

Національний університет
«КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»
Докторська школа
Школа охорони здоров'я

Докторський проект

КОРИСТУВАННЯ МЕТОДАМИ КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTІ
В УКРАЇНІ У ПЕРЕХІДНИЙ ПЕРІОД

Виконала:

студентка Докторської програми «Управління в охороні здоров'я»
Барська Юлія

Наукові керівники:

Андрєєва Тетяна Іллівна Школа охорони здоров'я НаУКМА, к.м.н., доц.
Грига Ірена Максимівна Школа охорони здоров'я НаУКМА, к.м.н., доц.

Київ-2011

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I.....	6
ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ: СТАН, ТЕОРІЇ І ДЕТЕРМІНАНТИ.....	6
1. 1. Народжуваність, аборти і контрацепція в світі та Україні: стан і тенденції.....	6
1. 2. Теорії, що пояснюють поведінку щодо використання методів контрацепції.....	10
1.2.1. Теорії рівня громади: прийняття використання засобів контролю народжуваності популяцією.....	11
1.2.2. Теорії особистісного та міжособистісного рівнів: прийняття рішення щодо використання контрацептивів індивідом.....	13
1.3. Детермінанти використання методів контрацепції.....	15
1.3.1. Особистісні фактори.....	16
1.3.2. Міжособистісні фактори.....	16
1.3.3. Фактори рівня організацій і громади.....	17
1.4. Висновки.....	18
РОЗДІЛ II.....	20
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	20
2.1. Онтологія, епістемологія та дизайн дослідження.....	20
2.2. Дані.....	20
2.3. Аналіз.....	22
2.3.1. Профіль дітонародження.....	25
2.3.2. Незаплановані вагітності.....	25
2.3.3. Контрацепція.....	26
2.4. Обмеження дослідження.....	31
ПЛАН ВИКОНАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	34

ВСТУП

Підґрунтя та актуальність

За позицією ВООЗ, «репродуктивне здоров'я <...> передбачає, що люди можуть мати відповідальне, задовільне і безпечне статеве життя, і що вони здатні народжувати дітей і вільні вирішувати, чи, коли і як часто це робити. Це, своєю чергою, передбачає право чоловіків і жінок бути поінформованими про і мати доступ до безпечних, ефективних, фінансово доступних і прийнятних засобів регулювання народжуваності на власний вибір» («Reproductive health», no date (n.d.)).

Використання неефективних засобів контрацепції, неефективне або непослідовне користування ефективними засобами або невдавання до жодних методів контрацепції у той час, коли пара не планує мати наразі дітей, призводить до настання незапланованих вагітностей (Sable and Libbus, 1998). Як штучне переривання, так і прийняття їх має негативні наслідки для здоров'я жінок та їхніх майбутніх дітей і створює додаткове фінансове навантаження на систему охорони здоров'я («Women and societies benefit when childbearing is planned», 2002).

Аборти небезпечні ускладненнями, повторні аборти можуть призводити до подальшого безпліддя. Незаплановані вагітності, які завершуються народженням дитини, пов'язані з вищим ризиком розвитку ускладнень у до-, підчас- і післяпологовий період у матері й немовля, що пояснюється пізнішим зверненням за допологовим доглядом, пізнішою зміною поведінки на сприятливу для розвитку плоду (припинення куріння, вживання алкоголю), настанням вагітності у несприятливий час (під час захворювання і вживання небезпечних для плода ліків, порушення родиною здорового способу життя, високих фізичних або психоемоційних навантажень) (Hellerstedt et al., 1998; Могілевкіна, 2004). Такі матері мають більший ризик розвинути депресію (Могілевкіна, 2004) і менші шанси вигодувати груддю (Dye, Wojtowycz, Aubry, Quade, and Kilburn, 1997). Також утримання від народження дітей у дуже юному віці й дуже пізньому віці та дотримання достатніх проміжків між пологами і виношуванням їх є бажаним для збереження репродуктивного здоров'я жінки й немовля (Могілевкіна, 2004).

Динаміка рівня абортів в Україні після здобуття нею незалежності неоднозначна. З одного боку, наразі рівень штучного переривання вагітності лишається незадовільним (кожна п'ята вагітність за офіційною статистикою), а рівень народжуваності низьким (1,5 дитини на одну жінку репродуктивного віку), з другого боку, рівень абортів з 1991 року стабільно скорочується, а рівень народжуваності вже пережив кризу найнижчого значення, і з 2001 року поступово зростає (European health for all database (EHFADB)). Таке паралельне

спадання рівнів абортів і фертильності свідчить про те, що відбувається заміщення вдавання абортів як основного засобу контролю народжуваності, що використовувався до 1991 року, на застосування методів контрацепції.

Це зміщення відбувається на тлі (або є частиною) перехідного процесу українського суспільства до політичної демократії та ринкової економіки, який спричиняє зміни й у репродуктивній поведінці людей. Крім згаданої тенденції мати менше дітей, стали, наприклад, суспільно прийнятними також дошлюбні статеві стосунки і позашлюбне народження дітей (у цивільних, незареєстрованих шлюбах); зрештою, доступність і вибір контрацептивних засобів якісно змінився. Поступове зміщення цінностей з традиційних ролей жінки як «матері-доглядальниці, виховательки і домогосподарки» (Оксамитна, 2004, ст. 146) до її кар'єрної самореалізації (Оксамитна, 2004) суттєво впливає на зміни у репродуктивній поведінці.

Третьою стороною стану справ є те, що в Україні існують державні програми, спрямовані на покращення різних аспектів репродуктивного здоров'я населення, проте всі вони у розділі стимулювання користуватися методами планування сім'ї орієнтовані на інформування про них загальне населення, з акцентом на молоді, та безкоштовне забезпечення вразливих верств («Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», «Планування сім'ї», «Репродуктивне здоров'я 2001-2005»). При цьому, в регулярних звітах з реалізації цих програм зазначено, що позитивної динаміки рівня абортів досягнуто саме завдяки цим програмам, хоча такий зв'язок досліджено не було¹.

Дослідження, проведені в інших подібних країнах у перехідному періоді, акцентували увагу на процесі зміни рівня народжуваності (наприклад, Koytcheva, 2006; Sobotka, 2004), й отримали результати, які не можуть бути узагальнені в модель, що можна було би застосувати в Україні для розуміння і прогнозування поведінки щодо використання методів контрацепції.

Мета

Метою даного дослідження є пояснення поведінки щодо використання засобів контролю народжуваності людьми з загальної популяції в Україні у перехідний період (після 1991 року).

¹ Наприклад: «завдяки реалізації національних програм «Планування сім'ї» (1995-2000) і «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» кількість абортів в Україні [у період з 1991 до 2007 року] зменшилася на 78%» («Аборты и контрацепция в Украине», 2008, ст. 13); «Останніми роками спостерігаються деякі позитивні зрушення в поширеності контрацепції як результат виконання Національної програми «Планування сім'ї» («Україна на шляху до десятої річниці МКПНР», 2003, ст. 10); «Стали більш доступними для жінок послуги акушерських закладів, збільшилась обізнаність населення з методами контрацепції та їх застосуванням, що є ефективною альтернативою абортам» (Там само, ст. 30); «завдяки успішному проведенню інформаційно-просвітницької діяльності та удосконаленню законодавчої бази ... починаючи з 1995 р., кількість абортів і їх частота як у дівчаток, так і у дівчат-підлітків зменшилась» (Там само, ст. 40); та інші.

Цю мету буде досягнуто, використовуючи кількісні методи дослідження. Аналіз двох порівнюваних репрезентативних опитувань населення репродуктивного віку в Україні у 1999 і 2007 роках (у 2007 році опитування охоплювало також чоловіків) дозволить порівняти динаміку та детермінанти застосування різних методів контролю народжуваності в Україні. На основі даних опитування 15-16-річних учнів у 2007 році можна дослідити сексуальну поведінку підлітків в Україні.

Практична значущість

Інформація про детермінанти використання контрацептивів дозволить розробити дієві програми втручання і стимулювання правильного застосування ефективних методів планування сім'ї, і таким чином контролювати штучні аборти і народження незапланованих на момент зачаття дітей як негативні явища у сфері репродуктивного здоров'я в Україні.

Наукова новизна

Лакуни, які дане дослідження допоможе заповнити у здобутих знаннях про поведінку щодо користування методами контрацепції, діляться на два типи.

Перший — це застосування в Україні моделей і підходів, які застосовували раніше в інших країнах, але які Україну оминули. Сюди належить включення в аналіз чоловіків як частини пари, яка приймає рішення щодо використання методів контрацепції, не через призму сприйняття їх жінками (Sable and Libbus, 1998), — що буде реалізовано за допомогою аналізу паттернів використання засобів контрацепції чоловіками та подружжями. Буде також вперше протестовано модель уявлень про здоров'я у використанні чоловічих презервативів жінками як засобу запобігання передачі хвороб статевим шляхом, та досліджено зв'язок між маскулініними цінностями і використанням ефективних методів контрацепції.

Другим типом внеску в суму знань є розроблення нових підходів до аналізу теми. Тут буде застосовано цілісний підхід до структурування і визначення паттернів репродуктивної поведінки жінки (народження дітей – контрацепція – штучні аборти), а саме ідентифікація репродуктивного профілю жінок та дворівневий аналіз настання та подальшого прийняття або переривання незапланованої вагітності. Нарешті, буде отримано додаткові знання про детермінанти репродуктивної поведінки у перехідних суспільствах у випадку України.

РОЗДІЛ І.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ: СТАН, ТЕОРІЇ І ДЕТЕРМІНАНТИ

1. 1. Народжуваність, аборти і контрацепція в світі та Україні: стан і тенденції

Рівні народжуваності, абортів і використання методів планування сім'ї, будь-яких і сучасних, пов'язані між собою, і такі профілі переважно збігаються зі ступенем економічного та політичного розвитку країни. Штучні аборти та ефективні методи контрацепції є взаємозамінними способами запобігання небажаній вагітності, тому комбінація таких факторів, як легальність і доступність абортів, доступність і адаптація використання методів контрацепції та бажання щодо розміру родини та часу появи дітей визначають середовище, у якому жінки та пари приймають рішення щодо репродуктивної поведінки.

Так, для країн Західної і Північної Європи, Північної Америки, Австралії, Нової Зеландії і кількох країн Азії (Японії і Південної Кореї) є характерними рівні народжуваності, нижчі за потрібні для відтворення населення ($TFR^2 < 2.05$) («2010 World population data sheet», n.d.). Поширеність користування протизаплідними засобами (одруженими жінками репродуктивного віку) сягає більше 70%, і майже всі ці засоби — сучасні («World contraceptive use 2011», 2011).

Явище падіння і тривалого перебування рівня народжуваності на рівні, нижчому за потрібний для відтворення населення (TFR 1.5 або навіть 1.3, що отримало назву «lowest-low fertility»), яке переживають ці країни, називають другим демографічним переходом (на відміну від першого, за якого відбувається перехід від високих рівнів смертності і народжуваності до низьких, і, відповідно, повільного або нульового приросту населення («Transitions in world population», 2004)). Характерними рисами другого демографічного переходу є зростання середнього віку на час народження першої дитини, тобто відкладення народження першої дитини на пізніший період, поширення добровільної бездітності та народження дітей поза шлюбом (Botev, 2006).

Рівень використання сучасних засобів контролю народжуваності у більшості країн Західної і Північної Європи досяг теперішніх значень у 1970-их роках минулого століття, і з того часу майже не змінюється («Levels and trends of contraceptive use in 2002», 2004). Виняток становить Іспанія, де у 1990-1995 роках відбувся другий сплеск зростання використання засобів контрацепції, і зараз країна має одні з найвищих рівнів застосування

² TFR (Total fertility rate, Загальний коефіцієнт народжуваності) — середня кількість дітей, яку народила би жінка протягом свого репродуктивного віку, якби вона народжувала відповідно до коефіцієнта народжуваності для кожного віку (age-specific fertility rate) у даному році (Haupt and Kane, 2004, p. 15) – переклад авторки.

контрацептивів у світі — більше 80% («Levels and trends of contraceptive use in 2002», 2004). Другою такою країною є Сполучені Штати, які пережили таке саме зростання у 1990-х роках минулого століття, і яке відбулося завдяки запровадженню державних програм зі сприяння використанню методів планування сім'ї, а саме безкоштовному постачанню контрацептивів людям з низькими доходами та підліткам («Levels and trends of contraceptive use in 2002», 2004).

З огляду на такі тенденції можна припустити, що природне (без втручання з боку) поширення використання методів контрацепції може відбуватися до певного рівня насиченості (65-70%), після досягнення якого нові верстви населення перестають приєднуватися до такої поведінки. Такий процес адаптації використання контрацептивів може пояснити теорія поширення інновацій (див. детальніше у Підрозділі 1.2.1), за якою при поширенні нових видів поведінки після певного часу (протягом якого поступово приєднуються до нововведень різні верстви споживачів) лишається група людей, які самостійно не приймають інновацію («laggards», пізні послідовники, або вайли). Досвід Сполучених Штатів та Іспанії, можливо, свідчить про те, що інтервенції зі збільшення доступності методів контрацепції стають доречними для залучення до бажаних видів поведінки саме таких груп людей.

На протилежному кінці шкали розташовані країни з низьким і середнім рівнями розвитку економіки, до яких належать країни Африки, Латинської Америки, Океанії та більшість країн Південної, Південно-Східної та Західної Азії, — всі вони мають достатні для відтворення популяції і високі рівні народжуваності («2010 World population data sheet», n.d.), а користування засобами контрацепції у більшості країн не перевищує 50% (в Африці — 20%) («World contraceptive use 2011», 2011). Проте за останні півстоліття рівень народжуваності у цих країнах впав з у середньому 6.0 дітей на одну жінку на початку 1950-их до 2.5 зараз, що відбулося значно швидше ніж у країнах Західної Європи та Північної Америки («World population highlights», 2010). Тому, незважаючи на низькі рівні прийняття і використання протизаплідних засобів, такого результату в рівнях народжуваності було досягнуто завдяки стрімкому поширенню використання їх. За результатами певних досліджень, програми сприяння використанню засобів контрацепції забезпечили близько 40% цього зменшення народжуваності (Bulatao, 1998).

Процес зміни пріференцій щодо кількості дітей, реалізацію цього задуму через адаптацію використання засобів контрацепції, і, відповідно, ефективність інтервенційних програм у різні періоди, не можна розглядати окремо від загального економічного розвитку країни — що зазвичай відбувається паралельно з демографічними (зменшення смертності і народжуваності через зростання тривалості життя) та епідеміологічними (зменшення смертності від інфекційних хвороб, і, як наслідок, збільшення тривалості життя і тягаря

неінфекційних хвороб) переходами у сфері охорони здоров'я («Attaining global health», 2000) — і який можна вважати модеруючим фактором щодо швидкості прийняття використання засобів планування сім'ї. Наприклад, у країнах «азіатського економічного дива» — Південній Кореї, Сінгапурі, Гонконзі, Тайвані та Японії — зменшення народжуваності з шести дітей і більше до двох і менше відбулося за 30 років (з 1960 до 1990), тобто протягом одного покоління (Bulatao, 1998).

Посередині щодо рівня економічного розвитку і зі своїми особливостями стану і тенденцій народжуваності та використання засобів контрацепції розташовані країни Східної Європи і Центральної Азії, які раніше належали до Радянського Союзу і наразі перебувають на перехідному етапі до ринкової економіки та демократії.

У країнах колишнього Радянського Союзу аборт тривалий час був основним методом контролю народжуваності, що пояснюється легальністю і доступністю процедури штучного переривання вагітності та недоступністю сучасних контрацептивів («Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia», 2003). У 1990-х роках стала спостерігатися тенденція до зменшення бажаного розміру родини у всіх цих країнах разом зі зменшенням рівня абортів і зростанням поширеності користування методами контрацепції (Westoff, 2005). При цьому рівень народжуваності у країнах Східної Європи та деяких країнах Азії на початку 1990-их років впав нижче (у деяких — значно нижче) рівня відтворення населення і тримається таким до сьогодні («2010 World population data sheet», n.d.).

Ці явища мають мінімум дві відмінні характеристики переходу до низьких рівнів народжуваності, порівняно з країнами Західної Європи і Північної Америки. Щодо рівня народжуваності, то тривають дискусії про те, чи можна вважати, що ці країни у перехідному періоді також переживають другий демографічний перехід. Деякі дослідники пояснюють це відкладенням народження першої або другої дитини, і утворення, таким чином, тимчасової лагуни у народжуваності (Sobotka, 2004).

Щодо використання методів контрацепції, то, хоча і загальний рівень користування протизаплідними засобами зростає, у його структурі значна частка припадає на традиційні методи, невдачі яких у запобіганні вагітності лишаються основною причиною незадовільного рівня абортів («Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia», 2003). За опитуваннями 1997-2001 років, від 70% до 90% відсотків незапланованих вагітностей переривалося («Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia», 2003).

В Україні TFR востаннє був достатнім для відтворення населення у 1988 році (2.06); з того часу постійно спадав: у 1994 вперше досяг значення 1.5, у 1996 – 1.3, у 2001 році було зафіксовано найнижче значення 1.1. У цей рік відбувся злам, і з 2001 року рівень народжуваності повільно зростає; у 2009 році він склав 1.47 (EHFADB).

Аналізуючи паттерни народжуваності в Україні, Perelli-Harris (2008) дійшла висновку, що особливістю їх для України є відкладення або відмова від народження другої дитини, проте майже універсальне народження першої, крім того, в молодому віці, — тобто, шлях України до низької народжуваності відрізняється від того, яким до неї прийшли країни Західної Європи і Північної Америки, для яких характерним стало народження першої дитини у пізньому віці або відмова від дітей взагалі, і збігається з ситуацією у Центральній і Південній Європі. Хоча у тому ж дослідженні Perelli-Harris (2008) виявила також тенденцію до відкладення народження першої дитини на пізніший вік, навіть у шлюбі, серед українських жінок з вищою освітою, що може свідчити про початок другого демографічного переходу серед певних верств населення.

Щодо гіпотетичних причин такого явища (універсального народження дітей, до того ж у молодому віці), варто тут навести довшу цитату з результатів фокус-груп, проведених авторкою згаданого дослідження:

«Респондентки ... говорили, що вони відчували тиск з боку батьків і однолітків одружитися та народити хоча би одну дитину, доки вони не стали «старими дівами». Вони називали психологічні та медичні причини народження дітей у ранньому віці <...>. Багато респонденток боялися, що їхнє здоров'я погіршиться у 28-30 років, що може призвести до ускладнень під час вагітності й пологів. Крім того, респондентки вважали, що погане харчування, екологічно несприятливе навколишнє середовище, наслідки Чорнобильської катастрофи і погіршення умов життя збільшать імовірність медичних ускладнень і безпліддя. Нарешті, <...> через страх, що переривання першої вагітності може призвести до безпліддя, жінки надавали перевагу збереженню першої вагітності. Таким чином, в той час як жінки Західної Європи вважають раціональним відкладати народження першої дитини, українки вважають, що краще народити дитину в молодому віці, доки їхні організми найкраще можуть здійснити репродуктивну функцію» (Perelli-Harris, 2008, p. 1151) [Переклад авторки].

Як було згадано вище, рівень абортів в Україні з 1990-х років постійно спадає. Якщо між 1970 і 1990-тими роками він коливався на рівні 1400-1600 штучних переривань вагітності на 1000 народжень живих дітей, тобто тільки 40% усіх вагітностей завершувалися пологами, то у 1999 році рівень абортів вперше досяг значення 1032 на 1000 народжень живих дітей (вже тільки половина вагітностей переривалася), у 2004 — 481 (приблизно кожна третя), у 2009 склав 249 штучних абортів на 1000 народжень живих дітей (кожна п'ята) — принаймні, за офіційною статистикою (EHFADB), хоча висловлювалися припущення та обґрунтування, що ці дані є заниженими приблизно на 30% (Perelli-Harris, 2008; «Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia», 2003).

Узагальнити тенденції у народжуваності і використанні абортів для регулювання її можна з досліджень Levchuk and Perelli-Harris (2009) та Perelli-Harris (2008). Вони дійшли до таких висновків щодо детермінант цих переходів:

1. Абортів уникають до народження першої дитини, незалежно від того, чи є вагітність планована чи ні. Разом з ще недостатнім поширенням використання ефективних методів контрацепції, це призводить до народження першої дитини у молодому віці (Levchuk and Perelli-Harris, 2009).
2. На відміну від західних країн, де аборти використовують для відкладення народження першої дитини, в Україні аборти роблять жінки з дітьми (Levchuk and Perelli-Harris, 2009).
3. Тобто штучне переривання використовують для того, щоб зберегти проміжки між народженнями дітей, або припинити їх народжувати, а не щоб відкласти початок народження (Perelli-Harris, 2008).

Тенденції у використанні методів контрацепції в Україні збігаються з тенденціями, спостережуваними в інших країнах Східної Європи і Центральної Азії. З 1999 року до 2007 року частина одружених жінок, які використовують протизаплідні засоби, майже не змінилася (68% у 1999 році («The 1999 Ukraine Reproductive and Health Survey» (URHS-1999)) і 70% у 2007 році («The 2007 Demographic and Health Survey» (UDHS-2007))), проте серед них зменшився відсоток тих, хто користується методом перерваного статевого акту і збільшився відсоток тих, хто вдається до чоловічих презервативів (UDHS-2007). Серед сексуально активних неодружених жінок 79% застосовували будь-який метод контрацепції, з них дві третини поклалися на чоловічий презерватив (UDHS-2007). Тобто у використанні сучасних методів контрацепції та її окремих видів (чоловічих презервативів) можна спостерігати ознаки процесу поступової адаптації застосування сучасних контрацептивів різними верствами населення.

1. 2. Теорії, що пояснюють поведінку щодо використання методів контрацепції

Екологічна перспектива передбачає п'ять рівнів впливу на поведінку щодо здоров'я: особистісний, міжособистісний рівень, рівень організацій або інституцій, рівень громади та рівень політики, останні три з яких іноді об'єднують в один рівень громади («Theory at a glance», n.d.).

1.2.1. Теорії рівня громади: прийняття використання засобів контролю народжуваності популяцією

Тут буде розглянуто дві теорії, які пояснюють групи факторів, що визначають адаптацію використання методів контрацепції різними групами населення. «Зсув» факторів, запропонований Vjelica та Trninić-Pjević (2008), не є теорією у строгому сенсі, проте є спробою пояснити детермінанти поведінки щодо використання протизаплідних засобів на різних етапах поширеності використання їх. Сильні та слабкі сторони такого пояснення буде обговорено нижче.

- **Теорія поширення інновацій**

Теорія поширення інновацій (Diffusion of Innovations Theory) пояснює процес прийняття нововведень (ідей, практик або виду поведінки, які індивіди, суспільства або організації сприймають як нові) (Glanz, Rimer, and Viswanath, 2008). У ній розрізняють пасивне *поширення* інновацій (незаплановане та неформальне, яке відбувається переважно через подібних людей і соціальні мережі) та активне *розповсюдження* їх (плановане, формальне, централізоване) (Glanz et al., 2008). Теорія виокремлює три групи змінних, які пояснюють явище поширення інновацій: (1) характеристики інновації; (2) характеристики індивідів, які засвоюють нововведення; (3) характеристики середовища, у якому відбувається засвоєння (Glanz et al., 2008).

Процес прийняття нововведення індивідами, залежно від часу, який їм для цього потрібен, описує нормальний розподіл з виокремленням п'яти категорій індивідів: новатори (2,5%), ранні прибічники (13,5%), рання більшість (34%), пізня більшість (34%) і пізні послідовники (16%) (Glanz et al., 2008; Rogers, 1983). Згідно з результатами систематичного огляду досліджень, які вивчали характеристики кожної з цих груп, люди з різних стадій відрізняються за соціально-економічним статусом, особистісними рисами, і поведінкою щодо спілкування (Rogers, 1983). Наприклад, за соціально-економічним статусом люди з ранньої більшості відрізняються від людей з пізньої більшості тим, що мають вищу освіту і вищий соціальний статус (Rogers, 1983).

Динаміку адаптації використання засобів контролю народжуваності у країнах з високим рівнем доходів та середнім і низьким рівнями доходів може пояснити теорія поширення інновацій і в частині поширення їх (досягнення у країнах з високим рівнем доходів використання сучасних контрацептивів близько 70%, і зупинка дальшого поширення без додаткових інтервенцій на залучення маргіналізованих груп), і розповсюдження (інтервенційні програми у країнах Азії та Африки). Незважаючи на це, присутність теорії у

дослідженнях поширення використання контрацептивів у явному вигляді знайти важко. Проте загальний контекст адаптації їх зберігається. Репрезентативною тут можна вважати роботу Ketting and Visser (1994), у якій підсумовано фактори засвоєння використання сучасних методів контрацепції у Нідерландах у 1960-1980-х роках:

- зміна цінностей щодо сексуальності й родини;
- поява нових сучасних методів контрацепції (в основному, гормональних пігулок і стерилізації);
- перехід від аграрного до сучасного індустріального суспільства;
- економічне зростання;
- зменшення впливу церков у щоденному житті;
- поява сучасних засобів масової інформації;
- зростання загального рівня освіти;
- добровільний рух щодо використання засобів контролю народжуваності;
- страх перенаселення;
- позитивна роль лікарів загальної практики;
- система соціального страхування;
- сексуальна освіта, відкриті дискусії щодо сексуальності у ЗМІ, освітні кампанії і відсутність перешкод до отримання послуг з планування сім'ї.

- **«Зсув» детермінант**

Bjelica та Trninić-Pjević (2008), провівши систематичний огляд літератури, запропонували поділити всі детермінанти використання методів контрацепції на дві великі групи: соціально-демографічні та «психологічні», — і висунули гіпотезу про те, що перша група детермінант є значущою для країн, що розвиваються (з середнім і низьким рівнями доходів), а друга — для розвинених країн (з високим рівнем доходів).

Тобто пояснення полягає у тому, що, якщо на початку переходу мають значення для адаптації використання протизаплідних засобів освіта, вік і місце проживання (сільська або міська місцевість), то з розвитком країни відмінності за цими характеристиками зникають у популяції, і визначальними стають особистісні характеристики (автори наводять такі риси як локус контролю, сприйняття гендерних ролей, самоприйняття), тобто відбувається зсув детермінант. Цій думці можна знайти логічне підтвердження, а можна і спростувати її.

Нівелювання соціально-демографічних факторів у процесі розвитку країни можна пояснити тим, що з розвитком країни освіта стає універсальною, а країна — індустріалізованою. Проте, з другого боку, таку знахідку авторів можна пояснити ще й тим, що дослідження детермінант використання методів контрацепції у країнах, що розвиваються,

почалися на кілька десятиріч пізніше, ніж у розвинених країнах, як і сама адаптація методів контролю народжуваності. Тому етап пошуку соціально-демографічних факторів можна вважати першим, розвідувальним, коли спочатку шукають групи ризику, а вже потім причини певного явища у цих групах. Після 2008 року, коли було написано цю статтю (Vjelica та Trninić-Rjević, 2008), (і навіть раніше) почали з'являтися публікації з дослідження зв'язку стосунків у парі (згода, комунікація, прийняття рішень, владні стосунки) і використання нею методів контрацепції у країнах Азії та Африки. Другим аргументом є самі соціально-демографічні змінні, які знаходять значущими у дослідженнях у цих двох типах країн (Див. про це Підрозділ 1.3.3).

1.2.2. Теорії особистісного та міжособистісного рівнів: прийняття рішення щодо використання контрацептивів індивідом

Теорії особистісного рівня намагаються пояснити ланцюжок «інформація – переконання, уявлення (belief) – ставлення – намір діяти – поведінка».

Набір теорій сприяння здоров'я для впливу на особистісному і міжособистісному рівнях, застосовуваних для пояснення поведінки щодо використання методів контрацепції, було знайдено досить багатим. Це такі:

1. Теорії особистісного рівня

- a. Модель уявлень про здоров'я (Health Belief Model) і теорія мотивації захищатися (Protection Motivation Theory)
- b. Теорія продуманої дії / спланованої поведінки (Theory of Reasoned Action / Planned Behavior)
- c. Transtheoretical Model / Stages of Change (Транстеоретична модель / Теорія стадій змін)

2. Теорії міжособистісного рівня

- a. Теорія соціального пізнання (Social Cognitive Theory)
- b. Теорія суспільних мереж (Social Networks Theory)

Проте кількість досліджень з застосуванням їх була, навпаки, досить обмеженою, і досить специфічною щодо досліджуваної групи, типу поведінки або методів дослідження. Ці теорії адаптовували до пояснення і передбачення поведінки вразливих до ВІЛ груп населення (жінки комерційного сексу: Sneed and Morisky, 1998; Corby and Wolitski, 1996; чоловіки, що мають секс з чоловіками: Mclaws, Irwig, Oldenburg, Mock, and Ross, 1996; діти вулиці: Richter and Swart-kruger, 1995; споживачі ін'єкційних наркотиків: Corby and Wolitski, 1996; підлітки з меншин: Mollen et al., 2008; Keith, McCreary, Collins, Smith, and Bernstein, 1991; Fang, Stanton, Li, Feigelman, and Baldwin, 1998) або підлітків (Wang, Lou, and Gao, 2006;

Abraham, Sheeran, Abrams, and Spears, 1996); майже всі стосувалися використання презервативів з метою запобігання передачі інфекцій статевим шляхом та інфікуванню ВІЛ, крім двох досліджень, які зосереджувалися на поведінці щодо вживання ургентної контрацепції (Sable, Schwartz, Kelli, Lisbon, and Hall, 2006; Mollen et al., 2008), ще певна частина застосовувала ці теорії у кількісному аналізі (Mollen et al., 2008; Libbus and Kridli, 1997; Richter and Swart-kruger, 1995) або для розробки інтервенцій (Bowen, 1996; Corby and Wolitski, 1996; Fang et al., 1998; Garwick, Nerdahl, Banken, Muenzenberger-Bretl, and Sieving, 2004).

Таким чином, тільки декілька кількісних досліджень стосувалися людей з загальної популяції, а не груп підвищеного ризику (Bakker, Buunk, and Siero, 1993; Bengel, Belz-merk, and Farin, 1996; Diaz-loving and Rivera Aragon, 1995; Santelli et al., 1996). У більшості досліджень певні конструкти застосованої теорії пояснювали використання і вибір методів контрацепції, проте тільки у кількох дослідженнях здатність теорій пояснити варіацію у поведінці щодо використання методів контрацепції були порівняні (Bakker et al., 1993; Bowen, 1996). Bakker зі співавторами (1993), опитавши ту саму групу людей, отримав такі результати: модель уявлень про здоров'я пояснювала 32% варіації щодо використання презервативів чоловіками і 15% жінками, модель мотивації захищатися пояснювала 41% і 32%, відповідно, і теорія спланованої поведінки — 43% і 36%, відповідно. У дослідженні Diaz-loving та Rivera Aragon (1995) теорія продуманої дії пояснювала більше 20% варіації у використанні презервативів.

Santelli зі співавторами (1996) спробували проаналізувати детермінанти перебування на стадіях зміни щодо використання чоловічих презервативів (поділивши жінок за частотою, тривалістю і намірами користуватися презервативами у майбутньому) і знайшли, що використання презервативів під час кожного статевого акту, проте менше, ніж протягом останнього півроку (стадії 2, 3 і 4) порівняно з використанням його нерегулярно і відсутністю наміру користуватися презервативами у майбутньому (стадія 1), пов'язане зі сприйняттям схвалення друзів і партнера використовувати презервативи, переконанням, що ними користуватися легко, і негативно пов'язана з емоційною близькістю у парі. На стадії підтримки дії (стадія 5 - послідовне користування презервативами більше ніж півроку) порівняно з перебуванням на середніх стадіях (2, 3, 4 — визначення див. вище) були жінки, які вважали, що використання презервативів будує довіру у стосунках, що презерватив не сповзе під час використання, і ті, що в минулому відмовляли у сексі за різних обставин.

Іншим обмеженням інтерпретування результатів досліджень теорій особистісного і міжособистісного рівнів є різноманітність інструментів (опитувальників, стандартизованих або довільних), за допомогою яких вимірювали конструкти застосовуваних теорій. Різниця у валідності інструментів, вибраних авторами — зокрема, і для різних опитуваних груп

(вразливі групи, загальне населення) — може спричиняти як розходження у результатах, отриманих різними дослідниками, так і надійність зроблених висновків щодо доцільності застосування певних теорій для формування гіпотез про мотиви поведінки щодо використання методів контрацепції.

1.3. Детермінанти використання методів контрацепції

Sable and Libbus (1998), здійснивши систематичний огляд літератури, згрупували всі знайдені фактори користування контрацептивами, які коли-небудь досліджувалися, у п'ять великих груп (C-KAP Model: Contraceptive Knowledge, Attitude, and Practice). Ці групи факторів є такими:

(1) Інформація про вагітність і контрацепцію;

(2) Бар'єри до використання засобів контрацепції: структурні (такі як географічна доступність клінік з планування сім'ї), інституційні (адекватні години роботи клініки, ставлення персоналу) та фінансові фактори;

(3) Соціально-культурні фактори:

a. ставлення (цінності та уявлення, прийняття маскулінних цінностей, сприйняття ризику завагітніти, ставлення до потенційної вагітності, самооцінка, самодієвість);

b. вплив оточення: партнера (роль у прийнятті рішень, спілкування, тривалість стосунків), подібних людей (прийняття сексуальності, вагітності і використання методів контрацепції) і родини (спілкування, гендерні ролі, релігійність)

c. демографічні характеристики (Sable and Libbus, 1998).

Ця класифікація гарно представляє майже всю низку різноманітних факторів, зв'язок яких з використанням і вибором методів контрацепції вивчали, проте її недолік полягає у тому, що між цими змінними немає змістовних зв'язків, які є у теоріях, тобто всі фактори просто об'єднано у певні тематичні групи. Такі зв'язки, особливо, коли йдеться про ставлення, сприйняття норм поведінки та інші «психологічні» детермінанти, адекватніше об'єднують у систему теорії впливу, розглянуті у попередньому розділі.

Далі фактори, які сприяють або перешкоджають використанню методів контрацепції і вибору надійних методів, буде представлено за екологічною перспективою, а саме так: (1) особистісні чинники; (2) міжособистісні чинники; (3) чинники рівня інституцій / організацій і громади («Theory at a glance», n.d.).

1.3.1. Особистісні фактори

В цілому, впевнені у собі жінки, з високою самооцінкою і які приймають свою сексуальність, успішніше користуються контрацептивами.

Жінки підліткового та молодого віку, які мали високу самооцінку (self-esteem), сексуальну самооцінку (sexual self-esteem) і приймали свою сексуальність (sexual self-acceptance) були успішнішими у використанні ефективних засобів контрацепції (Adler and Hendrick, 1991; Tschann and Adler, 1997). Високий ступінь самодієвості (self-efficacy), виражений у впевненості здійснити певні дії (наприклад, наполягти на використанні презерватива партнером), також підвищував шанси користуватися презервативами постійно (Santelli et al., 1996).

Жінки, які вважали, що під час статевого контакту існує ризик передачі інфекції статевим шляхом та інфікування ВІЛ, ефективніше використовували презервативи (Pylypchuk and Marston, 2008; Santelli et al., 1996).

Зв'язок між ставленням до потенційної вагітності та вибором протизаплідного засобу був доведений у багатьох дослідженнях. Невизначеність щодо бажання завагітніти зменшує шанси жінки користуватися будь-яким засобом контрацепції (Barden-O'Fallon and Speizer, 2010; Forrest and Frost, 1996; Frost, Singh, and Finer, 2007) та застосовувати його послідовно (Frost and Darroch, 2008); так само і пережитий досвід смерті дитини (Kabir, 2001). Наявність уже бажаної кількості дітей збільшує шанси користуватися будь-яким методом, а народження дітей і аборти в минулому збільшують шанси вибрати контрацептив тривалої дії (Svare, Kjaer, Poll, and Bock, 1997). Тобто сильна (небажання мати більше дітей) або слабка (діти, що померли, і амбівалентність щодо потенційної вагітності) мотивація уникнути вагітності спричиняє вдавання до протизаплідних засобів і вибір більше або менше надійного методу.

1.3.2. Міжособистісні фактори

Спілкування про методи контрацепції у середовищі друзів, родичів і з партнером, сприйняття схвалення цього оточення використовувати методи контролю народжуваності позитивно пов'язані з користуванням ними та вибором сучасних методів. Такі риси, як сприйняття схвалення оточенням певної поведінки, є типовими елементами багатьох теорій зміни поведінки на індивідуальному та міжособистісному рівнях. Спілкування є важливим елементом процесу поширення нових видів поведінки.

У знайдених дослідженнях спілкування про методи контрацепції з партнером (Forrest and Frost, 1996; Gubhaju, 2009; Tschann and Adler, 1997), родичами (Giusti and Vignoli, 2006;

Kaggwa, Diop, and Storey, 2008), та друзями (Forrest and Frost, 1996) було позитивно пов'язане з використанням їх та вибором ефективних методів.

Уявлення про те, що партнер (Gubhaju, 2009; Kulczycki, 2008; Lasee and Becker, 1997; Kaggwa et al., 2008; Santelli et al., 1996; Valdisserri, Arena, Proctor, and Bonati, 1989) та друзі (Forrest and Frost, 1996; Santelli et al., 1996) схвалюють використання контрацептивів, також збільшувало шанси користуватися ними та вибрати ефективні методи (презервативи).

Тривалість і статус стосунків також пов'язані з вибором методу контрацепції. В цілому, практикування більш ризикової сексуальної поведінки пов'язане з невикористанням контрацептивів. Статеві стосунки з постійним партнером збільшують шанси користуватися будь-яким методом контрацепції (Forrest and Frost, 1996; Frost et al., 2007), проте менші шанси вибрати презервативи (Forrest and Frost, 1996). Так само менші шанси використовувати презервативи під час першого статевого контакту мають хлопці, які зі своєю партнеркою тільки познайомилися, ніж ті, які починали статеве життя з дівчиною, з якою зустрічалися до цього тривалий час (Ku, Sonenstein, and Pleck, 1993). Наявність більше одного статевого партнера протягом року перед проведенням опитування (multiple partnership) також зменшувала шанси користуватися методами контролю народжуваності (Frost et al., 2007).

Нечасті статеві стосунки зменшували шанси застерігатися від вагітності (Frost et al., 2007), і збільшували шанси вибрати презервативи (Forrest and Frost, 1996). Наявність іншого партнера, крім основного, підвищувала шанси жінки використовувати презервативи з основним партнером (Santelli et al., 1996).

Те, як відповідально респонденти починали статеве життя, також характеризувало подальшу їхню статеву поведінку. Ку зі співавторами (1993) знайшов, що кожний пізніший на рік вік початку статевого життя у підлітків чоловічої статі збільшує імовірність використовувати презервативи на 23%, а користуватися будь-яким ефективним чоловічим або жіночим протизаплідним засобом — на 31%. Для молодих чоловіків використання презервативів під час першого статевого контакту збільшує шанси користуватися ними надалі (Ku et al., 1993; Pylypchuk and Marston, 2008).

1.3.3. Фактори рівня організацій і громади

Соціально-демографічні характеристики, статистично значущо пов'язані з використанням методів контрацепції, свідчать про різні ситуації у країнах з високим рівнем доходів і середнім та низьким.

Різні дослідження показують, що у Сполучених Штатах групами ризику не використовувати засоби контрацепції або користуватися менш ефективними методами

контрацепції є жінки латиноамериканського походження (Forrest and Frost, 1996), серед них — ті, які були народжені не у Штатах, але живуть там (Frost and Darroch, 2008), та афроамериканського походження (Frost et al., 2007; Rosenfeld and Everett, 2000) і менше освічені (Forrest and Frost, 1996; Frost et al., 2007). Вік мав контроверсійний зв'язок. Чоловіки підліткового віку афроамериканського походження мали меншу імовірність використовувати засоби контрацепції під час першого статевого контакту (Ku et al., 1993).

Описані вище групи є маргінальними по відношенню до всього суспільства у Сполучених Штатах, тобто пізніми послідовниками (вайлами) за теорією поширення інновацій. Ці дослідження були проведені у той час, коли рівень використання сучасних контрацептивів уже досяг насичення, і починали впроваджувати програми залучення таких груп.

У країнах Африки та Південної Азії користувалися контрацептивами та вибирали ефективніші методи заможніші жінки (Giusti and Vignoli, 2006; Kaggwa et al., 2008), старші (Giusti and Vignoli, 2006; Kabir, 2001; Kaggwa et al., 2008), більш освічені, жительки міст та ті, які працювали (Kabir, 2001). Ці жінки представляють, навпаки, просунутішу частину населення, яка першою приймає нові види поведінки.

1.4. Висновки

Хоча рівні абортів і використання методів контрацепції, також сучасних, в Україні лишається незадовільним, з 1990-их років відбувається поступове заміщення вдавання до штучних абортів як основного способу контролю народжуваності до використання сучасних методів контрацепції, зокрема, чоловічих презервативів, що збігається з ситуацією також у решті країн колишнього Радянського Союзу. Рівні народжуваності в Україні у той самий період перебувають постійно нижче рівня відтворення населення, але дітонародження поки лишається універсальним (тобто кожна або майже кожна жінка прагне мати і народжує хоча би одну дитину), і, що важливіше, жінки намагаються зберегти першу вагітність незалежно від статусу її бажаності, і стають матерями у молодому віці, — на відміну від жінок у Західній Європі та Північній Америці, які переживають такий самий тривалий спад народжуваності, проте і народжують пізно або ніколи.

Поширення використання методів контрацепції у країнах з високим рівнем доходів та середнім та низьким рівнями доходів дає підстави аналізувати ці процеси з точки зору теорії поширення інновацій (ТПІ): (1) у країнах Західної Європи та Північної Америки рівень використання сучасних методів контролю народжуваності досяг максимального значення (65-70%) у 1970-х роках минулого століття, і з того часу лишається стабільним. Виняток становить Іспанія та Сполучені Штати, які запровадили у 1990-х роках інтервенційні

програми, і досягли таким чином рівнів використання до 80%; (2) у країнах Південної та Східної Азії та Африки адаптація використання методів контролю народжуваності відбувається значно швидше, ніж у Європі, і близько 40% цього успіху припадає на інтервенційні програми.

Наявність такого процесу підтверджують також детермінанти, взяті з інших досліджень, які не фокусувалися на застосуванні ТПП. В той як у Сполучених Штатах у 1990-х роках групи ризику невикористання засобів контрацепції або користування неефективними методами складали малоосвічені жінки, латиноамериканського та афроамериканського походження (за ТПП, пізні послідовники, або laggards), в країнах Азії та Африки на початку 2000-х використання сучасних методів контрацепції було притаманне освіченим, заможним, старшим, урбанізованим та зайнятим жінкам (ранні прибічники).

Детермінанти використання засобів контрацепції і вибору конкретного методу належать до різних рівнів впливу на формування поведінки щодо використання методів контрацепції (індивідуального, міжособистісного, рівня громади). Визначення тих факторів, через які поведінку можна передбачити і змінити, дозволить здійснювати її ефективний контроль.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Онтологія, епістемологія та дизайн дослідження

Онтологія та епістемологія

Онтологією дослідження є соціальний конструктивізм. Через те, що досліджувану в цій роботі поведінку щодо використання методів контрацепції я трактуватиму як соціально сконструйовану, що визначає оточення (суспільство). Епістемологією є постпозитивізм. Це дослідження буде більше розвідувальним і шукатиме об'єктивні тенденції щодо згаданої поведінки та пояснення їх.

Дизайн

Дослідження є вторинним аналізом даних трьох крос-секційних опитувань з побудовою моделей «випадок-контроль», вбудованих у крос-секційні дослідження (nested case-control study) (для регресійного аналізу). Кластерний та факторний аналізи буде використано для структурування даних.

2.2. Дані

У дослідженні буде використано дані трьох крос-секційних опитувань людей обох статей в Україні:

1. The 2007 Ukraine Demographic and Health Survey (UDHS-2007);
2. The 1999 Ukraine Reproductive Health Survey (URHS-1999);
3. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD-2007).

Усі опитування є національно репрезентативними.

UDHS-2007 охоплює 6 841 жінку і 3 178 чоловіків віком 15-49 років. Опитувальник покриває такі теми:

Для жінок	Для чоловіків
▪ соціально-демографічні характеристики;	▪ соціально-демографічні характеристики;
▪ історія вагітностей;	▪ дітонародження;
▪ передпологовий, пологовий і післяпологовий догляд;	▪ репродуктивне здоров'я;
▪ знання, ставлення і користування контрацепції;	▪ знання, ставлення і використання методів

- методами контрацепції;
- репродуктивне здоров'я;
 - практика годування груддю та відлучення від груді;
 - шлюб і сексуальна активність;
 - переваги щодо майбутнього дітонародження;
 - ставлення щодо небажаних вагітностей, абортів і всиновлення;
 - зайнятість і гендерні ролі;
 - знання і ставлення до СНІДу та інших хвороб, що передаються статевим шляхом;
 - знання і ставлення до туберкульозу;
 - високий кров'яний тиск і медичні ін'єкції;
 - вживання тютюну, алкоголю та наркотиків;
 - домашнє насильство.
- ставлення до чоловічих презервативів і користування ними;
 - шлюб і сексуальна активність;
 - переваги щодо майбутнього дітонародження;
 - ставлення до небажаних вагітностей, абортів і всиновлення;
 - зайнятість і гендерні ролі;
 - ставлення до статусу жінки;
 - знання і ставлення до СНІДу та інших хвороб, що передаються статевим шляхом;
 - знання і ставлення до туберкульозу;
 - високий кров'яний тиск і медичні ін'єкції;
 - вживання тютюну, алкоголю та нелегальних наркотиків;
 - домашнє насильство.

URHS-1999 охоплює 7 129 жінок віком 15-44 роки, з додатковими вибірками у містах Одеса та Донецьк. Опитувальник покриває такі теми:

- соціально-демографічні характеристики;
- фертильність, вагітності та аборти;
- контрацепція;
- інформація, освіта та спілкування щодо засобів планування народжуваності;
- здоров'я жінки;
- насилля збоку сексуального партнера.

ESPAD-2007 охоплює 5 122 учнів, які навчалися у 9-10-х класах міських і сільських шкіл та на 1-2-ому курсах ПТУ та ВНЗ I-II рівня акредитації (цільова група — 15-16-річні люди). Опитувальник покриває такі теми:

- соціально-демографічні характеристики;
- проведення вільного часу;
- успішність у школі та абсентеїзм;
- куріння, вживання алкоголю і нелегальних наркотиків;
- соціально-демографічні характеристики родини;
- стосунки з батьками та батьківський контроль;
- домашні обов'язки і правила;

- інформація про шляхи передачі та способи запобігання передачі ВІЛ;
- сексуальна активність і використання засобів контрацепції.

2.3. Аналіз

Аналіз має три логічні етапи:

1. Визначення профілю дітонародження жінки за ключовими подіями у репродуктивному житті.
2. Дворівневий аналіз послідовного настання незапланованої вагітності (невикористання жодного методу або невдача методу контрацепції) і прийняття або переривання її (Схема 2.1, 2.2).
3. Детермінанти використання і вибору методів контрацепції.

Схема 2.1. Дворівневий аналіз настання і переривання незапланованої вагітності: 1-ий рівень: «вагітніють» проти «не вагітніють», 2-ий рівень: «народжують дитину» проти «роблять штучний аборт».



¹ Для спрощення, тому що це нечастий порівняно з народженням живої дитини і штучним абортom результат, і тому що не є можливим врахувати це у межах даних використовуваних опитувань, викиднями, мертвонародженнями й абортами за медичними показниками знехтувано при аналізі (викидні й мертвонародження виключено, аборти за медичними показниками об'єднано зі штучними абортами).

Схема 2.2. «Контрацепція» з попередньої схеми: невикористання жодного методу або невдача у використанні методу.



Регресійний аналіз здійснюватиметься спочатку двовимірний (будь-якими тестами, валідними для відповідного типу змінних), потім багатовимірний. Незалежні змінні, як правило, буде поділено на основні та ті, якими контролюватимуться зв'язки між залежними і основними змінними у багатовимірному аналізі (controlled variables), перелік яких по групах наведено нижче. Nested logit буде побудовано у програмному забезпеченні STATA 11.0, решта аналізу буде проведено в SPSS 17.0.

Якщо не зазначено іншого, в аналізі використано такі визначення:

Вибірки

Сексуально активні жінки (пари), які можуть і не планують завагітніти	Сексуально активна: мала останній статевий акт протягом 30 днів перед проведенням опитування. Фертильна: не у стадії післяпологової аменореї, не у стадії менопаузи, не вагітна, не безплідна.
---	---

Залежні змінні

Класифікація методів контрацепції

Сучасні

ПЕРМАНЕНТНІ: стерилізація (вазектомія або перев'язка маткових труб);
ДОВГОТРИВАЛІ: гормональні пігулки, ін'єкційні гормональні контрацептиви, підшкірні імпланти, внутрішньоматкові протизаплідні засоби;
БАР'ЄРНІ: чоловічі презервативи, контрацептивні креми/гелі, діафрагма

Традиційні

перерваний статевий акт, періодичне стримування від статевих зносин

Народні

спринцювання, інші народні методи (в опитуваннях не ідентифіковано, які саме)

Через те, що народні методи непоширені, і тому не є можливим проаналізувати використання їх окремо, і тому, що за ефективністю у запобіганні вагітності вони подібні до традиційних, в аналізі народні методи об'єднано з традиційними.

Незалежні змінні

Репродуктивний анамнез	Кількість живих дітей, аборти, викидні та мертвонародження в анамнезі, чи були діти, що померли, вік на час народження першої дитини, плани щодо подальшого дітонородження
Шлюбні характеристики	Шлюбний стан, кількість разів у шлюбі, вік на час першого шлюбу
Сексуальна поведінка	Вік на час початку статевого життя, використання контрацептивів/презервативів під час першого статевого контакту, кількість статевих партнерів протягом життя, статеві стосунки з випадковими партнерами/ками протягом останнього року
Інша ризикована поведінка (спосіб життя)	Куріння, вживання алкоголю
Соціально-демографічні характеристики	Вік, освіта, регіон проживання, тип населеного пункту, релігія, релігійність, зайнятість, частота читання газет, перегляду телебачення і слухання радіо
Знання, ставлення і поведінка щодо ХПСШ та ВІЛ	Інформація про шляхи передачі і способи запобігання передачі ВІЛ ¹ , інформація про ХПСШ ² , ХПСШ в анамнезі
Знання про вагітність	Інформація про овуляторний цикл і метод лактаційної аменореї

¹ Для UDHS-2007 ² Для URHS-1999
ХПСШ – хвороби, що передаються статевим шляхом

Інформацію про контрацепцію не включено до аналізу, тому що вона є майже універсальною (UDHS-2007), і відсутність варіації у даних не дозволяє проаналізувати їх за цією змінною.

Для аналізу, де залежна змінна відображає вибір між трьома видами контрацепції (невикористання жодного методу, застосування традиційних методів чи сучасних) застосовано бінарну логістичну регресію для кожного вибору (наприклад, 0 – не використовує жодного методу, 1 – використовує будь-який; 0 – використовує традиційні методи, 1 – сучасні). Тут, на перший погляд, логічніше використати мультиноміальну

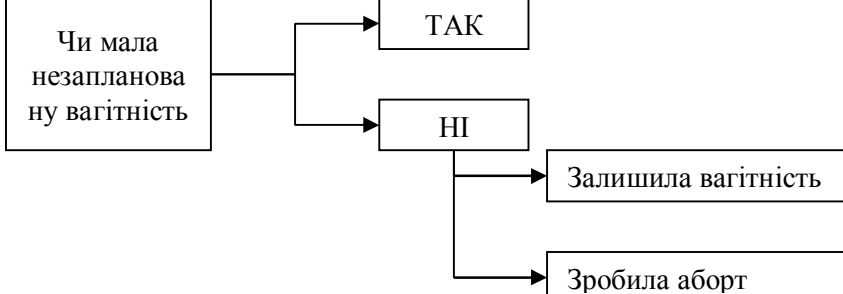
регресію (тоді залежна змінна виглядала би так: 0 – не використовує жодного методу, 1 – використовує традиційний, 2 – використовує сучасний), проте я розглядаю цю залежну змінну як порядкову, а не номінальну, тому що тут важливо врахувати те, що кожний наступний рівень вибору є кращим за попередній.

2.3.1. Профіль дітонародження

Масиви	UDHS-2007; URHS-1999
Вибірка	Всі жінки, що мали статеві стосунки хоча би раз у житті
Змінні	Дійсний вік, кількість дітей, вік на час народження першої дитини, вік під час першого шлюбу, кількість абортів, чи почала статеве життя до шлюбу, час між першим шлюбом і першою вагітністю
Статистичний аналіз	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кластерний аналіз 2. Двовимірний аналіз: порівняння утворених груп за соціально-демографічними характеристиками, сексуальною поведінкою, використанням методів контрацепції і шлюбними характеристиками.

2.3.2. Незаплановані вагітності

(Схеми 2.1. і 2.2., що ілюструють логіку цього аналізу, наведено вище.) Детермінанти незапланованих вагітностей прийнято аналізувати двома способами: порівнювати прийняті незаплановані вагітності (що закінчилися народженням дитини) з такими самими запланованими, або протиставляти аборти всім іншим можливим результатам вагітності. Контрацептивну невдачу аналізують також окремо. Застосування регресії nested logit дозволить проаналізувати ці події послідовно, логічно і пов'язано одну з одною.

Масив	UDHS-2007
Вибірка	Сексуально активні жінки, які можуть і не планують завагітніти
Залежна змінна	 <pre> graph LR A[Чи мала незаплановану вагітність] --> B[ТАК] A --> C[НІ] C --> D[Залишила вагітність] C --> E[Зробила аборт] </pre>

Незалежні змінні	Соціально-демографічні, характеристики сексуальної поведінки, репродуктивний анамнез, шлюбний стан, спосіб життя, метод контрацепції, на тлі використання якого відбулася вагітність, кількість місяців сексуальної активності за спостережуваний період
Статистичний аналіз	Nested logit

2.3.3. Контрацепція

- **Подружжя: згода між подружжям, повага, прийняття рішень і ступінь незалежності жінки**

Масив	UDHS-2007
Вибірка	Сексуально активні пари, які можуть і не планують завагітніти
Залежні змінні	Використання методів контрацепції наразі: <ul style="list-style-type: none"> • Будь-якого проти жодного • Традиційних проти сучасних • Довготривалих проти бар'єрних • Контрольованих чоловіком проти контрольованих жінкою¹
Незалежні змінні:	
<p>Основні</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прийняття рішень щодо таких питань (1 - разом, 2 - чоловік, 3 - дружина) <ul style="list-style-type: none"> - догляду за здоров'ям дружини; - витрачання грошей, які заробляє чоловік і жінка; - витрат на щоденні покупки і великі закупи; - відвідування родичів; - використовуваного методу контрацепції 2. Повага до себе (самооцінка; згода з твердженнями) <ul style="list-style-type: none"> • чоловік має право бити жінку в певних ситуаціях (5 ситуацій²); • жінка має право відмовити у сексі своєму чоловікові (3 ситуації³); • жінка має право попросити чоловіка скористатися презервативом (1 ситуація⁴); • якщо жінка відмовляє у сексі своєму чоловікові, він має право (4 варіанти⁵); 3. Згода щодо кількості дітей 4. Міра незалежності: Чи працює жінка, хто заробляє гроші в родині. 	

Контролювання: самодієвість жінки (чи може відмовити у сексі; попросити скористатися презервативом), соціально-демографічні, сексуальна поведінка, шлюбні характеристики, репродуктивний анамнез, інша ризикована поведінка, знання, ставлення і поведінка щодо ВІЛ і ХПСШ та вагітність.

Статистичний аналіз

1. Факторний аналіз основних змінних
2. Бінарна логістична регресія (x4)

¹ Контрольовані чоловіком: метод перерваного статевого акту та чоловічі презервативи; Контрольовані жінкою: контрацептиви тривалої дії, метод періодичного стримування від статевих зносин.

² Якщо вона йде у справах, не попередивши його; якщо не піклується про дітей; якщо свариться з чоловіком; якщо відмовляє йому у сексі; якщо у неї пригорає їжа.

³ Якщо вона втомлена; знає, що її чоловік мав стосунки з іншою жінкою; знає, що її чоловік має інфекцію, що може передатися статевим шляхом.

⁴ Якщо він має інфекцію, що може передати ся статевим шляхом.

⁵ Розізлитися і дорікати їй; не давати їй грошей; використати силу, щоб змусити її до статевих стосунків; знайти іншу жінку для статевих стосунків.

Гіпотези:

1. Подружжя, які рішення приймають разом, матимуть більші шанси користуватися будь-яким методом контролю народжуваності та сучасним, проти тих, де рішення приймає чоловік (DeRose and Ezech, 2009; Giusti and Vignoli, 2006); ті подружжя, де рішення приймає жінка, матимуть більші шанси вдаватися до методів контрацепції тривалої дії.
2. Згода між подружжями щодо бажання мати меншу кількість дітей буде позитивно пов'язана з використанням методів контрацепції (Kulczycki, 2008).
3. Жінки, які працюють, і ті, які працюють і заробляють більше за чоловіка, матимуть більші шанси користуватися будь-яким методом і сучасним (Gubhaju, 2010).
4. Згода з твердженнями про те, що чоловік має право бити жінку, а вона не має право відмовити йому в сексі або попросити скористатися презервативом, буде негативно пов'язана з невикористанням жодного методу, користуванням традиційними методами, або сучасними тривалої дії.

• Чоловіки репродуктивного віку: Відповідальність за використання контрацептивів (male contraceptive responsibility) та прийняття маскулінних цінностей (validation of masculinity)

Масив	UDHS-2007
Вибірка	Усі чоловіки, що мали хоча би раз статеві стосунки
Залежні змінні	Користування чоловічими презервативами: <ul style="list-style-type: none"> • будь-коли у житті;

	<ul style="list-style-type: none"> • як поточним методом контрацепції; • регулярно;
Незалежні змінні	
<p>Основні</p> <p>1. Відповідальність за використання контрацептивів (згода з твердженнями)</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Контрацепція — це жіноча справа, і чоловік не має турбуватися про це» • «Народження дітей — це жіночий клопіт» <p>2. Прийняття маскулінних цінностей (Validation of masculinity)¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Молоді чоловіки/жінки мають чекати до шлюбу, для того щоб почати статеве життя; • Неодружені чоловіки/жінки, які мають статеве життя, повинні мати тільки одного статевого партнера; • Одружені чоловіки/жінки повинні мати статеві стосунки тільки зі своїм подружжям. <p>Контролювання</p> <p>«Жінка, яка користується методами контрацепції, може стати розпусною», знання про вагітність, знання, ставлення і поведінка щодо ХПСШ і ВІЛ</p> <p>Соціально-демографічні характеристики, шлюбні, репродуктивний анамнез, сексуальна та інша поведінка, знання, ставлення і поведінка щодо ВІЛ і ХПСШ та вагітність</p>	
Статистичний аналіз	Бінарна логістична регресія (х4)

¹ Приймає, якщо погоджується з наведеними твердженнями щодо чоловіків («так»), і не погоджується щодо жінок («ні»).

Гіпотези:

Дотримання думки, що чоловік є відповідальним за використання протизаплідних засобів і не сторонній до народження дітей, буде позитивно пов'язана з використанням ним презервативів. Прийняття маскулінних цінностей буде негативно пов'язане з використанням презервативів (Pleck, Sonenstein, and Ku, 1991).

- **Жінки репродуктивного віку: Поширення інновацій**

Масиви	UDHS-2007, URHS-1999
Вибірка	Сексуально активні жінки, які можуть і не планують завагітніти
Залежні змінні	Використання методів контрацепції наразі: <ul style="list-style-type: none"> • Будь-якого проти жодного

	<ul style="list-style-type: none"> • Традиційних проти сучасних • Довготривалих проти бар'єрних Користування чоловічими презервативами ¹ : <ul style="list-style-type: none"> • будь-коли у житті; • як поточним методом контрацепції; • регулярно
Незалежні змінні	Соціально-демографічні та шлюбні, репродуктивний анамнез, сексуальна та інша поведінка, знання, ставлення і поведінка щодо ХПСШ та ВІЛ, інформація про вагітність
Статистичний аналіз	Бінарна логістична регресія (х3)

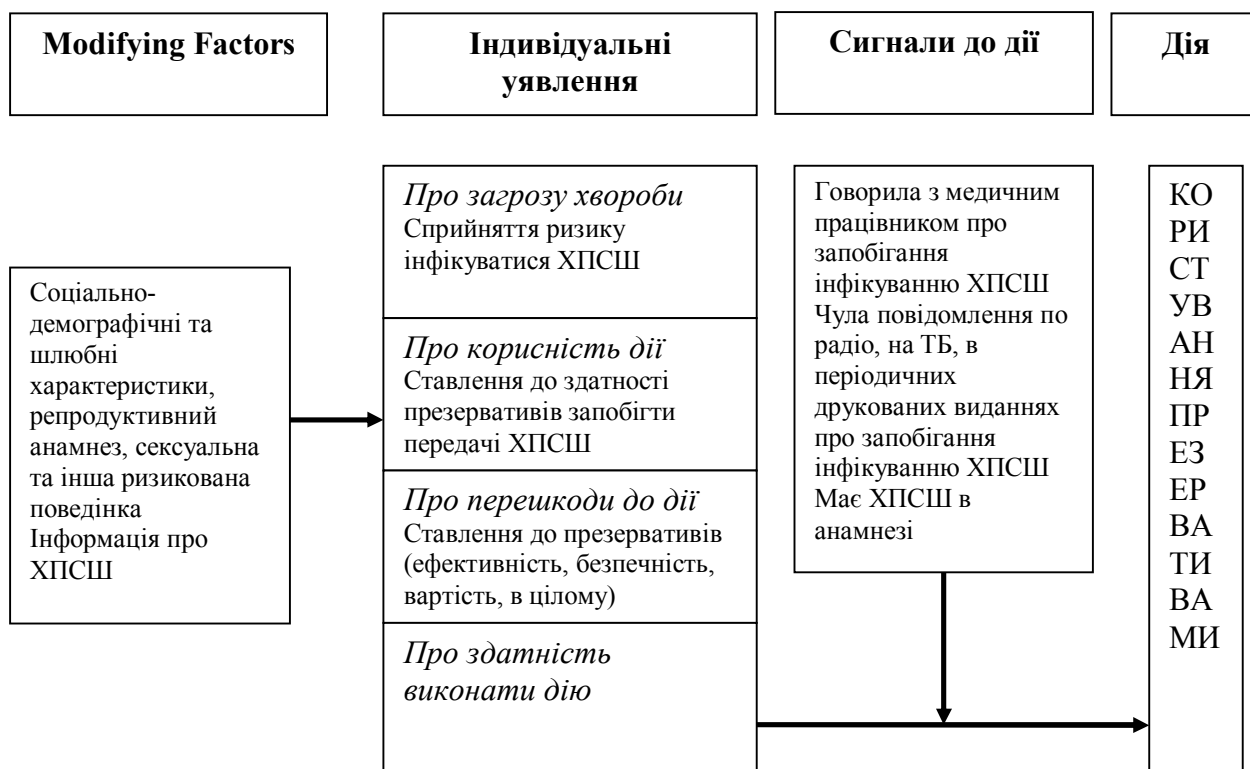
¹ Цю частину аналізу для масиву UDHS-2007 вже зроблено й опубліковано. Див.: Андрєєва і Барська, 2011.

• Жінки: Модель уявлень про здоров'я

Через те, що використання презервативів тільки поширюється серед українського населення (Андрєєва і Барська, 2011), перевірити можливість застосування теорії впливу на поведінку щодо використання їх на індивідуальному рівні є цінним для подальшого розроблення інтервенцій зі стимулювання користуватися цим методом контрацепції. Питання у масив URHS-1999, хоч і не були поставлені навмисне для перевірки цієї теорії, проте склалося так, що вони досить гармонійно у ній поєднуються.

Масив	URHS-1999
Вибірка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усі жінки, які хоча би раз мали статеві стосунки 2. Усі сексуально активні жінки, які можуть і не планують завагітніти 3. Усі сексуально активні жінки, які користуються презервативами як поточним методом контрацепції
Залежні змінні	Користування чоловічими презервативами: <ol style="list-style-type: none"> 1. будь-коли у житті; 2. як поточним методом контрацепції; 3. регулярно
Незалежні змінні	Схема 2.3.
Статистичний аналіз	Бінарна логістична регресія

Схема 2.3. Незалежні змінні Моделі уявлень про здоров'я, які буде використано в аналізі (Glanz, Rimer, and Viswanath, 2008, p. 49)



Застосування цієї моделі має два просвіти: в опитувальнику немає питань про уявлення щодо серйозності наслідків (компонент уявлень про загрозу хвороби) та про здатність виконати дію (придбати презерватив, попросити ним скористатися партнера).

• Підлітки

Масив	ESPAD-2007
Вибірка	Усі опитані підлітки
Залежна змінна	<pre> graph TD A[Чи почав/ла статеве життя] --> B[НІ] A --> C[ТАК] C --> D[Чи користувалася/вся презервативом під час першого статевого контакту] D --> E[НІ] D --> F[ТАК] </pre>
Незалежні змінні	<p>Основні</p> <p>Вік на час початку статевого життя, стосунки з батьками, батьківський контроль, домашні обов'язки, проведення вільного часу, успішність у школі, інформація про шляхи</p>

	передачі та способи запобігання передачі ВІЛ Контролювання Соціально-демографічні характеристики учня і родини, куріння і вживання алкоголю
Статистичний аналіз	Nested Logit

Гіпотези:

1. Чим старшим буде підліток на час початку статевого життя, тим вищими будуть шанси використовувати презервативів під час першого статевого контакту (Ku, Sonenstein, and Pleck, 1993; Pylypchuk and Marston, 2008).
2. Незадовільні стосунки з батьками, відсутність контролю і піклування будуть негативно пов'язані з раннім початком статевого життя і використанням презервативу під час першого статевого контакту (Biddlecom, Awusabo-Asare, and Bankole, 2009).

Масив	UDHS-2007, URHS-1999, ESPAD-2007
Вибірка	15-24 річні люди обох статей
Залежна змінна	Вік початку статевого життя
Незалежні змінні	Вік, освіта, регіон проживання, тип населеного пункту, релігія
Статистичний аналіз	Survival analysis

Аналіз виживання буде проведено для того, щоб дізнатися, які соціально-демографічні фактори пов'язані з раннім початком статевого життя (знайти групи ризику).

2.4. Обмеження дослідження

Основним обмеженням дослідження є те, що воно ґрунтується на крос-секційних даних, що унеможлиблює встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Іншим обмеженням є те, що деякі теми, про які запитували респондентів, можуть бути занадто чутливими (наприклад, сексуальна активність), тому на них могли бути отримані занижені дані. Як у всіх ретроспективних опитуваннях, тут наявна помилка згадування.

ПЛАН ВИКОНАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

	жовтень- грудень 2010	січень-липень 2011	серпень- грудень 2011	січень-липень 2012	серпень- грудень 2012	січень-липень 2013	серпень- грудень 2013	січень-липень 2014	вересень 2014
	1-ий р. н.		2-ий р. н.		3-ий р. н.		4-й р. н.		
Огляд літератури									
Написання Докторського проекту									
Захист Докторського проекту									
Аналіз даних									
Написання і публікація статей									
Участь у конференціях									
Написання PhD-дисертації									
Підготовка до захисту PhD-дисертації									
Захист PhD-дисертації									
Викладання									

СТАТТІ

Опубліковані

Фактори користування чоловічими презервативами жінками з загальної популяції в Україні, за даними опитування 2007 року (Андрєєва і Барська, 2011)

Заплановані

Стаття за оглядом літератури

Статті з детермінант використання контрацептивів чоловіками, жінками у 1999-2007 роках, підлітками, та по незапланованих вагітностях

УЧАСТЬ У КОНФЕРЕНЦІЯХ

Фактична

Фактори прийняття незапланованих вагітностей жінками в Україні, за даними опитування 2007 року. Конференція «Економіка, соціологія, теорія і практика охорони

здоров'я», Школа охорони здоров'я, Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ, 12-15 квітня 2011 року.

Характеристики некористувачів методів контрацепції в Україні, 1999-2007 роки.
Конференція «Соціальне виключення і включення: роль соціальної роботи та охорони здоров'я», Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця, Школа охорони здоров'я, Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ, 15 квітня 2010 року.

ВИКЛАДАННЯ

Вступ до економіки охорони здоров'я	семінари	Осінній триместр	24 години
Економіка охорони здоров'я	семінари	Весняний триместр	30 годин

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Андрєєва, Т. І., та Барська, Ю. Г. (2011). Фактори використання жінками чоловічих презервативів як методу контрацепції. *Соціальна психологія*, 1 (45), 166-176.
- Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року». Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року № 1849. Доступ: Офіційний веб-сайт Верховної Ради України <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1849-2006-%EF> (09 червня 2010 року).*
- Міністерство охорони здоров'я України, Державний Комітет Статистики України, Фонд народонаселення ООН (2003). *Україна на шляху до десятої річниці Міжнародної конференції з проблем народонаселення і розвитку*. Київ.
- Могілевкіна, І. О. (2004). *Непланована вагітність (особливості перебігу вагітності та пологів, удосконалення надання допомоги в перинатальному періоді)*. (Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, Київська медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 2004) [Автореферат].
- Національна програма «Планування сім'ї»*. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 13 вересня 1995 року № 736. Доступ: Офіційний веб-сайт Верховної Ради України <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=736-95-%EF> (09 червня 2010 року).
- Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001-2005»*. Схвалено Указом Президента України від 26 березня 2001 року № 203-2001. Доступ: Офіційний веб-сайт Верховної Ради України: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=203%2F2001> (09 червня 2010 року).
- Оксамитна, С. (2004). Гендерні відносини крізь призму громадської думки в Україні і світі. У Віра Агеєва (Упор.), *Гендерна перспектива* (стор. 135-147). Київ: Факт.
- Міністерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения (2008). *Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований (Отчет и рекомендации)*. Взято с [http://mva.in.ua/files/strategy_final_variant\(ru\)_2.pdf](http://mva.in.ua/files/strategy_final_variant(ru)_2.pdf)
- Могілевкіна, І. А. (2009). Знання, поведінка, відношення до абортів і контрацепції в Україні: результати стратегічної оцінки «Аборти і контрацепція в Україні». *Здоров'я жінки*, 1 (37), 33-42.
- 2010 *World population data sheet* (n.d.). Population Reference Bureau. Retrieved from http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf

- Abraham, C. S., Sheeran, P., Abrams, D., and Spears, R. (1996). Health beliefs and teenage condom use: a prospective study. *Psychology and Health*, 11 (5), 641-655.
- Adler, N. L., and Hendrick, S. S. (1991). The relationships between contraceptive behavior and love attitudes, sex attitudes, and self-esteem. *Journal of Counseling and Development*, 70, 302-308.
- Anderson, J. H., Brackbill, R., and Mosher W. D. (1996). Condom use for disease prevention among unmarried U.S. women. *Family Planning Perspectives*, 28 (1), 25-28, 39.
- Bakker, A. B., Buunk, B. P., and Siero, F. W. (1993). [Condom use among heterosexuals: a comparison of the theory of planned behavior, the health belief model and protection motivation theory]. *Gedrag ook gezondheid*, 21 (5), 238-254.
- Barden-O'Fallon, J. L., and Speizer, I. S. (2010). Indonesian couples' pregnancy ambivalence and contraceptive use. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36 (1), 36-43.
- Bengel, J., Belz-merk, M., and Farin, E. (1996). The role of risk perception and efficacy cognitions in the prediction of HIV-related preventive behavior and condom use. *Psychology and Health*, 11 (4), 505-525.
- Biddlecom, A., Awusabo-Asare, K., and Bankole, A. (2009). Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four African countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 72-81.
- Bjelica, A., and Trinić-Pjević, A. (2008). Pregled identifikovanih faktora koji utiču na upotrebu kontracepcije [Review of identified factors influencing contraceptive use]. *Medicinski pregled*, 61 (3-4), 151-155.
- Botev, N. (2006). Is Europe trapped in/by low fertility? *Entre Nous*, 63, 4-7.
- Bowen, A. M. (1996). Predicting increased condom use with main partners: potential approaches to intervention. *Drugs and Society (New York, N.Y.)*, 9(1-2), 57-74.
- Bulatao, R. A. (1998). *The value of family planning programs in developing countries*. RAND, Washington.
- Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro (2003). *Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: A comparative report*. Atlanta, GA (USA) and Calverton, MD (USA).
- Condelli, L. (1986). Social and attitudinal determinants of contraceptive choice: Using the health belief model. *Journal of Sex Research*, 22 (4), 478-491.
- DeGraff, D. S., Bilsborrow, R. E., and Guilkey, D. K. (1997). Community-level determinants of contraceptive use in the Philippines: A structural analysis. *Demography*, 34 (3), 385-398.
- DeRose, L. F., and Ezeh, A. C. (2009). Decision-making patterns and contraceptive use: Evidence from Uganda. *Population Research and Policy Review*, 29 (3), 423-439.

- Diaz-loving, R., and Rivera Aragon, S. (1995). [Prevention of HIV transmission: application of the theory of reasoned action to the prediction of condom use]. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 13, 71-87.
- Dye, T. D., Wojtowycz, M. A., Aubry, R. H., Quade, J., and Kilburn, H. (1997). Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. *American journal of public health*, 87 (10), 1709-1711.
- Fang, X., Stanton, B., Li, X., Feigelman, S., and Baldwin, R. (1998). Similarities in sexual activity and condom use among friends within groups before and after a risk-reduction intervention. *Youth and Society*, 29 (4), 431-450.
- Ford, K., Sohn, W., and Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, 33 (3), 100-105, 132.
- Forrest, J. D., and Frost, J. J. (1996). The family planning attitudes and experiences of low-income women. *Family Planning Perspectives*, 28 (6), 246-255, 277.
- Frost, J. J., and Darroch, J. E. (2008). Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40 (2), 28-37.
- Frost, J. J., Singh, S., and Finer, L. B. (2007). Factors associated with contraceptive use and nonuse, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39 (2), 90-99.
- Garwick, A., Nerdahl, P., Banken, R., Muenzenberger-Bretl, L., and Sieving, R (2004). Risk and protective factors for sexual risk taking among adolescents involved in Prime Time. *Journal of Pediatric Nursing*, 19 (5), 340-350.
- Giusti, C., and Vignoli, D. (2006). Determinants of contraceptive use in Egypt: A multilevel approach. *Statistical Methods and Applications*, 15, 89-106.
- Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice (4th ed.)*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Grady, W. R., Klepinger, D. H., and Billy, J. O. G. (1993). The influence of community characteristics on the practice of effective contraception. *Family Planning Perspectives*, 25 (1), 4-11.
- Gubhaju, B. (2009). The influence of wives' and husbands' education levels on contraceptive method choice in Nepal, 1996-2006. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (4), 176-185.
- Haupt, A., and Kane, T. T. (2004). *Population Reference Bureau's Population Handbook (5th ed.)*. Population Reference Bureau, Washington, DC.

- Hellerstedt, W. L., Pirie, P. L., Lando, H. A., Curry, S. J., McBride, C. M., Grothaus, L. C., and Nelson, J. C. (1998). Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. *American Journal of Public Health*, 88 (4), 663-666.
- Jayaraman, B. A., Mishra, V., and Arnold, F. (2009). The relationship of family size and composition to fertility desires, contraceptive adoption and method choice in South Asia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (1), 29-38.
- Kabir, A. (2001). Determinants of the current use of contraceptive methods in Bangladesh. *The Sciences*, 1 (5), 296-301.
- Kaggwa, E.B., Diop, N., and Storey, D. (2008). The role of individual and community normative factors: A multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali. *International Family Planning Perspectives*, 34 (2), 79-88.
- Keith, J. B., McCreary, C., Collins, K., Smith, C.P., Bernstein, I. (1991). Sexual activity and contraceptive use among low-income urban black adolescent females. *Adolescence*, 26 (104), 769-785.
- Ketting, E., and Visser, A. P. (1994). Contraception in the Netherlands: The low abortion rate explained. *Patient Education and Counseling*, 23, 161-171.
- Kiev International Institute of Sociology; Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health, USA; and United States Agency for International Development (2001). *The 1999 Ukraine Reproductive Health Survey*. Kyiv.
- Koytcheva, E. (2006). *Social-demographic differences of fertility and union formation in Bulgaria before and after the start of the societal transition*. (Doctoral dissertation, Universität Rostock, 2006).
- Ku, L., Sonenstein, F. L., and Pleck, J. (1993). Factors influencing first intercourse for teenage men. *Public Health Reports*, 108 (6), 680-694.
- Ku, L., Sonenstein, F. L., and Pleck, J. H. (1994). The dynamics of young men's condom use during and across relationships. *Family Planning Perspectives*, 26 (6), 246-251.
- Kulczycki, A. (2008). Husband-wife agreement, power relations and contraceptive use in Turkey. *International Family Planning Perspectives*, 34 (3), 127-137.
- Lasee, A., and Becker, A. (1997). Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 23 (1), 15-20, 33.
- Levchuk, N., and Perelli-Harris, B. (2009). *Declining fertility in Ukraine: What is the role of abortion and contraception?* [Working paper]. Max Planck Institute for Demographic Research. Retrieved from <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2009-045.pdf>
- Libbus, K., and Kridli, S. (1997). Contraceptive decision making in a sample of Jordanian Muslim women: delineating salient beliefs. *Health Care for Women International*, 18 (1), 85-94.

- Mclaws, M. L., Irwig, L. M., Oldenburg, B., Mock, P., and Ross, M. W. (1996). Predicting intention to use condoms in homosexual men: an application and extension of the theory of reasoned action. *Psychology and Health*, 11 (5), 745-755.
- Mogilevkina, I., Markote, S., Avakyan, Y., Mrochek, L., Liljestrand, J., and Hellberg, D. (1996). Induced abortions and childbirths: trends in Estonia, Latvia, Lithuania, Russia, Belarussia, and the Ukraine during 1970 to 1994. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 75, 908-911.
- Mollen, C. J., Barg, F. K., Hayes, K. L., Gotsik, M., Blades, N. M., and Schwarz, D. F. (2008). Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minority adolescent girls: an in-depth interview study. *Pediatrics*, 122 (2), e395-401.
- Oddens, B. J. (1997). Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany II: Psychological factors. *Journal of Biosocial Science*, 29 (4), 437-470.
- Oddens, B. J., and Lehert, P. (1997). Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany I: Demographic factors. *Journal of Biosocial Science*, 29, 415-435.
- Perelli-Harris, B. (2008). Ukraine: On the border between old and new in uncertain times. *Demographic Research*, 19, 1145-1178.
- Pleck, J. H., and O'Donnell, L. N. (2001). Gender attitudes and health risk behaviors in urban African American and Latino early adolescents. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (4), 265-272.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., and Ku, L. (1991). Adolescent males' condom use: Relationships between perceived cost-benefits and consistency. *Journal of Marriage and the Family*, 53 (3), 733-745.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., and Ku, L. (1993). Changes in adolescent males' use of and attitudes toward condoms, 1988-1991. *Family Planning Perspectives*, 25 (3), 106-117.
- Population Reference Bureau staff (2004). *Transitions in World Population*. Population Bulletin, 59 (1). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Population Reference Bureau staff (2010). *World population highlights: Key findings from PRB's 2010 World population data sheet*. Population Bulletin, 65 (2).
- Pylypchuk, R., and Marston, C. (2008). Factors associated with sexual risk behaviour among young people in Ukraine. *Central European Journal of Public Health*, 16 (4), 165-174.
- Reproductive health*. (n.d.). Retrieved June 13, 2011, from World Health Organization Web site: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
- Ratzan, S. C., Filerman, G. L., and LeSar, J. W. (2000). *Attaining global health: Challenges and opportunities*. Population Bulletin, 55 (1). Washington, DC: Population Reference Bureau.

- Richter, L. M., and Swart-kruger, J. (1995). AIDS-risk among street children and youth: implications for intervention. *South African Journal of Psychology*, 25 (1), 31-38.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations (3rd ed.)*. New York: The Free Press.
- Rosenfeld, J. A., and Everett, K. (2000). Lifetime patterns of contraception and their relationship to unintended pregnancies. *The Journal of Family Practice*. 49 (9), 823-828.
- Sable, M. R., and Libbus, M. K. (1998). Gender and contraception: A proposed conceptual model for research and practice. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 3 (2), 67-83.
- Sable, M. R., Libbus, M.K., and Chiu, J.-E. (2000). Factors affecting contraceptive use in women seeking pregnancy tests: Missouri, 1997. *Family Planning Perspectives*, 32 (3), 124-131.
- Sable, M. R., Schwartz, L. R., Kelly, P. J., Lisbon, E., and Hall, M. A. (2006). Using the theory of reasoned action to explain physician intention to prescribe emergency contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (1), 20-27.
- Santelli, J. S., Kouzis, A. C., Hoover, D. R., Polacsek, M., Burwell, L. G., and Celentano, D. D. (1996). Stage of behavior change for condom use: The influence of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family Planning Perspectives*, 28 (3), 101-107.
- Santelli, J. S., Warren, Ch. W., Lowry, R., Sogolov, E., Collins, J., Kann, L., Kaufmann, R. B., and Celentano, D. D. (1997). The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Family Planning Perspectives*, 29 (6), 261-267.
- Sneed, C. D., and Morisky, D. E. (1998). Applying the Theory of Reasoned Action to condom use among sex workers. *Social Behavior and Personality*, 26 (4), 317-327.
- Sobotka, T. (2004). Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe. (Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen, 2004).
- Svare, E. I., Kjaer, S. K., Poll, P., and Bock, J. E. (1997). Determinants for contraceptive use in young, single, Danish women from the general population. *Contraception*, 55, 287-294.
- Tanfer, K., Cubbins, L. A., and Brewster, K. L. (1992). Determinants of contraceptive choice among single women in the United States. *Family Planning Perspectives*, 24 (4), 155-173.
- Tschann, J. M., and Adler, N. E. (1997). Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: A longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 7 (4), 413-430.
- Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee (SSC) of Ukraine, Ministry of Health (MOH) of Ukraine, and Macro International Inc. (2008). *Ukraine Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2004). *Levels and trends of contraceptive use in 2002*. United Nations: New York..

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World contraceptive use 2011*. Retrieved from <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>
- U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (n.d.). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice* (2nd ed.). Retrieved from <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>
- Valdisserrri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., and Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79 (4), 499-501.
- Wang, X. J., Lou, C. H., and Gao, E. S. [Relationship between contraceptive use behavior and related knowledge and cognition among vocational high school students]. *Zhonghua yu fang yi xue za zhi*, 40 (3), 184-188.
- Westoff, C. F. (2005). *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries* [DHS Analytical Studies No. 8]. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- WHO/Europe (January 2011). *European health for all database*. Web site: <http://data.euro.who.int/hfad/>
- Women and Societies Benefit when Childbearing is Planned* (2002). The Alan Guttmacher Institute, Issues in Brief, 3. Retrieved from http://www.guttmacher.org/pubs/ib_3-02.html