

За провеждането на проучването трябва да се подчертае следното:

- интервюирането на респондентите е проведено в периода 03-24 ноември 2011 г. от 125 интервюера на агенция Алфа Рисърч;
- според интервюерите съгласилите се да участват в проучването са споделяли своето мнение и личен опит без притеснение;
- най-отворени за споделяне са били респондентите от ромски произход, а най-притеснени – жените от турски произход;
- като цяло жените са проявили по-голям интерес към проблематиката на проучването;
- резултатите от осъществения контрол върху теренната работа дава достатъчна гаранция за добросъвестната работа на интервюерите по места.

## 2. Ограничения при интерпретация на резултатите

Представителните изследвания имат своите неоспорими предимства, но и редица ограничения. Те предполагат използването на количествени методи при набирането на информацията, което от своя страна се основава на относителна познатост на проблемната област, и на статистически методи за обработката на резултатите. Тази познатост дава възможност от една страна за затваряне на въпросите – набор от предварително формулирани отговори, които се предлагат за избор от респондентите, или под които интервюерите подвеждат отговорите им; а от друга страна, за (относително) еднозначна интерпретация на резултатите от статистически обработените данни. Предимствата са най-вече във възможността за сравняване на резултатите: от една страна във времето, когато се провеждат периодични изследвания с (в значителна степен) един и същ ин-

струмент/въпросник, за да се очертаят тенденции в развитието на дадена проблематика в едно общество (*накъде вървим?*); а от друга страна, когато се сравняват две или повече различни социални реалности/общества, за да се добие представа каква е ситуацията във всяко от тях в контекста на другите (*къде сме ние?*).

В по-общ план, представителните изследвания се основават на допускането за относителна еднородност на представи, нагласи, поведенчески модели и т.н. на единиците от съответната изследвана съвкупност, така че характерното за случайно подбраните единици от нея да може да се екстраполира върху другите типологично сходни единици. В по-голяма степен това допускане има своите основания в класическото модерно общество/национална държава, където социалната позиция или професията, или равнището на образование, или типа непосредствена социална среда, определят в значителна степен и значително по-еднозначно представите на индивидите за света, вижданията им по различни проблеми, житейските им траектории, биографиите им, и т.н. В днешното (българско, европейско, постмодерно) общество допускането за еднородност на единиците от дадена съвкупност има значително по-малко основания. Това не означава, че представителните изследвания не дават определено знание, което може да бъде използвано – означава единствено, че трябва да сме изключително внимателни при интерпретацията и употребите на това знание за целите на различни социални политики. За да конкретизирам споменатите ограничения по отношение на конкретния предмет, няколко примера:

- регистрираните в настоящото проучване по-ниски равнища на познаване на методите за контрацепция сред „групата“ на младите (14-17 годишните) в сравнение с „групата“ на техните родители (30-49 годишните) не означава, че всеки млад мъж/млада жена по-малко познава тези методи, нито означава, че когато сегашните млади мъже/жени достигнат възрастта на своите родители – попаднат в групата 30-49 годишни, те ще имат по-ниско равнище на знание, от това на своите родители днес;
- получените в настоящото проучване данни, че попадналите в извадката романи<sup>1</sup> имат повече деца от българите, не означава, че всички романи имат, и още по-малко – ще имат, повече деца от всеки българин.

Тези ограничения изглеждат очевидни, но понякога се забравят, а понякога съзнателно се подминават. Има обаче и други ограничения, произтичащи от факта, че представителността на представителните изследвания винаги е по отношение на някакви критерии, т.е. те са представителни за някаква/и съвкупност/и. В случая, данните са представителни за населението на България по критерия тип населено място – София, голям град, малък град, село. И не бива да ни подвежда фактът, че във формираната по този критерий извадка са се оказали 5% романи и 10% турци, което съответства на дела на тези две етнически групи в съвкупността „граждани на България“ според преброяването на населението от 2011 година. Оказалите се в извадката 60 анкетиращи романи и 121 турци **не са представителни** за съвкупността на ромите, съответно на турците в България.

Освен това, данните от изчерпателни изследвания на формиращи по някакъв признак групи – ще продължа да илюстрирам твърденията си с романи, показват изключителна вариативност в конкретни населени места тъкмо по индикатори, заложили и в настоящото изследване.<sup>2</sup> Например: в с. Дамяница (област Благоевград) 7,0% от жените с ромски произход имат 4 деца, а 7,8% - повече от 4 деца; в с. Веселиново (област Ямбол) 18,8% от

1 На всякъде в текста се употребява „романи“ и „турци“, съкращавайки коректното „от/с ромски/турски произход“ или „идентифицирали се като романи/турци“.

2 Вж. напр.: Търнев, Ив., М. Грекова. Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България. София: „Изток-Запад“, 2007. Търнев, Ив., М. Грекова. Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България (2 години по-късно). София: „Изток-Запад“, 2008.

жените имат 4 деца, а 24,6% - повече от 4 деца; в гр. Симитли (област Благоевград) 50,3% от жените от ромски произход искат или биха искали да имат 2 деца, а в гр. Стралджа (област Ямбол) – 5,5%; в с. Вазово (област Разград) 10,0% от жените ползват или са ползвали контрацептиви, а в с. Кукорево (област Ямбол) – около 36,0%<sup>1</sup>.

Защо акцентирам толкова върху ограниченията? Разбира се от методологически съображения и заради коректността при интерпретацията, но и за да е адекватна употребата на добитото знание. Трябва да е ясно, че знанието, което представя анализът на резултатите от настоящото проучване, може да служи за определени, но не за всякакви цели. Може да се използва за рамка на национални политики в областта на семейното планиране и сексуалното и репродуктивно здраве, за сравняване с данните от сходни изследвания в други държави (при отчитане на различията в методологията на провеждането им) и за регистриране на промени, постигнати при провеждането на национални политики в дългосрочен план (когато бъдещи резултати се сравняват с настоящите). За адекватното формиране на местни политики обаче и за постигане на търсените ефекти от тяхното провеждане е необходимо проучване на местната специфика.

И все пак, известно разширяване на възможностите за задълбочаване на знанието за изследваните нагласи и практики дават двумерните разпределения, които използвам в анализа по-нататък. В много случаи обаче – поради малките подсъвкупности, които се формират, интерпретацията на данните от двумерни разпределения само маркира проблеми и/или вероятни зависимости, които си струва да бъдат изследвани с други методи и особено за целите на локални политики.

### 3. Профил на анкетираните: пол, възраст, местожителство, етнически произход, образование, социално и материално положение

Тук ще добием представа за разпределението на интервюираните по тези основни социални характеристики, но заедно с това ще станат видими и някои значими измествания в представителството на някои подгрупи от населението.

Анкетирани са общо 1195 души, от които 587 мъже и 608 жени. По възраст и заявен етнически произход анкетираните се разпределят така:

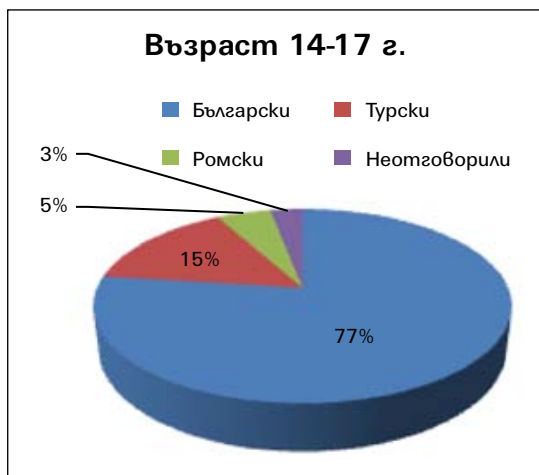
**Таблица 1. Разпределение на анкетираните по възраст и етнически произход**

Етнически произход	Възраст				Общо анкетирани
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	
База	100 души 8,4%	382 души 32,0%	357 души 29,9%	356 души 29,7%	1195 души 100%
Без отговор	3 / 3%	3 / 0,8%	6 / 1,7%	10 / 2,8%	22 / 1,8%
Български	77 / 77% 7,8%	306/80,1% 31,1%	300/84,0% 30,5%	301/84,6% 30,6%	984/82,3% 100%
Турски	15 / 15% 12,4%	43/11,3% 35,5%	31/ 8,7% 25,6%	32/ 9,0% 26,5%	121/10,1% 100%
Ромски	5 / 5% 9,0%	27/ 7,1% 45,0%	17/ 4,8% 28,0%	11/ 3,1% 18,0%	60/ 5,0% 100%
Друг	-	3/ 0,8%	3/ 0,8%	2/ 0,6%	8/ 0,7%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%

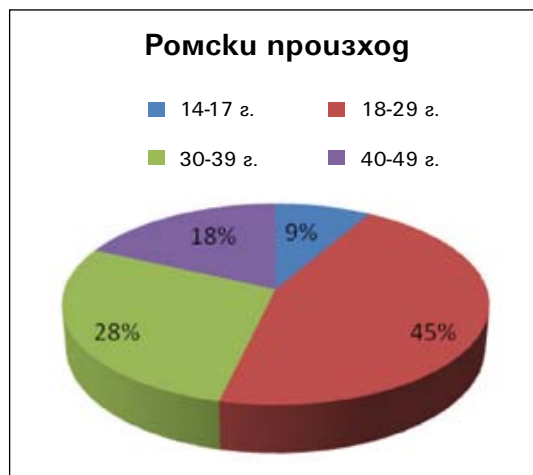
На втори ред при лицата от съответната възрастова група, са процентите на лицата от съответната възрастова група в съвкупността на лицата съответно с български, турски, ромски произход, както и на непосочилите произхода си лица.

<sup>1</sup> Вж. Търнев, Ив., М. Грекова, 2007, с. 73-75, 82-84.

**Фигура 1**



**Фигура 2**



**Фигура 1** и **Фигура 2** илюстрират начините, по които можем да разчетем данните в **Таблица 1** (а и във всяка следваща таблица, използваща двумерни разпределения):

- На възраст 14-17 г. са: 77 души от български произход или 77,0% от анкетираните, попадащи в тази възрастова група; 15 души от турски произход или 15,0% от анкетираните, попадащи в тази възрастова група; 5 души от ромски произход или 5,0% от анкетираните, попадащи в тази възрастова група; и т.н.
- От ромски произход са общо 60 души (5,0% от всички анкетирани), от които: 5 души или 9,0% от анкетираните, идентифицирали се като роми, са на възраст 14-17 г.; 27 души или 45,0% са на възраст 18-29 г.; 17 души или 28,0% са на възраст 30-39 г.; и т.н.

Ясно е как двумерните разпределения конкретизират поне в известна степен интерпретацията на данните – без тях бихме могли да кажем единствено, че в съвкупността на анкетираните попадат даден брой/дял лица в съответната възрастова група; или съответен брой/дял лица, определили своя произход като български или турски, или ромски. Чрез двумерните разпределения фактически се формират нови съвкупности (на анкетираните, които са дали един от отговорите на даден въпрос) и за тези новосформирани съвкупности получаваме разпределението на отговорите на друг въпрос. Но, в голям брой от случаите тези формирани нови съвкупности включват изключително малък брой случаи, което не позволява категорични твърдения.

По образование и заявен етнически произход анкетираните се разпределят така:

**Таблица 2. Разпределение на анкетираните по завършено образование и етнически произход**

Етнически произход	Завършено образование				Общо анкетирани
	Без отговор	Висше и полувисше	Средно/средно специално	Основно и по-ниско	
База	2 души	305 души	582 души	306 души	1195 души
Без отговор	-	4 / 1,3%	12 / 2,1%	6 / 2,0%	22 / 1,8%
Български	1 / 50,0%	288 / 94,4%	520 / 89,3%	175 / 57,2% 17,8%	984 / 82,3%
Турски	1 / 50,0%	9 / 3,0%	40 / 6,9%	71 / 23,2% 58,7%	121 / 10,1%
Ромски	-	-	8 / 1,4%	52 / 17,0% 86,7%	60 / 5,0%
Друг	-	4 / 1,3%	2 / 0,3%	2 / 0,7%	8 / 0,7%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%

Данните в **Таблица 2** позволяват да се взгледаме в „етническата структура“ на завършили-те съответната образователна степен – т.е. тук формираме подсъвкупности по образователна степен и се интересуваме какъв дял от завършилите я са съответно от български, турски, ромски произход. На пръв поглед единственото неочаквано в данните е високият дял на лицата с български произход, които имат (само) завършена „основна и по-ниска“ образователна степен – сред завършилите я дялът им е 57,2% (или 175 души, а това са 17,8% от анкетираните лица с български произход). Преди да направим обаче извод за спадащо равнище на образование и на българите, трябва да се взгледаме във възрастовата структура на респондентите с български произход – от тях 77 души (7,8%) са на възраст 14-17 г., т.е. не биха могли да са завършили следващата образователна степен, а част от попадащите в групата на 18-29 годишните вероятно също са ученици (Вж. **Таблица 1**). Потвърждение на това допускане намираме в отговорите на въпроса за социалното положение, където 12,4% от българите са заявили, че са ученици, т.е. според данните от изследването 5,4% от попадналите в извадката българи имат образование „основно и по-ниско“ и не са ученици (няма основание да се предположи, че ще придобият по-високо образование). По отношение на турците и на ромите ситуацията е различна – респондентите, които имат завършено „основно и по-ниско образование“ са съответно 58,7% и 86,7% от двете подсъвкупности, а учениците в тях са съответно 15,7% и 10,0% - т.е. за 43,0% от турците и 76,7% от ромите трябва да предположим, че ще останат с това образование.

Спрях се така подробно именно на тези характеристики на изследваните лица (възраст, етнически произход, образование), защото от една страна те добре илюстрират възможностите за анализ на данните, въпреки споменатите по-горе ограничения; а от друга – това са част от характеристиките, които най-значимо разслагат различни подсъвкупности, които се формират при отговорите на ключовите за настоящото проучване въпроси, на които ще се спра подробно по-нататък.

При структурата на съвкупността на респондентите по **социално положение** трябва да забележим едно значимо изместване в представителството: в изследваната съвкупност са попаднали 100 деца на възраст 14-17 г., от които 95% са ученици, но според данните на националната статистика за 2010 г. процентът на отпадащите от училище деца е 14.8%<sup>1</sup>. Спирам се на това изместване в представителството не защото е само по себе си странно, а защото има основание допускането, че сред отпадащите ученици е по-голям дялът на тези, които започват относително рано сексуален живот, не познават и не ползват контрацептиви, от по-ранна възраст съжителстват, и т.н. С данните от настоящото проучване обаче това допускане не може да се верифицира.

Разпределение на анкетираните по местожителство и етнически произход:

- 96,9% от анкетираните в София са заявили български етнически произход и само по 0,8% - турски и ромски;
- От анкетираните в селата лица 55,2% са заявили български етнически произход (15,1% от анкетираните българи), съответно турски – 29,6% (66,1% от анкетираните турци), ромски – 11,5% (51,6% от анкетираните роми).

Тези данни, въпреки че не са учудващи, е изключително важно да имаме предвид при интерпретацията на регистрираното знание и ползване на контрацептиви, а и по-общо – на равнището на здравната култура на анкетираните представители на различните етнически групи: възможно е не (само) етническият произход и съответно културните специфики и практики да оказват влияние върху тях, както обикновено се допуска, а (и) ограничената социална среда, в която по-голямата част от респондентите от турски и ромски произход живеят.

<sup>1</sup> Образование в Република България. С., Национален статистически институт, 2010.

Разпределение на респондентите по **доход на член на домакинството** и по **етнически произход**:

**Таблица 3. Разпределение на анкетираните по доход на член на домакинството и етнически произход**

Доход на член от домакинството	Етнически произход					Общо анкетирани
	Без отговор	Български	Турски	Ромски	Друг	
База	22 души	984 души	121 души	60 души	8 души	1195 души
Без отговор	9,1%	1,1%	-	-	-	1,1%
До 200 лв.	31,8%	16,0%	33,1%	68,3%	25%	20,7%
201-300 лв.	9,1%	23,3%	24,0%	11,7%	25%	22,5%
301-500 лв.	22,7%	27,1%	26,4%	6,7%	25%	25,9%
501-700	-	12,0%	8,3%	3,3%	12,5%	11,0%
701-1000 лв.	4,5%	5,1%	1,7%	1,7%	-	4,5%
Над 1000 лв.	13,6%	3,7%	-	-	-	3,3%
Не знам/не мога да определя	9,1%	11,8%	6,6%	8,3%	12,5%	11,0%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%

От Таблица 3 ясно се вижда разпределението на бедността по етнически признак. Едва ли е необходим коментар. Но както е добре известно, бедността не се определя единствено по абсолютната стойност на дохода (на член от домакинството). Важно е да се знае как хората преживяват своето материално и финансово състояние: има ли разлики в оценката на материалното състояние при един и същ доход на член от домакинството и от какво се определя евентуалното разминаване – от местоживеенето, етническия произход, образованието<sup>1</sup>.

Разминаванията:

- 33,6% от лицата, посочили среден доход на член от домакинството до 200 лв. определят материалното си положение в момента като „средно“, 44,9% като „лошо“, 13,8% като „много лошо“, но 6,5% като „добро“;
- 61,0% от лицата, посочили среден доход на член от домакинството между 201 и 300 лв. определят материалното си положение в момента като „средно“, 21,0% като „лошо“, а 1,5% като „много лошо“, а 15,6% като „добро“;
- 63,5% от лицата, посочили среден доход на член от домакинството между 301 и 500 лв. определят материалното си положение в момента като „средно“, 8,7% като „лошо“, а 1,6% като „много лошо“, а 23,5% като „добро“.

От какво се определя обаче разликата в оценката на материалното положение при „един и същ доход“<sup>2</sup> на член от домакинството не можем да установим от двумерни разпределения. В случая не е необходима по-сложна обработка на данните, доколкото този проблем не е в центъра на интереса ни.

#### 4. Здравна и сексуална култура

Организацията на здравеопазването в България през последните десетина години извежда в **централна позиция личния лекар**. Предполага се той/тя да познава пациентите си, да проследява заболяванията им и да се грижи за профилактиката. Така е по документи.

1 Но не само – още от доходът миналата година или преди 5 години; от планирания, но нереализиран се доход; от мечтаниите/планираните разходи, придобивки и т.н.

2 Един и същ се поставя в кавички, доколкото в самите отговори е заложена възможност за различие: не е един и същ доходът напр. от 55 лв. и доходът от 198 лв. на член от домакинството, но и двата случая попадат в един и същ отговор.

На страната на пациентите **личният** лекар е по-скоро лекарят, при когото се отива при заболяване, рядко за профилактичен преглед, от него по изключение се търси информация и съвет по сексуални въпроси, с него не се споделят проблеми. Разпространено е мнението, че личният лекар служи най-вече за издаване на направления за преглед от лекар-специалист (защото „*какъв специалист е личният лекар*“), за изписване на болничен лист и/или на лекарства; личният лекар може да се справи единствено с „*обикновено*“ заболяване. Според действащата система на здравеопазването **основно задължение на всеки гражданин** на България е да има непрекъснати здравни осигуровки и да си е избрал личен лекар, за да има гарантиран достъп до медицински услуги и да може да се възползва от тях. Известно е, че това регламентирано от закона положение не се спазва от всички – има граждани на България, които не са здравноосигурени (защото са безработни и бедни; защото не знаят, че трябва; защото са пропуснали толкова много здравноосигурителни вноски, че се оказва безсмислено да ги покриват; и т.н.), а има и такива, които предпочитат да не се осигуряват, защото „*така или иначе за добрите здравни услуги се плаща*“ (разпространено обяснение за избягване на здравното осигуряване, разбира се, когато лицето се предполага да се самоосигурява).

Тук на първо място ще се интересуваме от **отношението личен лекар-пациент**. Защото допускаме, че ако пациентът има доверие в личния си лекар, посещава го за профилактичен преглед, търси и получава от личния лекар знание, с което обогатява своята здравна и сексуална култура, т.е. има активно отношение към здравето на своето тяло, това ще рефлектира и върху подхода му към предпазването от нежелана бременност, върху сексуалното поведение и репродуктивните нагласи. Ще се опитаме да верифицираме това допускание и ако то има основания – да очертаем социалния профил на такъв пациент.

Личния си лекар през последните 12 месеца по различен повод са посетили 76,6% от анкетиранияте, които имат личен лекар (а те са 90,3% от всички анкетирани), 22,3% не са го посещавали по никакъв повод. За профилактичен преглед са посещавали личния си лекар 47,9%, за направление при специалист – 41,9%, а при заболяване – 52,0%<sup>1</sup>.

При такъв „модел“ на взаимоотношения с личния лекар не е изненадващо, че източник на знание за средствата, предпазващи от забременяване, рядко е личният лекар – той е лекар, а не толкова „личен“; той лекува, когато съм болен. Само 5,9% от анкетиранияте заявяват, че източник на информация за средствата против забременяване е личният лекар (за сравнение: приятелите са такъв източник за 41,3%; специализиран кабинет (гинеколог, сексолог) – за 21,5%; училището – за 5,8%; родителите – за 4,7%; роднините – за 4,1%). Сред другите източници, които не предполагат пряк обмен на знание/опит, са: телевизия, радио, интернет – посочени от 31,0% от респондентите; специализирани издания, листовки, брошури – посочени от 20,8% от респондентите.

Рядко медицински лица са ползвани за консултация по сексуални проблеми, като източник на знание за здравословен сексуален живот<sup>2</sup>. С личния лекар споделят проблеми, свързани със сексуалния живот, едва 3,6% от респондентите, а с друго медицинско лице – 4,4% (за сравнение: с приятели споделят 20,5%, с майка/баща – 5,6%, а с никого не споделят 15,4% от респондентите).

Нека сега да се възгледаме в двумерни разпределения, за да разберем дали е възможно да се очертае профил на пациента, доверяващ се на личния си лекар по здравни и сексуални въпроси и проблеми.

1 Процентите са повече от 100%, защото някои респонденти са посещавали личния си лекар по две или три причини.

2 Би могло да се възрази, че респондентите просто нямат проблеми, имащи отношение към здравните аспекти на сексуалния им живот, поради което нямат потребност да споделят с медицински лица (споделянето с приятели може да има напълно различен характер). Ще се върнем на този момент по-нататък, когато се интересуваме от страховите преживявания по време на сексуален контакт.

#### По пол:

- 92,8% от жените и 87,7% от мъжете имат личен лекар;
- от жените, които имат личен лекар 53,2% са го посетили за профилактичен преглед през последната година, а от мъжете – 42,1%;
- 7,6% от жените и 4,1% от мъжете са посочили личен лекар като източник на информация за средствата против забременяване (съответно 35,0% и 7,5% са посочили специализиран кабинет – гинеколог, сексолог);
- 4,1% от жените и 3,1% от мъжете споделят сексуални проблеми с личния лекар (съответно 5,6% от жените и 3,2% от мъжете – с друго медицинско лице).

На фона на относително високия процент на лицата с личен лекар, все пак дялът на жените е по-голям, по-голям е и дялът на жените, посетили го за профилактичен преглед през последната година. Но личният лекар не е предпочитан източник на информация за средствата, предпазващи от забременяване, нито за жените, нито за мъжете; с него рядко споделят сексуални проблеми и жените, и мъжете. Но: жените в значително по-голяма степен (5 пъти повече жени, отколкото мъже) се обръщат към специализиран кабинет, когато се нуждаят от информация/знание относно средствата, предпазващи от забременяване. Това е много важно на фона на изключително високия дял и жени, и мъже, които смятат, че отговорността за предпазването от нежелана бременност е в еднаква степен на двамата партньори (86,8% от жените и 79,0% от мъжете); които заявяват, че в своите сексуални отношения заедно с партньора „се грижат“ за предпазване от забременяване (66,0% от жените и 67,1% от мъжете)<sup>1</sup>. При тези данни са възможни две допускания: или че мъжете нямат нужда от медицинска консултация, защото те си знаят какво и как да ползват (презервативът е най-познатият и ползван контрацептив); или че мъжете имат проблем да се консултират с медицинско лице по тези въпроси, поради което жената губи знанието (най-вероятно от гинеколог), споделя го с партньора си, след което заедно вземат решение. И за жените, и за мъжете споделянето на сексуални проблеми с медицинско лице не е популярно. Споделянето им остава затворено в най-тесния семеен и приятелски кръг – сексуалните проблеми се мислят като твърде интимни, за да се споделят с „непознат“ човек, какъвто е личният лекар и по-общо медицинските лица (макар и в по-малка степен последното да е валидно за жените). При информирането/получаването на знание за съществуващите контрацептиви, респондентите отдават предпочитание на медиите. Възниква обаче въпросът дали и доколко медиите предоставят изчерпателна и разбираема информация за контрацептиви на евентуалните ползватели или по-скоро рекламират определен контрацептив в даден момент. Възниква и въпросът как (да) се дефинира „разбираема“ информация, защото тя е такава единствено в контекста на съдържателно определена, но в голяма степен само предполагаема здравна и сексуална култура.

#### По етнически произход<sup>2</sup>:

- 93,6% от респондентите с български произход, 82,6% с турски произход, 56,7% с ромски произход имат личен лекар;
- от респондентите с български произход, които имат личен лекар, 49,9% са го посетили за профилактичен преглед през последната година, с турски произход – 41,0%, с ромски произход – 23,5%;

1 Относително по-ниският дял респонденти, които отнасят и към себе си общата с партньора грижа за предпазване от забременяване, тук не трябва да ни подвежда – вторият въпрос е зададен на всички респонденти, от които 9,7% мъже и 12,0% жени не са имали сексуален контакт. На въпроса обаче кой е взел решение да ползват някакво средство против забременяване едва 39,2% от мъжете и 37,8% от жените отговарят със „заедно“ – но не защото поотделно е вземано решението, а защото 36,2% от мъжете и 40,0% от жените (които водят сексуален живот) заявяват, че „не ползват такива средства“. На тези данни ще се спрем обстойно в следващата част.

2 Без респондентите, които не са посочили етническия си произход или са посочили етнически произход, различен от български, турски и ромски.



- 6,2% от респондентите с български произход, 3,3% - с турски произход, 3,3% - с ромски произход са посочили личен лекар като източник на информация за средствата против забременяване (съответно 24,2%, 9,1%, 6,7% са посочили специализиран кабинет – гинеколог, сексолог);
- 4,2% от респондентите с български произход, 0,8% - с турски произход, 0% - с ромски произход споделят сексуални проблеми с личния лекар (съответно 5,2%, 0,8%, 0% – с друго медицинско лице).

Данните добре открояват липсата на личен лекар и на внимание към здравето профилактика сред анкетиранияте роми, което потвърждава резултатите и от други изследвания. Внимание заслужават изключително малкият дял роми и турци, които търсят информация от личния лекар и/или от друг медицински специалист по отношение на средствата, предпазващи от забременяване; както и липсата на респондент с ромски произход, който споделя сексуални проблеми с личния лекар и/или с друго медицинско лице; почти същите са резултатите при респондентите с турски произход. Но и българите не са склонни да споделят с личен лекар сексуални проблеми – няма основание да твърдим, че споделянето на сексуални проблеми с личен лекар и/или с друго медицинско лице се влияе от етнически произход/културна специфика – още повече, че изследването не е представително по отношение на групите български граждани с ромски и турски произход.

Докато 1/3 от респондентите с български произход си набавят информация от телевизия, радио, интернет, близо 1/4 - от специализирани издания, листовки, брошури, значително по-малък дял респонденти с ромски и с турски произход използват тези източници (съответно 25,0% и 17,4%; 5,0 и 5,8%). Така единственият източник за значим дял от анкетиранияте роми са „приятели“ – 50,0%, а от анкетиранияте турци този източник посочват 38,8%.

С приятели споделят сексуални проблеми равен дял от респондентите с български и с ромски произход – 30,5% и 30,0%, а от респондентите с турски произход – 19,8%<sup>1</sup>. Равен е и дялът на българи и роми, които с никого не споделят сексуални проблеми – 15,1% и 15,0%, срещу 19,8% от турците<sup>2</sup>.

#### **По местоживее:**

- 94,1% от респондентите, живеещи в София, 93,3% - в областен град, 92,5% - в малък град, 80,0% - в село имат личен лекар;
- от респондентите, живеещи в София, които имат личен лекар 59,2% са го посетили за профилактичен преглед през последната година, в областен град – 49,8%, в малък град – 47,5%, в село – 32,4%;
- 5,1% от респондентите, живеещи в София, 5,3% - в областен град, 5,4% - в малък град, 7,8% - в село са посочили личен лекар като източник на информация за средствата против забременяване (съответно 31,8%, 21,6%, 21,8%, 11,5% са посочили специализиран кабинет – гинеколог, сексолог);
- 3,9% от респондентите, живеещи в София, 5,8% - в областен град, 1,7% - в малък град, 1,5% - в село споделят сексуални проблеми с личния лекар (съответно 7,1%, 5,6%, 2,5%, 1,9% – с друго медицинско лице).

Не е изненадващо, че е по-малък дялът на респондентите с личен лекар в селата – защото там безработицата е по-голяма, а и да идва в селото по 1-2 дни седмично ОПЛ, всеки знае, че при по-сериозен случай не може да разчита на него. Трябва да се запитаме обаче

1 Трябва да имаме предвид обаче, че 24,0% от тях (са заявили, че) все още не водят сексуален живот срещу 9,3% от българите и 6,7% от ромите.

2 Дялът на несподелящите с никого турци е по-голям, като се има предвид значително по-високия дял на все още не водещите сексуален живот.

защо в София гелът на посетилите личния си лекар за профилактичен преглед е по-висок, отколкото в областните и в малките градове (защо е значително по-малък в селата бихме могли да си обясним напр. с ограниченото приемно време на ОПЛ в тях). Дали защото гелът на анкетирания българи в София е 96,9% (срещу 91,0% в областен град и 82,0% в малък град), а по-голяма част от българите в сравнение с турци и роми посещават личния си лекар за профилактичен преглед? Дали това е обяснението и за по-големия процент жители на София, които търсят информация за средства, предпазващи от забременяване от специализиран кабинет?

#### **По възраст:**

- 93,0% от респондентите на възраст 14-17 г.<sup>1</sup>, 89,8% - 18-29 г., 89,9% - 30-39 г., 90,4% - 40-49 г. имат личен лекар;
- от респондентите на възраст 14-17 г., които имат личен лекар, 57,0% са го посетили за профилактичен преглед през последната година, 18-29 г. – 44,3%, 30-39 г. – 45,2%, 40-49 г. – 51,9%;
- 5,0% от респондентите на възраст 14-17 г.<sup>2</sup>, 5,8% - 18-29 г., 5,0% - 30-39 г., 7,0% - 40-49 г. са посочили личен лекар като източник на информация за средствата против забременяване (съответно 5,0%, 19,6%, 26,9%, 22,8% са посочили специализиран кабинет – гинеколог, сексолог);
- 0% от респондентите на възраст 14-17 г., 3,1% - 18-29 г., 5,0% - 30-39 г., 3,7% - 40-49 г. споделят сексуални проблеми с личния лекар (съответно 1,0%, 1,8%, 4,8%, 7,9% – с друго медицинско лице).

Ако изключим първата възрастова група (въпреки че е странно само 57,0% от тях да посещават личния си лекар за профилактичен преглед), забелязваме, че в последната възрастова група – на 40-49 годишните, гелът на посещаващи личния си лекар за профилактичен преглед е по-голям, както и малко по-голям е гелът на търсещите от него информация за контрацептиви<sup>3</sup>; най-голям, макар и относително малък, е гелът на споделящите сексуални проблеми с друго медицинско лице. Дали с напредването на възрастта – защото се появяват повече здравни и сексуални проблеми, или по-скоро с придобиването на по-богат социален опит хората започват да осъзнават необходимостта от специализирана грижа за тялото си и за сексуалното и репродуктивното си здраве (на „изхода“ от репродуктивната възраст)?

#### **По завършено образование:**

- 97,7% от респондентите с висше образование, 92,1% - със средно, 79,4% - с основно и по-ниско имат личен лекар<sup>4</sup>;
- от респондентите с висше образование, които имат личен лекар 53,7% са го посетили за профилактичен преглед през последната година, със средно – 47,6%, с основно и по-ниско – 41,6%<sup>5</sup>;
- 4,6% от респондентите с висше образование, 6,7% - със средно, 5,6% - с основно и по-ниско са посочили личен лекар като източник на информация за средствата против забременяване<sup>6</sup> (съответно 31,5%, 23,7%, 7,5% са посочили специализиран кабинет – гинеколог, сексолог);

1 В тази възрастова група 95% са ученици и съответно са здравноосигурени и имат личен лекар.

2 Сексуален живот (са заявили, че) водят 33% от респондентите в тази възрастова група.

3 Въпреки че в тази възрастова група употребата на контрацептиви е относително малка – Вж. повече по този въпрос в следващата част.

4 В групата на завършилите основно и по-ниско образование попадат и учениците, които са здравноосигурени и от които почти 100% имат личен лекар, т.е. ако ги „отстраним“ от групата, процентът на имащите личен лекар на по-висока от ученическата възраст с основно и по-ниско образование ще падне.

5 По същия начин: ако „отстраним“ от групата лицата на възраст 14-17 г., 57,0% от които са посетили личния си лекар за профилактичен преглед, процентът на посетилите личния си лекар с основно и по-ниско образование ще падне.

6 По-голямата част от попадащите в тази група ученици (са заявили, че) все още не водят сексуален живот.

- 5,2% от респондентите с висше образование, 4,1% - със средно, 1,0% - с основно и по-ниско споделят сексуални проблеми с личния лекар (съответно 8,5%, 4,5%, 0,3% – с друго медицинско лице).

Според данните по-високото образование е „вързано“ с по-добра грижа за здравето, но и с повече доверие в специализираната медицинска практика, а не в личния лекар.

**Няма достатъчно основание за очертаване на профил на пациента, който има доверие на своя личен лекар, черпи знание от него за средствата, предпазващи от забременяване и споделя с него своите сексуални проблеми.** Струва си да се запитаме обаче дали липсата на такъв тип пациент не е ефект от съществуването на значимо различаващи се типове личен лекар: има лични лекари, които внушават доверие, с които пациентите могат свободно да обсъждат своите здравни и сексуални проблеми, които гържат на профилактиката и изискват от пациентите си да полагат грижи за своето здраве; има лични лекари, които се отнасят към пациентите си подобно на чиновници; а има и такива, които работят като ОПЛ, защото имат диплома и се предполага, че са лекари. Лекар от всеки един от тези типове може да се открие и в село, и в малък град, и в областен град, и в София. Все пак, най-малко вероятно е той/тя да просъществува продължително време в София, където конкуренцията е най-голяма, а пациентите – най-образовани (41,6% от живеещите в София анкетирани са с висше образование).

**Може обаче да твърдим, че най-близо до типа пациент, който е загрижен за своето здраве и подхожда отговорно към здравната профилактика, който търси и намира специализирана медицинска помощ при здравни и сексуални проблеми, е: жена с български произход и висше образование, живееща в столицата и на възраст между 40 и 49 години.**

Тук е мястото да обърнем внимание на липсата на някои **подразбиращи се за жените в днешно време профилактични практики**, някои от които са и регламентирани като задължителни. Това са практики, основаващи се на знание както за собственото тяло, така и за начините, по които всяка жена е в състояние да се грижи за него. Предполага се това знание да се придобива от медицински лица, образователни институции и родители/майки, за да може да се формират съответните практики още от ранна възраст. Липсата на тези практики в голяма степен се основава на недостатъчно знание, но и на недостатъчно промислено знание:

- Значителен е дялът на жените, които посещават гинеколог „само когато имам проблем“.

**Таблица 4 Гинекологичен преглед: възраст, етнически произход**

Гинекологичен преглед	Възрастови групи				Етнически произход <sup>1</sup>			Общо
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	бълг.	турски	ромски	
База	53	197	181	177	505	63	28	608
Без отговор	5,7%	3,0%	3,9%	3,4%	2,8%	1,6%	7,1%	3,6%
Веднъж и повече пъти годишно	3,8%	37,1%	43,1%	34,5%	40,8%	9,5%	3,6%	35,2%
Веднъж на две и повече години	-	9,1%	13,8%	20,9%	14,3%	7,9%	10,7%	13,2%
Ходя само когато имам проблем	20,8%	27,9%	38,1%	39,0%	30,3%	44,4%	60,7%	33,6%
Не съм ходила никога	69,8%	22,8%	1,1%	2,3%	11,9%	36,5%	17,9%	14,5%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<sup>1</sup> В тази и следващите таблици не се включват неотговорилите (7 жени) и посочилите различен от български, турски и ромски произход (5 жени).

Делът на жените от всички възрастови групи и от всякакъв произход, които посещават гинеколог само при наличието на проблем, е твърде голям, както и делът на жените, които никога не са ходили на гинеколог. Но, не бива да се правят категорични изводи относно етническият определител на непосещаването на гинеколог и посещаване само при проблем – както се вижда съвкупностите на жените от турски и от ромски произход са твърде малки, а в тях са попаднали и деца/жени, които все още не водят сексуален живот. Това ограничение се отнася и за данните в Таблица 6 и Таблица 8.

Да проверим дали профилактичният гинекологичен преглед е по-разпространен сред жените с висше образование, както и сред жените, живеещи в София, в сравнение с жените със средно и основно образование, както и сред жените, живеещи в другите типове населени места.

**Таблица 5. Гинекологичен преглед: тип населено място, образование**

Гинекологичен преглед	Тип населено място				Образование <sup>1</sup>			Общо
	София	Областен град	Малък град	Село	Висше и полу-	Средно/специално	Основно и по-ниско	
База	146	208	116	138	168	291	148	608
Без отговор	1,4%	2,9%	6,0%	5,1%	3,6%	3,4%	4,1%	3,6%
Веднъж и повече пъти годишно	51,4%	37,0%	26,7%	22,5%	49,4%	39,5%	10,8%	35,2%
Веднъж на две и повече години	17,8%	12,0%	14,7%	8,7%	19,0%	14,9%	4,7%	13,2%
Ходя само когато имам проблем	17,1%	34,6%	39,7%	44,2%	26,8%	34,4%	39,2%	33,6%
Не съм ходила никога	12,3%	13,5%	12,9%	19,6%	1,2%	8,6%	41,2%	14,5%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Ако обърнем внимание само на местоживеенето на жената, бихме могли да твърдим, че поради факта на концентрация на специализирана медицинска помощ в столицата, делът на жените, които я ползват е по-голям – въпреки че би трябвало да допуснем, че и в областните градове има достатъчно гинекологични кабинети, а делът на жените, които извършват профилактични гинекологични прегледи е с повече от 14% по-малък от този в София. Когато обаче се вгледаме в разпределението по завършено образование, забелязваме, че този признак в по-голяма степен влияе върху посещаването на гинеколог – жените от София, които го посещават „веднъж и повече пъти годишно“, са малко повече от два пъти повече от жените, живеещи на село; но жените с висше и полувисше образование, които го посещават „веднъж и повече пъти годишно“ са близо 5 пъти повече от жените с основно и по-ниско завършено образование<sup>2</sup>.

1 Тук и в следващите таблици се изключва единствената жена, неотговорила на въпроса за завършено образование.

2 Не бива да забравяме, че сред жените с основно и по-ниско завършено образование са и момичетата-ученици: 13.3% от съвкупността на анкетираните жени.

- Значителен е дялът на жените, които не знаят какво е цитонамазка и/или на които никога не е правена.

**Таблица 6. Цитонамазка<sup>1</sup>: възраст, етнически произход**

Цитонамазка	Възрастови групи				Етнически произход			Общо
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	бълг.	турски	ромски	
База	53	197	181	177	505	63	28	608
Без отговор	7,5%	3,6%	3,3%	2,3%	2,6%	1,6%	3,6%	3,5%
Преди 6 м.	3,8%	16,8%	25,4%	15,8%	20,8%	4,8%	-	17,9%
Преди 12 м.	-	15,7%	24,3%	28,8%	24,2%	4,8%	3,6%	20,7%
Преди повече от 2 г.	-	5,6%	20,4%	25,4%	15,8%	17,5%	-	15,3%
Не помня	-	7,6%	11,6%	14,7%	9,3%	11,1%	25,0%	10,2%
Никога не са ми взимали	23,3%	35,5%	13,3%	10,2%	19,2%	27,0%	42,9%	20,9%
Не знам какво означава това	60,4%	15,2%	1,7%	2,8%	8,1%	33,3%	25,0%	11,5%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Внимание заслужават не само дяловете на жените, които не знаят какво е цитонамазка, но и на тези, на които никога не е правено цитологично изследване. Има достатъчно основание да допуснем, че към тях трябва да прибавим и неотговорилите, а вероятно и отговорилите с „не помня“. Но в същото време тези дялове не са изненадващи на фона на нередовно провежданите (профилактични) гинекологични прегледи – няма кой да вземе цитонамазка, освен гинеколог. От друга страна, цитологичното изследване за ранно откриване на рак на маточната шийка не е включено в пакета на профилактичния преглед за здравноосигурени жени и следователно, се заплаща от тях самите. Може да се допусне, че голяма част от жените, които посещават гинеколог било за профилактичен преглед, било защото имат проблем, отклоняват предложението за цитологично изследване, освен в случаите, когато гинекологът ги убеди, че с оглед на състоянието им то е наложително. Резултатите от прегледите с мобилни гинекологични кабинети и лаборатории доказват, че е необходимо въвеждането на цитологичното изследване като елемент от задължителния профилактичен преглед на здравноосигурените жени, а за все така съществуващите здравно неосигурени – продължаване на програмите за профилактика с мобилните кабинети на МЗ.

Нека да проверим дали и доколко местоживеенето и образованието оказват влияние върху знанието за това какво е цитонамазка и върху готовността на жените да се подложат на цитологично изследване.

**Таблица 7. Цитонамазка: тип населено място, образование**

Цитонамазка	Тип населено място				Образование			Общо
	София	Областен град	Малък град	Село	Висше и полу-	Средно/специално	Основно и по-ниско	
База	146	208	116	138	168	291	148	608
Без отговор	-	2,4%	6,0%	6,5%	3,0%	3,1%	4,7%	3,5%
Преди 6 м.	29,5%	17,8%	13,8%	9,4%	27,4%	19,9%	3,4%	17,9%
Преди 12 м.	27,4%	23,1%	16,4%	13,8%	29,2%	24,4%	4,1%	20,7%
Преди повече от 2 г.	15,8%	15,9%	16,4%	13,0%	22,0%	16,5%	4,7	15,3%
Не помня	8,9%	7,7%	9,5%	15,9%	7,7%	11,0%	11,5%	10,2%
Никога не са ми взимали	11,0%	23,1%	26,7%	23,2%	10,1%	20,3%	34,5%	20,9%
Не знам какво означава това	7,5%	10,1%	11,2%	18,1%	0,1%	4,8%	37,2%	11,5%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1 Въпросът е: „Кога за последен път са Ви вземали цитонамазка?“

И по отношение на цитонамазката се забелязва влияние на населеното място и по-голямо влияние на образованието: преди 6 и 12 м. цитонамазка е направена на 56,9% от анкетираните жени в София срещу 23,2% от анкетираните жени, живеещи в село; 56,6% от жените с висше образование са си направили цитологично изследване срещу 7,5% от жените с основно и по-ниско образование<sup>1</sup>.

- Значителен е дялът на жените, които не знаят защо трябва сами да проследяват промени в гърдите си или просто не го правят.

**Таблица 8. Проверяване на гърдите: възраст, етнически произход**

Проверяване на гърдите	Възрастови групи				Етнически произход			Общо
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	бълг.	турски	ромски	
База	53	197	181	177	505	63	28	608
Без отговор	5,7%	3,0 %	2,8%	2,3%	1,8%	1,6%	7,1%	3,0%
Да, редовно	1,9%	12,7%	19,3%	28,8%	20,8%	6,3%	3,6%	18,4%
Да, от време на време	9,4%	32,0%	54,3%	55,4%	47,3%	31,7%	14,3%	43,6%
Не	49,1%	44,7%	22,7%	12,4%	26,3%	39,7%	60,7%	29,1%
Не знам какви са тези болести	34,0%	7,6%	0,6%	1,1%	3,8%	20,6%	14,3%	5,9%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Липсата на знание за рака на гърдата като че ли се отнася до по-малък дял жени – в сравнение с липсата на знание за това що е цитонамазка. Но все пак, това са различни видове знание: (не)знанието за болестите/рака на гърдите е съизмеримо с (не)знанието за болестите/рака на половите органи, а не с (не)знанието за един от методите за установяване на заболяване. Профилактиката на болестите/рака на гърдата или поне онази част от профилактиката, която е по силите на всяка жена (за разлика от цитологичното изследване, което е съизмеримо с мамографията, а двете изискват специализирана медицинска помощ), е по-разпространена от профилактиката на рака на маточната шийка, но само ако пренебрегнем разликата между „редовно“ и „от време на време“ и приемем, че и двата отговора говорят за усвоена практика, която с нарастване на възрастта жените практикуват по-систематично.

И тук ще проверим дали и върху тази профилактична практика, която за разлика от предходните не се нуждае от специализирана медицинска помощ, влияние оказват местоживеенето и равнището на завършеното образование.

**Таблица 9. Проверяване на гърдите: тип населено място, образование**

Проверяване на гърдите	Тип населено място				Образование			Общо
	София	Областен град	Малък град	Село	Висше и полу-	Средно/спец.	Основно и по-ниско	
База	146	208	116	138	168	291	148	608
Без отговор	-	1,9 %	4,3%	6,5%	2,4%	2,7%	4,1%	3,0%
Да, редовно	20,5%	20,2%	14,7%	16,8%	28,6%	18,2%	7,4%	18,4%
Да, от време на време	46,6%	45,2%	43,1%	38,4%	51,2%	52,2%	17,6%	43,6%
Не	29,5%	26,9%	30,2%	31,2%	17,9%	25,4%	49,3%	29,1%
Не знам какви са тези болести	3,4%	5,8%	7,8%	7,2%	-	1,4%	21,6%	5,9%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<sup>1</sup> Отново, да не забравяме, че сред жените с основно и по-ниско завършено образование са и момичетата-ученици.

Няма значителни вариации в дяловете на жените, които проверяват гърдите си, в различните типове населени места. И все пак, по-малък дял жени от малките градове и селата практикуват тази профилактика, независимо че за нея не се нуждаят от медицинско лице. Значително изглежда да е влиянието на образованието: няма жена с висше образование, която да не знае „*какви са тези болести*“; 79,8% от анкетираните жени с висше образование проверяват гърдите си срещу 25,0% от анкетираните жени с основно и по-ниско образование.

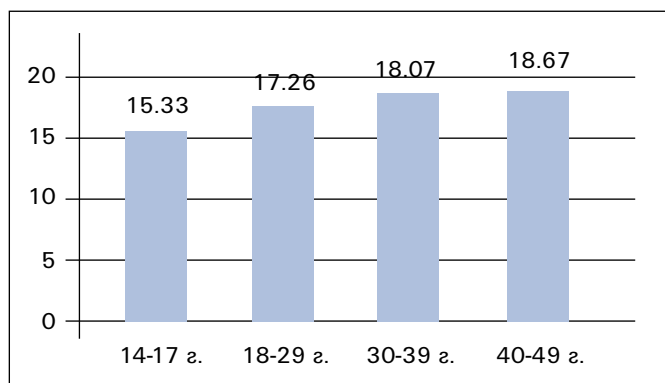
По-горе направих извод, че най-близо до типа пациент, който има доверие на своя личен лекар, черпи знание от него за средствата, предпазващи от забременяване и споделя с него своите сексуални проблеми, е: **жена с български произход и висше образование, живееща в столицата и на възраст между 40 и 49 години**. Смятам, че последвалият анализ на данните за усвояването на специфичните профилактични практики на жените потвърждават този извод. **Изглежда, че най-силният елемент от формулия се тип „загрижен за тялото и здравето си пациент в репродуктивна възраст“ е висшето образование**. Но не като усвоено знание по някаква, която и да е научна специалност (трябва да изключим разбира се специалност медицина), а като елемент от комплекса „голям град – разнородни социални контакти – достъп до всякакви медии – достъп до специализирана медицинска помощ“, който като комплекс стимулира повишаването на личната образованост и усвояването на социални практики, а сред тях и практиките на здравната профилактика.

## 5. Сексуален живот и семейно планиране

### 5.1. Началото

На пръв поглед данните показват, че значително е паднала възрастта, при която се започва сексуален живот.

**Графика 1. Средната възраст, на която анкетираните от четирите възрастови групи са осъществили първия си полов акт**



Но това е един от най-силните примери на **погвеждащи данни**.

В оформената за нуждите на изследването група на 14-17 годишни (интервал от 4 г.) са попаднали 100 анкетирани лица, от които едва 33 (33,0%) са имали сексуален контакт – на базата на тези 33 лица се получава средна възраст 15.33 години. Другите три възрастови групи от една страна са формирани на основата на интервал от 10-12 г., а от друга страна вече са над или значително над средната възраст на първи сексуален контакт<sup>1</sup>. Другояче казано, тук трябва да имаме предвид разликата в броя на годините, формиращи групите; относително малкия дял на лицата във възрастовата група на 14-17 годишните, които са имали сексуален контакт – по-големият дял на лицата от тази възрастова група могат да

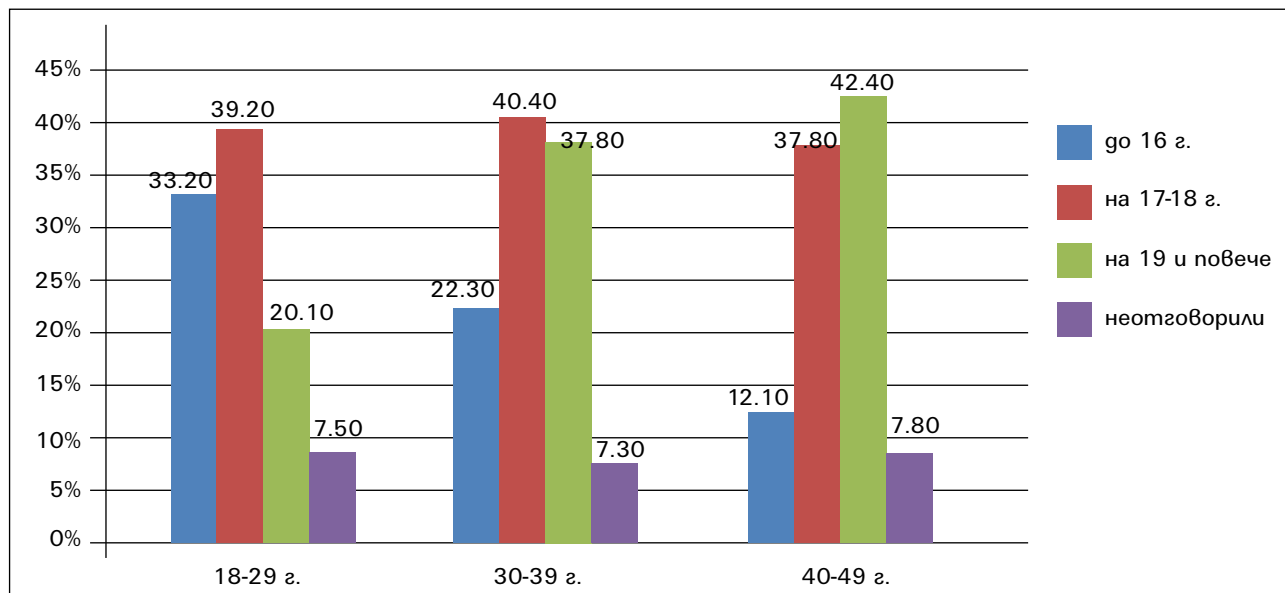
<sup>1</sup> Оставяме настрана въпроса за влиянието на значително отдалеченото във времето ретроспективно определяне на възрастта на първия контакт.

имат първи сексуален контакт в неизвестно коя от следващите си години, но при всички случаи средната възраст на същите тези анкетирувани лица напр. след 5 г. ще бъде по-висока. Трябва да добавим, че и във възрастовата група на 18-29 годишните 12.6% от лицата са заявили, че все още не водят сексуален живот – т.е. и „тяхната“ средна възраст, която сега е по-ниска в сравнение със следващата възрастова група, ще се повиши през следващите напр. 5 години.

Както се вижда, в случая подвеждането от данните лесно може да се преодолее при интерпретацията на резултатите. Но заедно с това възниква следния, струва ми се, важен въпрос: дали наред с проблема за „ранното“ начало на сексуален живот, не съществува и проблем за „късното“ начало? Дали не се оформят две „подгрупи“ вътре във възрастовите групи, които се сблъскват с два различни проблема: лицата от едната група започват рано сексуален живот, когато физически, психически и интелектуално не са подготвени; лицата от другата възрастова група по неизвестни причини „отлагат“ (съзнателно, поради различни обстоятелства) началото на сексуалния си живот, но дали пък те не преживяват друг вид проблеми?

По посочените по-горе причини от следващата графика съм изключила групата на респондентите, които са на възраст 14-17 години и водят сексуален живот. На графиката добиваме визуална представа за спадащата възраст на осъществяване на първи полов контакт на лицата от трите следващи възрастови групи. Дяловете на респондентите, които са имали първи полов акт на възраст 17-18 г. са почти еднакви; дяловете на лицата, осъществили първи полов акт на възраст 19 и повече години, намаляват за сметка на нарастващите дялове на лицата, осъществили първи полов акт на възраст до 16 години.

**Графика 2. Дялове на респондентите на възраст 18-29 г., 30-39 г., 40-49 г., които са осъществили първи полов акт на възраст до 16 г., на 17-18 г., на 19 и повече години, и неотговорили<sup>1</sup>**



Тези данни дават известно основание за твърдението, че средната възраст, на която се осъществява първия полов акт, пада, но все пак само известно основание. Защото дялът на лицата на възраст 18-29 г., които все още не са го осъществили, е значително по-голям от дяловете на лицата на възраст 30-39 г. и 40-49 г., които никога не са имали сексуален контакт.

- Възраст 14-17 г. – 64,0% никога не са имали сексуален контакт
- Възраст 18-29 г. – 10,7% никога не са имали сексуален контакт

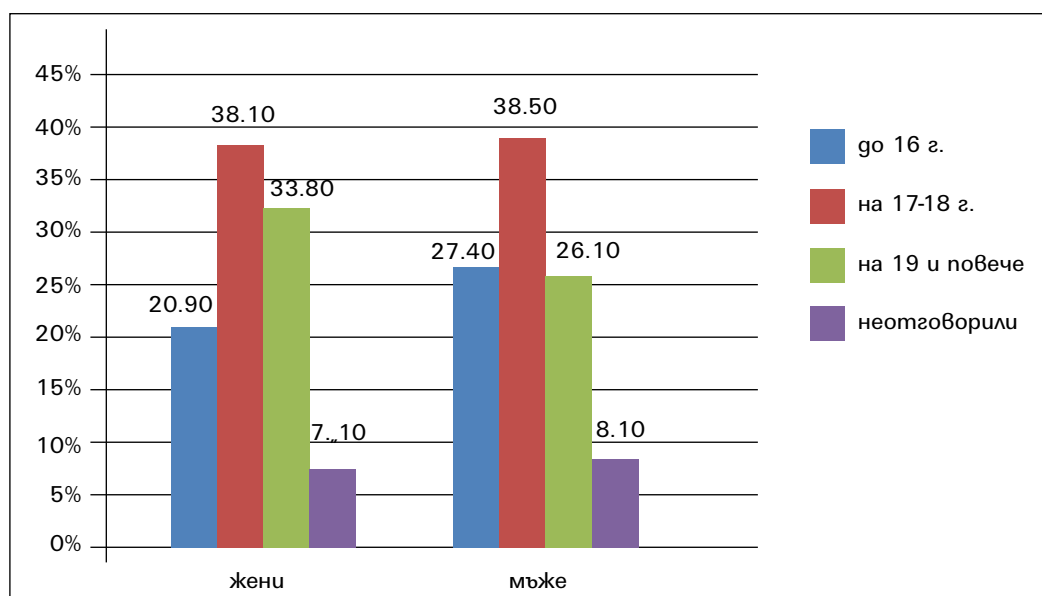
<sup>1</sup> Все пак и в трите възрастови групи има около 7% респонденти, които не са дали отговор за възрастта, на която са осъществили първия си полов контакт. Можем само да гадаем какво стои зад нежеланието да отговорят на този въпрос.



- Възраст 30-39 г. – 0,6% никога не са имали сексуален контакт
- Възраст 40-49 г. – 1,7% никога не са имали сексуален контакт

Данните опровергават разпространеното мнение, че по-рано полово съзряващите момчета по-рано осъществяват полов контакт. Според настоящото проучване, делът на момчетата-мъже, които са осъществили първия си полов контакт на възраст до 16 г., е по-голям от дела на момчетата-жени (27,4% и 20,9%); а дяловете на жени и мъже, осъществили първия си полов контакт на 17-18 годишна възраст, са почти еднакви (38,5% и 38,1%).

**Графика 4. Дялове на респондентите жени и мъже, осъществили първия си полов акт до 16 г., на 17-18 г., на 19 и повече години, и неотговорили**



Важно е да разберем и дали относително ранното откъсване от семейство/дом и посещаване на училище в друго населено място има отношение към възрастта на първия полов акт и обратно – дали „неподвижността“ е условие за „отлагане“ на началото на сексуалния живот. Важно е най-вече от гледна точка на родителите, които се страхуват, че посещаването на училище в друго населено място е предпоставка за ранно започване на полов живот. Данните от настоящото изследване не дават основания за подобни страхове.

**Таблица 10. Ранна самостоятелност и начало на сексуален живот при жени и мъже**

Възраст при първия си полов акт	ЖЕНИ <sup>1</sup>			МЪЖЕ <sup>2</sup>		
	Място на завършване на средното образование					
	Без отговор	В нас. място, където живеех	В друго нас. място	Без отговор	В нас. място, където живеех	В друго нас. място
База	107	298	127	37	457	37
Без отговор	10,3%	6,0%	7,1%	27,0%	6,6%	8,1%
До 16 г.	38,3%	18,1%	12,6%	27,0%	27,1%	27,0%
17-18 г.	32,7%	39,6%	39,4%	24,3%	39,6%	40,5%
19 и повече год.	18,7%	36,2%	40,9%	21,6%	26,7%	24,3%
Общо	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Няма и значителни разлики в: дяловете на осъществилите първи полов контакт на различна възраст, на живеещите в София и в областен град; дяловете на осъществилите първи полов контакт на възраст до 16 г., живеещи в малък град и особено в село, са с 2-3% и до 10% по-малки в сравнение с живеещите в София и в областен град – но около 11% от живеещите

1 Изключени са 3 жени, завършили средно образование в чужбина.

2 Изключени са 2 мъже, завършили средно образование в чужбина.

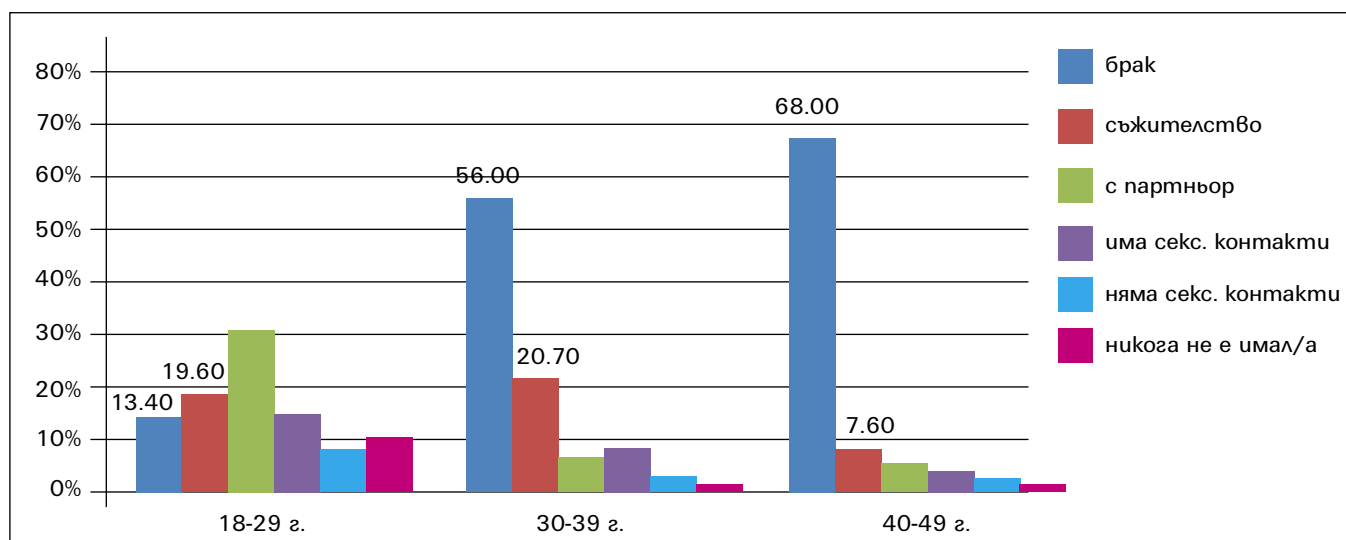
в малък град и в село не са отговорили на въпроса (срещу 3,9% от живеещите в София, 5,5% от живеещите в областен град). Тези данни донякъде потвърждават добре известния факт, че анонимността на големия град действително освобождаващо включително и на сексуалното поведение, а пък придобиването на разнороден социален опит ускорява не само социалното, но и половото съзряване.

## 5.2. Съжителство и брак

В тази част ще се опитаме да верифицираме няколко популярни твърдения, отнасящи се до кризата на брачната институция и до разпространената сред по-младите смяна на партньори.

Нека най-напред да разгледаме данните, които показват дяловете на актуално пребиваващите в брак, в съжителство, имащи сексуални отношения, без да съжителстват, по възрастови групи. Изключвам първата възрастова група на 14-17 годишните по очевидни причини.

**Графика 5. Дялове на актуално пребиваващите в брак, в съжителство, с партньор, имащи и нямащи сексуални контакти, нямали сексуален контакт<sup>1</sup>, по възрастови групи**



При тези данни също има опасност от подвеждане – те изглеждат като безспорно доказателство за усилваща се тенденция за избягване на брак при по-младите. Но ако се вгледаме в средния брой години, в които респондентите от трите възрастови групи са в „тези семейни/партньорски отношения“<sup>2</sup>, ще забележим, че и тези данни подлежат на интерпретация:

- респондентите на 18-29 г. са средно **от 2,92 г.** в „тези семейни/партньорски отношения“;
- респондентите на 30-39 г. са средно **от 8,84 г.** в „тези семейни/партньорски отношения“;
- респондентите на 40-49 г. са средно **от 16,19 г.** в „тези семейни/партньорски отношения“;

Разбира се, това са средни стойности, но сравняването им ни дава достатъчно основание да твърдим, че **стабилизирането на семейните/партньорските отношения настъпва средно около 30-32 годишна възраст**. Т.е. може да сравняваме сключилите брак и съжителстващите единствено при възрастовите групи на 30-39 и 40-49 годишните. Налице е

1 Изключени са дяловете на вдовец/вдовица от брак, разведен/а, разделен/а в брак, разделен/а в съжителство. С изключение на разведените сред 40-49 годишните (9,0%) и сред 30-39 годишните (3,9%), дяловете са пренебрежимо малки.

2 Въпросът не е задаван на респондентите, които са заявили, че никога не са имали сексуални контакти.

спад с около 12% на сключилите брак за сметка на съжителството при 30-39 годишните, но и част от тях „имат време“ да сключат брак, докато преминат в следващата възрастова „група“. Т.е. трябва да изчакаме тези, които сега са на 18-29 г. да станат на 30-39 г., за да се очертае каквато и да било тенденция<sup>1</sup> - те могат да сключат брак или да заживеят в семейство без брак, или да продължават да търсят „своя“ партньор.

Още някои данни от проучването, които внасят допълнителни нюанси по въпроса за предпочитанията за брак или за съжителство на формирани по различен признак групи анкетираните:

**– по местоживееене**

- 35,3% от анкетираните в София са в брак срещу 46,9% от анкетираните жители на малък град и 45,2% на селата<sup>2</sup>,
- но дялът на живеещите в съжителство е сходен: 16,5% в София, 13,4% в малък град, 16,3% в село;
- 16,9% от анкетираните в София имат интимен партньор (без съжителство и без брак) срещу 15,5% в малък град, 7,8% в село<sup>3,4</sup>;
- 7,35 г. средно е продължителността на пребиваване в „тези семейни/ партньорски отношения“ на респондентите в София – 10,04 г. в малък град, 11,70 г. в село.

**– по етнически произход<sup>5</sup>**

- 42,0% от българите, 40,5% от турците, 33,3% от ромите живеят в брак;
- 13,8% от българите, 13,2% от турците, 33,3% от ромите живеят в съжителство;
- 10,2% от българите, 2,5% от турците, 11,7% от ромите не са в никакво отношение, но имат сексуални контакти;
- 8,6% от българите, 19,8% от турците, 3,3% от ромите не са имали още сексуален контакт<sup>6</sup>;
- 9,17 г. средно е продължителността на пребиваване в „тези семейни/ партньорски отношения“ на българите, 12,25 г. на турците, 9,08 г. на ромите.

Доколкото дялът на българите в София е над 90%, би трябвало да твърдим, че тъкмо сред тях бракът е най-малко разпространен; но доколкото дялът на респондентите в двете възрастови групи – 14-17 г. и 18-29 г. – в София е по-голям от дела на респондентите от другите две възрастови групи, може да приемем, че това е обяснението за по-ниския дял на живеещите в брак в София. София като голям град, както беше посочено и по-горе, предлага значително повече социални контакти с различни хора, а следователно и по-голяма възможност за избор на партньор – това е обяснението на по-големия дял на имащите партньор без съжителство и без брак, другояче казано – по-честа смяна на партньора, което се потвърждава и от по-малката средна продължителност на „тези семейни/ партньорски отношения“ (без да забравяме, че влияние оказва и възрастовата структура на жителите в София и в селата).

Без да забравяме малкия обем на подсъвкупността на роми сред респондентите, изглежда, че при тях бракът и съжителството са по равно, но продължителността на „тези семейни/партньорски отношения“ е равна на тази при българите.

1 При допускането, че бракът отслабва като легитимиращ семейни отношения след 1989 г. – в противен случай би трябвало да включим и 50-59 годишните, при което със сигурност ще открием достатъчно основания да твърдим, че е налице тенденция. Факт е обаче, че съжителството без брак, както и разводът, масово се приемат преди 1989 г. като морално прегрешение, а в много случаи извършващите ги понасят върху себе си гнева на „правоверните“.

2 Но сред респондентите на възраст 18-29 г. живеещите в София са 24,6%, а живеещите в село – 19,6%.

3 Но сред респондентите на възраст 40-49 г. живеещите в София са 20,2%, а живеещите в село – 27,2%.

4 При другите отговори дяловете са изключително близки.

5 Напомням, че в съвкупността на изследваните лица, дяловете на респондентите турци и роми са малки и не са представителни за турското и ромското население в България.

6 Сред респондентите на възраст 14-17 г. българите са 77%, турците – 15%, а ромите – 5%. 3% не са посочили етническия си произход.

Нека да проверим и допускането, че пребиваването в различни партньорски/семејни отношения оказва влияние върху нагласите и съответно употребата на техники и средства за предпазване от забременяване, а и за предпазване от полово предавани инфекции. Това допускане може да се конкретизира в две до известна степен противоположни допускания:

- колкото по-нестабилни са контактите, което предполага и контакти с повече партньори – в едно и също време и/или в малък отрязък от време, толкова повече **страхът от** нежелано обвързване/последствия и **недоверието в** партньора налагат използването на средства, предпазващи от забременяване, а и от полово предавани инфекции;
- колкото по-стабилна е връзката (а по неясни причини брачната връзка продължава да се приема като по-стабилна), толкова по-голяма е **отговорността към** партньора – т.е. по-системно е предпазването от нежелана бременност, но пък трябва да добавим и по-малък е рискът от полово предавани инфекции.

Както се вижда, тези две на пръв поглед противоречащи си допускания всъщност имат различни основания, които прави възможно „сближаването“ им : в първия случай движещ мотив за използването на средства, предпазващи от забременяване и от полово предавани инфекции е **страхът и недоверието**, а във втория – **отговорността** към партньора. Нека разгледаме данните:

**Таблица 11А. Употреба на средства/техники против забременяване в различни семейни/партньорски отношения – респонденти-жени<sup>1</sup>**

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване? <sup>2</sup>	Брак	Съжителство	С партньор, без съжителство	Има секс. контакти, без постоянен партньор
База	275	86	76	38
<b>Прекъснат полов акт</b>				
Не познавам	3,3% <sup>3</sup>	1,2%	1,3%	5,3%
Знам, но не съм ползвала	14,5%	12,8%	15,8%	26,3%
Ползвала съм, но сега не ползвам	30,9%	24,4%	35,5%	28,9%
Ползвам сега	49,5%	57,0%	46,1%	34,2%
<b>Календарен метод</b>				
Не познавам	8,4%	8,1%	13,2%	7,9%
Знам, но не съм ползвала	38,0%	44,2%	47,4%	50,0%
Ползвала съм, но сега не ползвам	23,3%	16,3%	11,8%	21,1%
Ползвам сега	22,2%	18,6%	23,7%	18,4%
<b>Влагалищни промивки</b>				
Не познавам	14,9%	16,3%	26,3%	18,4%
Знам, но не съм ползвала	46,2%	47,7%	51,3%	39,5%
Ползвала съм, но сега не ползвам	17,1%	11,6%	7,9%	31,6%
Ползвам сега	13,8%	12,8%	10,5%	10,5%
<b>Презерватив</b>				
Не познавам	2,5%	1,2%	1,3%	-
Знам, но не съм ползвала	24,7%	23,3%	11,8%	7,9%

1 Жените са общо 608, но в таблицата не са включени двовици, разведени, разделени, както и тези, които в момента нямат и които все още не са имали сексуален контакт.

2 В тази таблица са включени само най-разпространените/най-познатите техники; при задаването на въпросите някои от техниките са описвани (напр. вместо „календарен метод“ – „въздържане в дните, в които забременяването е най-вероятно“).

3 В таблицата не са включени неотговорилите за съответната техника, поради което процентите за всяка от тях при различните групи жени са по-малко от 100. В следваща част ще обърнем повече внимание на неотговорилите.

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване? <sup>2</sup>	Брак	Съжителство	С партньор, без съжителство	Има секс. контакти, без постоянен партньор
Ползвала съм, но сега не ползвам	43,3%	44,2%	23,7%	26,3%
Ползвам сега	28,4%	27,9%	63,2%	63,2%
<b>Противозачатъчни хапчета</b>				
Не познавам	3,3%	3,5%	1,3%	2,6%
Знам, но не съм ползвала	47,3%	50,0%	60,5%	39,5%
Ползвала съм, но сега не ползвам	36,4%	30,2%	22,4%	26,3%
Ползвам сега	8,0%	7,0%	14,5%	23,7%
<b>Спирала</b>				
Не познавам	6,9%	9,3%	5,3%	10,5%
Знам, но не съм ползвала	60,4%	61,6%	88,2%	81,6%
Ползвала съм, но сега не ползвам	13,8%	14,0%	1,3%	2,6%
Ползвам сега	12,4%	7,0%	2,6%	-

Най-използваната техника при жените в брак и особено в съжителство е прекъснатият полов акт – тя обаче е вън от контрола на жените. Използването ѝ изисква значително доверие в партньора – според данните, най-голямо е доверието в партньора на жени в съжителство. Най-сигурното средство, предпазващо от забременяване и от полово предавани инфекции, е презервативът – не е случайно, че той се използва при/от жени, които имат партньор, но не съжителстват с него, както и при/от жени, които имат сексуални контакти, но нямат постоянен партньор – делят и при двете групи жени е 62,3%, но жените попаднали във всяка от двете групи е относително малък (съответно 76 и 38). Да видим как стоят нещата при респондентите-мъже.

**Таблица 11Б. Употреба на средства/техники против забременяване в различни семейни/партньорски отношения – респонденти-мъже<sup>1</sup>**

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване?	Брак	Съжителство	С партньорка, без съжителство	Има секс. контакти, без постоянна партньорка
База	218	91	93	77
<b>Прекъснат полов акт</b>				
Не познавам	2,3%	2,2%	2,2%	2,6%
Знам, но не съм ползвал	9,6%	20,9%	16,1%	11,7%
Ползвал съм, но сега не ползвам	23,9%	15,4%	23,7%	31,2%
Ползвам сега	60,6%	59,3%	57,0%	54,5%
<b>Календарен метод</b>				
Не познавам	16,1%	11,0%	22,8%	24,7%
Знам, но не съм ползвал	34,9%	44,0%	43,0%	42,9%
Ползвал съм, но сега не ползвам	20,6%	20,9%	12,9%	11,7%
Ползвам сега	18,8%	13,2%	12,9%	11,7%
<b>Влагалищни промивки</b>				
Не познавам	32,6%	31,9%	44,1%	36,4%

- 1 Мъжете са общо 587, но в таблицата не са включени вдовци, разведени, разделени, както и тези, които в момента нямат и които все още не са имали сексуален контакт.
- 2 В таблицата не са включени неотговорилите за съответната техника, поради което процентите за всяка от тях при различните групи мъже са по-малко от 100. В следваща част ще обърнем повече внимание на неотговорилите.
- 3 По отношение на използването на календарен метод, влагалищни промивки, противозачатъчни хапчета и спирала, мъжете отговарят съобразно знанието си за своите настоящи партньорки.

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване?	Брак	Съжителство	С партньорка, без съжителство	Има секс. контакти, без постоянна партньорка
Знам, но не съм ползвал	39,0%	42,9%	39,8%	46,8%
Ползвал съм, но сега не ползвам	7,8%	5,5%	2,2%	1,3%
Ползвам сега	6,4%	6,6%	2,2%	1,3%
<b>Презерватив</b>				
Не познавам	1,8%	1,1%	1,1%	-
Знам, но не съм ползвал	19,3%	17,6%	3,2%	3,9%
Ползвал съм, но сега не ползвам	45,9%	39,6%	16,1%	20,8%
Ползвам сега	29,8%	37,4%	78,5%	75,3%
<b>Противозачатъчни хапчета</b>				
Не познавам	7,8%	6,6%	8,6%	9,1%
Знам, но не съм ползвал	59,6%	67,0%	66,7%	68,8%
Ползвал съм, но сега не ползвам	19,3%	9,9%	8,6%	6,5%
Ползвам сега	3,7%	1,1%	6,5%	2,6%
<b>Спирала</b>				
Не познавам	13,3%	12,1%	17,2%	11,7%
Знам, но не съм ползвал	61,5%	68,1%	67,7%	72,7%
Ползвал съм, но сега не ползвам	7,8%	3,3%	3,2%	1,3%
Ползвам сега	3,7%	1,1%	2,2%	-

Дори по-голям дял от мъжете – в сравнение с жените, заявяват ползването на прекъснат полов акт като техника за предпазване от забременяване, при това сред всички формиращи групи – с малко по-голям дял сред мъжете в брак и в съжителство. Трябва да им повярваме – техниката е изцяло под техен контрол. Делът на ползващите презерватив мъже е значителен и в двете групи с нестабилни сексуални отношения – но и тук групите са относително малки. Тъкмо на тази причина отдавам разликата между дяловете на жените и мъжете с нестабилни сексуални отношения, заявили използването на презерватив – съответно с 15,3% и 12,1%.

На още един въпрос ще се спрем тук, въпреки че и него, както и въпроса за употребата на средства/техники, предпазващи от забременяване, ще разгледаме по-подробно в следваща част. Това е въпросът за реакцията на жените при неочаквана/нежелана бременност с настоящия партньор, в зависимост от характера на отношението между партньорите: брак, съжителство, партньорство без съжителство, сексуална връзка. И тук има уговорки: „какво си представяш, че ще направиш, ако...“ и „какво правиш, когато...“ са в някаква степен различни неща. Дали и доколко ще реагираш по начина, по който си представяш днес, зависи от най-разнообразни житейски обстоятелства, които не могат да бъдат в пълнотата си предвидени, нито контролирани. И все пак отговорите дават известна представа за нагласите на жените: какво е за тях настоящата връзка с партньора, доколко тя е „сериозна“; как се отнасят към неочакваната бременност – сполетяло ги „бедствие“, с което трябва решително да се справят или случило се събитие, за което носят отговорност. Не разглеждам реакциите на мъжете в зависимост от отношението, в което са с настоящата партньорка, защото общото разпределение показва значително по-малък дял мъже, които биха посъветвали партньорката си да направи аборт в сравнение с жените, които категорично или много вероятно биха направили аборт; както и обратното – по-голям дял мъже, които биха посъветвали партньорките си да родят детето, за да го гледат заедно, от дела жени, които заявяват, че ще родят детето и ще го гледат заедно с партньора.

**Таблица 12. Реакция на жени в различни семейни/партньорски отношения в случай на неочаквано забременяване от настоящия партньор<sup>1</sup>**

В случай, че скоро забременеете не-планирано, какво бихте направили? <sup>2</sup>	Брак	Съжителство	С партньор, без съжителство	Има секс. контакти, без постоянен партньор
База	275	86	76	38
Ще родя детето и ще го гледам	44,0%	67,4%	51,3%	34,2%
Вероятно ще направя аборт	18,5%	11,6%	9,2%	26,3%
Със сигурност ще направя аборт	15,3%	11,6%	7,9%	2,6%
Ще оставя партньорът ми да реши	4,0%	2,3%	5,3%	2,6%
Не знам	11,3%	5,8%	21,1%	26,3%

Потвърждава се направеното по-горе допускане, че голям дял от съжителстващите имат силна/стабилна връзка – най-голям дял жени с нагласа да родят и гледат детето и малък дял жени с нагласа за аборт; малко повече от половината от жените с партньор, макар и без съжителство, заявяват готовност да родят детето и да го гледат и най-малък дял от тях вероятно/сигурно ще направят аборт. По-малкият дял на жените в брак, заявяващи готовност да родят детето, не е изненадващ – те вече имат поне едно дете; изненадващ е големият дял на вероятно и сигурно готовите за аборт жени в брак. Не изненадва и големите дялове на жените, които не са сигурни какво биха направили – липсата на съжителство с партньора все пак е знак за относителна нестабилност на връзката/неготовност да отглеждат дете.

### 5.3. Семейно планиране: знание и приложение

В тази част ще обърнем внимание само на два въпроса. Не защото те изчерпват проблематиката на семейното планиране, а тъкмо напротив – защото цялото изследване и анализ на данните от него имат пряка връзка със семейното планиране като важен и комплексен аспект на репродуктивното здраве.

„Какво разбирате под семейно планиране?“ е въпросът, зададен на всички респонденти, които имат възможност да изберат до три от предложените отговори. Отговорите са:

1. Семейството планира – да има или да няма деца
2. Семейството планира – колко деца да има
3. Семейството планира – кога да бъдат родени децата
4. Държавна политика – за увеличаване на раждаемостта
5. Държавна политика – за намаляване на раждаемостта
6. Такива неща не могат да бъдат планирани
7. Не зная какво е „семеино планиране“

И трите първи отговора са верни: семейното планиране е възможност жените и двойките да реализират правото си да имат желания от тях брой деца през желания от тях интервал между две раждания, като същевременно се запазва и подобрява репродуктивното здраве и хармонията в двойката; това е комплекс от дейности (информация, обучение, услуги, застъпничество и т.н.) с крайна цел опазване на здравето (репродуктивно, сексуално, психосоциално). Семейното планиране не е и не може да бъде държавна политика,

<sup>1</sup> Жените са общо 608, но в таблицата не са включени двовици, разведени, разделени, както и тези, които в момента нямат и които все още не са имали сексуален контакт.

<sup>2</sup> В таблицата не са включени неотговорилите на въпроса, както и избраните отговорите: „Ще родя детето и ще го дам да го гледат родители/роднини“, „Ще родя детето и ще го дам за отглеждане в социален дом“, „Ще взема съвместно решение с партньора ми“, „Друго“, поради незначителния им брой. Това е причината процентите при различните групи жени да са по-малко от 100.

увеличаваща или намаляваща раждаемостта<sup>1</sup>. Държавната политика може единствено да създава условия за пълноценната реализация на споменатото право. Според документите, българската държавна политика в областта на репродуктивното здраве и по-общо – на здравеопазването, би трябвало да създава такива условия. Анализът на документите обаче показва, че в тях са налице значими пропуски, които оказват влияние върху възможността за реализация на това право (Вж. **Приложение 2**).

Изборът на отговорите, препращащи към държавна политика, може да е инерционно – по логиката на „за всичко е отговорна/виновна държавата“, но заедно с това е и индикатор за отказ от лична отговорност – все пак „семејните“, интимните дела се предполага всеки да приема като семеен и/или собствен избор и отговорност.

Изборът на отговора „*Такива неща не могат да бъдат планирани*“ отпраща към едно друго време и нагласи, когато „тези неща“ не са били предмет на обсъждане нито в семејството, нито в публичното пространство; „тези неща“ просто са се случвали когато и колкото.

Изборът на отговора „*Не зная какво е „семејно планиране“*“ не означава непременно, че респондентът не прилага семејно планиране, но все пак е знак или за моментно нежелание да се замисли, или за принципно нежелание да се затормозява с подобни въпроси.

Ако разглеждаме всички респонденти, избралите отговор 4. са 9,4%, отговор 5. 05%, отговор 6. 16,6% и отговор 7. 6,8%. Смущава единствено относително високият дял на избралите отговор 6. „*такива неща не могат да се планират*“ и е важно да разберем какви са лицата, дали този отговор по възраст, по местоживееене, по етнически произход, по образование, пол.

Ако се вгледаме във **възрастовите групи**, отговорът „*такива неща не могат да се планират*“ е избран от:

- 10,0% от респондентите на възраст 14-17 г.,
- 17,3% от респондентите на възраст 18-29 г.,
- 19,3% от респондентите на възраст 30-39 г.,
- 14,9% от респондентите на възраст 40-49 г.

Учудващо е, че тъкмо в най-активната репродуктивна възраст е най-висок дялът на лицата, които смятат, че „*такива неща*“ просто се случват, във и независимо от нашия контрол. Но е обнадеждаващо, че в групата на 14-17 годишните дялът на споделящите това виждане е най-малък в сравнение с всички конструирани по някакъв признак групи респонденти.

– по **местоживееене** отговорът „*такива неща не могат да се планират*“ е избран от:

- 13,7% от живеещите в София;
- 13,5% от живеещите в областен град;
- 17,6% от живеещите в малък град;
- 23,3% от живеещите в село.

Очаквано е увеличаването на дела на избралите този отговор със „смаляването“ на населеното място, но все пак дяловете на споделящите виждането за невъзможност да се избира/планира появата на деца от София и областен град заслужават сериозно внимание.

– по **завършено образование** отговорът „*такива неща не могат да се планират*“ е избран от:

- 11,1% от завършилите висше/полувисше образование;
- 17,9% от завършилите средно/средно специално образование;
- 19,3% от завършилите основно и по-ниско образование.

<sup>1</sup> Вж. „Наръчник на предоставящите услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве“ (Научен редактор проф. Тодор Чернев). София: БАСП, 2006.



По-високото образование все пак повишава вероятността човек да може и да иска да избира и да носи отговорност за изборите си.

– по пол отговорът „такива неща не могат да се планират“ е избран от:

- 15,2% от мъжете;
- 17,9% от жените.

Макар и незначително по-високият дял на жените, които смятат, че „тези неща“ просто се случват, учудва, като се има предвид, че по-голямата част от средствата, предпазващи от забременяване, е възможно да са техен избор – но, с изключение на най-разпространената техника „прекъснат полов акт“ и в известна степен на най-разпространеното средство „презерватив“.

– по етнически произход отговорът „такива неща не могат да се планират“ е избран от:

- 15,4% от българите;
- 27,3% от турците;
- 16,7% от ромите.

Напомним: групите на турците и ромите са относително малки. Ако се абстрахираме от това ограничение, изглежда, че схващането за невъзможността да се контролира репродукцията от участниците в нея е най-разпространено сред турците – най-голям дял в сравнение с всички конструирани по някакъв признак групи респонденти.

Вторият въпрос, който ще разгледаме е: *Последната Ви бременност (на съпругата, партньорката) беше ли планирана?*

**Таблица 13. Каква е последната бременност – пол, възраст, деца**

	Пол		Възраст			Имате ли деца? <sup>1</sup>	
	Мъж	Жена	18-29г.	30-39 г.	40-49 г.	Да	Не
База 1068 (водят сексуален живот)	533	535	334	354	347	646	409
Без отговор	32,5%	18,3%	40,7%	21,5%	10,4%	3,7%	59,2%
Да, и двамата искаме дете	38,6%	50,3%	18,6%	55,1%	62,8%	73,2%	-
Да, но само аз имах желание за дете	0,8%	1,9%	0,6%	1,4%	2,0%	2,2%	-
Да, но само партньорът/ката ми желаеше дете	-	0,2%	0,3%	-	-	0,2%	-
Не, стана случайно	11,4%	14,0%	7,8%	12,1%	19,3%	20,7%	-
Не съм била бременна/не е била бременна	16,7%	15,3%	32,0%	9,9%	5,5%	-	40,8%

Данните са изключително странни – най-вече с високия дял неотговорили, особено в някои подгрупи: на мъжете; на респондентите на възраст 18-29 г.; на респондентите, които нямат деца. От респондентите, които нямат деца, нито една/един не е отговорил/а, че последната бременност е станала случайно! Няма друг въпрос, на който неотговорилите да са толкова висок дял – 25,4% от респондентите, които водят сексуален живот (за сравнение, на въпроса към жените, които водят сексуален живот, „Правили ли сте аборт досега?“ неотговорилите са само 5,8%).

Единственото смислено обяснение на големия брой неотговорили – общо 281 респонденти, е, че ситуацията около въпросната бременност и нейното прекратяване или раждане на детето, но раздяла на родителите, и/или непризнаване на детето от страна на бащата, и/или отказ от детето от страна на майката, е била достатъчно конкретно **травматично преживяване**, към което респондентите не желаят да се връщат.

1 13 души не са отговорили на въпроса дали имат деца.

В подкрепа на това възможно обяснение е и разпределението на неотговорилите по семейно/партньорско отношение:

- 9,6% от тях са в брак,
- 14,6% са в съжителство,
- 28,8% са с партньор, но без съжителство,
- 24,2% нямат отношения, но имат сексуални контакти,
- 14,6%<sup>1</sup> нямат отношения и сексуални контакти (но са имали)

По отношение тъкмо на преживяването, разликата между този въпрос и въпросът за абортите е значима: питането за аборт е по-скоро установяване на факт – имаш-нямаш; един-два-няколко; по желание-по медицински причини; докато питането за последната бременност с възможните опции за отговор препраща към сложната ситуация около нея, с целия комплекс от обстоятелства и последици и цялата съпътстваща ги гама от преживявания.

#### 5.4.Контрацептиви: знание и употреба

Данните относно различните техники и средства, предпазващи от забременяване, като цяло показват, че те се познават в целия им обем, разбира се, за съществуването на някои знаят по-голяма част от анкетираните, а за други – по-малка част от тях (Вж. Таблица 11А и 11Б). В Таблица 11 А и Таблица 11 Б разгледахме най-популярните техники и средства за предпазване от бременност – тук се фокусираме върху непознаването както на тях, така и на другите, включени във въпросника.

Допускам, че респондентите, които не са дали отговор за съответната техника/средство всъщност не я/го познават.

В Таблица 14 включвам и респондентите, които са дали отговор „Знам, но не съм ползвал/а“, защото този отговор би могъл да означава и „чувал/а съм“ – т.е. знам, че съществува, но не познавам спецификата, не знам дали и кога то би било подходящо „за мен“. А познаването на спецификата на различните техники и средства, предпазващи от забременяване, дава възможност за избор на „най-подходящото за мен в съответната възраст и ситуация от живота ми, както и с този конкретен партньор/ка“.

Таблица 14. Познаване на средства/техники против забременяване от мъже и жени

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване?	Мъже	Жени	Общо
База	587	608	1195
<b>Прекъснат полов акт</b>			
Без отговор	2,2%	3,9%	3,1%
Не познавам	4,1%	5,6%	4,9%
Знам, но не съм ползвал/а	18,6%	20,7%	19,7%
<b>Календарен метод</b>			
Без отговор	9,0%	8,4%	8,7%
Не познавам	21,0%	13,3%	17,1%
Знам, но не съм ползвал/а	40,5%	42,3%	41,4%
<b>Влагалищни промивки</b>			
Без отговор	11,8%	8,4%	10,0%
Не познавам	39,0%	21,1%	29,9%
Знам, но не съм ползвал/а	39,7%	45,7%	42,8%

1 Останалите неотговорили са групирани около много малки дялове: вдовец/вдовица, разведен/а, разделени от брак и от съжителство.

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване?	Мъже	Жени	Общо
<b>Презерватив</b>			
Без отговор	2,6%	2,6%	2,6%
Не познавам	1,5%	2,8%	2,2%
Знам, но не съм ползвал/а	19,9%	28,0%	24,0%
<b>Противозачатъчни хапчета</b>			
Без отговор	10,4%	6,1%	8,2%
Не познавам	9,9%	5,1%	7,4%
Знам, но не съм ползвал/а	64,2%	52,5%	58,2%
<b>Спирала</b>			
Без отговор	12,3%	7,2%	9,7%
Не познавам	17,2%	9,4%	13,2%
Знам, но не съм ползвал	63,9%	66,1%	65,0%
<b>Диафрагма</b>			
Без отговор	12,4%	8,4%	10,4%
Не познавам	39,5%	30,9%	35,1%
Знам, но не съм ползвал/а	47,7%	58,7%	53,3%
<b>Гел, крем (спермициген)</b>			
Без отговор	12,1%	8,2%	10,1%
Не познавам	35,3%	30,8%	33,0%
Знам, но не съм ползвал/а	50,9%	57,6%	54,3%
<b>Спешна контрацепция (таблетки след полов акт)</b>			
Без отговор	11,9%	7,1%	9,5%
Не познавам	25,2%	18,4%	21,%
Знам, но не съм ползвал/а	54,7%	56,6%	55,6%

Да вземем един пример – календарният метод. 64,0% от жените не са отговорили, не го познават или не го ползват. Няма как да го ползват, ако не знаят какво е овулация или просто не обръщат внимание на възможността да знаят кога вероятността от забременяване е най-голяма. На въпроса „Знаете ли дните на Вашата овулация?“ отговорите на 608 жени се разпределят така:

- 8,1% „нямам представа, че има такива дни“
- 14,0% „не, все не мога да изчисля (забравям)“
- 12,7% „не, не ми е редовен цикълът“
- 22,2% „да, точно“
- 38,5% „да, но приблизително“
- 4,6% не са отговорили

Следователно, 22,2% жени могат да използват това знание, за да контролират риска от нежелана бременност, а 38,5% - биха могли, но не е ясно доколко контролът би бил ефективен. Но само 17,3% от жените „ползват сега“ този метод.

Така преминаваме и към следваща проверка на заявеното ползване на техники и средства, предпазващи от забременяване – какво е ползвано през последните 12 месеца<sup>1</sup> и при последния полов акт<sup>2</sup>.

1 Процентите са повече от 100, тъй като някои мъже и жени са заявили, че са ползвали повече от едно средство.

2 Процентите са по-малко от 100, тъй като не всички мъже и жени са отговорили. Няма как да не предположим, че неотговорилите не са ползвали.

Данните са потресаващи: 20,5% от мъжете и 17,6% от жените, които водят сексуален живот, са **ползвали** някаква техника/средство, предпазващо от забременяване при последния си полов акт. Освен ако не предположим, че последният полов акт е бил толкова отдавна, че повечето са забравили какво са ползвали, поради което не са отговорили – 40,7% са неотговорилите мъже, 40,3% са неотговорилите жени. А през последните 12 месеца 36,2% от мъжете и 39,8% от жените откровено са заявили, че нищо не са ползвали. Дали за тях да допуснем, че не са имали полов акт?

Толкова по въпроса за знание и ползване: знанието – каквото и да е неговото качество, е едно, а практикуването на това знание – съвсем друго. В следваща част ще разгледаме как не-практикуването на средства, предпазващи от забременяване, а и от полово предавани инфекции, се „врзва“ със страха от забременяване и от полово предавани инфекции при практикуването на полов акт.

Фигура 3



Фигура 4



Фигура 5



Фигура 6



Още малко по въпроса за употребата. Нека да проверим дали употребата на средства, предпазващи от забременяване, варира в зависимост от образованието, възрастта, мястото на живеене, етническия произход:

**– образование**

- **Делът на не ползвалите** никакви предпазни средства през последните 12 месеца не варира в зависимост от образованието;
- **Делът на не ползвалите** никакви предпазни средства при последния полов акт с висше образование е 38,6%, със средно - 40,9% и с основно и по-ниско 42,0%;

**– възраст**

- **Делът на неползвалите** никакви предпазни средства през последните 12 месеца на възраст 18-29 г. е 25,1%, на възраст 30-39 г. - 43,2% и на възраст 40-49 г. - 47,8%;
- **Делът на не ползвалите** никакви предпазни средства при последния полов акт на възраст 18-29 г. е 27,2%, на възраст 30-39 г. - 46,3%, и на възраст 40-49 г. 49,3%;

– тип населено място

- **Делът на неползвалите** никакви предпазни средства през последните 12 месеца, **живеещи в София е 21,8%**, в областен град - 37,4%, в малък град - 43,6% и в село - 49,4%;
- **Делът на не ползвалите** никакви предпазни средства при последния полов акт, **живеещи в София е 23,1%**, в областен град - 41,4%, в малък град - 45,0% и в село - 51,5%;

– етнически произход

- **Делът на неползвалите** никакви предпазни средства през последните 12 месеца от български произход е 35,3%, от турски – 63,0%, от ромски – 46,4%;
- **Делът на не ползвалите** никакви предпазни средства при последния полов акт от български произход е 37,8%, от турски – 63,0%, от ромски – 53,6%<sup>1</sup>.

Все пак, **делът на неползвалите никакви предпазни средства е най-малък сред живеещите в София и на възраст 18-29 години – значително под средното за съвкупността на респондентите, които водят сексуален живот.** Последното е обнадеждаващо – вероятно големият град по различни канали успява да стимулира използването на предпазни средства.

**Защо знанието за съществуването на различни предпазни техники и средства не води до системната им употреба?** Този изключително важен въпрос не може да намери отговор на базата на данните от изследването – може само да се оформят няколко допускания, които е важно да се верифицират с употреба на качествени изследователски методи (дълбочинни интервюта; фокус-групи):

- познаването на техниките и средствата е декларативно, т.е. познавам означава „чувал/а съм“, без знание за спецификата им, сигурността, начина на употреба, страничните влияния, и без собствен опит от тяхното използване;
- споделя се възгледът, че средствата, предпазващи от забременяване, влияят негативно на преживяването на половия акт – внасят елемент на подготовка при търсена и желана спонтанност, отслабват непосредствеността на преживяването, и т.н.

Въпросът *„Кои са най-важните качества на едно средство против забременяване, за да го ползвате редовно – вие или партньорът/ката Ви?“* получава очаквани отговори: най-много респонденти от всички групи са посочили *„сигурна гаранция срещу забременяване“*, а с различен дял в различни групи са *„да не води до вредни за здравето последици“*, *„да предпазва и от болести“*, *„да не пречи на удоволствието (от секса)“*. Заг тези очаквани отговори обаче можем да разчетем някои проблеми, които имат връзка със знанието за средствата, предпазващи от забременяване и съответно с тяхната (не)употреба:

- **сигурността** на средството/техниката не може да е 100% и тъкмо по отношение на нея е важно познаването и употребата на различни средства при различни случаи;
- средството/техниката не водят до **вредни последици**, ако се използват при добра индивидуална преценка и консултация със специалист;
- разпространена е представата, че средството **пречи** на удоволствието при преживяването на половия акт; но най-употребяваната от респондентите техника – прекъснатият полов акт – най-много „пречи“ на пълнотата на преживяването.

1 Но пак ще напомним - обемът на подсъвкупностите на турците и ромите е малък.

## 5.5. Абортът: метод на „контрацепция“?

Този въпрос не е нов и отговорът на него не е неочакван. Когато не се ползват предпазващи средства и се случи бременност има изход: аборт. Както видяхме по-горе (Вж. **Таблица 12**), дяловете на жените, които със сигурност и вероятно биха прибегнали до аборт при неочаквана бременност са 33,8% от живеещите в брак, 23,2% от живеещите в съжителство, 17,1% от имащите партньор без съжителство, 28,9% от имащите сексуален контакт без постоянен партньор. Тук се интересуваме от 2 въпроса:

1. **Има ли връзка между знанието за и ползването на средства, предпазващи от забременяване, и случил се аборт?** Допускането ми е, че жените, преживели аборт, ще бъдат по-внимателни и по-голям дял от тях ще ползват предпазни средства.

**Таблица 15 Знание и употреба на средства/техники против забременяване и аборт**

Ползвате ли някои от следните средства/техники против забременяване?	Правили ли сте аборт досега?				Общо
	Без отговор	Да	Не	Не съм забременявала	
	<b>33</b>	<b>160</b>	<b>249</b>	<b>93</b>	<b>535</b>
<b>Прекъснат полов акт</b>					
Знам, но не съм ползвала	33,3% <sup>1</sup>	9,4%	13,7%	28,0%	16,1%
Ползвам сега	24,2%	45,6%	52,2%	40,9%	46,5%
<b>Календарен метод</b>					
Знам, но не съм ползвала	39,4%	38,1%	41,4%	53,8%	42,4%
Ползвам сега	3,0%	14,4%	25,3%	19,4%	19,6%
<b>Влагалищни промивки</b>					
Знам, но не съм ползвала	39,4%	43,8%	46,2%	55,9%	46,7%
Ползвам сега	3,0%	13,1%	13,7%	9,7%	12,1%
<b>Презерватив</b>					
Знам, но не съм ползвала	24,2%	25,0%	21,7%	12,9%	21,3%
Ползвам сега	21,2%	28,8%	29,7%	61,3%	34,4%
<b>Противозачатъчни хапчета</b>					
Знам, но не съм ползвала	42,4%	40,6%	50,6%	64,5%	49,5%
Ползвам сега	9,1%	8,1%	8,8%	12,9%	9,3%
<b>Спирала</b>					
Знам, но не съм ползвала	54,5%	50,6%	69,9%	87,1%	66,2%
Ползвам сега	-	12,5%	8,4%	3,2%	8,2%

И още: на въпроса „*Последната Ви бременност беше ли планирана?*“ - 31,9% от жените, които са правили аборт, и само 8,8% от жените, които не са правили аборт, отговарят „*Не, стана случайно*“.

Както се вижда от данните в **Таблица 15**, а и сравнявайки ги с данните в **Таблица 14**, дялът на познаващите, но без опит от съответното средство/техника, е голям, а на ползващите „сега“ – малък, особено по отношение на ползването на презерватив и на противозачатъчни хапчета. Но тук ни интересува дали се увеличава дялът на ползващите някакво/и средство/а, след преживян аборт. Данните не потвърждават хипотезата: дялът на ползващите някакво средство/техника и имащи в миналото аборт е по-малък от дяловете на тези, които нямат аборт и които не са били бременни – с едно изключение спирала, но дяловете на ползващите са малки; а дялът на ползващите презерватив жени,

1 Процентите за всяко от средствата/техниките са по-малко от 100, защото не са включени респондентите, които не са отговорили, и които са отговорили с „знам, но не съм ползвала“ и „не познавам тази техника/средство“.

които не са били бременни е повече от два пъти по-висок от дяловете на жените от другите две групи, които ползват това средство; дялт на жените, които не са били бременни и ползват прекъснат полов акт е значително по-малък от дяловете на жените от другите две групи, които ползват тази техника – а това е най-използваната от тях техника.

Като имаме предвид, че презервативът е едно от най-сигурните средства, а прекъснатият полов акт – една от най-несигурните техники, налага се изводът, че **преживеният аборт не прави жените по-внимателни и по-използващи предпазващи средства**. Разбира се, може да се възрази – освен че подгрупите са малки, и че по-голям дял жени на възраст 40-49 г. – 51,1%, на възраст 30-39 г. – 28,7% са правили аборт в сравнение с жените на възраст 18-29 г. – 12,9%. Т.е. че жените на възраст 40-49 г. вече няма защо да се предпазват.

Така стигаме до втория въпрос.

**2. Има ли връзка между случил се вече аборт и сигурност/вероятност за прибягването до него, ако настъпи неочаквана/нежелана бременност?** Тук хипотезата е, че веднъж преживялата аборт жена (без последици за репродуктивното здраве, и въпреки всички евентуални негативни емоции около него) по-лесно се решава на следващ – т.е. който е направил аборт, пак ще направи, и така абортът се превръща в нещо като „контрацептив“ – „предпазване“ от бременността, когато тя вече се е случила.

**Таблица 16. Справяне с неочаквана бременност и преживян аборт**

В случай, че скоро забременеете непланирано, какво бихте направили?	Правили ли сте аборт до сега?				Общо
	Без отговор	Да	Не	Не съм била бременна	
База	<b>33</b>	<b>160</b>	<b>249</b>	<b>93</b>	<b>535</b>
Без отговор	30,3%	2,5%	4,0%	2,2%	4,9%
Ще родя детето и ще си го гледам	33,3%	28,1%	57,0%	52,7%	46,2%
Ще родя детето и ще го дам за отглеждане в социален дом	3,0%	0,6%	-	-	0,4%
Вероятно ще направя аборт	15,2%	26,9%	11,6%	11,8%	16,4%
Със сигурност ще направя аборт	3,0%	28,1%	8,4%	4,3%	13,3%
Ще оставя партньорът ми да реши	3,0%	3,1%	5,6%	2,2%	4,1%
Не знам	12,1%	10,0%	12,0%	24,7%	13,6%
Ще взема съвместно решение с партньора ми	-	-	0,8%	2,2%	0,7%
Друго	-	0,6%	0,4%	-	0,4%

И още: на въпроса „*Последната Ви бременност беше ли планирана?*“ - 32,7% от жените, които 1-2 пъти са правили аборт по желание, 40,0% от жените, които повече от 2 пъти са правили аборт по желание, и 23,5% от жените, които имат аборт, но не по желание, отговарят „*Не, стана случайно*“.

**Има основания да приемем, че данните потвърждават хипотезата: веднъж направен, абортът по-скоро отслабва вниманието на жената върху предпазването, а рискът той да се повтори при следваща неочаквана/непланирана бременност нараства.**

## 5.6. Рисково сексуално поведение

Като лица с рисково сексуално поведение разпознаваме лицата, които „често“ или „няколко пъти“ са имали:

1. сексуален контакт със случаен партньор;
2. полов акт под влияние на алкохол или друго психоактивно вещество, за който по-късно съжаляват;
3. сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период.

При първия случай е възможно респондентите да разбират по различен начин „случаен“: случаен партньор може да е всеки, различен от постоянния партньор или съпруга/та, но той/тя изобщо да не е „случаен“, а добре познат приятел, колега; случаен партньор може да е и напълно непознат до момента на срещата човек. Във втория случай респондентите могат по различен начин да разбират „съжалявам“: съжалявам, че съм се изложил на риск; съжалявам, че не помня какво точно се е случило; съжалявам, че не съм се представил/а добре; и т.н. Въпреки тези различни възможности за интерпретация, нека се опитаме да очертаем профил на лицата с рисково сексуално поведение. Привеждам и отговорите „един-два пъти“ и „един единствен път“, за да сравним дела на лицата с рисково **поведение** с дела на лицата, **инцидентно изложени на риск**.

**Средни стойности** за изследваните лица, които водят сексуален живот са:

1. *случаен сексуален контакт*: 5,9% „много пъти“; 17,1% „няколко пъти“, 19,8% „един-два пъти“;
2. *сексуален акт под влияние на психоактивно вещество*, за който се съжалява: 3,4% „много пъти“; 10,4% „няколко пъти“, 17,2% „един-два пъти“;
3. *сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период*: 1,6% „често“; 14,4% „няколко пъти“, 9,7% „един единствен път“.

Проследяваме дяловете, които надвишават средните стойности за съвкупността:

– по възраст<sup>1</sup>:

### 1. случаен сексуален контакт

- 6,0% на 18-29 г., **7,9% на 30-39 г.**, 4,0% на 40-49 г. са имали „много пъти“,
- **21,3% на 18-29 г.**, 14,7% на 30-39 г., 14,4% на 40-49 г. са имали „няколко пъти“;
- **22,5% на 18-29 г.**, 16,7% на 30-39 г., 19,0% на 40-49 г. са имали „един-два пъти“;

### 2. сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалява

- 2,4% на 18-29 г., **4,8% на 30-39 г.**, 2,9% на 40-49 г. са имали „много пъти“,
- **14,4% на 18-29 г.**, 9,9% на 30-39 г., 6,9% на 40-49 г. са имали „няколко пъти“;
- **18,6% на 18-29 г.**, 17,8% на 30-39 г., 15,6% на 40-49 г. са имали „един-два пъти“;

### 3. сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период

- на 0,6% на 18-29 г., 1,7% на 30-39 г., **2,3% на 40-49 г.** „често ми се случва“,
- на 13,8% на 18-29 г., **16,1% на 30-39 г.**, 13,5% на 40-49 г. се е случвало „няколко пъти“;
- на **11,4% на 18-29 г.**, 8,2% на 30-39 г., 8,9% на 40-49 г. се е случило „един единствен път“;

Би трябвало да приемем, че поколението на 18-29 годишните са с **потенциално рисково поведение**, въпреки че по-малък дял от тях в сравнение с групата на 30-39 годишните дават отговор „много пъти“, доколкото времевият период на сексуалния им живот е по-къс.

– по пол:

### 1. случайни сексуални контакти

- **9,8% от мъжете**, 2,1% от жените са имали „много пъти“,

<sup>1</sup> Всички данни в тази част се отнасят до лицата, които водят сексуален живот.



- **25,1% от мъжете**, 9,2% от жените са имали „няколко пъти“;
  - **25,5% от мъжете**, 14,0% от жените са имали „един-два пъти“;
2. *сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалева*
- **5,3% от мъжете**, 1,5% от жените са имали „много пъти“;
  - **14,3% от мъжете**, 6,5% от жените са имали „няколко пъти“;
  - **25,5% от мъжете**, 9,0% от жените са имали „един-два пъти“;
3. *сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период*
- на **2,4% от мъжете**, 0,7% от жените се е случвало „често“;
  - на **20,6% от мъжете**, 8,2% от жените се е случвало „няколко пъти“;
  - на **11,8% от мъжете**, 7,7% от жените се е случило „един единствен път“;

Данните са категорични: **2-3 пъти е по-голяма вероятността мъж, в сравнение с жена, да има рисково поведение.**

– по тип населено място:

1. *случайни сексуални контакти*

- **8,7% от живеещите в София**, 5,8% в областен град, 3,7% в малък град, 5,4% в село са имали „много пъти“;
- **25,3% от живеещите в София**, 16,2% в областен град, 13,3% в малък град, 14,2% в село са имали „няколко пъти“;
- **20,5% от живеещите в София**, **22,5% в областен град**, 17,9% в малък град, 16,3% в село са имали „един-два пъти“;

2. *сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалева*

- **4,8% от живеещите в София**, 3,1% в областен град, 1,8% в малък град, **3,8% в село** са имали „много пъти“;
- **13,1% от живеещите в София**, 9,9% в областен град, **11,5% в малък град**, 7,5% в село са имали „няколко пъти“;
- 17,0% от живеещите в София, 17,3% в областен град, 14,7% в малък град, **19,7% в село** са имали „един-два пъти“;

3. *сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период*

- на 1,7% от живеещите в София, **1,8% в областен град**, 0,9% в малък град, 1,7% в село се е случвало „често“;
- на **22,3% от живеещите в София**, **15,2% в областен град**, 8,7% в малък град, 10,9% в село се е случвало „няколко пъти“;
- на **10,5% от живеещите в София**, **12,0% в областен град**, 9,2% в малък град, 5,9% в село се е случило „един единствен път“;

**Макар и не със значителни разлики, делът на жителите на София с рисково поведение е по-голям от дела на жителите на другите типове населени места.**

– по образование:

1. *случайни сексуални контакти*

- 3,7% с висше, **6,2% със средно**, **7,7% с основно** и по-ниско са имали „много пъти“;
- **19,1% с висше**, 16,0% със средно, **17,4% с основно и по-ниско** са имали „няколко пъти“;
- **20,5% с висше**, 18,9% със средно, **21,3% с основно и по-ниско** са имали „един-два пъти“;

2. *сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалева*

- 1,7% с висше, 3,4% със средно, **5,3% с основно и по-ниско** са имали „много пъти“;
- 8,7% с висше, **10,7% със средно**, **12,1% с основно и по-ниско** са имали „няколко пъти“;
- 11,7% с висше, **18,9% със средно**, **20,8% с основно и по-ниско** са имали „един-два пъти“;

### 3. сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период

- на 1,3% с висше, 1,6% със средно, **1,9% с основно и по-ниско** се е случвало „често“;
- на 13,1% с висше, **15,5% със средно**, 13,0% с основно и по-ниско се е случвало „няколко пъти“;
- на **11,1% с висше**, 8,7% със средно, **10,6% с основно и по-ниско** се е случило „един единствен път“;

По-голям, макар и не значително, е дялът на хората с рисково поведение сред имащите основно и по-ниско образование.

#### – по етнически произход

##### 1. случайни сексуални контакти

- 5,8% българи, 1,1% турци, **12,5% роми** са имали „много пъти“;
- **17,4% българи**, 13,0% турци, **21,4% роми** са имали „няколко пъти“;
- **20,5% българи**, 10,9% турци, **21,4% роми** са имали „един-два пъти“;

##### 2. сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалева

- **3,0% българи**, **1,1% турци**, **8,9% роми** са имали „много пъти“;
- **10,3% българи**, **8,7% турци**, **14,3% роми** са имали „няколко пъти“;
- **16,7% българи**, **22,8% турци**, **21,4% роми** са имали „един-два пъти“;

##### 3. сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период

- на 1,5% българи, **2,2% турци**, **3,6% роми** се е случвало „често“;
- на **15,0% българи**, 5,4% турци, **19,6% роми** се е случвало „няколко пъти“;
- на 9,6% българи, 9,8% турци, **10,7% роми** се е случило „един единствен път“;

Дялът на ромите с рисково поведение е по-висок от дела на българите и особено от дела на турците.

Може да очертаем следните профили:

1. Най-склонни към сексуален контакт със случаен партньор са мъже от София, с основно и по-ниско образование, на възраст 18-39 години<sup>1</sup>.
2. Най-склонни към сексуален акт под влияние на психоактивно вещество, за който по-късно се съжалева, са мъже от София, но и от малко населено място, с основно и по-ниско образование, на възраст 18-39 г., от български и ромски произход.
3. Най-склонни към сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период са мъже от областен град, със средно и по-ниско образование, на възраст 30-49 г., от ромски и български произход.

Значително по-голям дял от мъжете, които са отговорили с „много пъти“ и „често“ на въпросите за така определеното рисково сексуално поведение, смятат, че „редовен сексуален живот“ означава „да имам сексуални контакти всеки ден“:

1. 53,8% от „много пъти“ ималите случайни сексуални контакти, срещу 25,3% от „никога не ми се е случвало“;
2. 57,1% от „много пъти“ осъществилите полов акт под влияние на психоактивно вещество, за който се съжалева, срещу 25,8% от „никога не ми се е случвало“;
3. 61,5% от „често“ поддържалите сексуални отношения с няколко партньора в един и същ времеви период, срещу 27,2% от „не бих могъл да имам такава връзка“.

<sup>1</sup> Тук не вземам предвид етническия произход, тъй като дяловете на живеещите в София анкетираните турци и роми са много малки.

Вероятно трябва да допуснем, че мъжете с рисково поведение са най-вече онези, които имат изключително високо либидо, което трудно контролират, и лесно намират „обект“ на сексуален интерес в големия град. Малко по-голям е дялът от тях, които редовно (при всеки полов акт) използват средство, предпазващо от забременяване, но и в трите случая е под 50%.

## 5.7. Страхът

Тук се интересуваме от връзката между **неупотребата** – не прилагането на знанието за съществуващите методи и средства за предпазване от забременяване и от полово предавани инфекции – и **страха** от забременяване и от полово предавани инфекции. Ясно е, че страхът е нежелан и нежелателен „елемент“ на сексуалното преживяване. Доколко обаче той е „елемент“ – какъв е дялът на преживяващи (и) страх, когато се предполага да изживеят сексуално удоволствие? И има ли връзка между страх и (не) употреба на предпазващи средства? Ако има – каква е тя: ако страхът е „предварителен“, употребяват се средства и се елиминира/минимизира страхът; ако няма „предварителен“ страх, не се употребяват средства?

*„Изпитвате ли страх от забременяване, когато правите секс“*

- 3,4% от мъжете и 6,5% от жените „много“ се страхуват,
- 16,3% от мъжете и 20,6% от жените „по-скоро“ се страхуват.

*„Изпитвате ли страх от болести, предавани по полов път, когато правите секс?“*

- 7,9% от мъжете и 14,2% от жените „много“ се страхуват,
- 24,2% от мъжете и 20,6% от жените „по-скоро“ се страхуват.

Дялът на страхувачите се е по-висок в групата на 18-29 годишните (стойностите са над средните за цялата съвкупност).

Тези данни показват единствено, че въпросът за страха заслужава внимание, доколкото е пряко свързан с психичния/емоционалния аспект на сексуалното и репродуктивно здраве.

А сега да видим има ли връзка между преживяването на страх по време на секс и употребата на предпазни средства, и ако има връзка – каква е тя?

**Таблица 17 А Средства предпазващи от забременяване и страх при МЪЖЕТЕ**

През последните 12 месеца използвате ли средства против забременяване?“	„Изпитвате ли страх от забременяване, когато правите секс?“					Общо
	Без отговор	Много се страхувам	По-скоро се страхувам	По-скоро не се страхувам	Изобщо не се страхувам	
База	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>87</b>	<b>214</b>	<b>180</b>	<b>533</b>
Без отговор	58,8%	5,6%	1,1%	1,9%	6,7%	7,1%
Редовно – при всеки сексуален акт	14,7%	66,0%	33,3%	41,1%	25,0%	33,3%
Нередовно – не при всеки акт	-	16,7%	33,3%	26,2%	19,4%	23,1%
Не използвам/е	26,5%	11,1%	32,2%	30,8%	48,9%	36,2%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Таблица 17 Б. Средства предпазващи от забременяване и страх при ЖЕНИТЕ**

„През последните 12 месеца използвате ли средства против забременяване?“	„Изпитвате ли страх от забременяване, когато правите секс?“					Общо
	Без отговор	Много се страхувам	По-скоро се страхувам	По-скоро не се страхувам	Изобщо не се страхувам	
База	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>110</b>	<b>169</b>	<b>198</b>	<b>535</b>
Без отговор	65,2%	2,9%	0,9%	2,4%	2,0%	4,7%
Редовно – при всеки сексуален акт	4,3%	45,7%	44,5%	32,5%	32,8%	34,8%
Нередовно – не при всеки акт	-	22,9%	30,9%	27,2%	11,6%	20,7%
Не използвам/е	30,4%	28,6%	23,6%	37,9%	53,5%	39,8%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%

И при мъжете, и при жените, които „много“ и „по-скоро“ се страхуват, делът на ползващите средства „редовно“ е по-голям, отколкото при онези, които „по-скоро“ и изобщо не се страхуват; съответно при първите делът на неползващите предпазни средства е значително по-малък, отколкото при вторите. Но все пак дяловете на „много“ страхуващите се са относително малки, за да бъдем по-категорични. При наличните данни, по-скоро бих казала, че около 1/4 от страхуващите се мъже и жени, въпреки страха си не вземат предпазни мерки и съответно страхът отслабва сексуалното удоволствие или ги обзема след него.

По-голям е делът на мъжете, и на жените, които се страхуват от полово предавани инфекции – в сравнение със страхуващите се от забременяване. При мъжете това означава намаляване на относителния дял на не ползващите предпазни средства, но при жените този дял се увеличава – близо 1/3 от страхуващите се жени, въпреки страха си не ползват предпазни средства.

**Таблица 18 А. Средства предпазващи от полово предавани инфекции и страх при МЪЖЕТЕ**

„През последните 12 месеца използвате ли средства против забременяване?“	„Изпитвате ли страх от болести, предавани по полов път, когато правите секс?“					Общо
	Без отговор	Много се страхувам	По-скоро се страхувам	По-скоро не се страхувам	Изобщо не се страхувам	
База	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>129</b>	<b>180</b>	<b>148</b>	<b>533</b>
Без отговор	61,8%	4,8%	1,6%	2,2%	6,1%	7,1%
Редовно – при всеки сексуален акт	14,7%	50,0%	34,9%	40,6%	23,6%	33,6%
Нередовно – не при всеки акт	-	31,0%	27,1%	27,2%	17,6%	23,1%
Не използвам/е	23,5%	14,3%	36,4%	30,0%	52,7%	36,2%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Таблица 18 Б. Средства предпазващи от полово предавани инфекции и страх при ЖЕНИТЕ**

„През последните 12 месеца използвате ли средства против забременяване?“	„Изпитвате ли страх от болести, предавани по полов път, когато правите секс?“					Общо
	Без отговор	Много се страхувам	По-скоро се страхувам	По-скоро не се страхувам	Изобщо не се страхувам	
База	26	76	110	171	152	535
Без отговор	57,7%	1,3%	0,9%	2,9%	2,0%	4,7%
Редовно – при всеки сексуален акт	7,7%	44,7%	37,3%	32,7%	34,9%	34,8
Нередовно – не при всеки акт	7,7%	23,7%	30,9%	21,1%	13,8%	20,7%
Не използвам/е	26,9%	30,3%	30,9%	43,3%	49,3%	39,8%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Разбира се, когато сексът е между постоянни партньори, които имат доверие един в друг, те в по-голяма степен „изобщо не се страхуват“.

Повече са страхуващите се сред мъжете и жените, които „много пъти“ са имали случайни сексуални контакти, но дяловете – особено при жените – са твърде малки.

## 6. Репродуктивни нагласи и репродуктивно поведение.

### Децата: желание и реалност

Колко деца е „нормално“ да има съвременното семейство? Представата на респондентите за нормата е ориентирана на желанието за определен брой деца – разминаването между тях е индикатор за наличието на обстоятелства, които „преобразуват“ нормата в „нормазамен“; отклонението на реалния от желан брой деца е индикатор за обстоятелства, които се явяват пречка за реализация на „моего“ желание. Ще се съсредоточим върху разминаването и отклоненията, ще се опитаме да идентифицираме причините, които ги пораждават. Но първо да видим каква е нормата, според интервюираните лица по пол.

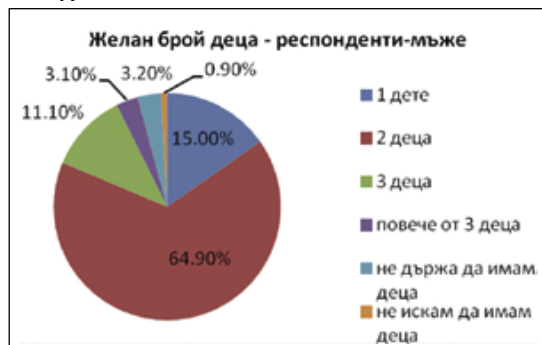
**Фигура 7**



**Фигура 8**



**Фигура 9**



**Фигура 10**



### Разминаването между норма и желание:

- повече са и мъжете, и жените, които желаят да имат едно дете, от мъжете и жените, които смятат, че в съвременното семейство „трябва“ да има едно дете;
- по-малко са и мъжете, и жените, които желаят да имат две и три деца, от мъжете и жените, които смятат, че в съвременното семейство „трябва“ да има две и три деца
- повече са и мъжете, и жените, които желаят да имат повече от три деца, от мъжете и жените, които смятат, че в съвременното семейство „трябва“ да има повече от три деца;
- повече са и мъжете, и жените, които не държат да имат деца, от мъжете и жените, които смятат, че съвременното семейство може и без деца;
- повече са и мъжете, и жените, които не искат да имат деца, от мъжете и жените (0), които смятат, че съвременното семейство е „по-добре“ без деца.

Едно от обстоятелствата, които могат да „преобразуват“ нормата „за мен“ така, **че да искам по-малко деца, отколкото приемам, че е „нормално“**, е (вече настъпила) невъзможност да имам деца – тя може да е обективна (да не мога (вече) да имам дете), но и субективна (възможно е да не желая да имам (повече) деца, защото съм загубил/а или не мога да бъда с любимия човек; не желая да имам (повече) деца, защото ми е непосилно да се справям с живота си/с тяхното отглеждане; не желая да имам повече деца, защото съм „на възраст“<sup>1</sup>; и т.н.). Т.е. реална или преживявана невъзможност преобразува и/или „оправдава“ желанието ми да се отклоня от нормата. Няма как да проверя това допускане с наличните данни.

Едно от обстоятелствата, които могат да „преобразуват“ нормата „за мен“ така, че да искам повече деца, отколкото приемам, че е „нормално“, е мисленето на „нормалното“ като практически вярно за хората-сега, а желаното от „мен“ като проект – „аз искам“ някога в бъдещето да имам повече от „нормалното за хората около мен“ деца. Това допускане може да проверя донякъде чрез разпределението на „нормата“ и на „желанието“ на респондентите по възрастови групи, а след това да потърсим разминаването между реалния и желания брой деца – при респондентите, които имат деца.

**Таблица 19. Представата за „нормата“ на децата в съвременното семейство по възрастови групи**

„Колко деца трябва да има в едно съвременно семейство?“	Възраст				Общо
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	
База	100	382	357	356	1195
Без отговор	-	0,5%	0,6%	1,7%	0,8%
Едно	15,0%	10,7%	8,7%	6,2%	9,1%
Две	71,0%	73,0%	70,6%	78,7%	73,8%
Три	11,0%	13,4%	16,0%	11,5%	13,4%
Повече от три	1,0%	1,6%	2,0%	1,4%	1,6%
Може и без деца/не държа да имам деца	2,0%	0,8%	2,0%	0,6%	1,2%
По-добре без деца, не искам да имам деца	-	-	0,3%	-	0,1%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%

1 Средната възраст, на която жените-респонденти биха се решили да имат дете е 33,43 г., а мъжете-респонденти – 36,75 години. Най-висока е средната възраст при респондентите на възраст 40-49 г. – 38,08 г., но и тя вече е преминала за тях. Средната възраст при респондентите от български произход и при тези с висше образование е по-висока – съответно 35,37 г. и 37,08 години.

**Таблица 20. Желан брой деца по възрастови групи**

„Вие лично колко деца желаете да имате?“	Възраст				Общо
	14-17 г.	18-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	
База	100	382	357	356	1195
Без отговор	4,0%	0,8%	1,1%	2,8%	1,8%
Едно	18,0%	15,2%	19,0%	14,0%	16,2%
Две	66,0%	68,6%	57,4%	66,9%	64,5%
Три	5,0%	12,0%	16,2%	9,6%	12,0%
Повече от три	3,0%	1,3%	3,4%	2,8%	2,5%
Може и без деца/не държа да имам деца	3,0%	1,8%	2,2%	2,2%	2,2%
По-добре без деца, не искам да имам деца	1,0%	0,3%	0,6%	1,7%	0,8%
Общо	100%	100%	100%	100%	100%

Не се потвърждава допускането, че желанието за повече деца от „нормата“ е по-скоро на респондентите, които имат време да реализират това свое желание в бъдеще:

- единствено във възрастовите групи 30-39 г. и 40-49 г. делят на желанието за повече от три деца е по-голям от дела на „нормата“ за повече от три деца;
- единствено във възрастовата група на 30-39 г. делят на желанието за три деца е по-голям от дела на „нормата“ за три деца, но с пренебрежимите 0,2%;
- във всички възрастови групи делят на желанието за две деца е по-малък от дела на „нормата“ за две деца;
- във всички възрастови групи желанието за едно дете е значително по-голям от дела на „нормата“ за едно дете.

**Разминаването между желание и реалност:**

648 души (54,2%) от респондентите имат деца; 532 души (44,5%) нямат деца, 15 души (1,3%) не са отговорили на въпроса.

От респондентите, които имат деца (648 души), 45,1% имат едно дете, 47,4% - две деца, 6,2% - три деца, 1,4% - повече от три деца.

Нека да видим колко деца имат респондентите, които желаят да имат едно, две, три и повече от три деца.

**Таблица 21А. Актуален брой деца и желан брой деца на респондентите-мъже<sup>1</sup>**

А колко деца имате?	Вие лично колко деца желаете да имате?			
	Едно	Две	Три	Повече от три
База	88	381	65	18
Без отговор	-	0,8%	1,5%	-
Едно	44,3%	19,4%	10,8%	11,1%
Две	-	31,0%	24,6%	27,8%
Три	-	0,8%	20,0%	5,6%
Повече от три	-	0,3%	2,5%	11,1%
Нямам деца	55,7%	47,8%	41,5%	44,4%
Общо	100%	100%	100%	100%

<sup>1</sup> Изключвам от таблицата лицата, които не са дали отговор колко деца желаят да имат – 11 души; лицата, които са дали отговор „Може и без деца/не държа да имам деца“ (19 души); и лицата, които са дали отговор „По-добре без деца, не искам да имам деца“ (5 души) – последните две групи лица или не са дали отговор колко деца имат, или са отговорили, че нямат деца.

При респондентите-мъже, разминаването между желан и актуален брой деца е значително:

- значителни са дяловете на мъжете, които (все още?) нямат деца, а желаят да имат;
- най-близко до желаното са мъжете, които желаят едно дете – но пък повече от половината (все още?) нямат дете;
- най-нереализирано е желанието на мъжете, които желаят повече от три деца – но пък общият им брой е твърде малък;
- малки са дяловете на мъжете, които искат по-малко деца, отколкото имат – но трябва да имаме предвид, че е изключително трудно да признаеш, че последното родено вече дете е било нежелано.

**Таблица 21Б. Актуален брой деца и желан брой деца на респондентите-жени<sup>1</sup>**

А колко деца имате?	Вие лично колко деца желаете да имате?			
	Едно	Две	Три	Повече от три
База	106	390	78	12
Без отговор	-	1,0%	-	-
Едно	50,9%	25,6%	16,7%	8,3%
Две	0,9%	34,6%	29,5%	25,0%
Три	-	1,5%	19,2%	16,7%
Повече от три	-	-	1,3%	33,3%
Нямам деца	48,1%	37,2%	33,3%	16,7%
Общо	100%	100%	100%	100%

- значително по-малки са дяловете на жените, които (все още?) нямат деца, а желаят да имат, от съответните дялове на мъжете;
- най-близко до желаното са жените, които желаят едно дете;
- най-нереализирано (засега?) е желанието на жените, които желаят три деца;
- малки са дяловете на жените, които желаят по-малко деца, отколкото имат – но трябва да имаме предвид, че за жените е още по-трудно да признаят, че последното родено вече дете е било нежелано.

Последният въпрос, на който ще се спрем, е обяснението на самите респонденти за причините, поради които имат по-малко деца, отколкото желаят.

**Таблица 22 Причини респондентите – мъже и жени, да имат по-малко деца, отколкото желаят**

Ако имате по-малко деца, отколкото желаете, или изобщо нямате, какви са причините?	Пол		Имате ли деца?	
	Мъж	Жена	Да	Не
1. Финансови причини <sup>1</sup>	13,1%	13,5%	16,8%	9,2%
2. Здравословни причини	4,6%	9,7%	7,9%	6,2%
3. Не съм семейна/семеен	7,7%	3,9%	0,3%	12,4%
4. Още съм млад/а	6,5%	4,4%	0,5%	11,7%
5. Моментът не е подходящ	4,3%	3,1%	3,5%	3,8%
6. Несигурност в партньорите	4,3%	3,1%	1,5%	6,4%
7. Още уча	2,0%	2,8%	0,2%	5,1%
8. Липса на желание	2,7%	1,5%	1,7%	2,6%

1 Изключвам от таблицата лицата, които не са дали отговор колко деца желаят да имат – 10 души; лицата, които са дали отговор „Може и без деца/не държа да имам деца“ (7 души); и лицата, които са дали отговор „По-добре без деца, не искам да имам деца“ (5 души) – последните две групи лица са отговорили, че нямат деца, с изключение на една жена, която не иска да има деца, но има едно дете.

2 Отговорите са дадени от самите респонденти и при обработката не са типологизирани. Респондентите са имали възможност да посочват до три причини. Подреждането на отговорите следва в низходящ ред дела на посочилите ги респонденти. В таблицата са включени отговорите, дадени от поне 1% респонденти.



Ако имате по-малко деца, отколкото желаете, или изобщо нямате, какви са причините?	Пол		Имате ли деца?	
	Мъж	Жена	Да	Не
9. Все още не съм готов/а да поема такава отговорност	2,2%	1,5%	0,3%	3,6%
10. Липса на партньор	1,4%	1,8%	0,2%	3,2%
11. Възрастен/възрастна съм	1,2%	1,3%	1,1%	1,5%
12. Кариера/липса на време	0,3%	1,8%	0,5%	1,9%
13. Репродуктивни проблеми	1,2%	0,8%	0,2%	2,1%
14. Лоша държавна политика за подпомагане на раждаемостта	1,2%	0,8%	1,7%	0,2%

Първото място на „финансови причини“ не изненадва, но второто място на „здравословни причини“ е обезпокоително – а към тях трябва да добавим и „репродуктивни проблеми“. Големите дялове на респондентите, които нямат деца, посочили като причини за това 3, 4, 7, 9, 10 – особено ако ги съберем, за което има основание – отправят към бъдещото им преодоляване: в бъдеще лицата не ще бъдат вече толкова млади, ще се изучат, ще имат партньор/ще бъдат семейни, и (вероятно) ще се окажат готови да поемат отговорността. Т.е. от гледна точка на личната ситуация на респондентите, перспективата да имат деца/да имат толкова деца, колкото желаят изглежда благоприятна.

В известен смисъл потвърждение на това допускане е, че значително повече респонденти са посочили финансовите причини в отговор на въпроса „В днешно време се раждат по-малко деца. Кои са най-важните причини според Вас?“ – 53,0% респонденти-мъже и 56,6% респонденти-жени; 55,1% респондентите, които имат деца и 54,7% респонденти, които нямат деца. На второ място е „безработица“ (което е ако не идентично, то е близко до „финансови причини“) – посочена от 17,4% респонденти-мъже и от 14,3% респонденти-жени; от 18,4% респонденти, които имат деца и от 13,2% респонденти, които нямат деца. На трето място е „лоша държавна политика за подпомагане на раждаемостта“ – посочена от 11,6% респонденти-мъже и 11,7% респонденти-жени; от 14,8% респонденти, които имат деца и от 8,1% респонденти, които нямат деца. Т.е. това са публично валидните причини/обяснение за понижаването на раждаемостта в България, а личната ситуация е значително различаваща се и по-сложна, разбира се. Няма никаква гаранция, например, че след време вместо да оползотворят посочената по-горе „благоприятна перспектива“, лицата няма да се окажат в неблагоприятната ситуация на безработни с ограничени финансови средства.

## Заклучение: Обобщени изводи и препоръки

Тази част има за цел единствено да подчертае някои безспорни изводи от направения анализ, които могат да послужат като основа за формиране на национални политики и на конкретни действия на различни НПО.

1. Най-близо до типа пациент, който е загрижен за своето здраве и подхожда отговорно към здравната профилактика, който търси и намира специализирана медицинска помощ при здравни и сексуални проблеми, е: жена с български произход, висше образование, живееща в столицата, на възраст 40-49 години. Най-силният елемент от оформилния се тип „загрижен за тялото и здравето си пациент в репродуктивна възраст“ е висшето (и полувисшето) образование.
2. **Ниско равнище на усвояване на профилактични практики** (профилактичен гинекологичен преглед, цитонамазка, системна проверка на гърдите) **от всички групи жени, но значително повече сред жените, живеещи в села и малки градове, както и сред жени с основно и по-ниско образование.**
3. Регистрираното състояние на здравната и в частност на сексуалната култура изисква **системни действия за превръщането на знанието за...** (профилактични прегледи, изследвания и процедури; средства предпазващи от забременяване и от полово предавани инфекции; семейно планиране) **в профилактични практики на българските граждани.** Имам предвид както необходимост от системно излъчвани медийни послания (като елемент на национална политика), така и синхронизирани действия на НПО, които работят по тези проблеми в различни региони и с различни целеви групи. Тук бих посочила и необходимостта от въвеждане на подходяща форма на здравно и сексуално образование в средното училище: едва 26,9,0% от респондентите са участвали в някаква форма на здравно и сексуално образование, но 63,8% от тях са категорични, че е необходимо учениците да се обучават в сферата на сексуалното здраве, а още 21,0% смятат, че е „по-скоро“ необходимо.
4. Данните от настоящото представително проучване **не са в състояние да верифицират по безспорен начин разпространената представа за значително спадане на възрастта, в която се започва сексуален живот,** а още по-малко – за наличието на трайна тенденция. За да се установи това, е необходимо провеждането на лонгитюдно изследване през интервал от 5 или поне от 10 години<sup>1</sup>. **Но опровергават разпространеното мнение, че по-рано полово съзряващите момичета по-рано осъществяват полов контакт.** Делът на момчетата-мъже, които са осъществили първия си полов контакт на възраст до 16 г., е по-голям от дела на момчетата-жени (27,4% и 20,9%); а дяловете на мъже и жени, осъществили първия си полов контакт на 17-18 годишна възраст, са почти еднакви (38,5% и 38,1%).
5. Данните от настоящото представително проучване **не потвърждават разпространената представа за „бягство“ на „младите“ от брак в полза на необвързващото и без отговорности към партньора съжителство.** Напротив, съжителството е толкова стабилно, колкото би бил бракът между партньорите, и вероятно в много случаи предхождат брака между тях (данните от настоящото изследване не са в състояние да верифицират последното допускане).

1 Причините, поради които не е възможно сравнението на резултати от настоящото изследване с резултати от споменатото в увода – Репродуктивно поведение Семейно планиране Употреба на контрацептиви, е различието в методологията на извадката и липсата на двумерни разпределения в публикувания доклад. Лонгитюдното изследване предполага периодично повторение на изследването при една и съща методология на извадката, един и същ въпросник (при изключване на регистрирани като неработещи въпроси; и при необходимост – включване на нови въпроси), и една и съща обработка на данните.





# **ПРЕГЛЕД НА ЗАКОНОДАТЕЛСТВОТО И НАЦИОНАЛНИТЕ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТТА НА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО**

**Януари, 2012 г.**



54 Iskar Str., 1000 Sofia, Bulgaria  
phone/fax: [+ 359 2] 983 60 67  
phone/fax: [+ 359 2] 9869075  
e-mail: [headoffice@alpharesearch.bg](mailto:headoffice@alpharesearch.bg)  
<http://www.alpharesearch.bg>

# Съдържание

1. Законодателство относно репродуктивното и сексуално здраве в България.....	53
2. Национални политики, насочени към подобряване на репродуктивното и сексуално здраве на населението в България .....	54
2.1. Национална стратегия за демографско развитие на България 2006-2020 г. и плановете за действие към нея .....	54
2.2. Национална здравна стратегия 2008-2013 г. и план за действие към нея.....	55
2.3. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и плановете за действие към нея.....	55
2.4. Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Р България 2008-2015.....	56
3. Законодателство относно реимбурсацията на орална контрацепция в България, Полша, Румъния и Холандия.....	57
Източници на информация .....	58

## 1. Законодателство относно репродуктивното и сексуално здраве в България

Основният нормативен акт, регламентиращ грижата на държавата относно репродуктивното здраве на населението в България, е Законът за здравето (изм. ДВ. бр.9 от 28 януари 2011 г.). Под репродуктивно здраве държавата разбира „...здравето на лицата, свързано със способността им за създаване на потомство“ (т. 16, ч. Допълнителни разпоредби, Закон за здравето). В този закон има отделен раздел, посветен на репродуктивното здраве. Държавата декларира, че „осигурява здравна защита на репродуктивното здраве на гражданите“ чрез:

- промоция и консултации за опазване на репродуктивното здраве при децата и лицата в репродуктивна възраст
- осигуряване на достъп до специализирана консултативна помощ по въпросите на репродуктивното здраве и семейното планиране
- профилактика и лечение на безплодието
- специализирана информация, консултации, профилактика и лечение на предаваните по полов път болести и СПИН
- профилактика, лечение и диспансерно наблюдение на лица със злокачествени заболявания на репродуктивната система

Според този закон (чл. 126 (2)) „Всеки има право на информация и свобода на решение относно своето репродуктивно здраве“.

Законът предвижда здравните кабинети в детските градини, училищата и специализираните институции за предоставяне на социални услуги за деца да осъществяват дейности по здравно образование на децата и учениците, включително за изграждане на сексуална култура.

А според чл. 122. (1) от същия закон „в рамките на утвърдените учебни планове се осигурява обучение на учениците по... сексуално поведение, предпазване от полово предавани болести и СПИН и предпазване от нежелана бременност“.

Според закона, лечебните заведения за извънболнична помощ извършват здравна промоция и профилактика, консултативна дейност, извършват наблюдения и оказват медицинска помощ при бременност и майчинство.

### • Грижа за здравето на бременните жени

Бременните жени са приоритет на държавата. В закона се предвижда обстойно обгрижване на бременните и родилките. Според него държавата поема отговорността да осигурява безрисково майчинство на бременните жени от началото на бременността до навършване на 42 дни на детето. Здравните грижи са насочени към всяка жена, независимо дали е или не е здравноосигурена.

### • Контрацепция

Поставянето и неоперативното отстраняване на вътрематочни противозачатъчни средства са сред основния пакет здравни дейности по „Акушерство и гинекология“, гарантирани от НЗОК в Наредба № 40/24.11.2004 г. на МЗ (изм. ДВ. бр.52 от 8 Юли 2011 г.)

Според наредбата всички здравноосигурени пациенти имат право на консултации по семейно планиране, превенция на нежелана бременност, на безплодието, на полово предавани инфекции и СПИН. На пациентите и контактните лица се разясняват изискванията за поведение и предпазен режим при съответното инфекциозно заболяване.

## 2. Национални политики, насочени към подобряване на репродуктивното и сексуално здраве на населението в България

В България са разработени редица стратегически документи, целящи подобряване на здравословното състояние на населението, включително за подобряване на репродуктивното здраве. Основните документи в тази насока са:

### 2.1. Национална стратегия за демографско развитие на България 2006-2020 г. и плановете за действие към нея

Сред основните приоритети на тази стратегия е създаването на равни възможности за пълноценен репродуктивен живот на всички социални групи. Декларираните политики на държавата в тази област са:

- подобряване на репродуктивното здраве на населението;
- повишаване на сексуално-репродуктивната култура;
- подобряване на здравните грижи за бременните жени и младите майки;
- насърчаване на развитие на семейното планиране;
- намаляване на абортите и извънбрачните раждания;
- превенция и лечение на инфекции на репродуктивните органи и ограничаване на риска от разпространение на ХИВ в страната;
- осигуряване на лечение за желана бременност;
- профилактика на онкологичните заболявания на репродуктивната система;

Стратегическите мерки за намаляване на броя на абортите и извънбрачните раждания включват: 1. Повишаване на контрацептивната култура и посрещане на нуждите на населението от контрацептивни средства и методи; 2. Осигуряване на лесен достъп до контрацептиви чрез семейните лекари; 3. Субсидиране или въвеждане на други мерки за поддържане цените на контрацептивните средства на достъпни за масовото население нива.

Плановите за действие по стратегията подробно описват мерките по приоритетите на стратегията. Акцентът на мерките в областта на репродуктивното здраве пада върху бременните жени и майките. Осигурени са безплатни прегледи и наблюдения по време на бременността и след раждането до навършване на 42 дневна възраст на детето.

Относно повишаването на сексуалната култура акцентът е върху учениците и младите хора, като се провеждат различни форми на промоция на здравето – беседи, презентации и др., цели се институционализацията на СИП по здравно образование, в частност по сексуално здраве.

Планира се и да се осъществява обучение на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) да консултират пациентите си в областта на семейното планиране, насърчаване на профилактичните прегледи, превенция от нежелана бременност и полово предавани инфекции, като се стимулира разпространението на контрацептиви от личните лекари.

От плановете за действие и отчетите към тях не става ясно дали и какво се прави за осигуряването на достъпна контрацепция. В позитивните лекарствени списъци няма реимбурсируема контрацепция (в частност орална контрацепция). Посочени са няколко прогестеронови лекарствени продукти, които се реимбурсират напълно или частично (на 50%), но тяхното предназначение е за лечение на стерилитет или на други репродуктивни проблеми, а не с контрацептивна цел.

По проблемите на ХИВ е осигурен достъп до изследвания на всички заинтересовани.



## **2.2. Национална здравна стратегия 2008-2013 г. и план за действие към нея**

Здравната стратегия на Р България също е основана на принципа за равен достъп до здраве на всички социални групи. И тук основен приоритет е грижата за бременните и родилките.

Относно подобряването на репродуктивното здраве в стратегията и плана към нея са заложили мерки по разработване на политики по семейно планиране, профилактика на полово предаваните болести и ХИВ с оглед профилактика на безплодието. Изпълнението на тази цел се вижда през повишаване на информираността на младите хора по въпросите на сексуалното и репродуктивно здраве и превенция на абортите и ранните раждания. Не става ясно какви по-конкретни мерки се предприемат по това направление.

### **Предвидени са и проекти за:**

- Национална програма за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве 2008-2010. В отчета за дейността на МЗ за 2010 г. е отразено, че е изготвен проект на програмата и предстои да бъде приета от МС.
- Национална програма "Здравни услуги, подходящи за младите хора" 2008-2010г. Към настоящия момент на сайта на Министерство на здравеопазването няма достъпна информация за изготвена такава програма.

Изготвена е Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести (ППБ).

За подобряване на репродуктивното здраве на населението в програмата са заложили основно дейности по лечение на безплодието, скрининг на рака на гърдата и на шийката на матката, както и разширяване на образователните дейности по семейно планиране сред подрастващите.

На сайта на Министерство на здравеопазването няма достъпни отчети за дейността по Здравната стратегия.

## **2.3. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и планове за действие към нея**

С тази стратегия държавата декларира грижата за хората в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства, с фокус ромското етническо малцинство. Стратегическите цели тук са да се преодолеят негативните последици за здравето на населението от етническите малцинства (в частност ромското) и да се създадат условия за неговото подобрене. Освен това се цели повишаване на здравните знания и осигуряване на достъп до здравна информация. Тези цели ще се постигнат основно чрез:

- намаляване на майчината смъртност - оптимизиране на майчиното здравеопазване, ранно обхващане на бременните, наблюдение по време на бременността, своевременно хоспитализация на родилките
- повишаване на здравната култура и знанията за репродуктивно здраве на младите хора и особено на девойките и жените
- предпазване от нежелана бременност
- подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве – намаляване на абортите, профилактика на полово предаваните инфекции, адекватно семейно планиране;
- повишаване здравните знания за предпазване от най-честите заболявания и за подобряване на репродуктивното здраве

- използване на разнообразни начини за предоставяне на здравна информация: излъчване на видео и аудио клипове на здравна тематика, здравни предавания по радиото и телевизията, беседи от медицински специалисти и здравни медиатори, организиране на здравно-информационни събития по време на празници, здравно образование в училищата, както и използване на извънкласни форми в клубове, спортни секции и др.

Стратегията цели също да се регистрират своевременно бременните, както и да им се оказва адекватна медицинска помощ.

Намаляването на бременностите сред юношите и на рогствените бракове се предвижда да бъде осъществено чрез:

- беседи с позрастващи и млади хора и техните родители относно начините за предпазване от нежелана и ранна бременност и за опасностите, които крие ранната бременност за майката и бебето, както и за рисковете от рогствените бракове;
- организиране на консултативни кабинети в кварталите, населени предимно с лица от ромски и турски произход, по въпросите на репродуктивното здраве и семейното планиране, начините за предпазване от полово предавани инфекции;
- провеждане на беседи, разговори, прожекции на филми с ученици от 5-8 клас и младежи, отпаднали от училище, за спецификата на пубертетния период и полово предаваните инфекции;
- провеждане на генетично консултиране и изследване на засегнати семейства и общности;
- провеждане на дородова диагностика на бременни жени в риск;
- организиране на консултативни кабинети в населени места, квартали и махали с предимно ромско население по въпросите на сексуалното и репродуктивното здраве, семейното планиране, начините за предпазване от сексуално предавани инфекции;

Според стратегията, превенцията и контрола на ХИВ, туберкулоза и сексуално предавани инфекции сред уязвимите ромски общности ще се осъществява чрез:

- Изграждане на капацитет и работа в общността за превенция и контрол на ХИВ чрез услуги по консултиране и насочване за анонимно и безплатно изследване за ХИВ и сексуално предавани инфекции;
- здравно-социални центрове в ромска общност;
- мобилни медицински кабинети;

В програмата е заложено и въвеждането на сесии по здравно и сексуално образование в училищата с предимно ромско население като част от задължителната учебна програма.

В програмата и плановете към нея не се изяснява дали се предвижда раздаването на безплатни контрацептиви за целевата група.

#### **2.4. Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Р България 2008-2015**

Програмата цели основно чрез широко партньорство на национално, регионално и местно ниво да промотира превенцията на ХИВ и сексуално предавани инфекции, с акцент върху най-рисковите групи от населението, в т.ч., младите хора.

Приоритет на Националната програма е да има пряка връзка между сексуалното и репродуктивното здраве и намаляването на заболяемостта от СПИН/заразяването с ХИВ.

Заложени комуникационни кампании по промоция на използването на презервативи от сексуално активните хора и преодоляване на предразсъдъците и стигматизацията на тяхната употреба.

Цели се интегрирането на здравно и сексуално образование в училищата под формата на СИП.

Сред основните задачи на програмата е и осигуряването на достъпна и надеждна контрацепция за младите хора.

От 2009 г. е в сила Наредба за за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност. Всички лица, заразени с ХИВ, подлежат на регистрация. Всеки гражданин има право да се изследва за ХИВ, като такива изследвания се предлагат на всички сексуално активни лица, с приоритет към лицата с повишен риск за инфектиране с ХИВ. Непълнолетните, навършили 16 години, могат да си направят изследване без да бъде давано съгласие на родител или попечител. Наредбата гарантира анонимност на изследваните лица.

### **3. Законодателство относно реимбурсацията на орална контрацепция в България, Полша, Румъния и Холандия**

В Европейския съюз няма единна политика за субсидиране на контрацептивни средства. Различните държави-членки прилагат различни подходи за реимбурсацията на противозачатъчни средства. В настоящата част, съгласно заданието на възложителя - Фонд за населението на ООН, се прави преглед на политиките по реимбурсация на контрацептиви в четири страни-членки на ЕС: България, Холандия, Полша и Румъния. Информацията за горепосочените страни се базира на публично достъпни източници.

#### **БЪЛГАРИЯ**

В позитивния лекарствен списък на НЗОК няма реимбурсирани перорални медикаменти, предназначени за контрацепция. НЗОК осигурява пълна или частична реимбурсация за лечебни цели на следните перорални продукти на прогестеронова основа:

- Приложение 1 от Позитивния лекарствен списък – за лечение на заболявания, които се плащат по реда на Закона за здравното осигуряване
  1. Progesterone – Utrogestan soft caps 100 mg - заплаща се на 25%
  2. Medroxyprogesterone acetate – Farlutal tablets 500 mg. Заплаща се на 100% при ограничение в изписването: за експертиза по чл.78 т.2 от ЗЗО.
- Приложение 2: Лекарствени продукти, заплащани от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и от бюджета на лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 от Закона за лечебните заведения
  1. Progesterone – Utrogestan soft caps. 100 mg. Заплаща се на 100%
  2. Medroxyprogesterone acetate – Farlutal tablets 500 mg. Заплаща се на 100%

#### **ХОЛАНДИЯ**

Към 2011 г. в Холандия оралната контрацепция е напълно или частично безплатна за всички здравноосигурени жени, в зависимост от здравноосигурителния им пакет. Контрацепцията се изписва с рецепта.

## РУМЪНИЯ

Безплатна контрацепция е осигурена за няколко социални групи: жените в селските райони и в необлагодетелстваните градски райони, за безработните, за скоро правилите аборт, здравноосигурените, за жените с нисък доход, както и за студентите и учениците.

## ПОЛША

Контрацепцията в Полша се изписва с рецепта. Реимбурсират се частично само някои контрацептиви, предназначени за лечение.

### **Източници на информация:**

1. Закон за здравето
2. Наредба № 40/24.11.2004 г. на МЗ (изм. ДВ. бр.52 от 8 Юли 2011г.)
3. Наредба № 47 /11.12.2009 г. за за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност (изм. ДВ. бр.5 от 14 Януари 2011г.)
4. Национална здравна стратегия 2008-2013
5. План за действие към национална здравна стратегия 2008 - 2013 г.
6. Национална стратегия за демографско развитие на Република България 2006-2020
7. План за 2006 г. за изпълнение на националната стратегия за демографско развитие на република България (2006-2020г.)
8. План за 2007 г. за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.)
9. План за 2008 г. за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.)
10. План за 2009 г. за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.)
11. План за 2010 г. за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.)
12. План за 2011 г. за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.)
13. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства
14. План за действие към здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства 2005-2007
15. План за действие към здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства 2011-2015
16. Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Р България 2008-2015
17. Отчет за изпълнение на целите за 2010 г на Министерство на Здравеопазването
18. Позитивен лекарствен списък към НЗОК, Приложение 1 и Приложение 2 (Актуализация към 04.11.2011 г.)
19. <http://www.mz.gov.pl>
20. <http://www.ms.ro>
21. <http://www.cvz.nl>

# ВЪПРОСНИК

Добър ден. Казвам се .....  
и съм представител на агенция Алфа Рисърч. В момента провеждаме проучване по важен социален въпрос. Изследването се отнася до репродуктивните нагласи и поведение и е представително социологическо проучване на гражданите на България в репродуктивна възраст – 14-49 години. То се провежда по поръчка на българския офис на UNFPA – Фонд на ООН за населението, в партньорство с Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве. Основната цел на изследването е да установи каква е актуалната ситуация в страната по отношение на семейното планиране и сексуалните нагласи и поведение.

Изследването е анонимно. Всеки интервюиран е попаднал случайно в извадката. Информацията, която се предоставя от интервюираните, ще бъде използвана единствено в обобщен вид. Бихте ли отделили няколко минути, за да отговорите на нашите въпроси?

Благодарим Ви предварително!

**Date:** Дата на интервюто:

**Time start:** Начален на интервюто:

Дата	Месец	Година


1. ВИЕ СТЕ /СОЦИАЛНО ПОЛОЖЕНИЕ/:	
1. Ученик	1
2. Студент	2
3. Работник, упражняващ ръчен труд	3
4. Служител, не ръчен труд	4
5. Интелигенция, свободни професии	5
6. Частен собственик /самонаем/	6
7. Земеделски стопанин	7
8. Безработен	8
9. Пенсионер	9
10. Домакиня	10
11. Друго	11

**ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ПОСОЧИЛИТЕ ОТГОВОРИ ОТ 3 ДО 7 ВКЛЮЧИТЕЛНО НА ВЪПРОС 1**

2. АКО РАБОТИТЕ, ВИЕ СТЕ:	
1. Работещ на пълен работен ден	1
2. Работещ на непълен работен ден	2

3. ЗДРАВНООСИГУРЕН/А ЛИ СТЕ?	
1. Да	1
2. Не	2

<b>4. АКО НЕ СТЕ ЗДРАВНООСИГУРЕН/А, ТОВА Е ОСНОВНО ПОРАДИ: (САМО ЕДИН ОТГОВОР)</b>	
1. Затруднено финансово положение	1
2. Безработен/на съм	2
3. Не вярвам, че ще получа качествена грижа	3
4. Предпочитам да си плащам за медицинска помощ	4
5. Така или иначе трябва да плащам, когато имам нужда от здравна грижа	5
6. Друго (посочете).....	6

<b>5. ИМАТЕ ЛИ ЛИЧЕН ЛЕКАР?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

*ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ТЕЗИ, КОИТО НЯМАТ ЛИЧЕН ЛЕКАР*

<b>6. АКО НЯМАТЕ ЛИЧЕН ЛЕКАР, МОЛЯ ПОСОЧЕТЕ ОСНОВНАТА ПРИЧИНА:</b>	
1. Не съм здравно-осигурен/а	1
2. Няма личен лекар в населеното място, където живея	2
3. Не ми се е налагало да стигам до личен лекар	3
4. Друго	4

<b>7. ПОСЕЩАВАЛИ ЛИ СТЕ ЛИЧЕН ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 12 МЕСЕЦА ПО ВСЕКИ ОТ СЛЕДНИТЕ ПОВОДИ? (Моля, за всеки от поводите посочете с 1 – да, посещавал съм, 2 – не съм посещавал )</b>		
	Да, посещавал съм	Не съм посещавал
1. Преглед поради заболяване/болест	1	2
2. Профилактичен преглед	1	2
3. За направление за специалист	1	2
4. Не съм посещавал личен лекар по никакъв повод	4	

<b>8. НА КАКВА ВЪЗРАСТ СКЛЮЧИХТЕ ПЪРВИЯ СИ ОФИЦИАЛЕН ГРАЖДАНСКИ БРАК?</b>	
1. Възраст (г.)	.....
<b>99/Не съм се женил/омъжвала</b>	<b>99</b>

<b>9. БЯХТЕ ЛИ БРЕМЕННА (Партньорката ви беше ли бременна), КОГАТО СКЛЮЧИХТЕ ПЪРВИЯ СИ БРАК?</b>	
1. Да, и вече бяхме решили да се оженим	1
2. Да, и това стана причина да се оженим	2
3. Не бях/партньорката ми не беше бременна	3
<b>99. Не съм се женил/омъжвала</b>	<b>99</b>

<b>10. ЖИВЕЛИ ЛИ СТЕ НЯКОГА С ИНТИМЕН ПАРТНЬОР (с когото сте поддържали общо домакинство) БЕЗ СКЛЮЧЕН БРАК – В СЪЖИТЕЛСТВО?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОС №11 САМО НА РЕСПОНДЕНТИТЕ, КОИТО СА ЖИВЕЛИ В СЪЖИТЕЛСТВО С ИНТИМЕН ПАРТНЬОР БЕЗ БРАК – ПОСОЧИЛИ СА ОТГОВОР 1 НА ВЪПРОС 10:

11. НА КАКВА ВЪЗРАСТ ЗАПОЧНАХТЕ ПЪРВОТО СИ СЪЖИТЕЛСТВО?	
Възраст (г.)	.....

ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ВСИЧКИ:

12. В СЕГАШНИТЕ УСЛОВИЯ НА ЖИВОТ, СПОРЕД ВАС, КОЯ Е НАЙ-ПОДХОДЯЩАТА ВЪЗРАСТ ЗА ЗАДОМЯВАНЕ (БРАК, СЪЖИТЕЛСТВО) ЗА:	
1. Мъжете (възраст – г.)	.....
2. Жените (възраст – г.)	.....

13. В КАКВИ СЕМЕЙНИ ИЛИ ПАРТЪОРСКИ ОТНОШЕНИЯ СТЕ В МОМЕНТА? (ВЪЗМОЖЕН Е ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ОТГОВОР)	
1. Омъжена/женен (в граждански брак)	1
2. Вдовица/вдовец от граждански брак	2
3. Разведен/а с официален развод	3
4. Разделен/а от граждански брак без официален развод	4
5. В съжителство (с интимен партньор/ка без сключен брак)	5
6. Разделен/а от съжителство	6
7. Имам интимен партньор, без да съм в съжителство или граждански брак (интимен приятел/ка)	7
8. Живея без интимен партньор, без съжителство и без граждански брак, но имам сексуални контакти	8
9. Живея без интимен партньор, без съжителство и без граждански брак и нямам сексуални контакти	9
<b>99. Никога не съм бил(а) в никакви отношения и не съм имал(а) сексуални контакти – ПРЕМИНЕТЕ НА ВЪПРОС 15</b>	<b>99</b>

14. ОТ КОЛКО ВРЕМЕ СТЕ В ТЕЗИ СЕМЕЙНИ/ПАРТЪОРСКИ ОТНОШЕНИЯ?	
1. Пог 12 месеца	1
2. Ако е наг 1 година/12 месеца, посочете от колко време.....	2

## РАЗДЕЛ СЕМЕЙНО ПЛАНИРАНЕ

15. КАКВО РАЗБИРАТЕ ПОД СЕМЕЙНО ПЛАНИРАНЕ? (ДО ТРИ ОТГОВОРА)	
1. Семейството планира – да има или да няма деца	1
2. Семейството планира – колко деца да има	2
3. Семейството планира – кога да бъдат родени децата	3
4. Държавна политика – за увеличаване на раждаемостта	4
5. Държавна политика – за намаляване на раждаемостта	5
6. Такива неща не могат да бъдат планирани	6
7. Не зная какво е „семеино планиране“	7

<b>16. СПОРЕД ВАС, КОЙ ТРЯБВА ДА НОСИ ГЛАВНАТА ОТГОВОРНОСТ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ НЕЖЕЛАНА БРЕМЕННОСТ?</b>	
1. Главно мъжът, защото.....	1
2. Главно жената, защото.....	2
3. И двамата – в еднаква степен	3

<b>16.A ЩО СЕ ОТНАСЯ ДО ВАС, КОЙ СЕ ГРИЖИ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Аз, защото.....	1
2. Партньорът/ката ми, защото.....	2
3. И двамата	3
4. Нито един от двамата	4
99. Не се отнася за мен, никога не съм бил(а) в никакви отношения и не съм имал(а) сексуални контакти	99

<b>17. В ДНЕСНО ВРЕМЕ СЕ РАЖДАТ ПО-МАЛКО ДЕЦА. КОИ СА НАЙ-ВАЖНИТЕ ПРИЧИНИ СПРЕД ВАС?</b>	
1.....	
2.....	
3.....	

<b>18. НЯКОИ ЖЕНИ РАЖДАТ ДЕЦА И ГИ ДАВАТ ЗА ОТГЛЕЖДАНЕ В ДОМОВЕ ЗА ДЕЦА. КОИ СПОРЕД ВАС СА ОСНОВНИТЕ ПРИЧИНИ? (ДО ДВА ОТГОВОРА)</b>	
1. Няма материални условия да ги отглеждат	1
2. Не желаят да се ангажират с тях	2
3. Ще загубят работата си – ако гледат деца	3
4. По принуда на родители	4
5. По принуда на партньора	5
6. Имат вече деца	6

<b>19. СПОРЕД ВАС, КОЛКО ДЕЦА ТРЯБВА ДА ИМА В ЕДНО СЪВРЕМЕННО СЕМЕЙСТВО?</b>	
1. Едно	1
2. Две	2
3. Три	3
4. Повече от три	4
5. Може и без деца, не е задължително да има деца в семейството	5
6. По-добре е без деца/ не трябва да има никакви деца	6

<b>20. ВИЕ ЛИЧНО КОЛКО ДЕЦА ЖЕЛАТЕТЕ ДА ИМАТЕ?</b>	
1. Едно	1
2. Две	2
3. Три	3
4. Повече от три	4
5. Може и без деца, не гържа да имам деца	5
6. По-добре е без деца,/не искам да имам деца	6



<b>21. А КОЛКО ДЕЦА ИМАТЕ?</b>	
1. Егно	1
2. Две	2
3. Три	3
4. Повече от три	4
5. Нямам деца	5

<b>22. АКО ИМАТЕ ПО-МАЛКО ДЕЦА, ОТКОЛКОТО ЖЕЛАЕТЕ ИЛИ АКО ИЗОБЩО НЯМАТЕ ДЕЦА, КАКВИ СА ПРИЧИНИТЕ?</b>	
1.....	
2.....	
3.....	

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСИ ОТ №23 ДО №27 САМО НА РЕСПОНДЕНТИТЕ, КОИТО ИМАТ ДЕЦА:**

<b>23. ЖИВЕЕТЕ ЛИ С ДЕЦАТА СИ?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

<b>24. КОЛКО ОТ ДЕЦАТА ВИ СА РОДЕНИ ПО ВРЕМЕ НА (ОТГОВОР НА ВСЕКИ РЕД):</b>	
1. Граждански брак	.....
2. Съжителство	.....
3. Извън съжителство/брак	.....
4. Осиновени, приемни	.....

<b>25. ВНЕ ЛИЧНО ПОЛАГАТЕ ЛИ ЕЖЕДНЕВНО ГРИЖИ ПРИ ОТГЛЕЖДАНЕТО НА ВАШИТЕ ДЕЦА?</b>	
1. Да - само аз се грижа за тях	1
2. Да - аз, заедно със съпруга/та ми (партньора/ката ми)	2
3. Не - другият родител се грижи за тях	3
4. Не - (мои, наши) родители/роднини се грижат за тях	4
5. Дадох/ме го (зи) в социален дом	5

<b>26. КОГАТО СЕ РОДИ ПЪРВОТО ВИ ДЕТЕ, НА КАКВА ВЪЗРАСТ БЯХТЕ:</b>	
1. Вие (г.)	.....
2. Съпругът/ата / партньорът/ката Ви (г.)	.....

<b>27. КЪДЕ СТЕ РАЖДАЛИ/Е РАЖДАЛА НАСТОЯЩАТА ВИ ПАРТНЬОРКА/СЪПРУГА?</b>	
1. Вкъщи	1
2. В болница	2
3. Друго	3

ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ВСИЧКИ:

<b>28. НА КАКВА ВЪЗРАСТ НАЙ-КЪСНО БИХТЕ СЕ РЕШИЛИ ДА ИМАТЕ ДЕТЕ?</b>	
1/ Възраст	.....
99/Не желая да имам деца	<b>99</b>

<b>29. ПОЗНАВАТЕ ЛИ НЯКОИ ОТ СЛЕДНИТЕ ТЕХНИКИ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b> (Моля, отговорете за всяка от изброените техники, като използвате следната скала):				
	Не познавам тази техника	Зная, но не съм ползвал/а	Ползвал/а съм, но сега не	Ползвам сега
1/ Прекъснат полов акт (мъжът завършва навън)	1	2	3	4
2/ Въздържане в дните, в които забременяването е най-вероятно (календарен метод)	1	2	3	4
3/ Влагалищни промивки (след половия акт)	1	2	3	4

<b>30. ПОЗНАВАТЕ ЛИ НЯКОИ ОТ СЛЕДНИТЕ СРЕДСТВА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b> (Моля, отговорете за всяко от изброените средства, като използвате следната скала):				
	Не познавам това средство	Зная, но не съм ползвал/а	Ползвал/а съм, но сега не	Ползвам сега
1/ Презерватив	1	2	3	4
2/ Противозачатъчни хапчета (хормонални таблетки)	1	2	3	4
3/ Спирала	1	2	3	4
4/ Диафрагма	1	2	3	4
5/ Гел, крем (спермициден)	1	2	3	4
6/ Спешна контрацепция (противозачатъчни/хормонални таблетки, които се приемат след полов акт)	1	2	3	4

ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ВСИЧКИ

<b>31. ЛЕСНО ЛИ Е ДА СЕ СНАБДИТЕ СЪС СРЕДСТВА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Да - стига да имаш пари	1
2. Да - стига да знаеш какво търсиш	2
3. Не - намирам само това, което не ми харесва	3
4. Не - трябва да обикаляш (търсиш) дълго	4
5. Не знам/ Не съм търсил/а такива	5

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ИЗПОЛЗВАЛИ СРЕДСТВО ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ:**

<b>32. ОТКЪДЕ СЕ СНАБДЯВАТЕ С ИЗПОЛЗВАНИТЕ ОТ ВАС СРЕДСТВА, ПРЕДПАЗВАЩИ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. От личния лекар срещу заплащане	1
2. От специализирани кабинети срещу заплащане	2
3. Купувам си ги сам(а) от търговски обекти (аптеки, големи вериги магазини, квартални магазини)	3
4. Раздават ми ги безплатно	4
5. Друго (моля, посочете).....	5

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО ИМАТ ДЕЦА – ВОДЯТ СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ:**

<b>33. ПОСЛЕДНАТА ВИ БРЕМЕННОСТ (на съпругата, партньорката) БЕШЕ ЛИ ПЛАНИРАНА?</b>	
1. Да – и двамата искахме дете	1
2. Да – но само аз имах желание за дете	2
3. Да – но само партньорът/ката ми желаеше дете	3
4. Не, стана случайно	4
5. Не съм била бременна/не е била бременна	5

<b>34.1 ВИЕ ЛИЧНО ОТКЪДЕ ПОЛУЧАВАТЕ ИНФОРМАЦИЯ ЗА СРЕДСТВАТА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Специализирани издания, листовки, брошури	1
2. Женски вестници, списания и издания	2
3. Телевизия, радио, Интернет	3
4. Моята информация за методите против забременяване НЕ е от тези източници	4

<b>34.2 ВИЕ ЛИЧНО ОТКЪДЕ ПОЛУЧАВАТЕ ИНФОРМАЦИЯ ЗА СРЕДСТВАТА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Личен лекар	1
2. Специализиран кабинет (гинеколог, сексолог)	2
3. Аптеки	3
4. Училище	4
5. Моята информация за методите против забременяване НЕ е от тези източници	5

<b>34.3. ВИЕ ЛИЧНО ОТКЪДЕ ПОЛУЧАВАТЕ ИНФОРМАЦИЯ ЗА СРЕДСТВАТА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Приятели	1
2. Родители	2
3. Роднини	3
4. Моята информация за методите против забременяване НЕ е от тези източници	4

**35. КОИ СА НАЙ-ВАЖНИТЕ КАЧЕСТВА НА ЕДНО СРЕДСТВО ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ, ЗА ДА ГО ПОЛЗВАТЕ РЕДОВНО – ВИЕ ИЛИ ПАРТНЬОРЪТ/КАТА ВИ? (ДО ДВА ОТГОВОРА)**

1. Сигурна гаранция срещу забременяване	1
2. Препазва и от болести	2
3. Не пречи на удоволствието (от секса)	3
4. Не е скъпо	4
5. Лесно се намира и купува	5
6. Удобно за поставяне, приемане	6
7. Не води до вредни последици за здравето	7

**СЕГА ЩЕ ВИ ЗАДАМ НЯКОЛКО ДЕЛИКАТНИ ВЪПРОСА, СВЪРЗАНИ СЪС СЕКСУАЛНИЯ ЖИВОТ. МОЛЯ ВИ, НЕ СЕ ПРИТЕСНЯВАЙТЕ ДА СПОДЕЛИТЕ МНЕНИЕТО СИ ТАКОВА, КАКВОТО Е. ПРИ НАС НЯМА НИТО ВЕРНИ, НИТО ГРЕШНИ ОТГОВОРИ, ВАЖНО Е САМО ВАШЕТО МНЕНИЕ.**

**36. С КОГО НАЙ-ЧЕСТО СПОДЕЛЯТЕ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ СЪС СЕКСУАЛНИЯ ВИ ЖИВОТ? (ВЪЗМОЖЕН Е ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ОТГОВОР)**

1. Със съпруга/та ми/с мъжа/жената, с когото/която живея	1
2. С майка/баща	2
3. С приятел(к)и	3
4. С личния лекар	4
5. С друго медицинско лице	5
6. Друго (моля, посочете).....	6
7. С никого не споделям	7
8. Все още не водя сексуален живот	8

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСИ от 37 до 50 ВКЛЮЧИТЕЛНО САМО НА ТЕЗИ, КОИТО ВОДЯТ СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ:**

**37. ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 12 МЕСЕЦА ИЗПОЛЗВАТЕ ЛИ СРЕДСТВА (СПИРАЛИ, ГЕЛОВЕ, ХАПЧЕТА, ПРЕЗЕРВАТИВИ) ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?/мъжете да отговарят за себе си или своята партньорка/**

1. Редовно – при всеки сексуален акт	1
2. Нередовно – не при всеки акт	2
3. Не използвам/е	3

**38. КОЙ ВЗЕ РЕШЕНИЕТО ЗА ПОЛЗВАНЕ НА НЯКАКВО СРЕДСТВО ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?**

1. Аз (по мое решение)	1
2. Партньорът/ката ми (по настояване на партньора/ка ми)	2
3. Заедно	3
4. Не сме вземали такова решение/не ползваме средства против забременяване	4

<b>39. КОИ СА ОСНОВНИТЕ МЕТОДИ, КОИТО ПОЛЗВАТЕ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 12 МЕСЕЦА? (ДО 2 ОТГОВОРА)</b>	
1/ Презерватив	1
2/ Противозачатъчни хапчета (хормонални таблетки)	2
3/ Спирала	3
4/ Диафрагма	4
5/ Гел, крем (спермициген)	5
6/ Спешна контрацепция (противозачатъчни/хормонални таблетки, които се приемат след полов акт)	6
7/ Прекъснат полов акт	7
8/ Не ползваме/не ползваме никакви методи за предпазване	8

<b>40. КАКЪВ МЕТОД ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ПОЛЗВАХТЕ ПРИ ПОСЛЕДНИЯ ПОЛОВ АКТ?</b>	
1/ Презерватив	1
2/ Противозачатъчни хапчета (хормонални таблетки)	2
3/ Спирала	3
4/ Диафрагма	4
5/ Гел, крем (спермициген)	5
6/ Спешна контрацепция (противозачатъчни/хормонални таблетки, които се приемат след полов акт)	6
7/ Прекъснат полов акт	7
8/ Не ползвах/не ползвахме никакви методи за предпазване	8

<b>41. АКО СТЕ ПОЛЗВАЛИ НЯКАВИ СРЕДСТВА/ХАПЧЕТА, ПРЕЗЕРВАТИВ, СПИРАЛА, ГЕЛ/ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ (ПРЕДИ ВРЕМЕ), НО СТЕ ПРЕКРАТИЛИ, ПО КАКВА ПРИЧИНА?</b>	
1. Искан дете	1
2. Не бяха ефикасни – забременях (партньорката ми забременя)	2
3. Странични ефекти	3
4. Здравословни причини	4
5. Неудобни за ползване	5
6. Прекалено скъпи са	6
7. Не се притеснявам, че ще забременея/партньорката ми ще забременее	7
99. Не сме престанали да ползваме средства за предпазване от забременяване	99

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ПРЕСТАНАЛИ ДА ПОЛЗВАТ СРЕДСТВА СРЕЩУ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ:**

<b>42. ПО ЧИЕ НАСТОЯВАНЕ ПРЕКРАТИХТЕ ПОЛЗВАНЕТО НА ТАКИВА СРЕДСТВА (СПИРАЛИ, ГЕЛОВЕ, ХАПЧЕТА, ПРЕЗЕРВАТИВИ)?</b>	
1. Аз настоявах	1
2. Партньорът/ката ми настояваше	2
3. Ние двамата решихме	3
4. Лекарски съвет, забрана	4
5. По настояване на близки	5

<b>43. АКО НЕ ИЗПОЛЗВАТЕ СРЕДСТВА ПРОТИВ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ (СПИРАЛИ, ГЕЛОВЕ, ХАПЧЕТА, ПРЕЗЕРВАТИВИ), КАКВИ СА ПРИЧИНИТЕ? (ВЪЗМОЖЕН Е ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ОТГОВОР)</b>	
1. Нежелание да се ползват (дватамата или единият от партньорите не желае)	1
2. Не вярвам/ме, че са ефективни – забременява се	2
3. Искаме гете	3
4. Прекалено скъпи са	4
5. Употребата им не е удобна	5
6. Страх от вредни последици за здравето	6
7. Няма опасност от забременяване	7

<b>44. ПРИ ПЪРВИЯ СИ ПОЛОВ АКТ ПРЕДПАЗВАХТЕ ЛИ СЕ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

*ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА СЕ ПРЕДПАЗВАЛИ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ*

<b>45. КАКВО ИЗПОЛЗВАХТЕ?</b>	
1. Избрахме безопасен ген в цикъла	1
2. Презерватив	2
3. Прекъснат полов акт	3
4. Друго	4

*ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ТЕЗИ, КОИТО НЕ СА СЕ ПРЕДПАЗВАЛИ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ*

<b>46. АКО НЕ, ЗАЩО?</b>	
1. Не желаех (ме) да се предпазвам/е	1
2. Не знаех как точно може да се предпазя (не знаех, че може да се предпазвам от забременяване)	2
3. Стана така, че не мислех за предпазване	3
4. Стана така, че не можех да се предпазя (дори да исках)	4
5. Още не съм имал/а сексуален контакт	5

<b>47. А НА КАКВА ВЪЗРАСТ ОСЪЩЕСТВИХТЕ ПЪРВИЯ СИ ПОЛОВ АКТ (ПРАВИХТЕ СЕКС ЗА ПЪРВИ ПЪТ)?</b>	
Възраст (г.)	.....

<b>48. А НА КАКВА ВЪЗРАСТ БЕШЕ ВАШИЯТ/ТА ПАРТНЬОР/КА?</b>	
Възраст (г.)	.....

<b>49. НА КОЛКО ГОДИНИ БЯХТЕ, КОГАТО ЗА ПЪРВИ ПЪТ ИЗПОЛЗВАХТЕ НИКАКВИ СРЕДСТВА (СПИРАЛИ, ГЕЛОВЕ, ХАПЧЕТА, ПРЕЗЕРВАТИВИ) СРЕЩУ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
Възраст (г.)	.....
<b>99. Не съм използвал/а досега</b>	<b>99</b>

<b>50. ОТ КОЛКО ВРЕМЕ ИМАТЕ ИНТИМНА (СЕСУАЛНА) ВРЪЗКА СЪС СЕГАШНИЯ СИ ПАРТНЬОР/КА?</b>	
1. От няколко седмици	1
2. От 2-3 месеца	2
3. От 5-6 месеца	3
4. От 12 месеца	4
5. От няколко години	5
6. От десетина години	6
7. Повече от 10 години	7

*ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ВСИЧКИ*

<b>51. КАКВА Е ВАШАТА СЕСУАЛНА ОРИЕНТАЦИЯ?</b>	
1. Хетеросексуална (привличат ме партньори от противоположния пол)	1
2. Хомосексуална (привличат ме партньори от същия пол)	2
3. Бисексуална (привличат ме партньори от двата пола)	3
4. Асексуална (не изпитвам сексуално влечение)	4
5. Друга (посочете каква).....	5
6. Не мога да се определя	6
7. Не желая да споделя	7

*ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСИ ОТ 52 ДО 59 НА ТЕЗИ, КОИТО ИМАТ СЕСУАЛНИ КОНТАКТИ*

<b>52. ИМАЛИ ЛИ СТЕ ИНЦИДЕНТНИ (СЛУЧАЙНИ) СЕСУАЛНИ ВРЪЗКИ/КОНТАКТИ?</b>	
1. Много пъти	1
2. Няколко пъти	2
3. Един- два пъти	3
4. Никога не ми си е случвало	4

*ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ИМАЛИ СЛУЧАЕН СЕСУАЛЕН КОНТАКТ*

<b>53. КОГА ЗА ПОСЛЕДЕН ПЪТ СТЕ ИМАЛИ СЕСУАЛНИ КОНТАКТИ, ВКЛЮЧВАЩИ ПОЛОВ АКТ СЪС СЛУЧАЕН СЕСУАЛЕН ПАРТНЬОР (ПРАВИЛИ СТЕ СЕКС СЪС СЛУЧАЕН ПАРТНЬОР)?</b>	
1. През изминалата седмица	1
2. Между 1 и 4 седмици	2
3. Между 1 и 3 месеца	3
4. Между 3 и 6 месеца	4
5. Между 6 и 12 месеца	5
6. Не мога да си спомня	6

*ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ИМАЛИ СЛУЧАЕН СЕСУАЛЕН КОНТАКТ*

<b>54. КОГАТО ЗА ПОСЛЕДЕН ПЪТ СТЕ ИМАЛИ СЛУЧАЕН СЕСУАЛЕН КОНТАКТ, ВКЛЮЧВАЩ ПОЛОВ АКТ, ИЗПОЛЗВАХТЕ ЛИ С ВАШИЯ ПАРТНЬОР НИКАКВО СРЕДСТВО ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ?</b>	
1. Да, използвахме	1
2. Не, не сме ползвали каквото и да е средство.	2

**ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ИЗПОЛЗВАЛИ СРЕДСТВО ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ:**

<b>55. АКО ДА – КАКВО ПОЛЗВАХТЕ?</b>	
1/ Презерватив	1
2/ Противозачатъчни хапчета (хормонални таблетки)	2
3/ Спирала	3
4/ Диафрагма	4
5/ Гел, крем (спермициген)	5
6/ Спешна контрацепция (противозачатъчни/хормонални таблетки, които се приемат след полов акт)	6

<b>56. КОГАТО ЗА ПОСЛЕДЕН ПЪТ СТЕ ИМАЛИ СЛУЧАЕН СЕКСУАЛЕН КОНТАКТ, ВКЛЮЧВАЩ ПОЛОВ АКТ, ИЗПОЛЗВАХТЕ ЛИ С ВАШИЯ ПАРТНЬОР НЯКАКВО СРЕДСТВО ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ СЕКСУАЛНО ПРЕДАВАНИ БОЛЕСТИ И ХИВ?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

**ИНТ: ЗАДАВА СЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА ИЗПОЛЗВАЛИ:**

<b>57. АКО ДА – КАКВО ПОЛЗВАХТЕ?</b>	
1/ Презерватив	1
2/ Противозачатъчни хапчета (хормонални таблетки)	2
3/ Спирала	3
4/ Диафрагма	4
5/ Гел, крем (спермициген)	5
6/ Спешна контрацепция (противозачатъчни/хормонални таблетки, които се приемат след полов акт)	6

<b>58. СЛУЧВАЛО ЛИ СЕ Е НЯКОГА ДА ОСЪЩЕСТВИТЕ ПОЛОВ АКТ ПОД ВЛИЯНИЕ НА АЛКОХОЛ ИЛИ ДРУГО ПСИХОАКТИВНО ВЕЩЕСТВО, ЗА КОЙТО ПОСЛЕ СТЕ СЪЖАЛЯВАЛИ?</b>	
1. Много пъти	1
2. Няколко пъти	2
3. Един-два пъти	3
4. Никога не ми се е случвало	4

<b>59. СЛУЧВАЛО ЛИ ВИ СЕ Е В ЕДИН И СЪЩИ ПЕРИОД ДА ПОДДЪРЖАТЕ ИНТИМНИ/ СЕКСУАЛНИ ОТНОШЕНИЯ С НЯКОЛКО ПАРТНЬОРА (ПООТДЕЛНО)?</b>	
1. Да, един единствен път	1
2. Случвало ми се е няколко пъти	2
3. Често ми се случва	3
4. Не, не бих могъл/могла да имам такава връзка	4



ИНТ: ВЪПРОСИ 60 И 61 СЕ ЗАДАВАТ НА ВСИЧКИ

<b>60. НА КАКВА ВЪЗРАСТ СМЯТАТЕ, ЧЕ Е НОРМАЛНО ДА СЕ ЗАПОЧНЕ СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ, ВКЛЮЧВАЩ ПОЛОВ АКТ?</b>	
1. Възраст (г.)	.....
2. Когато човек се чувства готов	2
3. Както се случи	3
4. Друго (моля, посочете).....	4

<b>61. КАКВО Е ЗА ВАС РЕДОВЕН СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ?</b>	
1. Да имам сексуални контакти, включващи полов акт всеки ден (да се прави секс всеки ден)	1
2. Два пъти седмично	2
3. Един път седмично	3
4. Един път месечно	4
5. Друго	5

ИНТ: ВЪПРОСИ 62 И 63 СЕ ЗАДАВАТ НА ТЕЗИ, КОИТО ИМАТ СЕКСУАЛНИ КОНТАКТИ

<b>62. ИЗПИТВАТЕ ЛИ СТРАХ ОТ ЗАБРЕМЕНЯВАНЕ, КОГАТО ПРАВИТЕ СЕКС? (можете страхуват ли се да не забременее тяхната партньорка)</b>	
1. Много се страхувам	1
2. По-скоро се страхувам	2
3. По-скоро не се страхувам	3
4. Изобщо не се страхувам от това	4

<b>63. ИЗПИТВАТЕ ЛИ СТРАХ ОТ БОЛЕСТИ, ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ, КОГАТО ПРАВИТЕ СЕКС?</b>	
1. Много се страхувам	1
2. По-скоро се страхувам	2
3. По-скоро не се страхувам	3
4. Изобщо не се страхувам от това	4

ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСА САМО НА ЖЕНИ:

<b>64. В СЛУЧАЙ, ЧЕ СКОРО ЗАБРЕМЕНЕЕТЕ НЕПЛАНИРАНО, КАКВО БИХТЕ НАПРАВИЛИ? (ЕДИН ОТГОВОР)</b>	
1. Ще родя/детето ще си го гледам	1
2. Ще родя детето и ще го дам да го гледат родители или роднини	2
3. Ще родя детето и ще го дам за осиновяване	3
4. Ще родя детето и ще го дам за отглеждане в социален дом	4
5. Вероятно ще направя/и аборт	5
6. Ще направя със сигурност аборт	6
7. Ще оставя партньора/съпруга ми да реши	7
8. Друго (моля, посочете).....	8
9. Не знам	9

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСА САМО НА МЪЖЕ:**

<b>65. АКО ПАРТНЬОРКАТА/СЪПРУГАТА ВИ ЗАБРЕМЕНЕЕ НЕПЛАНИРАНО, КАКВО БИХТЕ НАПРАВИЛИ? (ЕДИН ОТГОВОР)</b>	
1. Ще я посъветвам да го роди, за да го гледаме заедно	1
2. Ще я посъветвам да го роди и да го гаде да се отглежда от родители или роднини	2
3. Ще я посъветвам да го роди и да го гаде за осиновяване	3
4. Ще я посъветвам да го роди и да го гаде в дом за деца	4
5. Ще я посъветвам да направи аборт	5
6. Ако гържи да го роди ще я напусна	6
7. Ще я оставя тя да реши	7
8. Друго (моля, посочете).....	8
9. Не знам	9

<b>66. АКО РЕШИТЕ ДА НАПРАВИТЕ АБОРТ, КАКВИ ЩЕ СА ПРИЧИНИТЕ? (Мъжете, моля отговорете за партньорката си) (ДО ДВА ОТГОВОРА)</b>	
1. Не съм/не е омъжена	1
2. Брактът/връзката ми/ни не е стабилен	2
3. Не искам да имам деца	3
4. Партньорът/ката ми не иска да има деца	4
5. Няма средства и условия да се гледат деца	5
6. Несигурност, че ще имам работа	6
7. Вече имам/е децата, които искам/е	7
8. Детето ми/ни е малко	8
9. Други планове (кариера, училище)	9
10. Друго (моля, посочете).....	10

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСА САМО НА ЖЕНИ:**

<b>67. АКО РЕШИТЕ ДА НАПРАВИТЕ АБОРТ, КЪМ КОГО БИХТЕ СЕ ОБЪРНАЛИ?</b>	
1. Сама ще опитам – инжекции, хапчета, билки...	1
2. Опитна жена, знахарка	2
3. Частен лекар	3
4. Болнично заведение	4
5. Не бих могла да направя аборт	5
6. Не знам	6

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСА САМО НА ЖЕНИ, КОИТО ВОДЯТ СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ:**

<b>68. МОЛЯ ВИ, КАЖЕТЕ МИ ДАЛИ СТЕ ПРАВИЛИ АБОРТ ДОСЕГА?</b>	
1. Да	1
2. Не	2
3. Не съм забременявала	3

**ИНТ: ЗАДАВА СЕ САМО НА ПРАВИЛИТЕ АБОРТ**

<b>69. АКО ДА, КАКЪВ АБОРТ СТЕ ПРАВИЛИ?</b>			
<i>(Моля, отговорете за всеки вид като използвате скала):</i>	Един-два пъти	Повече от два пъти	Не съм имала такъв аборт
1. Аборт по желание	1	2	3
2. Спонтанен аборт	1	2	3
3. Аборт по медицински показания	1	2	3
4. Мъртво раждане	1	2	3

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ ВЪПРОСА САМО НА ЖЕНИ, КОИТО СА ПРАВИЛИ АБОРТ ПО ЖЕЛАНИЕ:**

<b>70. АКО СТЕ ПРАВИЛИ АБОРТ ПО ЖЕЛАНИЕ, КАК ВЗЕХТЕ РЕШЕНИЕТО?</b>	
1. По настояване на партньора	1
2. По настояване на родители	2
3. Заедно с партньора	3
4. Сама (жената)	4

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ВСИЧКИ ЖЕНИ:**

<b>71. ПОСЕЩАВАЛИ ЛИ СТЕ КОНСУЛТАЦИЯ, ЗА ДА СЕ ПОДГОТВИТЕ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ БРЕМЕННОСТ И ПОЛОВО ПРЕДАВАНИ БОЛЕСТИ?</b>	
1. Да	1
2. Не	2

<b>72. ТАМ, КЪДЕТО ЖИВЕЕТЕ (град или село) – ИМАТЕ ЛИ ВЪЗМОЖНОСТ ДА СЕ КОНСУЛТИРАТЕ ПО СЕКСУАЛНИ ПРОБЛЕМИ С ЛЕКАР? (ЕДИН ОТГОВОР)</b>	
1. Има възможност – и съм се консултирал/а	1
2. Има възможност – ще се консултирам при нужда	2
3. Нямаме лекар – само мед. сестра	3
4. Нямаме никакъв медицински персонал	4
5. Работното време на здравния център не ми е удобно	5
6. Медицинският център ми е много далече	6
7. Нямам доверие в лекарите от медицинския център	7
8. Нямам нужда от такава консултация	8
9. Не желая да ползвам такива консултации	9
10. Не знам, не съм се интересуval(a)	10

<b>73. УЧАСТВАЛИ ЛИ СТЕ В НЯКАКВА ФОРМА НА СЕКСУАЛНО ОБРАЗОВАНИЕ? /в училище, извън училище, друго/</b>	
1. Да	1
2. Не	2

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ТЕЗИ, КОИТО СА УЧАСТВАЛИ В СЕКСУАЛНО ОБРАЗОВАНИЕ:**

<b>74. АКО ДА, СМЯТАТЕ ЛИ, ЧЕ ТОВА ОБРАЗОВАНИЕ Е ПОВЛИЯЛО/ЩЕ ПОВЛИЯЕ НА СЕКСУАЛНОТО ВИ ПОВЕДЕНИЕ?</b>	
1. Да, защото.....	1
2. Не, защото .....	2
3. Не знам/не мога да преценя	3

<b>75. СПОРЕД ВАС НЕОБХОДИМО ЛИ Е УЧЕНИЦИТЕ ДА СЕ ОБУЧАВАТ В УЧИЛИЩЕ В СФЕРАТА НА СЕКСУАЛНОТО ЗДРАВЕ?</b>	
1. Определено да	1
2. По-скоро да	2
3. По-скоро не	3
4. Определено не	4
5. Не мога да определя	5

*ИНТ: ЗАДАЙТЕ СЛЕДВАЩИТЕ ВЪПРОСИ САМО НА ЖЕНИ.  
ЗА МЪЖЕТЕ – ПРЕМИНЕТЕ НА ВЪПРОС 81:*

<b>76. ЗНАЕТЕ ЛИ ДНИТЕ НА ВАШАТА ОВУЛАЦИЯ? /гните, в които вероятността да забременеете е най-голяма/</b>	
1. Нямам представа, че има такива дни	1
2. Не – все не мога да изчисля (забравям)	2
3. Не – не ми е редовен цикъла	3
4. Да – точно	4
5. Да – но приблизително	5

<b>77. КОЛКО ЧЕСТО ХОДИТЕ НА ГИНЕКОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД?</b>	
1. Веднъж и повече пъти годишно	1
2. Веднъж на две и повече години	2
3. Ходя само когато имам проблем	3
4. Не съм ходила досега	4

<b>78. КОГА ЗА ПОСЛЕДЕН ПЪТ ПОСЕТИХТЕ ГИНЕКОЛОГ ЗА ПРЕГЛЕД И/ИЛИ КОНСУЛТАЦИЯ?</b>	
1. През последните 6 месеца	1
2. През последните 12 месеца	2
3. Преди повече от 12 месеца	3
4. Не съм ходила никога	4

<b>79. ПРОВЕРЯВАТЕ ЛИ ВКЪЩИ ГЪРДИТЕ СИ, ЗА ДА СЕ ПРЕДПАЗИТЕ ОТ БОЛЕСТИ?</b>	
1. Да, редовно	1
2. Да, от време на време	2
3. Не	3
4. Не знам какви са тези болести	4

<b>80. КОГА ЗА ПОСЛЕДЕН ПЪТ СА ВИ ВЗЕМАЛИ ЦИТОНАМАЗКА?</b>	
1. Преди 6 месеца	1
2. Преди 12 месеца	2
3. Преди повече от 2 години	3
4. Не помня	4
5. Никога не са ми правили	5
6. Не знам какво означава това	6

**ИНТ: ЗАДАЙТЕ НА ВСИЧКИ:**

<b>81. ВИЕ ЖИВЕЕТЕ ПОСТОЯННО В:</b>	
1. София	1
2. Областен град	2
3. Малък град	3
4. Село	4

<b>82. ПОЛ:</b>	
1. Мъж	1
2. Жена	2

**83. ВИЕ СТЕ НА ВЪЗРАСТ:** (запишете в навършени години!) .....

<b>84. КАКЪВ Е ЕТНИЧЕСКИЯТ ВИ ПРОИЗХОД?</b>	
1. Български	1
2. Турски	2
3. Ромски	3
4. Друг	4

<b>85. КАК БИХТЕ ОПРЕДЕЛИЛИ МАТЕРИАЛНОТО СИ ПОЛОЖЕНИЕ В МОМЕНТА?</b>	
1. Много добро	1
2. Добро	2
3. Средно	3
4. Лошо	4
5. Много лошо	5

<b>86. КАКЪВ Е СРЕДНИЯТ МЕСЕЧЕН ДОХОД НА ЧЛЕН ОТ ВАШЕТО ДОМАКИНСТВО?</b>	
1. До 200 лв.	1
2. Между 201 и 300 лв.	2
3. Между 301 и 500 лв.	3
4. Между 501 и 700 лв.	4
5. Между 701 и 1000 лв.	5
6. Над 1001 лв.	6
7. Не знам/ не мога да определя	7

<b>87. КАК СЕ ПРОМЕНИ МАТЕРИАЛНОТО ВИ ПОЛОЖЕНИЕ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 12 МЕСЕЦА?</b>	
1. Силно се влоши	1
2. Влоши се	2
3. Същото е	3
4. Подобри се, но не съществено	4
5. Подобри се съществено	5

<b>88. ВАШЕТО ЗАВЪРШЕНО ОБРАЗОВАНИЕ Е:</b>	
1. Висше (степенни Бакалавър, Магистър и Доктор)	1
2. Полувисше	2
3. Средно/средно специално	3
4. Основно	4
5. Начално	5
6. Нямам завършено образование	6

<b>89. КЪДЕ СТЕ ЗАВЪРШИЛИ СЪОТВЕТНИТЕ ОБРАЗОВАТЕЛНИ СТЕПЕНИ?</b>			
ПОСОЧЕТЕ ЗА ВСЯКА ЗАВЪРШЕНА ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН!	В населеното място, където живеете	В друго населено място	Чужбина
1. Основно образование	1	2	3
2. Средно образование	1	2	3
3. Висше образование	1	2	3

**Time end: Краен час на интервюто:**


Име на анкетъора:.....

**ЗА ИНТ: Моля, посочете вашите бележки относно ситуацията на интервюиране и поведението на респондента:**

.....

.....

.....





БЪЛГАРСКА  
АСОЦИАЦИЯ  
ПО СЕМЕЙНО  
ПЛАНИРАНЕ  
И СЕКСУАЛНО  
ЗДРАВЕ

[www.safe sex.bg](http://www.safe sex.bg)  
[www.semeinoplanirane.com](http://www.semeinoplanirane.com)

**За връзка с нас**

**Адрес на централния офис:**  
София 1504, бул. „Дондуков“ № 67  
телефони: 02 943 30 52; 02 943 37 10  
[bfpa@safesex.bg](mailto:bfpa@safesex.bg)

**Плевен:** 0884 140 517; 0889 321 343

**Пловдив:** 032 644 458

**Русе:** 0886 211 502

**Стара Загора:** 0882 407 323



**Фонд на ООН за население**