

Здравно поведение и сексуална култура на съвременното семейство

Елеонора Христова-Атанасова^{1,2}

¹ Катедра по Социална медицина и обществено здраве, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – Пловдив

² Институт по редки болести, Пловдив

Резюме

Употребата на контрацептивни средства за предпазване от нежелана бременност се явява комплексен индикатор за степента, в която населението е достигнало онази битова и сексуална култура, която би била адекватна на вече установените норми за формиране на младото семейство. Проблемът с критично ниската раждаемост и същевременно високият брой аборти извежда масовата и ефективна употреба на контрацептиви като средство, което може да съдейства за преодоляване на демографската криза в България. Недостатъчното познаване или неприлагането на методите за семейно планиране, както и ограничения достъп до тези ресурси води след себе си до увеличаване на абортите и заболяемостта от болести, предавани по полов път, което в последствие предизвиква сериозни увреди на репродуктивното здраве на жените и мъжете.

Настоящата публикация има за цел да представи и анализира настоящите тенденции при употребата на методи на контрацепция като средство за предпазване от нежелана бременност.

Ключови думи: прекоцепционна грижа, здраве и грижи преди бременност, контрацептиви, аборт, непланирана бременност

The modern family's health behaviour and sexual culture

Eleonora Hristova-Atanasova^{1,2}

¹ Department of Social Medicine and Public Health, Faculty of Public Health, Medical University of Plovdiv

² Institute for Rare Diseases, Plovdiv

Abstract

The utilisation of contraceptives to prevent unintended pregnancies is a multifaceted indicator of the extent to which the population has achieved a domestic and sexual culture that is compatible with the preexisting standards for establishing a young family. The demographic crisis in Bulgaria is exacerbated by the high number of abortions and the critically low birth rate. Consequently, the widespread and effective use of contraceptives is a viable solution. An increase in the incidence of sexually transmitted diseases and an increase in abortions are the consequences of inadequate knowledge or non-application of family planning methods. This, in turn, causes significant harm to the reproductive health of both men and women.

The objective of this publication is to present and analyse the most recent trends in the utilisation of contraceptive methods to prevent unwanted pregnancies.

Keywords: preconception care, medical treatment and care prior to pregnancy, contraceptives, abortion, unplanned pregnancy

Кореспонденция:

Д-р Елеонора Христова-Атанасова, гм
e-mail: eleonora.hristovaa@gmail.com

Correspondence:

Dr. Eleonora Hristova-Atanasova, MD, PhD
e-mail: eleonora.hristovaa@gmail.com

Въведение

През последните 25 години е постигнат значителен напредък в сексуалното и репродуктивното здраве на жените, включително увеличаване на употребата на контрацептиви, подтикнато от Целите на хилядолетието за развитие и Международната конференция за населението и развитието от 1994 г. Стратегията «Всяка жена, всяко дете» ангажира правителства и заинтересовани страни за постигане на всеобщ достъп до репродуктивно здраве. Инициативата си поставя за цел да увеличи броя на двойките използващи съвременни мерки против забременяване и премахване на дискриминацията срещу момичетата и младите жени, които търсят контрацептиви [1-2]. Въпреки положителните световни тенденции съществуват големи различия между и вътре в отделните държави. Над 200 милиона жени по света са опитали да избегнат бременност, но не използват ефективни методи на контрацепция. Причините за това са различни, но са свързани с липсата на консултативни, културни и политически бариери и ограничен достъп до услугите [3-4].

Употребата на контрацептивни средства за предпазване от нежелана бременност се явява комплексен индикатор за степента, в която населението е достигнало онази битова и сексуална култура, която би била адекватна на вече установените норми за формиране на младото семейство. Проблемът с критично ниската раждаемост и същевременно високият брой аборти извежда масовата и ефективна употреба на контрацептиви като средство, което може да съдейства за преодоляване на демографската криза в България. Недостатъчното познаване или неприлагането на методите за семейно планиране, както и ограничения достъп до тези ресурси води след себе си до увеличаване на абортите и заболяемостта от болести, предавани по полов път, което в последствие предизвиква сериозни увреди на репродуктивното здраве на жените и мъжете [5-7]. Настоящата публикация има за цел да представи и анализира настоящите тенденции при употребата на методи на контрацепция като средство за предпазване от нежелана бременност.

Материал и методи

Извършен е критичен обзор и анализ на рецензирани научни публикации, публикувани след 2000 г. в базите данни PubMed и Google Scholar, както и на международни и национални здравни програми, ръководства за добра практика и препоръки. За целите на обзора е използвана информация, свързана с употребата на контрацептивни средства и аборт за предпазване от нежелана бременност и полово предавани заболявания. Използвани са следните ключови думи и комбинации за търсене на английски език: прекоцепционна грижа, здраве и грижи преди бременност, контрацептиви,

аборт, непланирана бременност, методи на контрацепция. Допълнително са прегледани библиографиите на всички значими публикации по темата.

Резултати и дискусия

Непланираната бременност е глобален проблем, който оказва значително влияние върху здравеопазването и социалните услуги. Тя води до увеличени разходи за медицински грижи, включително пренатални и постнатални услуги, както и за социална подкрепа и консултации. Освен финансовите аспекти, непланираната бременност може да предизвика сериозен емоционален стрес, тревожност, депресия и чувство на несигурност. Някои култури ограничават или възпират достъпа до контрол на раждаемостта, защото го считат за морално, религиозно или политически нежелателно. Употребата на различни методи за контрацепция в развиващите се страни е намалил броя на смъртните случаи по време на бременността. Чрез удължаване на интервалите между ражданията на една жена се подобрява здравето на семейството и намалява детската смъртност [5-7]. В развиващите се страни, подобреният достъп до контрацептиви води до повишаване на доходите на жените, както и до подобряване на телесното тегло, образованието и здравето на техните деца. Предотвратяването на нежелана бременност стимулира икономическия растеж, намалявайки броя на децата, които трябва да се издържат, увеличава броя на жените, участващи в работната сила, и намалява потреблението на ограничени ресурси. Семейно планиране чрез използването на модерни методи за предпазване от нежелана бременност е една от най-рентабилните здравни интервенции чрез предотвратяване на нежелана бременност и намаляване на разпространението на полово предавани болести [8-10].

Неравнопоставеност в достъпа и използването на различни методи на контрацепция

Причината много жени да нямат достъп до средства за контрацепция се дължи на това, че много държави ограничават достъпа до поради религиозни или политически причини, а за това допринася и бедността. Поради рестриктивните закони срещу абортите в Субсахарска Африка, множество жени прибегват до нелегални аборти при нежелана бременност, което води до 2-4% криминални аборти годишно. Отношението към използването на планова хормонална контрацепция, може да варира в резултат на множество фактори, включително качеството на здравното обслужване и специалистите в тази сфера, наличието и достъпността до методи за семейно планиране, финансовата осигуреност, ролята на двата пола и социално-икономическия статус на страната. Според редица проучвания, за да

се осигури по-голяма честота на употреба и достъп до различните методи, са необходими здравно-образователни и културни мероприятия, както и активна роля на здравните специалисти [11-12].

Научни изследвания показват различия в използването на методите за семейно планиране между имигранти и местни популации. В Испания се наблюдава по-ниска честота на използване на здравно обслужване при имигрантското население по въпроси свързани със семейно планиране и различни методи на контрацепция. Подобна закономерност се наблюдава и по отношение на място на раждане, степен на образование и етническа група. Двойките, които използват в по-малка степен методи за семейно планиране са по-възрастни (от 39 до 49 г.), африканци и азиатци, с основно образование и без деца [13].

Изследването на Sulovic и др. показва, че само 15,9% от жените в репродуктивна възраст използват някаква форма на контрацепция и 57,4% от тях имат само основни познания за контрацепция. Според Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), разпространението на методите за контрацепция в Сърбия е 41,0%. При 23% от жените използват традиционния метод за контрацепция, а най-популярни са вътрематочните устройства (14%), календарният метод (8%) и кондоми (8%). Според резултатите от национално здравно проучване в Република Сърбия (2006), използването на контрацептиви е значително незадоволително при социално слабите, отколкото при материално осигурените жени. Прилагането на контрацепция сред жените в провинциалните райони не се определя от мястото им на живот, а по-скоро от тяхната по-ниска степен на образование и социално-икономически статус [14-15].

Сравнителен анализ на методи за контрацепция, използвани от жени в репродуктивна възраст в градските и провинциални области на САЩ показват, че 29% от жените в градските райони използват планова хормонална контрацепция в сравнение с 27,3% от жените от провинциалните райони. Проучване на Scouby върху извадка от жени от пет различни европейски страни доказва, че хормоналните терапии са често използвани от респондентите от Германия, Франция и Великобритания, докато респондентите от Италия и Испания прилагат кондоми и неефективни методи на контрацепция. Жените от Северна Европа (Дания, Германия, Полша) са склонни да използват по-ефективни методи за контрацепция, отколкото жителите от Южна Европа (Италия и Испания). Полово активните жени в репродуктивна възраст в Норвегия прилагат най-малко една форма на контрацепция, като пероралните хормонални таблетки са метод на избор за повечето от тях [16-18].

Увеличава се броят на младите хора, които използват съвременни контрацептиви, като най-разпространеният

метод е мъжкия кондом. Според представително изследване, употребата на контрацептиви е по-висока сред лицата с по-високо образование [19-22].

Национално проучване от 2015 г., организирано от Байер България ЕООД и Българското научно дружество по акушерство и гинекология, установява, че 90% от анкетираните предпочитат мъжкия кондом, следван от хормоналната терапия (87%) и вътрематочното устройство (71%). Най-често използваните методи за предотванване от непланирана бременност са мъжкия кондом (28%) и прекъснатият полов акт (12%). Въпреки това, при използването на мъжкия кондом, 18 от 100 жени годишно имат шанс за бременност, докато при прекъснатия полов акт този шанс е 22 от 100 жени [23-25].

Защита на личния живот и конфиденциалност

В официални препоръки на Световната Здравна организация се коментира правото на неприкосновеност на личния живот. Пациентите не трябва да бъдат обект на намеса в интимния им свят, техният метод на контрацепция, както и медицинските документи свързани с тяхното репродуктивно здраве трябва да бъдат предмет на медицинска тайна. Сексуалното и репродуктивното здраве включват много деликатни въпроси, които не се обсъждат широко в семействата или общностите, а медицинските специалисти често са единственият източник и пазител на тези сведения. Ако пациентите чувстват тази гарантирана конфиденциалност от здравната система, няма да търсят услуги, застрашаващи собственото им здраве и това на партньора им. Медицинската тайна е от ключово значение за защитата на сексуалните и репродуктивните права на групи лица стигматизирани въз основа на тяхната сексуалност, сексуална идентичност или сексуална принадлежност. Доставкащите на здравни услуги имат задължението да пазят поверителността на медицинската информация, както в писмен, така и в устен вид [26-27].

Конфиденциалността е един от най-важните критерии за достъп до услуги в областта на семейно планиране, репродуктивно здраве и контрацепция. Консервативни общности, в които обществото налага традиционни модели на сексуално и репродуктивно поведение, съществуват във всяка държава, участваща в проучване „Анализ на практиките и нагласите в седем страни от Източна Европа и Централна Азия“. Редица жени не желаят да бъдат виждани да посещават служба за предоставяне на услуги в областта на сексуалното здраве и контрацепцията, както и да закупуват контрацептивни средства от аптека. Двойките от много малки градчета и селски жители предпочитат да потърсят тази услуга на места, където няма да бъдат разпознати [28-29].

Абортът като метод на контрацепция

Над една трета от всички бременности са непланирани или нежелани и около една пета от тях завършват с аборт като малко под половината от тях са криминални. В Обединеното кралство, 1 до 2% от абортите са извършени поради генетични проблеми на плода. Легалните аборти в развития свят са сред най-безопасните процедури в областта на медицината. В САЩ рискът от смъртност при майките от аборт е 0,7 на 100 000 процедури, а абортът е около 13 пъти по-безопасен за жените, отколкото раждането (8,8 смъртни случая на 100 000 живородени). В Съединените щати между 2000 г. до 2009 г. броят на смърт вследствие на аборт има по-ниска честота в сравнение с интервенции в пластичната хирургия. Криминалните прекъсвания на бременността са причина за десетки хиляди смъртни случаи, най-вече в развиващите се страни и в страни, в които абортът е незаконен. Когато се извършват законно и безопасно, абортите не увеличават риска от психични или физически проблеми. За разлика от тях, криминалните аборти водят до 47 000 смъртни случаи и 5 милиона хоспитализации годишно [30-32].

Световната здравна организация препоръчва достъп до безопасни и легални аборти за всички жени. Криминалните аборти са основна причина за усложнения и смърт сред жените по целия свят. Въпреки че данните са неточни около 20 милиона криминални аборти се извършват ежегодно, като 97% от тях са в развиващите се страни. За да се намали броят на криминалните аборти, организации в сферата на общественото здраве препоръчват легализиране на абортите, обучение на медицински персонал и осигуряване на достъп до здравни услуги, свързани с репродуктивното здраве. Декларация от Дъблин относно здравословното състояние на майките, подписана през 2012 г. отбелязва, че «забраната на абортите не се отразява по никакъв начин положително върху оптималната грижа за бременните жени». Страните с ограничителни закони за аборта имат по-високи нива на криминални аборти в сравнение с тези, където абортът е правно достъпен. През 1996 г. легализирането на абортите в Южна Африка има незабавен положителен ефект върху честотата на абортите с усложнения и смъртните случаи, свързани с аборти спадат с повече от 90%. Редица проучвания доказват, че честотата на криминалните аборти може да се намали с до 75%, ако модерното семейно планиране и здравните услуги за майката са лесно достъпни в световен мащаб. Здравното образование, достъп до семейно планиране, както и подобрения в областта на здравеопазването по време и след аборт са едни от основните препоръки за справяне с този проблем [33-35].

Високият процент на абортите в развиващите се страни се дължи на липсата на достъп до модерни

контрацептиви. Според Института Guttmacher осигуряването на достъп до противозачатъчни средства води до около 14,5 милиона по-малко нелегални аборти и 38 000 по-малко смъртни случаи от криминални аборти годишно в световен мащаб. Една от най-честите причини за аборт е отлагане на раждане на дете за желано време от двойката или грижата към вече родените деца. Останали водещи причини за аборт са свързани с невъзможността на двойката да си позволи отглеждане на дете; загуба на приходи; липса на подкрепа от страна на бащата; невъзможност за повече деца; желание за образование на вече родените деца; невъзможност за завършване на собственото образование; проблеми с партньора; млада възраст, за да имат дете; безработица; липсата на готовност да се отгледа дете, заченато в резултат на изнасилване или кръвосмешение [10, 36-38].

Малка част от абортите са подтикнати в резултат на обществен натиск. Те могат да включват желание за деца със специфичен пол или раса, заклеяване на хора с увреждания, недостатъчна икономическа подкрепа за семейството, липсата на достъп или отхвърляне на методите за контрацепция, демографски политики за контрол на раждаемостта (например политиката за едно дете в Китай). Тези фактори понякога може да доведат до задължителен аборт или полово-селективен аборт. Допълнителен фактор за аборт е рискът за здравето на майката или фетуса, което е основна причина за аборт в повече от 1/3 от случаите. Предпочитанието за деца от мъжки пол се среща в райони на Азия, Тайван, Южна Корея, Индия и Китай. Тези отклонения от раждаемостта на деца от мъжки и женски пол се срещат въпреки факта, че в дадената страна официално са забранени полово-селективните аборти както и скрининговите изследвания за определяне пола на детето. В редица страни са предприети законодателни мерки, за ограничаване на полово-селективните аборти. По време на конференция през 1994 г. над 180 държави са дали съгласието си да се премахнат всички форми на дискриминация по този въпрос. Световната здравна организация и УНИЦЕФ, заедно с други агенции на ООН смятат, че мерките за намаляване на достъпа до аборт са много по-малко ефективни при намаляване на полово-селективни аборти, отколкото мерките за намаляване на неравенството между половете [32; 39-40].

Формирането на абортното право е повлияно от множество фактори, включително психологически, религиозни, демографски и социологически съображения. В момента една четвърт от световното население живее в страни, където абортът е забранен или разрешен само за спасяване на живота на бременната жена. В повечето европейски държави абортът по желание е разрешен до 12-та гестационна седмица. В Ирландия абортът е позволен само при заплаха за живота на бременната жена, докато в Португалия и

Испания той е допустим и за запазване на физическото и психическото здраве на жената. Във Великобритания и Финландия абортът е разрешен и по социални и икономически причини. В България абортът по желание е регулиран от Наредба №2 от 1990 г., която позволява на всяка бременна жена без противопоказания да извърши аборт до 12-та гестационна седмица [41-43].

В контекста на европейските стандарти, българското население показва ниска сексуална и контрацептивна култура, характеризираща се с използването на неефективни традиционни методи за контрацепция и широко разпространение на абортите. България е сред водещите страни по брой аборти, включително средният брой аборти на жена. Абортите се извършват от жени във всички възрастови групи, особено сред младите на възраст 20-35 години, както и сред момичетата под 20 години. Абортът представлява риск за бъдещата репродуктивна способност на жените и е значим социален фактор за демографския баланс. Причините за високите нива на аборти включват ниска контрацептивна и сексуална култура, морални норми, липса на санкции срещу аборта, финансовата недостъпност на модерните контрацептиви и ранното започване на сексуален живот. Образователното равнище също играе роля, като по-ниско образованите хора използват традиционни методи, докато по-високо образованите предпочитат модерни контрацептиви [23,44].

Заклучение

Репродуктивното здраве трябва да бъде приоритет още от юношеска възраст. За постигането на тази цел е необходимо европейските и националните правителства, както и заинтересованите страни, да предприемат мерки за подобряване на преконачелната употреба на контрацептивни средства. Успехът на тези усилия зависи значително от информираността и мотивацията на медицинските специалисти да се ангажират с допълнителни специализирани дейности и здравно-образователни кампании за методите на контрацепция. Здравните власти могат да намалят този риск чрез пакет от стратегически мерки, включително финансови стимули за извършването на тази дейност в България. Препоръчително е международните препоръки да бъдат интегрирани в националните насоки за употреба на различните методи на контрацепция. Жените в детородна възраст трябва да бъдат информирани за рисковете от аборт и ползите от съвременните методи на контрацепция.

Библиография

1. Gomez AM, Fuentes L, Allina A. Women or LARC first? Reproductive autonomy and the promotion of long-acting reversible contraceptive methods. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(3):171-5.

2. Hardee K, Kumar J, Newman K. Human Rights-Based Family Planning: A Conceptual Framework. *Studies in Family Planning*. 2014;45:1-18.
3. Osotimehin B. Family planning save lives, yet investments falter. *Lancet*. 2012;380(9837):82-3.
4. Creanga AA, Gillespie D, Karklins S, et al. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bull World Health Organ*. 2011;89(4):258-66.
5. Fertility statistics. Eurostat. 2019.
6. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013;381(9879):1756-62.
7. Slaymaker E, Scott RH, Palmer MJ, et al. Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *Lancet Glob Health*. 2020;8(4):e567-79.
8. Antic L, Vukovic D, Ikanovic B, et al. Implementation of secondary preventive practice important for cervical cancer among women who use oral contraception. *Arch Oncol [Internet]*. 2013;21(3-4):91-6.
9. Ledermann JA, Raja FA, Fotopoulou C, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24:vi24-32.
10. Helström L, Zetterström C, Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19(3):209-13.
11. Garcés-Palacio IC, Altarac M, Scarinci IC. Contraceptive knowledge and use among low-income Hispanic immigrant women and non-Hispanic women. *Contraception*. 2008;77(4):270-5.
12. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. U.S. selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(3):1-77.
13. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380(9837):111-25.
14. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381(9878):1642-52.
15. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity. *Am J Public Health*. 2000;90(9):1403-8.
16. Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004;9(2):57-68.
17. Tumlinson K, Speizer IS, Curtis SL, et al. Accuracy of standard measures of family planning service quality: Findings from the simulated client method. *Stud Fam Plann*. 2014;45(4):443-70.
18. Chen MJ, Kim CR, Whitehouse KC, et al. Development, updates, and future directions of the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(2):113-9.
19. Matsumoto Y, Yamabe S, Sugishima T, et al. Perception of oral contraceptives among women of reproductive age in Japan: A comparison with the USA and France. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37(7):887-92.
20. Mikolajczyk RT, Stanford JB, Rauchfuss M. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. *Contraception*. 2003;67(4):253-8.
21. Perelli-Harris B, Stycr M. Mental well-being differences in cohabitation and marriage: The role of childhood selection. *J Marriage Fam*. 2018;80(1):239-55.
22. Perelli-Harris B, Stycr M. Re-evaluating the link between marriage and mental well-being: how do early life conditions attenuate differences between cohabitation and marriage? 2016.

23. Българското научно дружество по акушерство и гинекология и Байер България ЕООД. Използване и осведоменост за контрацепция. Национално-представително проучване. 2015.
24. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(1):28–40.
25. Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве. IPPF – Международна федерация по семейно планиране. UNFPA – Фонд на ООН за население. Семейно планиране, репродуктивно здраве и контрацепция. Анализ на практиките и нагласите в седем страни от Източна Европа и Централна Азия. 2012.
26. Steyn P. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. Geneva Foundation for Medical Education and Research. 2021;
27. Kumar J, Hardee K. Rights-based family planning: 10 resources to guide programming. Population Council; 2015.
28. Nikolic Z, Djikanovic B. Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia. *J Public Health (Oxf)*. 2014;fdv096.
29. Nellums LB, Powis J, Jones L, et al. “It’s a life you’re playing with”: A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Soc Sci Med*. 2021;270(113610):113610.
30. Almond D, Currie J. Killing me softly: The fetal origins hypothesis. *J Econ Perspect*. 2011;25(3):153–72.
31. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2, Part 1):215–9.
32. Ignaciuk A, Sethna C. Charters for choice: Abortion travel, abortion referral networks and Spanish women’s transnational reproductive agency, 1975–1985. *Gend Hist*. 2020;32(2):286–303.
33. Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258–67.
34. Maccowall W, Parker R, Nanchahal K, et al. ‘Talking of Sex’: Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):332–7.
35. Guttmacher Institute, Sully EA, Biddlecom A, et al. Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019. Guttmacher Institute; 2020.
36. Kapp N, Blanchard K, Coast E, et al. Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion. *Contraception*. 2018;97(2):184–8.
37. Prinja S, Nandi A, Horton S, et al. Costs, effectiveness, and cost-effectiveness of selected surgical procedures and platforms. In: *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1): Essential Surgery*. The World Bank; 2015. p. 317–38.
38. Schoen J. Abortion after Roe: Abortion after Legalization. 2015;1–334.
39. Sahni M, Verma N, Narula D, et al. Missing girls in India: Infanticide, feticide and made-to-order pregnancies? Insights from hospital-based sex-ratio-at-birth over the last century. *PLoS One*. 2008;3(5):e2224.
40. Myers C. Sex Selective Abortion in India. *Global Tides*. 2012;6.
41. Маринова Ю. Аборт. Международни и национални тенденции и измерения. Стара Загора. 2001.
42. Маринова Ю., Контрацепция и аборти - медико-социални аспекти. Медицински преглед - Медицински мениджмънт и здравна политика. 2001: 3-8.
43. Маринова Ю., Ст. Маркова, К. Пеева, Фактори на решението за аборт: резултати от емпирично проучване. *Социална медицина*. 2000, 10-12.
44. Коцева Т., Костова Д. Фактори и тенденции в сексуалния дебют на младите хора в България. *Население*. 2003:1-2.