

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**RASESTUMISVASTASTE MEETODITE KASUTAMINE,
SELLEGA SEOTUD TEGURID JA BARJÄÄRID
16-44-AASTASTE NAISTE HULGAS EESTIS**

Magistritöö rahvatervishoius

Katri Ottep

**Juhendajad: Made Laanpere, PhD, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini
instituut, Tartu Ülikooli Kliinikum, Tartu Seksuaaltervise Kliinik,
arst-õppejõud**

**Inge Ringmets, MSc, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja
rahvatervishoiu instituut, biostatistika lektor**

Tartu 2017

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2017 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Siiri Põllumaa, MSc, Tartu Ülikooli naistekliiniku ämmaemand

Kaitsmine: 13.06.2017

Uuringu “Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine“ rahastaja on Euroopa Regionaalarengu Fond SA Eesti Teadusagentuuri programmi TerVE (3.2.1002.11-0002) kaudu.

SISUKORD

SISUKORD	3
KASUTATUD LÜHENDID	4
LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	7
2.1. Rasestumisvastased meetodid	7
2.2. Rasestumisvastaste meetodite levimus Eestis	9
2.3. Sotsiaalmajanduslikud tegurid	10
2.4. Rasestumisvastaste meetoditega seotud tervisekäitumine	12
2.5. Barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel	13
3. EESMÄRGID	16
4. MATERJAL JA METOODIKA	17
4.1. Andmestik ja valimi moodustamine	17
4.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid	19
4.3. Rasestumisvastaste meetodite kasutamisega seotud tervisekäitumine	20
4.4. Võimalikud barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel	21
4.5. Andmeanalüüs	23
5. TULEMUSED	24
5.1. Rasestumisvastaste meetodite levimus	24
5.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid	27
5.3. Rasestumisvastaste meetoditega seotud tervisekäitumine	31
5.4. Barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel	33
6. ARUTELU.....	37
7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD	42
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	43
SUMMARY	48
TÄNUAVALDUS	50
CURRICULUM VITAE	51
LISA 1	52

KASUTATUD LÜHENDID

CI – usaldusvahemik (ingl *confidence interval*)

Cu-ESV – vaske sisaldav emakasisene vahend

ESS – progesterooni sisaldav emakasisene süsteem

KHK – kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon

KMI – kehamassiindeks

LARC – pikaajalise toimega rasestumisvastased meetodid (ingl *long-acting reversible contraceptive*)

WHO – Maailma Terviseorganisatsioon (ingl *World Health Organization*)

OR – šansside suhe (ingl *odds ratio*)

PI – Pearl'i indeks

RVM – rasestumisvastane meetod

SH – seksuaalharidus

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas töös uuriti rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamist ja sellega seotud tegureid 16–44-aastastel naistel Eestis. Alaeasmärkideks oli kirjeldada RVM levimust vanuserühmiti (16–19; 20–24; 25–34; 35–44); analüüsida, kuidas on seotud sotsiaalmajanduslikud tegurid ja tervisekäitumist kirjeldavad valitud tunnused RVM kasutamisega ning selgitada barjäärid (sh tervishoiuteenustega seotud) RVM kasutamisel.

Magistritöö põhines Eestis 2014. aastal tehtud läbilõikelisel uuringul: Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Magistritöö valimis oli 1588 naist, kes vajasisid RVM. Vastajad jagati kontratsepsiooni kasutamise kirjeldamiseks kaheks ja moodustati sõltuv tunnus vastavalt kasutatud RVM tõhususele – tõhusate RVM kasutajad ja mittetõhusate RVM kasutajad ning ei kasutanud RVM. Levimuse kirjeldamiseks arutati levimusmäärad koos 95% usaldusvahemikega. Seoseid sotsiaalmajanduslike tegurite, tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste ja võimalike barjääridega RVM kasutamisel uuriti logistilise regressioonanalüüsiga.

Aastal 2014 kasutas Eesti 16–44-aastastest naistest, kes vajasisid kaitset soovimatu raseduse eest, viimases seksuaalvahekorras tõhusaid RVM 74,8%, mittetõhusaid 16,1% ning 9,1% ei kasutanud ühtegi RVM. Kõige sagedamini kasutatav RVM viimases seksuaalvahekorras oli kondoom, millele järgnesid kombineeritud hormonaalne kontratsepsioon (KHK) ning katkestatud suguühe. Emakasiseseid vahendeid kasutas 10% naistest, kellest enamik kuulusid vanuserühma 35–44. Kõige rohkem kasutasid tõhusaid RVM 25–34-aastased võrreldes teiste vanuserühmadega. Kõige enam RVM mittekasutajaid oli vanuserühmas 16–19.

Tõhusate RVM kasutamise šanss oli väiksem vene emakeelega naistel; nendel, kes elasid ühes viiest Eesti suurimast linnast (Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva); olid põhi- või madalama haridusega ning kellel olid enda hinnangul alati või sageli raskused arvete maksmisega. Tõhusaid RVM kasutasid vähem need, kes aeg-ajalt suitsetasid ning need, kelle RVM valikut mõjutasid rahalised kaalutlused. Tervishoiuteenusega seotud võimalikud barjäärid ei omanud seost tõhusate RVM kasutamisega.

Kuigi enamik kontratsepsiooni vajavatest naistest kasutas tõhusaid RVM, oli suur osa naisi, sõltumata vanusest, ohustatud soovimatust rasedusest. Tõenäoliselt on vajalik enam tõenduspõhist informatsiooni traditsiooniliste RVM vähesest tõhususest ja selleks, et vähendada valeuskumusi. Informatsioon RVM kohta peaks olema kättesaadav emakeeles. Tervishoiutöötajad, nõustades soovimatust rasedusest hoidumisel, peaksid pöörama rohkem tähelepanu suitsetamisele ja vaimsele tervisele. Pikaajalise toimega meetodite (LARC) laiem kasutamine võiks vähendada rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele.

1. SISSEJUHATUS

Esimene kaasaegne RVM sai naistele kättesaadavaks 60 aastat tagasi, kui loodi esimesed ovulatsiooni pärssivad ravimid. Tänapäevaks on tookordsele kombineeritud hormonaalsele rasestumisvastasele pillile, mis sisaldab östrogeeni ja sünteetilist progesterooni, lisaks töötatud välja erinevaid manustamisviise (naha ja tupe kaudu manustatavad, emakasse ja naha alla asetatavad, süstitavad), vähendatud hormoonide annuseid, loodud uusi sünteetilisi progestageene. Meetodite rohkus võimaldab tulla vastu kasutajate erinevatele vajadustele ja võimalustele. Muutused on toimunud ka ühiskonnas: seksuaalelu alustamine on viimase poole sajandi jooksul lükkunud varasemaks, keskmine laste arv peres on langenud ning esmassünnitajate vanus tõusnud. Üldiselt vajab naine kaitset soovimatu raseduse eest peaaegu 30 aastat oma elust (1). Seetõttu on RVM kasutamise olulisus aastatega suurenenud, mõjutades nii naise ja perekonna heaolu kui ka ühiskonda tervikuna.

Alles pärast taasiseseisvumist on kaasaegsed RVM Eestis olemas, nende valik mitmekesine ning tõendus põhine informatsioon pereplaneerimisest kättesaadav. Uuringutele toetudes võib väita, et tõhusate RVM kasutamine on suurenenud (2–5). Planeerimata rasedus ja mittetõhusate RVM või RVM mittekasutamine on omavahel tihedalt seotud. Meetodi mittekasutamine või mittetõhusa meetodi kasutamine võib lõppeda planeerimata rasedusega (6, 7).

RVM kasutamine sõltub väga paljudest erinevatest teguritest, millest olulisim on meetodi tõhusus (8). Olukord, kus rasedus on soovimatu, kuid rasedusest hoidumiseks ei kasutata RVM või on kasutatavad meetodid mittetõhusad, näitab katmata vajadust (ingl *unmet need*) pereplaneerimisel (9). Selle suur osakaal peegeldub kõrgetes abortiivsuskordajates (10, 11). Ehkki Eestis on kättesaadavad kõik kaasaegsed RVM, on siiski suur hulk naisi, kes kasutavad erinevatel põhjustel mittetõhusaid meetodeid või ei kasuta midagi (4, 12, 13). Seetõttu on oluline teada saada, millised tegurid on seotud kontratseptsiooni mittekasutamise või mittetõhusate meetodite kasutamisega olukorras, kus rasedus ei ole soovitud.

Tervishoiuteenuse olulisust kontratseptsiooni kasutamisel on raske ülehinnata, sest kõigi tõhusate meetodite (v.a kondoom) kasutamiseks on vaja külastada tervishoiuasutust. Eestis on traditsiooniliselt olnud RVM-alase nõuande pakkujaks naistearst (4, 13). Seetõttu on oluline uurida ka tervishoiuteenuse rolli – barjääre, mis võivad olla seotud tervishoiuteenusega. Magistritöö eesmärk oli uurida RVM kasutamist ning sellega seotud tegureid Eesti 16–44-aastastel naistel – kirjeldada levimust ning analüüsida, kuidas on sotsiaalmajanduslikud tegurid, valitud tervisekäitumist kirjeldavad tunnused ning barjäärid seotud sellega, kas soovimatu raseduse ärahoidmiseks kasutatakse tõhusaid või mittetõhusaid RVM.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Rasestumisvastased meetodid

RVM jaotatakse sageli kaasaegseteks ning traditsioonilisteks ehk naturaalseteks meetoditeks. Kaasaegsete meetodite hulka kuuluvad naiste ja meeste steriliseerimine, vaske sisaldav emakasisene vahend (Cu-ESV), progesterooni sisaldav hormonaalne süsteem (ESS), kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon (KHK – pill, plaaster, tuperõngas), depoosüst ning implantaat. Lisaks peetakse kaasaegseteks barjäärimeetodeid (kondoomid ja spermitsiidid). Traditsioonilisteks meetoditeks loetakse kalendrimeetodit, katkestatud suguühet ning laktatsiooni amenorröad (14).

Olenemata sellest, kas tegemist on kaasaegse või traditsioonilise meetodiga, on RVM tõhusus üks olulisemaid RVM omadusi. Seetõttu jaotatakse RVM sageli tõhususe alusel – meetodid, mis on soovimatu raseduse ärahoidmisel tõhusad ja meetodid, mis on mittetõhusad. RVM tõhusust hinnatakse Pearl'i indeksiga (PI). PI näitab raseduste arvu 100 naise kohta, kes tarvitavad teatud meetodit ühe aasta jooksul. Mida suurem on indeks, seda suurem on võimalus seda meetodit kasutades rasestuda. Näiteks indeks kolm tähendab, et sajast naisest kolm rasestub teatud RVM kasutades aasta jooksul. PI puhul eristatakse „korrektset kasutamist“ ning „tüüpilist kasutamist“ – viimasel juhul vähendab tõhusust näiteks see, kui meetodit kasutatakse ebaregulaarselt (8, 14). Väga tõhusateks RVM peetakse steriliseerimist, KHK, ESS, Cu-ESV depoosüsti ja implantaati. Kondoomi, mille puhul tuleb ebaregulaarset kasutamist ette kõige enam, peetakse siiski tõhusaks RVM (Pearl'i indeks on üle 2,5). Mittetõhusad RVM on spermitsiidid ja traditsioonilised meetodid nagu kalendrimeetod ning katkestatud suguühe (2, 12, 15). RVM Pearl'i indeksid on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Rasestumisvastaste meetodite Pearl'i indeksid tõhususe järjekorras (8)

Meetod	Pearl'i indeks	
	Korrektne kasutamine	Tüüpiline kasutamine
Progesterooni sisaldav depoosüst	0	0
ESS	–	0,09–0,11
Implantaat	0	0–0,3
Progesterooni sisaldavad pillid	0,14	0,41
Cu-ESV	–	0,16–1,26
Tuperõngas	0,31–0,96	0,25–1,23
Plaaster	0,59–0,99	0,71–1,24
Pillid	0–1,26	0–2,18
Kondoom	–	2,5–5,9
Traditsioonilised meetodid	0,7–3,1	3,8–20,4

RVM valikul mängivad peale tõhususe rolli ka muud aspektid. Näiteks soovivad naised, et meetodil oleks võimalikult vähe kõrvaltoimeid, oluliseks võib osutada hind. Naiste jaoks on ka oluline, et meetodi toime oleks pikaajaline või ei nõuaks igapäevast meelespidamist. Meetodil võiks olla lisaks raseduse ärahoidmisele ka muid positiivseid omadusi, nt kaitse seksuaalsel teel levivate infektsioonide vastu või soodne toime menstruatsioonitsüklile (11, 16). Naised, kes soovivad edasi lükata laste saamist lühemaks ajaks (mõned kuud või aasta), eelistavad Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel RVM, mille kasutamise üle saavad nad ise otsustada ning lõpetada soovitud ajal ehk lühiajalise toimega meetodeid (eelkõige KHK).

Pikemat aega rasedust edasi lükata soovivad naised eelistavad kasutada pikaajalise toimega meetodeid (ingl *long-acting reversible contraceptive* (LARC)) (18). LARC (depoosüst, Cu-ESV, ESS ja implantaat) süstitakse, sisestatakse emakasse või naha alla pikaks ajaks (kolmeks kuni viieks aastaks). Kuigi nende paigaldamiseks ja eemaldamiseks on tarvis külastata tervishoiuasutust (18), ei nõua kasutamine pidevat meeldetuletust või tervishoiutöötaja kordusvisiite ning nende soetamine on ühekordne rahaline väljaminek (19, 20). LARC on väga tõhusad soovimatu raseduse ärahoidmisel ning omavad lisaks tõhususele ka muid positiivseid omadusi. Kogu maailmas on järjest enam levimas soovitus kasutada LARC ka noorte hulgas (21).

2.2. Rasestumisvastaste meetodite levimus Eestis

RVM levimus on 15–49-aastaste naiste osakaal, kes ise või kelle partner, kasutab käesoleval hetkel vähemalt ühte RVM, jagatud naiste arvuga, kellel on risk rasestumiseks samal ajahetkel (18, 19). Katmata vajadusega naised on seksuaalselt aktiivsed, kuid ei kasuta ühtegi RVM ning ei soovi rasestuda. Katmata vajadus kajastab lõhet naiste reproduktiivsete kavatsuste ning RVM seotud käitumise vahel (24). Rahvastikupõhised uuringud annavad kõige laialdasemaid andmeid RVM kasutamise kohta. Siiski võivad erinevused uuringute ülesehituses mõjutada andmete võrreldavust. Väljendil „kasutatav RVM käesoleval hetkel“ ei ole kindlat definitsiooni, kuid seda kasutatakse sageli levimuse väljendamiseks. Täpsemaks hindamiseks tuleb määrata kindel ajaperiood, näiteks viimase kuu jooksul, kuid selle puhul ei saa kindlalt väita, kui järjepidevalt meetodit kasutati. Seetõttu peetakse mõistlikuks kasutada levimuse hindamiseks RVM kasutamist viimases seksuaalvahekorras (14).

Alates Eesti taasiseseisvumisest on tõhusate RVM kättesaadavus, informatsioon ja pereplaneerimise alane nõustamine oluliselt paranenud (12). Aastal 2004 tehtud Eesti naiste terviseuuringust selgus, et 16–44-aastaste Eesti naiste seas oli populaarseim RVM kondoom (33,6%), millele järgnesid KHK (28,1%) (13). Kümme aastat hiljem oli jätkuvalt populaarseim RVM kondoom (34,0%), millele järgnesid KHK (24,0%) (4). Mõlemal uuringuaastal oli populaarne katkestatud suguühe, kuid selle osakaal on kümne aastaga langenud (24,3% aastal 2004 ja 14,3% aastal 2014) nagu ka teiste mittetõhusate meetodite kasutamine. Kalendrimeetodit kasutas 2004. aastal 12,7% ja 2014 aastal 3,5%; ka tupeloputuse kasutajate hulk on vähenenud (vastavalt 2,9% ja 1,0%). Mõlemal aastal oli sagedaseim RVM mittekasutamise põhjus soov rasestuda või olemasolev rasedus (4, 13). Suured erinevused on siiski eesti emakeelega ja vene emakeelega naiste RVM valikutes. Oluliselt rohkem on mittetõhusate RVM kasutajaid vene emakeelega naiste seas – 33,8% (eesti emakeelega 20,4%). Eesti emakeelega naistel on esikohal KHK kasutamine 29,1%, millele järgneb kondoomi kasutamine 24,4%. Vene emakeelega naistel on esikohal kondoom (30,3%), millele järgneb katkestatud suguühe, mida kasutab 21,8% (12).

RVM kasutamine Eestis on sarnane teiste arenenud riikidega – näiteks aastal 2013 kasutas Rootsis 16–49-aastastest naistest 72,1% uuringu läbiviimise hetkel RVM. KHK kasutamine oli populaarseim noorte seas ning langes vanusega. LARC kasutamine (eelkõige Cu-ESV/ESS) tõusis vanusega (11). Hispaanias oli samuti viimases seksuaalvahekorras kõige populaarsem RVM kondoom, millele järgnesid KHK (25). Vanusega vähenes kondoomi kasutajate ning suurenes KHK kasutajate osakaal. LARC osakaal Hispaanias kasvab, kuid nagu ka Eestis, ei ole need veel kõige sagedamini kasutatavad RVM (25). Kondoomi ja KHK kasutamine on

Eestis viimase kümne aasta jooksul püsinud sarnane – pillide kasutamine väheneb vanusega, kuid suureneb emakasiseste vahendite kasutajate osakaal (4, 13). Sarnast RVM seotud käitumist on kirjeldatud ka teiste riikide RVM levimuses (12, 13, 22, 23). Aastal 2015 kasutas WHO andmetel 57% maailma abielus või vabaabielus olevatest 15–49-aastastest naistest viimases seksuaalvahekorras tõhusat RVM. Rohkem kui üks kolmest suhtes olevast naisest kasutab LARC või pöördumatuid RVM: naise või mehe steriliseerimist (18). Eesti naiste RVM kasutamise levimust WHO andmetel on võrreldud Põhja-Euroopa riikidega tabelis 2.

Tabel 2. Rasestumisvastaste meetodite levimus (mediaan ja 80% vahemik) Põhja-Euroopa riikides 2015. aastal 15–49-aastaste abielus või vabaabielus naiste seas WHO andmetel (18)

Riik	RVM levimus	Tõhusate RVM levimus
Leedu	63,4 (51,7–73,7)	52,9 (40,8–64,3)
Eesti	64,6 (52,5–75,2)	59,1 (46,9–70,1)
Iirimaa	67,2 (55,5–77,3)	62,4 (50,8–73,0)
Läti	68,0 (54,3–79,3)	59,8 (45,2–72,3)
Rootsi	70,4 (56,8–81,1)	61,6 (47,1–73,8)
Taani	70,8 (57,1–81,8)	65,8 (51,7–77,5)
Soome	74,6 (60,6–84,8)	72,2 (58,4–82,7)
Norra	78,6 (68,4–86,0)	71,5 (59,9–80,6)
Suurbritannia	81,3 (73,4–87,2)	80,0 (72,1–86,0)
Põhja-Euroopa kokku	76,7 (71,7–80,9)	73,4 (68,2–77,7)

2.3. Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Ehkki RVM kasutamine on eelkõige seotud valikutega, mida võimaldab riiklik tervishoiupoliitika, siis Eestis, kus RVM ja tervishoiuteenused on kättesaadavad, mängivad rolli ka sotsiaalmajanduslikud ja -demograafilised tegurid. Iga tegur avaldab naise seksuaalkäitumisele suuremal või vähemal määral mõju. Tegurid, mis võivad mõjutada naiste kontratseptsiooni kasutamist on vanus (5, 22, 24–26), emakeel (2, 5, 24), haridus (12, 25, 27, 28), perekonnaseis (5, 24–27) ning majanduslik olukord (sh tööhõive) (24, 26, 29, 30).

Sotsiaalmajanduslikud tegurid on seotud RVM kasutamisega, kuid RVM valikut mõjutab ka naise eluperiood (26). Kuna eluperioodi kõiki aspekte mõõta on keeruline, siis on naise vanus üks olulisemaid tegureid, mis mõjutab tema seksuaalkäitumist ning sellega kaasnevaid RVM valikuid. Mida noorem on naine, seda suurem on tõenäosus, et ta ei soovi rasestuda, kuid

kasutab mittetõhusaid RVM või jätab RVM kasutamata (5, 25). Eelkõige peetakse soovimatu raseduse suurimaks riskirühmaks naisi vanuses 18–24 (29). Noorte RVM mittekasutamise põhjus on sageli teadmiste puudumine ning ambivalentsus rasestumise suhtes. Samuti mõjutavad noorte RVM kasutamist partneri arvamus ning alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamine (34). Samas on leitud, et RVM mittekasutajaid ning mittetõhusate RVM kasutajaid on palju ka naiste seas, kelle viljakas iga on lõppemas (29). Ka Eestis on leitud, et naised vanuses 35–44 kasutavad oluliselt rohkem mittetõhusaid meetodeid kui naised vanuses 20–24 (5, 12). Vanemad naised kasutavad tõenäoliselt vähem tõhusaid RVM, kuna nende esmasseksuaalvahekord ja aktiivsem seksuaalelu periood oli ajal, kui tõhusad RVM ei olnud kõikidele kättesaadavad (27). Samuti võivad nad arvata, et nende viljakas periood on lõppenud ja rasestumise šanss on väike või puudub (35). Kõrgem vanus ning laste olemasolu seostub viimases seksuaalvahekorras pöördumatu RVM (naise või mehe steriliseerimine) kasutamisega (22, 25).

RVM kasutamine on seotud ka naise rahvusega. Näiteks Ühendkuningriikides, kus on sisserändajaid palju, on eri rahvusest teismelistel rasestumiskordajad erinevad (6). Eestis on samuti suured erinevused eesti emakeelega ning vene emakeelega naiste vahel (5, 12). Planeerimata raseduste hulk on oluliselt suurem Eestis elavate vene emakeelega naiste seas kui eesti emakeelega naiste seas. Vene emakeelega naistel oli võrreldes eesti emakeelega naistega planeerimata rasedusi oluliselt enam (vastavalt 30,8% ja 20,4%) (5). Samuti on eesti emakeelega naistele omane sagedasem hormonaalsete RVM kasutamine, mida vene emakeelega naised kasutavad vähem (12). RVM kasutamist mõjutab ka elukoht – mida kaugemal linnast, seda väiksem on RVM kasutajate osakaal (36).

Haridustase on oluline indikaator hindamaks sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust RVM kasutamisel. Viimati lõpetatud haridustaset saab lisaks töötavatele naistele kasutada indikaatorina neil, kes ei ole veel töötanud või hetkel ei tööta (23, 25, 34). Hispaanias tehtud uuringust selgus, et kõrgema haridustasemega naised kasutavad RVM rohkem kui madalama haridustasemega naised. Samuti on haridustase seotud riskeeriva seksuaalkäitumisega – madalama haridustasemega naiste hulgas esineb seda rohkem, mis viitab mittetõhusate RVM või meetodi mittekasutamisega seotud käitumismustritele (12, 28). Samuti on selgunud mitmest Euroopa uuringust, et mida kõrgem haridus, seda tõenäolisem on RVM kasutamine (25, 27). Teismelistel, kellel on vanuse tõttu madalam haridus, on tõenäosus planeerimata raseduseks suurem, kuna nad kasutavad vähem tõhusamaid RVM ning rohkem mittetõhusaid RVM (29). Eestis on täheldatud, et planeerimata rasedused on seotud naiste haridustasemega – naistel, kellel on alg- või põhiharidus, on suurem šanss planeerimata raseduseks võrreldes kõrgema haridustasemega naistega (5).

Naise RVM kasutamise seotud otsuseid mõjutab ka tema paarisuhe. Vallalistel naistel on rohkem põhjuseid ära hoida soovimatut rasedust, mistõttu kasutavad nad rohkem tõhusaid RVM (eelkõige kasutavad nad KHK ja emakasiseseid vahendeid) (30). Samas on Eestis planeerimata raseduste arv suurem vallaliste naiste puhul (5). RVM valimisel on oluline ka partneri otsus. Osad naised ei kasuta RVM, kuna nende partner ei soovi seda kasutada (27) ja olukorras, kus rasedus on naise arvates soovimatu, võib see viidata eelnenud paarisuhte-vägivallale (38).

Soovimatute raseduste osakaal on suurem naiste seas, kellel on kehvem majanduslik olukord (25, 26). Näiteks on viimase 20 aasta jooksul Hispaanias sagenenud soovimatud rasedused vaeste ja madala sissetulekuga naiste seas (33). KHK kasutamine oli suurem kõrgema sissetulekuga naiste seas ja LARC kasutamine madalama sissetulekuga naiste seas (32). Naised, kellel on sageli raskused arвете maksimisega, kasutavad rohkem mittetõhusaid meetodeid (12, 15). Teismelistel tuleb RVM osta vanemate raha eest, mistõttu võib noorukitel võib olla hirm öelda vanematele, et on alustatud seksuaaleluga. Seetõttu võivad noored kasutada mittetõhusaid meetodeid või üldse mitte midagi (27).

2.4. Rasestumisvastaste meetoditega seotud tervisekäitumine

Lisaks sotsiaalmajanduslikele teguritele võib naiste RVM kasutamist mõjutada ka hinnang oma tervisele ja tervisekäitumine. Tervise enesehinnang on rahva terviseseisundi näitaja, mille alusel saab hinnata, kellel on suurem risk haigestuda või enneaegselt surra (39). Vastavalt Tervise Arengu Instituudi andmetele hindas 2014. aastal suurem osa naisi vanuses 16–44 oma tervist väga heaks või heaks. Oma tervist väga heaks või heaks pidasid rohkem naised vanuses 16–24 aastat (86,6%) võrreldes 35–44-aastaste naistega (78,7%) (40). Tõenäoline on, et tervise enesehinnangul on seos RVM kasutamise ja tervisekäitumisega. Näiteks 16–49-aastased Los Angeleses elavad naised, kes hindasid oma tervislikku seisundit halvaks või väga halvaks, kasutasid rohkem mittetõhusaid RVM (16).

Naistel võib RVM kasutamist mõjutada ka nende vaimne tervis, nt depressioon või stress (41). Naistel vanuses 18–20, kellel olid mõõdukad või tõsised depressiooni sümptomid, oli kaks korda suurem šanss RVM mittekasutamiseks võrreldes naistega, kellel neid sümptomeid ei olnud. Naised, kellel oli mõõdukas või raske depressioon, kasutasid väiksema tõenäosusega LARC. Samuti kasutasid depressiooni sümptomitega naised rohkem kondoomi, katkestatud suguühet ning RVM topeltmeetodeid (41). Samas on leitud, et viljakas eas naiste hulgas, kes leidsid, et neil esines masendust või lootusetust viimase kuu jooksul, ei olnud

rohkem mittetõhusate RVM kasutajaid võrreldes naistega, kellel enda hinnangul masendust või lootusetust ei olnud (16).

Suitsetamine on seotud riskeeriva seksuaalkäitumisega (5, 12, 15, 39, 40). Näiteks Californias tehtud uuringus oli viljakas eas suitsetavatel naistel suurem tõenäosus kasutada mittetõhusaid RVM (16). Lisaks on suitsetajatel väiksem tõenäosus kasutada seksuaalvahekorra ajal kondoomi (42). Samuti on leitud seos suitsetamise ja KHK kasutamise järjepidevuse vahel. Ameerika Ühendriikides oli 12–24-aastaste naiste seas suitsetajatel suurem šans katkestada KHK kasutamine kui naistel, kes ei suitsetanud (43). Ka Eesti naiste puhul oli planeerimata rasedustega naiste seas rohkem neid, kes suitsetasid (5). Naistel, kes olid varem suitsetajad või on jätkuvalt suitsetajad, oli suurem šans kasutada mittetõhusaid vahendeid või mitte kasutada RVM (12).

Järjest aktuaalsemaks on muutunud ka alkoholi ja narkootikumide ning riskeeriva seksuaalkäitumise vaheliste seoste märkamine. Narkootikumide ja alkoholi tarvitamine muudab riskeerivamaks eriti noorte seksuaalkäitumise (44). Üle poolte naiste vanuses 18–29 leiavad, et alkohol eemaldab barjäärid seksuaalvahekorra astumisel (45). Kaitsmata seksuaalvahekorras olnud naistest 40,7% leidis, et alkohol mõjutas nende otsust RVM mitte kasutada (45). Uus-Meremaal tehtud uuringust 26–38-aastaste meeste ja naiste hulgas selgus, et seksuaalvahekorraga kaasnes tihti ka alkoholi tarvitamine (46). Naistel, kes tarvitasid perioodiliselt alkoholi suurtes kogustes, oli 4,5 korda suurem šans riskeerivale seksuaalkäitumisele – unustatakse planeerimata raseduse ning sugulisel teel levivatesse infektsioonidesse nakatumise oht. Alkoholi liigtarvitanud naistest oli ilma RVM seksuaalvahekorras olnud 38,5% (45). Planeerimata rasedusega naiste seas oli rohkem neid, kes kasutasid narkootilisi aineid (5). Näiteks kanepi tarvitamine võib suurendada šanssi kaitsmata seksuaalvahekorraks (47).

Arvatud on, et kehakaal võib mõjutada naiste seksuaalkäitumist (48–50). Uuringud näitavad, et ülekaalulised naised kasutavad rohkem LARC kui normaalkaalulised naised (45, 46) ja vähem suukaudseid RVM (50).

2.5. Barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel

Naiste RVM kasutamist võivad mõjutada ka erinevad barjäärid, mis takistavad sobiva RVM kasutamist. Barjäärid võivad olla seotud RVM kättesaadavusega, tervishoiuteenustega ja RVM-alaste teadmistega, sh koolihariduse ja seksuaaleluga (51). RVM kasutamist mõjutavad näiteks valed arusaamad, mis on seotud puudulike teadmiste ja hirmudega (nt hirm, et hormonaalne RVM mõjutab nii füüsilist kui vaimset tervist); raskustega emakeelse

infomatsiooni kättesaamisel ja tervishoiutöötajaga seotud negatiivsete kogemustega, sh juhul kui soovitakse saada nõu RVM kohta (51). Ameerika Ühendriikides tehtud uuringust selgus, et suuremal osal küsitletud 14–45-aastastest naistest oli mingi barjäär RVM kasutamisel. Ühte barjääri nimetas 34% vastanutest, kahte 24% ning 18% oli kolm või rohkem barjääri (17).

Koolis seksuaalhariduse (SH) puudumine või selle ühekülgne käsitlemine on üks põhilisi barjääre, mis on seotud riskeeriva seksuaalkäitumisega, sh tõhusate RVM mittekasutamisega (52). Kuna kooli SH mõjutab noorte seksuaalkäitumist, siis peaks see olema kättesaadav kõikidele noortele (53). Puudulik SH viib ebapiisavate teadmiseni ning valedarvamusteni RVM kohta (51, 52). Ebapiisavate seksuaalteadmistega noortel on soovimatu raseduse risk kolm korda suurem võrreldes nendega, kellel on head seksuaalteadmised (53). Aastal 2004 tehtud Eesti naiste tervise uuringu põhjal kasutasid SH saanud 16–24-aastased naised ligi kaks korda tõenäolisemalt tõhusaid RVM võrreldes nendega, kes SH saanud ei olnud (2, 13).

Paljudele võib RVM hind olla oluliseks takistuseks soovitud meetodi kasutamisel. Näiteks leiti Washingtonis tehtud uuringus, et ligi pooltel naistel vanuses 14–45 on kõige sagedasemaks takistuseks RVM kasutamisel soovitud meetodi maksumus (17). KHK on igakuine rahaline väljaminek, mis ei sobi paljudele (11, 16).

Ka LARC kasutamine võib olla seotud rahaliste kaalutlustega. Ehkki LARC puhul on ühekordne maksumus küll suurem, teeb pikaajaline kasutamine LARC naiste jaoks kulutõhusaks. Mitmetes riikides on emakasisesed vahendid ning nende paigaldamine kallid, mistõttu on selline ühekordne suur rahaline väljaminek on liiga kulukas (52, 54). Eestis on emakasiseste vahendite paigaldamine arvestatud visiiditasu sisse ja eraldi selle eest maksma ei pea, ehkki vahend ise võib olla liiga suur rahaline väljaminek. Samuti on aasta pärast sünnitust Cu-ESV võimalik saada raviasutusest tasuta.

Hirmud RVM kasutamisel on seotud eelkõige tõhusate RVM kasutamisega. Sagedasemad valeuskumised on seotud viljatuse ning vähiga. Kõrvaltoimeid, mida kardetakse, on palju. Mainitud on ebaregulaarset veritsust, kaalutõusu, peavalu, iiveldust, oksendamist, juuste välja langemist, uimasust, kaalukaotust, rindade suurenemist, aknet jne (55). Samuti on naistel raskused pillide tarvitamise meele püsimisega. Arvatakse, et emakasiseste vahendite kasutamine võib suurenda riski seesmiste suguelundite põletikuks, emakaväliseks raseduseks ning viljatuseks. Samuti kardavad naised, et emakasisese vahendi paigaldamine on valulik (34). Mida vanem naine, seda suurema tõenäosusega arvab ta, et KHK on ohtlikud naise tervisele. Vanemate naiste seotust valedarvamustega võib selgitada nende nooruses levinud arvamustega terviseriskide kohta, mis ei ole tõenduspõhised (55). Veelgi enam on see seotud puudulike teadmistega.

RVM, mis vajavad tervishoiuasutuste külastamist ja retsepti, võivad jääda kasutamata, kui arsti juurde pääsemine on raskendatud. Näiteks uuringus, kus osales 536 naist, kes viimase kolme kuu jooksul olid kaitsmata seksuaalvahekorras olnud, oli peamine takistus sobiva RVM kättesaamisel seotud tervishoiuteenusega: raskused arsti juurde aja saamisega, sobiv RVM oli liiga kallis või arst asus liiga kaugel (34). Noortel esineb ka teistsuguseid takistusi RVM-alase nõuande saamiseks tervishoiutöötaja poole pöördumisel: mitmed kardavad konfidentsiaalsuse puudumist ning võõraga on raske tundlikel teemadel rääkida (56). Eesti 16–24-aastastest naistest üle poole leidsid, et neil on esinenud takistusi RVM kättesaadavusel (2).

3. EESMÄRGID

Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida RVM kasutamist ja sellega seotud tegureid 16–44-aastastel naistel Eestis.

Alaesmärgid olid:

1. kirjeldada RVM kasutamise levimust vanuserühmiti (16–19; 20–24; 25–34; 35–44) 2014. aastal;
2. analüüsida, kuidas on sotsiaalmajanduslikud tegurid seotud RVM kasutamisega;
3. analüüsida, kuidas on valitud tervisekäitumist kirjeldavad tunnused seotud RVM kasutamisega;
4. selgitada välja võimalikud barjäärid (sh tervishoiuteenustega seotud) RVM kasutamisel.

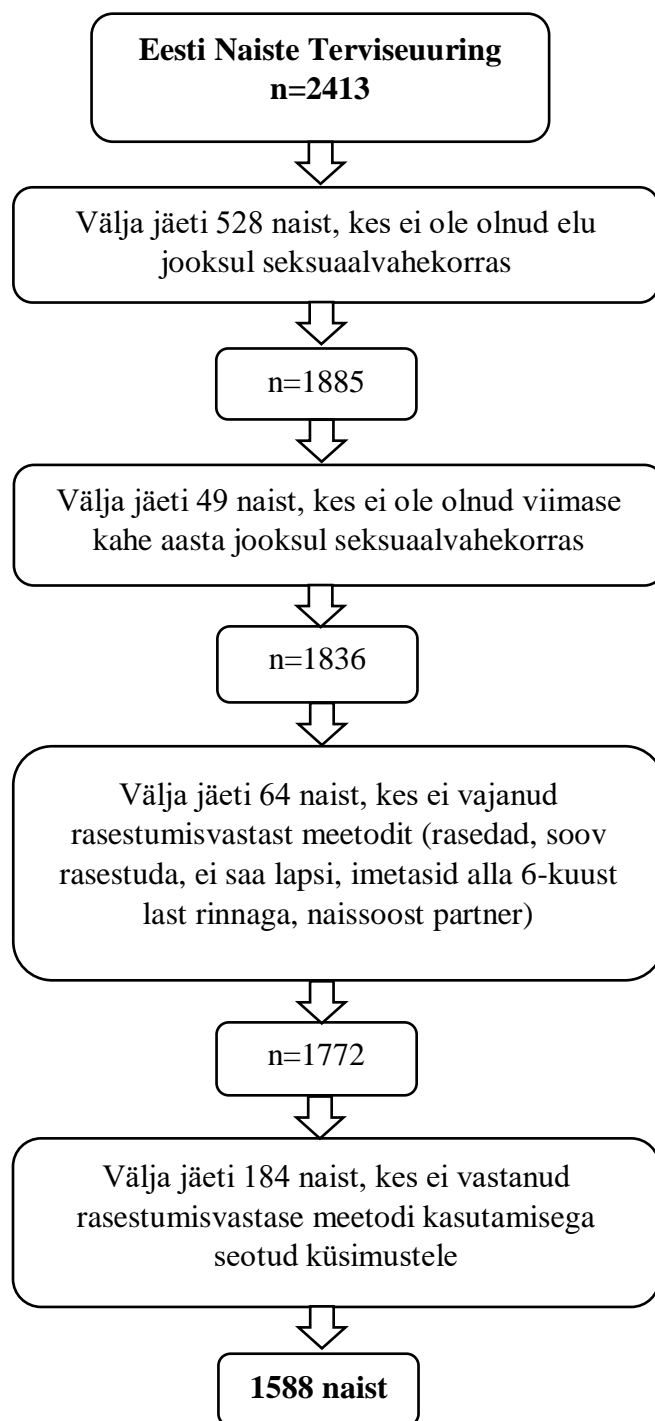
4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhineb Eestis 2014. aastal tehtud läbilõikelisel uuringul: Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uuringu valimialuseks oli rahvastikuregister, millest võeti Eesti naisrahvastikust kihitatud juhuvalim vanuserühmiti – 16–17, 18–24, 25–34 ja 35–44 eluaastat. Naiste arv vanuserühmades oli vastavalt 2112, 1144, 993 ja 984. Noorimas vanuserühmas olevate naiste arv oli suurim, kuna selles vanuserühmas on tõenäolisemalt kõige vähem seksuaalkogemusega naisi. Valimi suurus oli 5233 naist, kellest 3811 olid eesti ning 1422 vene emakeelega. Uuringul on olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba: nr 226/T-7 (19.06.2013) (4).

Uuringu käigus sooviti saada andmeid naiste lähisuhete, viljatuse, tervishoiuteenuste kasutamise ja nendega rahuolu, RVM kasutamise, lastesaamisplaanide, vägivalla ning üldise tervise kohta. Küsimustik saadeti postiga koju ning seda oli võimalik täita nii eesti kui vene keeles. Lisaks oli võimalus täita küsimustik soovi korral internetis *LimeSurvey* keskkonnas. Saadetud postitus sisaldas ka margistatud ümbriku küsimustiku tagastamiseks ning lisaümbriku individuaalse koodiga, mis saadeti eraldi täidetud küsimustikust. Koodi kasutati mittevastanute väljaselgitamiseks, kellele saadeti kuu hiljem meeldetuletus ning kaks kuud hiljem uus küsimustik. Andmeanalüüsiks sobivate küsimustike arv oli 2413. Lõplikuks vastamismääraks kujunes 47,0% (4).

Antud magistritöö kajastab RVM kasutamise levimust 2014. aastal Eesti 16–44-aastaste naiste viimases seksuaalvahekorras ja seoseid sotsiaalmajanduslike tegurite, valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste ning võimalike barjääridega. Andmeanalüüsist jäeti välja naised, kes ei vajanud RVM: naised, kes pole olnud elu jooksul seksuaalvahekorras (küsimus 20; lisa 1), kelle viimane seksuaalvahekord oli rohkem kui 2 aastat tagasi (küsimus 27; lisa 1), kes olid rasedad, soovisid raseduda, ei saanud lapsi, imetasid alla 6 kuust last rinnaga (küsimus 79; lisa 1) või kellel oli viimases seksuaalvahekorras naissoost partner (küsimused 78, 79; lisa 1). Lisaks jäid välja naised, kes ei olnud vastanud küsimusele „Millist rasestumisvastast meetodit tarvitasite viimases seksuaalvahekorras?“ (küsimus 78; lisa 1) või küsimusele „Kui Te ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastast meetodit, siis miks?“ (küsimus 79; lisa 1). Tööks vajaliku valimi moodustamine on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Eesti Naiste Terviseuuringu 2014. a andmete põhjal tööks vajaliku valimi moodustamine.

RVM kasutamine. Küsimusele „Millist RVM tarvitasite viimases seksuaalvahekorras?“ (küsimus 78; lisa 1) vastates sai märkida kõik kasutatud meetodid. Loetelus oli toodud 15 valikvastust. Tõhusateks RVM loeti steriliseerimist, hormonaalseid meetodeid (plaaster, pill, tuperoõngas, ESS, hormoonsüst, implantaat), Cu-ESV ning kondoomi. Mittetõhusateks loeti kalendrimeetodit, spermitsiide, katkestatud suguühet, tupelopotust ning SOS-pille.

Andmeanalüüsi jaoks kaheväärtuselise RVM tunnuse moodustamisel kaasati meetodi mittekasutamine mittetõhusate meetodite hulka (12, 15).

4.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Sotsiaalmajanduslike teguritena kasutati vanust, emakeelt, elukohta, haridustaset, perekonnaseisu, tööhõivet ja raskuseid arvete maksmisega.

Vanus. Naised rühmitati vanuse järgi neljaks – 16–19, 20–24, 25–34 ning 35–44 eluaastat, sest eri vanuses on seksuaalkäitumine erinev (küsimus 1; lisa 1). 16–19-aastastel on oluline rasedusest hoidumine; 20–24-aastastel on seksuaalelu sagedasem ning rasedust veel ei planeerita; 25–34 vanusevahemik on Eestis peamine sünnitusiga ning 35–44-aastastel on enamasti pere juba planeeritud (3).

Emakeel. Emakeeleks sai märkida kas eesti, vene või muu keele (küsimus 3; lisa 1). Emakeele põhjal moodustati kaheväärtuseline tunnus: eesti emakeelega ja vene emakeelega (kelle hulka arvati ka kolm muu emakeelega vastajat).

Elukoht. Elukohana sai valida viie suurima Eesti linna (Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla-Järve/Narva), muu linna või maa-asula (maapiirkond) vahel (küsimus 5; lisa 1).

Haridustase. Haridust mõõdeti kõrgeima lõpetatud haridustaseme järgi (küsimus 6; lisa 1). Vastusevariandid olid põhiharidus või vähem; keskkharidus või kutsekeskkharidus (keskeriharidus); rakenduslik kõrgharidus; kõrgharidus (bakalaureusekraad) või teaduskraad (magistri- või doktorikraad). Andmeanalüüsi jaoks jagati haridustasemed kolmeks: põhiharidus või vähem, kesk- ja keskeriharidus ning kõrgharidus.

Perekonnaseis. Perekonnaseisuks oli võimalik valida: abielus, vabas kooselus, lahutatud, eraldi elav (abielus, kuid ei ela koos), lesk ning vallaline (küsimus 2; lisa 1). Andmeanalüüsiks jagati perekonnaseis kolmeväärtuseliseks: abielus (abielus, eraldi elav), vabaabielus (vabas kooselus) ning muu (vallaline, lahutatud, lesk).

Tööhõive. Määramiseks küsiti naist kõige paremini kirjeldavat tavategevusala: ettevõtja/töötaja, töötu, kodune, õpilane/üliõpilane/kraadiõppur, rasedus- või lapsehoolduspuhkusel viibija ning muu vastusevariant (küsimus 8; lisa 1). Vastusevariandi muu olid valinud tööl käivad õpilased/üliõpilased (12 naist) või pensionärid/invaliidid (6 naist). Tööhõive küsimus tehti neljaväärtuseliseks: töötav, töötu, kodune (lisati rasedus- ja lapsehoolduspuhkusel viibijad ning pensionärid/invaliidid) ning õpilane/üliõpilane (lisati muu vastusevariandi valinud töötavad (üli)õpilased).

Raskused arvete maksmisega. Raskuste välja selgitamiseks kasutati küsimust – „Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, küte, telefon, laen, liising jne)?“

(küsimus 12; lisa 1). Vastusevariandid olid: alati, sageli, mõnikord, harva või mitte kunagi. Andmeanalüüsiks tehti küsimus kolmevärtuseliseks: alati/sageli, mõnikord ning harva/mitte kunagi.

4.3. Rasestumisvastaste meetodite kasutamisega seotud tervisekäitumine

Hinnang oma tervisele. Vastaja sai hinnata oma tervist kas väga heaks, heaks, ei heaks ega halvaks, halvaks või väga halvaks (küsimus 101; lisa 1). Andmeanalüüsi jaoks jagati küsimus kolmevärtuseliseks: väga hea/hea, ei hea ega halb ning halb/väga halb.

Depressiooni/masenduse esinemine. Masenduse ning depressiooni esinemise väljaselgitamiseks küsiti „Kui sageli on Teil olnud viimase aasta (12 kuu) jooksul lootusetuse tunnet, masendust, depressiooni?“ (küsimus 104; lisa 1). Vastusevariantideks olid: üldse mitte, mitmel päeval, enam kui pooltel päevadel ning peaaegu iga päev/iga päev. Andmeanalüüsiks tehti tunnus kolmevärtuseliseks: ei, mitmel päeval ning sageli.

Suitsetamine. Suitsetamise hindamiseks kasutati küsimust „Kas Te olete suitsetanud viimase aasta (12 kuu) jooksul vähemalt ühe sigareti, e-sigareti, sigari või piibutäie päevas?“ (küsimus 106; lisa 1). Vastusevariandid olid: ei ole; ei ole, kuid olen varem suitsetanud; jah, suitsetan iga päev ning jah, suitsetan aeg-ajalt.

Alkoholi tarvitamine. Alkoholi tarvitamise hindamiseks kasutati küsimust „Kui sageli Te olete joonud ennast alkoholist purju viimase aasta (12 kuu) jooksul (nii, et kaotate kontrolli enda üle)?“ (küsimus 107; lisa 1). Vastusevariandid olid: iga päev, paar korda nädalas, kord nädalas, paar korda kuus, kord kuus, kord kahe kuu tagant, 3–4 korda aastas, 1–2 korda aastas või veel harvem ning mitte kunagi. Andmeanalüüsiks jagati tunnus kolmeks üksteist välistavaks väärtuseks: mitte kunagi, paar korda aastas ning kuus korra või sagedamini.

Narkootikumide tarvitamine. Narkootikumide tarvitamise hindamiseks kasutati küsimust „Kas olete kunagi kasutanud narkootilisi aineid (narkootikume)?“ (küsimus 108; lisa 1). Vastusevariantideks olid: ei; jah, ühel korral; jah, mõnel korral ning jah, sageli. Andmeanalüüsiks jagati tunnus kolmevärtuseliseks: ei; jah, üks kord; jah, rohkem kui üks kord.

KMI. Kehamassiindeksi arvutamiseks kasutati küsimusi pikkuse ja kehakaalu kohta (küsimusi 98 ja 99; lisa 1). KMI leidmiseks jagati kehakaal (kg) pikkuse (m) ruuduga. Seejärel rühmitati vastajad KMI alusel kolme rühma vastavalt WHO kasutatavale skaalale: alakaal (KMI kuni 18,50 kg/m²), normaalkaal (KMI vahemikus 18,51–24,99 kg/m²) ning ülekaal (KMI 25,00 kg/m² ja rohkem) (57).

4.4. Võimalikud barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel

RVM kasutamisega seotud barjääride hindamiseks analüüsiti erinevaid naistearsti külastamise, kooli SH, rahaliste raskuste, RVM seotud hirmude ning seksuaaleluga seotud tunnuseid.

Koolis seksuaalteemade käsitlemine. Küsimusele „Kas koolis käsitleti seksuaaleluga seotud teemasid?“ (küsimus 17; lisa 1) sai vastata: jah, liigagi palju; jah, piisavalt; jah, kuid liiga vähe; ei, kuid ma oleksin soovinud ning ei, ma poleks ka soovinud. Andmeanalüüsi jaoks tehti tunnus kaheväärtuseliseks: jah (jah, liigagi palju/jah, piisavalt/jah, kuid liiga vähe) ning ei (ei, kuid ma oleksin soovinud/ ei, ma poleks ka soovinud).

Hirm RVM kõrvaltoimete ees. Vastused küsimusele „Kas Te olete kunagi kartnud/kardate mõne rasestumisvastase meetodi kõrvaltoimeid/mõju tervisele?“ (küsimus 82; lisa 1) jagati kaheks: jah ning ei.

Seksuaalvahekorraga kaasnev ärevus. Ärevuse olemasolu hindamiseks kasutati küsimuse „Kas Te olete kogenud viimase aasta (12 kuu) jooksul allpool loetletud olukordi, mis on esinenud vähemalt kolme kuu jooksul?“ (küsimus 32; lisa 1) vastusevarianti „seksuaalvahekorraga kaasnenud ärevus.“ Andmeanalüüsis kasutati tunnust kaheväärtuselisena jah ning ei.

Rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele. Mõju hinnati küsimuse „Kas rahalised kaalutlused on viimase aasta (12 kuu) jooksul mõjutanud Teie otsust kasutada rasestumisvastaseid meetodeid?“ (küsimus 83; lisa 1) põhjal. Vastusevariandid olid: ei; jah, kõrge hinna tõttu ei kasuta ma seda meetodit, mida sooviksin; jah, ma ei ole saanud külastada arsti nii sageli kui vajalik, muu (paluti täpsustada) ning ma ei ole vajanud viimase aasta jooksul RVM. Andmeanalüüsiks jagati tunnus kaheks: jah ning ei. Vastusevariandi „muu“ valinud vastajad olid kirjeldanud rahalist mõju RVM kasutamisele, mistõttu liideti need jah vastanud naistele. Variandi „ei ole vajanud RVM viimase aasta jooksul“ valisid naised, kes viimase aasta jooksul ei olnud seksuaalvahekorras (valimis olid naised, kelle seksuaalvahekord oli kuni kaks aastat tagasi, antud küsimus on viimase aasta kohta). Need naised arvati sellele küsimusele vastamata jätnute hulka, kuna nendel ei olnud võimalik sellele küsimusele vastata.

Takistused naistearsti külastamisel viimase viie aasta jooksul. Takistuste hindamiseks kasutati küsimust „Kas Te olete kogenud alljärgnevat takistusi naistearsti vastuvõtule pöördumisel viimase viie aasta jooksul?“ (küsimus 57; lisa 1). Vastusevariandid olid kuus erinevat takistust (pikk ootejärjekord, registreerimine keeruline, kaugus, majanduslikud raskused, ravikindlustuse puudumine ning teised takistused), takistuste puudumine ning „mul ei ole olnud põhjust külastada naistearsti.“ Andmeanalüüsi jaoks jaotati tunnus kolmeks: jah, ei

ning polnud põhjust külastada naistearsti. Selle barjääri RVM tõhususe vahelise seoseanalüüsist jäeti välja naised, kellel ei olnud põhjust külastada naistearsti või ei olnud küsimusele vastanud.

Rahulolu esimese naistearsti külastusega. Rahulolu hinnati küsimusega „Kuidas Te hindate oma esimest naistearsti külastust?“ (küsimus 54; lisa 1). Vastusevariandid olid: väga positiivne, pigem positiivne, ei positiivne ega negatiivne, pigem negatiivne ning väga negatiivne kogemus. Andmeanalüüsiks jagati tunnus neljaväärtuseliseks: positiivne (väga positiivne ja positiivne), ei positiivne ega negatiivne ning negatiivne (pigem negatiivne ja väga negatiivne) ning need, kes ei ole varem naistearsti juures käinud. Selle barjääri RVM tõhususe vahelise seoseanalüüsist jäeti välja naised, kes ei olnud varem naistearsti juures käinud või ei olnud küsimusele vastanud.

RVM-alase nõuande saamine ja eelistused. Selgitamaks, millal käidi viimati RVM-alase nõuande saamiseks tervishoiuteenuse osutaja juures, kasutati küsimust „Millal Te viimati külastasite tervishoiuasutust rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks?“ (küsimus 84; lisa 1). Vastusevariandid olid: vähem kui 6 kuud tagasi; 6–11 kuud tagasi; 1–2 aastat tagasi; 3–5 aastat tagasi; üle 5 aasta tagasi; ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud ning ei mäleta. Andmeanalüüsiks jagati tunnus neljaks üksteist välistavaks rühmaks: viimase aasta jooksul; viimase viie aasta jooksul; üle viie aasta tagasi ning ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud.

Nõuande saamise ja eelistuste kohtade välja selgitamiseks kasutati kahte küsimust. Esiteks, „Kuhu Te viimati pöördusite rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks?“ (küsimus 85; lisa 1). Vastusevariandid olid: naistearsti vastuvõtule naistenõuandlasse; naistearsti vastuvõtule erakliinikusse; ämmaemanda vastuvõtule; perearsti vastuvõtule; noorte nõustamiskeskusesse; mujale (paluti täpsustada) ning ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud. Teiseks, „Kuhu Te eelistaksite pöörduda rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks? Palun valige üks vastus.“ (küsimus 88; lisa 1). Vastusevariandid olid samad mis küsimusel 85 (v.a vastusevariant „ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud“). Andmeanalüüsil kasutati küsimuse 88 vastusevariante muutmata kujul. Eelistuste ja tegelikkuse kokkulangevust analüüsiti nende naiste hulgas (n=855), kes olid märkinud nii eelistatud ja kui ka viimati külastatud tervishoiuasutuse. Vastusevariandi mujale valinud naistest enamik oli kirjutanud ühe viiest loetletud tervishoiuasutusest, kuhu ta ka lõpuks kaasati. Ei arvestatud neid naisi, kes jätsid vähemalt ühele nendest küsimustest vastamata või olid kirjutanud sellise vastusevariandi, mida ei saanud paigutada ühegi olemasoleva tervishoiuasutuse alla.

4.5. Andmeanalüüs

Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi STATA 12.1. Joonised tehti programmiga Microsoft Word 2016. RVM levimuse välja selgitamiseks arvutati levimusmäärad koos 95% usaldusvahemikega. Levimusmäärade arvutamisel oli lugejaks vastava RVM kasutajate arv ning nimetajaks RVM vajavate naiste arv. RVM levimus arvutati nii vanuserühmiti kui kogu valimi kohta. Sotsiaalmajanduslike tegurite, valitud tervisekäitumist näitavate tunnuste ja barjääride kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid koos sageduste ning protsentidega. Andmeid illustreeriti rühmitatud tulpdiaagrammidega.

Andmeanalüüsiks tehti RVM kasutamise kirjeldamiseks kaheväärtuseline sõltuv tunnus – töhusate RVM kasutajad ja mittetöhusate (sh ei kasutanud) RVM kasutajad viimases seksuaalvahekorras. Seoste leidmiseks sotsiaalmajanduslike tegurite, valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste ja barjääride vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi, kuhu kaasati need naised, kes olid vastanud kõikidele mudelis kasutatud tunnustele. Välja arvutati šansside suhe (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% CI). OR väärtus 1 osutab iga tunnuse puhul võrdlusaluseks võetud rühmale. Olulisuse nivoo on 5%. Paksus kirjas on esitatud statistiliselt olulised seosed. RVM ja valitud tervisekäitumisega seotud tunnused ning barjääride vahelisi seoseid analüüsivates mudelites kohandati seosed vanusele, elukohale, emakeelele, haridustasemele ja raskustele arвете maksimisega.

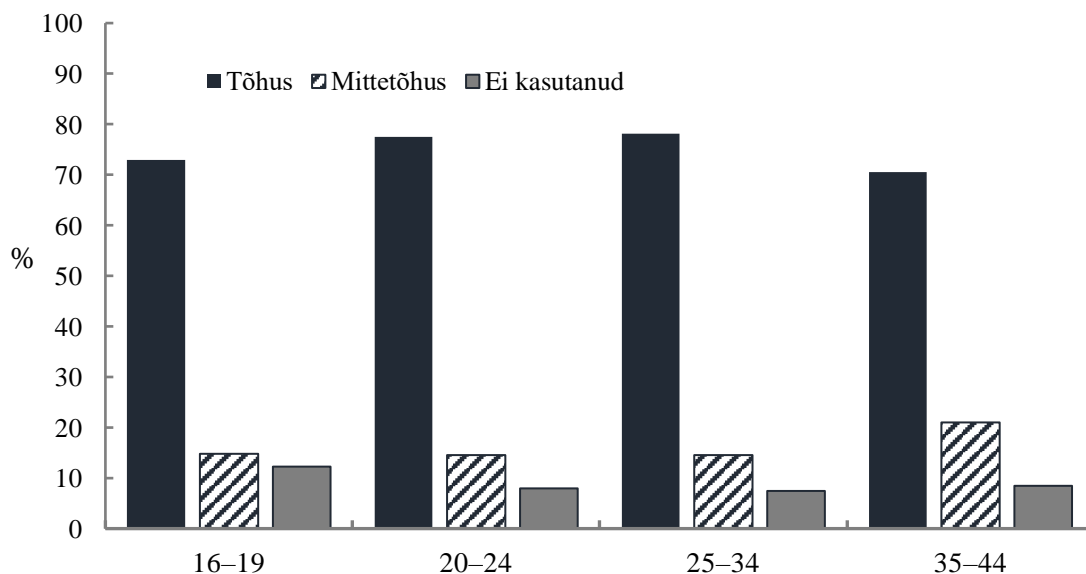
5. TULEMUSED

5.1. Rasestumisvastaste meetodite levimus

2014. a Eesti Naiste Terviseuuringu andmetest selgus, et valimis oli 1588 naist, kes vajasisid RVM. Neist 81,2% kasutas üht, 9,7% kahte või enamat ning 9,1% ei kasutanud ühtegi RVM viimases seksuaalvahekorras. Enamus (74,8%) naistest kasutas tõhusaid meetodeid, 16,1% kasutas mittetõhusaid meetodeid ning viimases seksuaalvahekorras ei kasutanud ühtegi RVM 9,1% naistest – seega Eesti naiste seas oli katmata vajadus 25,2%. Pooltel RVM mittekasutajatel oli põhjuseks partneri soov või nõue meetodit mitte kasutada, kolmandikul kartus RVM kõrvaltoimete ees, ülejäänutel muud põhjused.

Kõige sagedamini kasutatav üksikmeetod (ainus meetod seksuaalvahekorra ajal) 16–44-aastaste naiste viimases seksuaalvahekorras oli kondoom (31,8%). Sellele järgnesid KHK (23,6%), katkestatud suguühe (11,3%) ning ülejäänud RVM. Populaarseimaks topeltmeetodiks neid kasutavate naiste seas oli KHK (pill, plaaster, tuperõngas) ja kondoomi kasutamine (29,3%). Kondoomi ja katkestatud suguühet kasutas 18,9% ning kalendrimeetodit ja katkestatud suguühet 12,8% topeltmeetodit kasutavatest naistest.

Naiste RVM kasutamist vanuserühmiti on kirjeldatud joonisel 2. Kõige enam mittetõhusate RVM kasutajaid oli vanuses 35–44 (21,0%) ja kõige enam RVM mittekasutajaid vanuses 16–19 (12,3%).



Joonis 2. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine vanuserühmiti (%) viimases seksuaalvahekorras, Eesti Naiste Terviseuuring, 2014.

16–44-aastaste naiste RVM kasutamise levimus Eestis vanuserühmiti ja meetodite kaupa on toodud tabelis 3. Kõige rohkem kasutasid Eesti naised kondoomi, millele järgnes KHK kasutamine. Katkestatud suguühe oli sagedaseim mittetõhus RVM, mida kasutas Eestis iga viies-kuues naine sõltumata vanusest. Lisaks oli valimis palju naisi, kes viimases seksuaalvahekorras ei kasutanud ühtegi RVM. Kõige rohkem oli RVM mittekasutajaid 16–19-aastaste noorte seas. Lisaks oli selles vanuserühmas ka kõige rohkem katkestatud suguühete ja SOS-pillide kasutajaid. Samas kasutasid naised vanuses 16–19 rohkem kondoomi võrreldes teiste vanuserühmadega. Kondoomi kasutajate hulk vähenes vanuse tõustes. Naised vanuses 35–44 kasutasid kõige vähem KHK ja kondoomi. Nende hulgas oli lühiaegse toimega RVM asendunud LARC ning steriliseerimisega. Siiski tõusis vanusega ka spermitsiidide ja kalendrimeetodi kasutajate osakaal.

Tabel 3. Rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamise levimus (% ja 95% CI) viimases seksuaalvahekorras Eesti naiste seas vanuserühmiti, Eesti Naiste Terviseuuring 2014

RVM*	16–19 n=554	20–24 n=316	25–34 n=365	35–44 n=353	Kokku n=1588
Tõhusad					
hormonaalsed	27,6 (23,9–31,5)	38,6 (33,2–44,2)	38,0 (28,0–37,9)	15,0 (11,5–19,2)	28,2 (26,0–30,5)
depoosüst	0,2 (0,0–1,0)	–	0,3 (0,0–1,5)	0,3 (0,01–1,6)	0,2 (0,03–0,5)
ESS	0,2 (0,0–1,0)	1,3 (0,3–3,2)	7,7 (5,1–10,9)	14,4 (11,0–18,6)	5,2 (4,2–6,5)
Cu-ESV	–	1,6 (0,5–3,6)	6,8 (4,5–9,9)	13,3 (9,9–17,3)	4,8 (3,8–6,0)
kondoom	50,0 (47,8–54,2)	41,1 (35,7–46,8)	33,7 (28,9–38,9)	25,8 (21,3–30,7)	39,1 (36,7–41,6)
steriliseerimine	–	–	0,3 (0,0–1,5)	3,4 (1,8–5,9)	0,8 (0,4–1,4)
Mittetõhusad					
spermitsiidid	–	0,3 (0,0–1,7)	0,5 (0,1–2,0)	2,8 (1,4–5,1)	0,8 (0,4–1,4)
kalendrimeetod	2,2 (1,1–3,7)	4,4 (2,4–7,3)	3,0 (1,5–5,3)	6,8 (4,4–9,9)	3,8 (2,9–4,9)
katkestatud suguühe	17,0 (13,9–20,4)	14,8 (11,1–19,3)	15,9 (12,3–20,1)	18,1 (14,3–22,6)	16,5 (14,8–18,5)
tupeloputus	1,4 (0,6–2,8)	1,6 (0,5–3,6)	1,1 (0,3–2,7)	0,6 (0,01–2,0)	1,2 (0,7–1,9)
SOS-pillid	3,1 (1,8–4,8)	2,5 (1,0–4,9)	0,5 (0,1–2,0)	0,3 (0,01–1,6)	1,8 (1,2–2,5)
Ei kasutanud	11,6 (9,0–14,5)	7,6 (4,9–11,1)	7,4 (4,9–10,6)	8,5 (5,8–11,9)	9,1 (7,8–10,7)

* Naistel oli võimalik valida mitu vastusevarianti.

5.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid

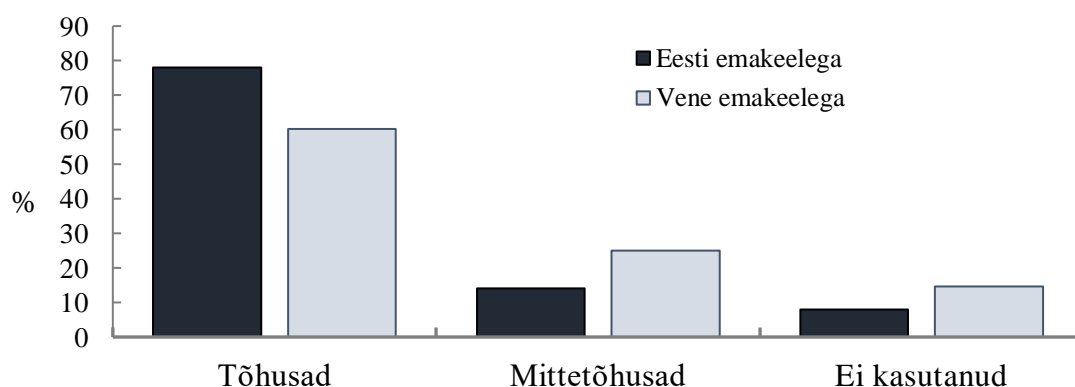
Tabelis 4 on esitatud sotsiaalmajanduslike tegurite jaotus tõhusa ja mittetõhusa (sh mittekasutamise) RVM kasutamise alusel. Naiste keskmine vanus oli 26 eluaastat (standardhälve 8,8 aastat). Ligikaudu 80% naistest olid eesti emakeelega. Veidi üle poole vastajatest elas ühes viiest Eesti suurimast linnast. Mittetõhusate RVM kasutajatest elas nendes linnades 57,5% ja tõhusate meetodite kasutajatest 50,9%. Kõige rohkem naisi olid keskharidusega. Üle poole vastajatest olid nooremad kui 25 eluaastat, mistõttu on kõrgharidusega naiste osakaal valimis väiksem kui Eesti 15–44-aastaste naiste hulgas (40). Ligikaudu kaks kolmandikku vastanutest olid abielus või vabaabielus. Üliõpilasi ja õpilasi ning töötavaid naisi oli valimis praktiliselt võrdselt. Enam kui pooltel vastanutest ei ole enda hinnangul olnud peaaegu kunagi raskuseid arvete maksimisega. Võrreldes tõhusate RVM kasutajatega, oli mittetõhusate RVM kasutajate seas peaaegu kaks korda rohkem naisi, kellel on sageli või alati raskused arvete maksimisega, vastavalt 7,7% ja 14,8%.

Tabel 4. Sotsiaalmajanduslike tegurite jaotus (n ja %) viimases seksuaalvahekorras tõhusate ja mittetõhusate rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamise alusel Eesti 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014

Tunnus	Tõhus RVM n=1183	Mittetõhus RVM n=405	Kokku n=1588
Vanus			
16–19	404 (34,2)	150 (37,0)	554 (34,9)
20–24	245 (20,7)	71 (17,5)	316 (19,9)
25–34	285 (24,1)	80 (19,8)	365 (23,0)
35–44	249 (21,0)	104 (25,7)	353 (22,2)
Emakeel			
eesti	998 (84,4)	282 (69,7)	1280 (80,6)
muu	176 (14,9)	116 (28,6)	292 (18,4)
vastamata	9 (0,7)	7 (1,7)	16 (1,0)
Elukoht			
Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla- Järve/Narva	602 (50,9)	233 (57,5)	835 (52,6)
muu linn	312 (26,4)	79 (19,5)	391 (24,6)
maa-asula	261 (22,1)	89 (22,0)	350 (22,0)
vastamata	8 (0,6)	4 (1,0)	12 (0,8)
Haridustase			
põhiharidus või vähem	423 (35,8)	160 (39,5)	583 (36,7)
kesk- ja keskeriharidus	509 (43,0)	180 (44,4)	689 (43,4)
kõrgharidus	245 (20,7)	61 (15,1)	306 (19,3)
vastamata	6 (0,5)	4 (1,0)	10 (0,6)
Perekonnaseis			
abielus	249 (21,0)	88 (21,7)	337 (21,2)
vabaabielus	527 (44,5)	157 (38,8)	684 (43,1)
muu (lahutatud, lesk, vallaline)	393 (33,2)	157 (38,8)	550 (34,6)
vastamata	14 (1,3)	3 (0,7)	17 (1,1)
Tööhõive			
töötav	483 (40,8)	169 (41,7)	652 (41,0)
töötu	28 (2,4)	11 (2,7)	39 (2,5)
kodune	132 (11,1)	52 (12,8)	184 (11,6)
õpilane/üliõpilane	506 (42,8)	166 (41,0)	672 (42,3)
vastamata	34 (2,9)	7 (1,8)	41 (2,6)
Raskused arвете maksmisega			
harva/mitte kunagi	827 (69,9)	248 (61,2)	1075 (67,7)
mõnikord	247 (20,9)	91 (22,5)	338 (21,3)
alati/sageli	91 (7,7)	60 (14,8)	151 (9,5)
vastamata	18 (1,5)	6 (1,5)	24 (1,5)

Nii eesti kui vene emakeelega naiste seas oli kõige sagedasem RVM viimases seksuaalvahekorras kondoom, mida kasutas eesti emakeelega naistest 40,0% ja vene emakeelega naistest 35,3%. Vene emakeelega naised kasutasid KHK praktiliselt kaks korda vähem (16,8%) kui eesti emakeelega (30,9%) ning katkestatud suguühet peaaegu poole rohkem (25,3% vs 14,5%). Mittekasutajaid oli vene emakeelega naiste seas samuti peaaegu kaks korda rohkem kui eesti emakeelega naiste seas (mittekasutajaid eesti emakeelega naiste seas 7,7%, vene emakeelega naiste seas 14,7%).

Erinevused eesti emakeelega ja vene emakeelega naiste RVM kasutamise vahel on näha joonisel 3. Eesti emakeelega naistest kasutasid tõhusaid RVM 78% ning vene emakeelega naistest 60,3%.



Joonis 3. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine (%) viimases seksuaalvahekorras 16–44-aastaste eesti ja vene emakeelega naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014.

RVM seosed sotsiaalmajanduslike teguritega on toodud tabelis 5. Tõhusa või mittetõhusa RVM valik oli statistiliselt oluliselt seotud vastaja emakeele, hariduse ja raskustega arvete maksmisel. Vene emakeelega naistel oli võrreldes eesti emakeelega 2 korda (OR=0,5; 95% CI 0,3–0,6) väiksem šans kasutada tõhusaid RVM. Muudes linnades elavatel naistel oli 1,4 korda (95% CI 1,0–2,0) suurem šans kasutada tõhusaid RVM kui naistel, kes elasid ühes viiest Eesti suurimast linnast. Kõrgharidusega naistel oli 1,9 korda (95% CI 1,1–3,3) suurem šans kasutada tõhusaid RVM võrreldes põhi- või madalama haridusega naistega. Naised, kellel olid sageli või alati raskused arvete maksmisega, oli 2 korda (OR=0,5; 95% CI 0,4–0,8) väiksem šans kasutada tõhusaid RVM.

Tabel 5. Sotsiaalmajanduslike tegurite seos (OR 95% CI) viimases seksuaalvahekorras rasedumisvastaste meetodite (RVM) kasutamisega 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Vanus		
16–19	1	1
20–24	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,7–2,1)
25–34	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,6–2,4)
35–44	0,9 (0,6–1,2)	0,8 (0,4–1,5)
Emakeel		
eesti	1	1
muu	0,4 (0,3–0,6)	0,5 (0,3–0,6)
Elukoht		
Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla- Järve/Narva/	1	1
muu linn	1,5 (1,1–2,1)	1,4 (1,0–2,0)
maa-asula	1,2 (0,9–1,5)	1,0 (0,7–1,4)
Haridustase		
põhiharidus või vähem	1	1
kesk- ja keskeriharidus	1,1 (0,9–1,4)	1,4 (0,9–2,1)
kõrgharidus	1,5 (1,1–2,2)	1,9 (1,1–3,3)
Perekonnaseis		
abielus	1	1
vabaabielus	1,2 (0,9–1,6)	0,9 (0,6–1,3)
muu	0,8 (0,6–1,2)	0,7 (0,5–1,0)
Tööhõive		
töötav	1	1
töotu	0,9 (0,4–2,0)	1,1 (0,6–2,9)
kodune	0,9 (0,6–1,4)	0,9 (0,6–1,3)
õpilane/üliõpilane	1,1 (0,8–1,4)	1,5 (0,9–2,4)
Raskused arвете maksmisega		
harva/mitte kunagi	1	1
mõnikord	0,8 (0,6–1,0)	0,9 (0,7–1,2)
alati/sageli	0,4 (0,3–0,6)	0,5 (0,4–0,8)

*Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele.

5.3. Rasestumisvastaste meetoditega seotud tervisekäitumine

Tabelis 6 on toodud valitud tervisekäitumisega kirjeldavate tunnuste jaotus tõhusa ja mittetõhusa RVM kasutamise alusel. Enamik naistest hindas oma tervist heaks või väga heaks. Samas tõhusate RVM kasutajate hulgas oli selliseid naisi ligikaudu 10% võrra rohkem kui mittetõhusate RVM kasutajate hulgas, vastavalt 78,2% ja 69,7%. Pea kolmveerand vastajatest olid viimase aasta jooksul tundnud depressiooni, masendust või lootusetuse tunnet. Mittetõhusate RVM kasutajatest 21% ning tõhusate RVM kasutajatest 13% esines kirjeldatud tundeid sageli. Mittetõhusate RVM kasutajate hulgas oli üle poole ehk 55% neid, kes olid varemalt suitsetanud või olid vastamise hetkel suitsetajad. Tõhusate RVM kasutajate hulgas oli see näitaja 10% võrra madalam. Ligikaudu 60% naistest olid viimase aasta jooksul tarvitanud alkoholi kuni purjus olekuni ning kolmandik naistest oli elu jooksul narkootikume tarvitanud. Iga viies naine oli ülekaaluline. Samas ei olnud märkimisväärset erinevust tõhusate ja mittetõhusate RVM kasutajate hulgas alkoholi ja narkootikumide tarvitamisel ning KMI rühmades.

Tabel 6. Valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste jaotus (n ja %) viimases seksuaalvahekorras tõhusate ja mittetõhusate rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamise alusel Eesti 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuring 2014

Tunnus	Tõhus RVM n=1183	Mittetõhus RVM n=405	Kokku n=1588
Hinnang oma tervisele			
väga hea/hea	925 (78,2)	282 (69,7)	1207 (76,0)
keskmine	223 (18,8)	103 (25,4)	326 (20,5)
halb/väga halb	34 (2,9)	17 (4,2)	51 (3,2)
vastamata	1 (0,1)	3 (0,7)	4 (0,3)
Depressiooni/masenduse/lootusetuse esinemine viimase aasta jooksul			
ei	303 (25,6)	79 (19,5)	382 (24,1)
mitmel päeval	723 (61,1)	236 (58,3)	959 (60,4)
sageli	152 (12,9)	85 (21,0)	237 (14,9)
vastamata	5 (0,4)	5 (1,2)	10 (0,6)
Suitsetamine viimase aasta jooksul			
ei	641 (54,2)	177 (43,7)	818 (51,5)
ei, varem olen	101 (8,5)	38 (9,4)	139 (8,7)
aeg-ajalt	243 (20,6)	89 (22,0)	332 (20,9)
iga päev	191 (16,1)	96 (23,7)	287 (18,1)
vastamata	7 (0,6)	5 (1,2)	12 (0,8)

Tabeli 6 jätk

Tunnus	Tõhus RVM n=1183	Mittetõhus RVM n=405	Kokku n=1588
Alkoholi tarvitamine kuni purjus olekuni			
mitte kunagi	512 (43,3)	168 (41,5)	680 (42,8)
paar korda aastas	507 (42,8)	174 (43,0)	681 (42,9)
kuus korra või sagedamini	157 (13,3)	59 (14,6)	216 (13,6)
vastamata	7 (0,6)	4 (0,9)	11 (0,7)
Narkootikumide tarvitamine elu jooksul			
ei	810 (68,5)	264 (65,2)	1074 (67,6)
jah, üks kord	128 (10,8)	47 (11,6)	175 (11,0)
mitu korda	240 (20,3)	88 (21,7)	328 (20,7)
vastamata	5 (0,4)	6 (1,5)	11 (0,7)
Kehamassiindeks			
normaalkaal	830 (70,2)	267 (65,9)	1097 (69,1)
alakaal	107 (9,0)	42 (10,4)	149 (9,4)
ülekaal	234 (19,8)	89 (22,0)	323 (20,3)
vastamata	12 (1,0)	7 (1,7)	19 (1,2)

Tõhusa või mittetõhusa RVM kasutamise ja valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste vahelised seosed on toodud tabelis 7. Aeg-ajalt suitsetajatel oli šanss kasutada tõhusaid meetodeid 1,7 korda (OR=0,6; 95% CI 0,5–0,9) väiksem võrreldes mittesuitsetajatega. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamise, KMI ning RVM kasutamise vahel statistiliselt olulisi seoseid ei leitud. Depressiooni/masenduse esinemine ning keskmine hinnang oma tervisele tõstsid riski kasutada mittetõhusaid RVM või neid mitte kasutada, kuid pärast kohandamist ei olnud seos statistiliselt oluline.

Tabel 7. Valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste seos (OR 95% CI) viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamisega 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95 % CI)	Kohandatud OR* (95 % CI)
Hinnang oma tervisele		
väga hea/hea	1	1
keskmine	0,7 (0,5–0,9)	0,8 (0,6–1,1)
halb/väga halb	0,6 (0,3–1,1)	0,7 (0,4–1,3)
Depressiooni/masenduse/lootusetuse esinemine viimase aasta jooksul		
ei	1	1
mitmel päeval	0,8 (0,6–1,1)	1,0 (0,7–1,3)
sageli	0,5 (0,3–0,7)	0,7 (0,5–1,1)
Suitsetamine viimase aasta jooksul		
ei	1	1
ei, varem olen	0,7 (0,5–1,0)	0,7 (0,5–1,1)
aeg-ajalt	0,6 (0,4–0,8)	0,6 (0,5–0,9)
iga päev	0,8 (0,6–1,1)	0,8 (0,6–1,1)
Alkoholi tarvitamine kuni purjus olekuni		
mitte kunagi	1	1
paar korda aastas	1,0 (0,8–1,2)	0,9 (0,6–1,1)
kuus korra või sagedamini	0,9 (0,6–1,3)	0,8 (0,5–1,2)
Narkootikumide tarvitamine elu jooksul		
ei	1	1
jah, üks kord	0,9 (0,6–1,3)	0,8 (0,6–1,2)
mitu korda	0,9 (0,7–1,2)	0,8 (0,6–1,1)
Kehamassiindeks		
normaalkaal	1	1
alakaal	0,8 (0,6–1,2)	0,8 (0,6–1,3)
ülekaal	0,9 (0,6–1,1)	0,9 (0,7–1,3)

*Kohandatud vanusele, emakeelele, elukohale, haridustasemele ja raskustele arvete maksimisega.

5.4. Barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel

Valitud barjääride jaotus tõhusate ja mittetõhusate RVM kasutamise kaupa on näha tabelis 8. Veidi enam kui pooled naised leidsid, et koolis käsitleti seksuaalteemasid piisavalt. Ligi pooltel vastajatest olid RVM kõrvaltoimete ees hirmud. Eelkõige kardeti hormonaalsete RVM toimeid. Veerandil naistel oli esinenud ärevust seoses seksuaalvahekorraga. Enam kui kolmandikul oli esinenud takistusi naistearsti külastamisel. Rahalised kaalutlused ei mõjutanud peaaegu 85% naiste RVM valikut. Mittetõhusaid RVM kasutanud naiste hulgas oli ligikaudu kaks korda rohkem neid, keda rahalised kaalutlused RVM valikul mõjutasid, kui tõhusaid RVM kasutanud

naiste hulgas (vastavalt 13,6% ja 6,2%). Naistearsti oli külastanud 82% naistest. Viimase aasta jooksul oli RVM-alase nõuande saamiseks naistearsti juures käinud 32,1% vastanutest. Takistus naistearsti külastamisel oli 40% naistest. Kõige sagedasem takistus oli pikk ootejärjekord.

Tabel 8. Barjääride jaotus (n ja %) viimases seksuaalvahekorras tõhusate ja mittetõhusate rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamise alusel Eesti 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuring 2014

Tunnus	Tõhus RVM n=1183	Mittetõhus RVM n=405	Kokku n=1588
Koolis seksuaalteemade käsitlemine			
palju/piisavalt	640 (54,1)	207 (51,1)	847 (53,3)
vähe/ei soovinudki	539 (45,6)	198 (48,9)	737 (46,4)
vastamata	4 (0,3)	0 (0,0)	4 (0,3)
Hirm RVM kõrvaltoimete ees			
ei	625 (52,8)	201 (49,6)	826 (52,0)
jah	555 (46,9)	194 (47,9)	749 (47,2)
vastamata	3 (0,3)	10 (2,5)	13 (0,8)
Vähemalt kolme kuu jooksul seksuaalvahekorraga kaasnev ärevus viimase aasta jooksul			
ei	805 (68,0)	264 (65,2)	1069 (67,3)
jah	294 (24,9)	102 (25,2)	396 (25,0)
vastamata	84 (7,1)	39 (9,6)	123 (7,7)
Rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele			
ei	1053 (89,0)	287 (70,9)	1340 (84,4)
jah	73 (6,2)	55 (13,6)	128 (8,1)
vastamata	57 (4,8)	63 (15,5)	120 (7,5)
Takistused naistearsti külastamisel viimase 5a jooksul			
ei	544 (46,0)	169 (41,7)	713 (44,9)
jah	452 (38,2)	157 (38,8)	609 (38,4)
pole külastanud viimase 5a jooksul	181 (15,3)	78 (19,3)	259 (16,3)
vastamata	6 (0,5)	1 (0,2)	7 (0,4)
Rahulolu esimese naistearsti külastusega			
positiivne	582 (49,2)	179 (44,2)	761 (47,9)
ei positiivne ega negatiivne	252 (21,3)	89 (22,0)	341 (21,5)
negatiivne	145 (12,3)	55 (13,6)	200 (12,6)
ei ole käinud naistearsti juures	196 (16,5)	79 (19,5)	275 (17,3)
vastamata	8 (0,7)	3 (0,7)	11 (0,7)

Tõhusate ja mittetõhusate RVM kasutamise seoseid erinevate barjääridega esitab tabel 9. Naistel, keda raha RVM valikul mõjutas, oli 2,5 korda (OR=0,4; 95% CI 0,2–0,6) väiksem šans kasutada tõhusaid RVM võrreldes naistega, keda raha ei mõjutanud. Käesoleva valimi põhjal ei ole võimalik väita, et koolis seksuaalteemade käsitlemine, hirm kõrvaltoimete ees, seksuaalvahekorraga kaasnev ärevus, takistused naistearsti külastamisel ning rahulolu esimese naistearsti külastusega oleks oluliselt seotud RVM valikuga.

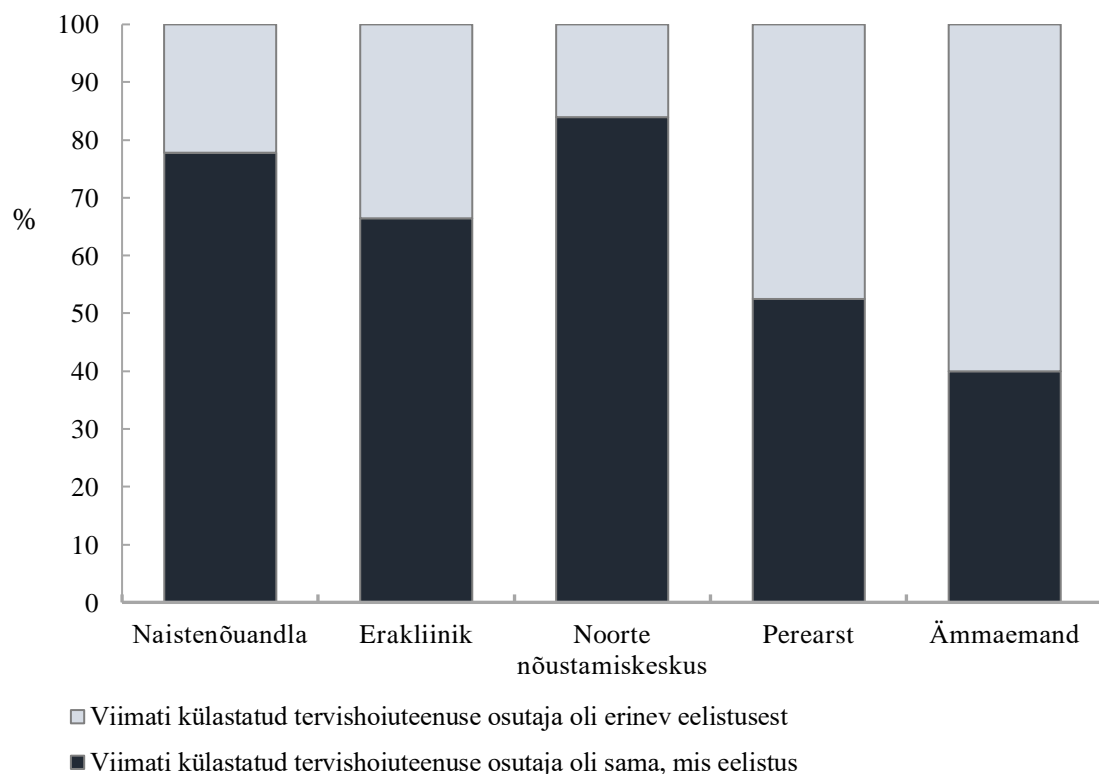
Tabel 9. Barjääre kirjeldavate tunnuste seos (OR 95% CI) viimases seksuaalvahekorras rasedumisvastaste meetodite (RVM) kasutamisega 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Koolis seksuaalteemade käsitlemine		
palju/piisavalt	1	1
vähe/ei soovinudki	0,9 (0,7–1,1)	1,0 (0,8–1,4)
Hirm RVM kõrvaltoimete ees		
ei	1	1
jah	0,9 (0,7–1,2)	0,8 (0,7–1,1)
Vähemalt kolme kuu jooksul seksuaalvahekorraga kaasnev ärevus viimase aasta jooksul		
ei	1	1
jah	0,9 (0,7–1,2)	0,9 (0,7–1,3)
Rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele		
ei	1	1
jah	0,4 (0,2–0,5)	0,4 (0,3–0,6)
Takistused naistearsti külastamisel viimase 5a jooksul		
ei	1	1
jah	1,1 (0,9–1,4)	1,0 (0,7–1,3)
Rahulolu esimese naistearsti külastusega		
positiivne	1	1
ei positiivne ega negatiivne	0,8 (0,6–1,1)	1,0 (0,7–1,4)
negatiivne	0,8 (0,6–1,2)	1,0 (0,7–1,4)

*Kohandatud vanusele, emakeelele, elukohale, haridustasemele ja raskustele arvete maksmisega.

Joonis 4 kajastab 16–44-aastaste naiste RVM-alase nõuande saamise koha eelistuste kokkulangevust tegelikkusega ehk viimati külastatud tervishoiuteenuse osutajaga. Eelistuste ja tegelikkuse kokkulangevust analüüsiti nende naiste hulgas (n=855), kes olid märkinud nii eelistatud ja kui ka viimati külastatud tervishoiuasutuse. Ligikaudu kolmveerand (74,5%) naistest oli pöördunud RVM-alase nõuande saamiseks enda eelistatud tervishoiuteenuse osutaja poole. Kõige rohkem eelistasid naised pöörduda naistenõuandlasse (59,2%). RVM-alase nõuande saamiseks noorte nõustamiskeskusesse pöörduda eelistanud naistest 83,9% sinna viimati ka pöördusid. Ülejäänud 16,1% käisid viimati RVM-alase nõuande saamise eesmärgil

mõne muu tervishoiuteenuse osutaja juures. Naistenõuandlat eelistanutest pöördus viimati sinna 77,8% ning erakliinikut eelistanutest 66,4%. Perearsti või ämmaemanda poole pöörduda soovinud naistest külastas suur osa viimati mõnd teist tervishoiuteenuse osutajat.



Joonis 4. Rasestumisvastaste meetodite alase nõuande saamise kohtade eelistuste kokkulangevus viimati külastatud tervishoiuteenuse osutajaga 16–44-aastaste naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2014.

6. ARUTELU

Käesoleva magistritöö põhjal kasutas 74,8% Eesti naistest vanuses 16–44 tõhusat RVM, mittetõhusate RVM kasutajaid oli 16,1% ning 9,1% ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras ühtegi RVM. Selle põhjal võib väita, et neljandikul Eesti viljakas eas naistest on katmata vajadused pereplaneerimisel ja soovimatu raseduse ennetamisel. Mittetõhusate RVM kasutamise šanss oli suurem vene emakeelega naistel, ühes viiest Eesti suurimast linnast (Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva) elavatel naistel, põhi- või madalama haridusega naistel ning neil, kellel oli enda hinnangul sageli raskused arвете maksimisega. Mittetõhusate RVM kasutajate hulgas oli enam suitsetajaid ja neid, kellel rahalised kaalutlused mõjutasid RVM kasutamist võrreldes tõhusate RVM kasutajatega. Samuti leiti kohandamata analüüsis RVM tõhususe seos keskmise tervise enesehinnanguga ning depressiooni esinemisega.

Eestis on tõhusate RVM kasutamine sarnane arenenud riikidega, kuid mittetõhusate RVM kasutamisel ja mittekasutamisel on erinevusi. Näiteks Rootsis on nende naiste hulk, kes vajasid, kuid ei kasutanud RVM, abielus või vabaabielus olevate naiste seas 8,9% (11), Prantsusmaal 2,4% (58), kuid Eesti naiste seas 25,2%. Katmata vajadusega naiste suurt osakaalu RVM osas Eestis on raske selgitada, kuna tõhusate RVM kättesaadavus on hea ning tõenduspõhine informatsioon SH näol on olemas (59). Eestis kasutas katkestatud suguuhet iga viies-kuues naine olenemata vanuserühmast. Vanemate naiste hulgas võib põhjuseks olla see, et nende nooruses ei olnud tõhusad RVM kättesaadavad ning neil ei ole kujunenud harjumust hakata kasutama tõhusaid RVM (27). Noorte naiste puhul on selle meetodi populaarsusel ilmselt muud põhjused, mis väärivad edasisi uuringuid.

Kõige enam mittekasutajaid oli vanuses 16–19. Noorte seas on rohkem riskeerivat seksuaalkäitumist, mis võib osaliselt selgitada RVM mittekasutamise põhjuseid (44). Näiteks oli tulemustest näha, et noored kasutavad vanematest oluliselt rohkem seksuaalvahekorra järgseid SOS-pille. Lisaks katkestatud suguuhte ning RVM mittekasutamisele on 16–24-aastaste seas rohkem tupelopotuse kasutajaid kui vanemate naiste seas, mis on mõnevõrra üllatav. Kuigi noored on saanud vanematest naistest rohkem SH ning peaksid olema kursis tõhusate ja mittetõhusate RVM, siis ei tundu see alati paika pidavat (2, 4).

Mittetõhusate RVM kasutajaid oli enim vanuses 35–44. Spermitsiidide ja kalendrimeetodi levimus tõusis vanusega. Ka varemalt on Eestis leitud, et naised vanuses 35–44 kasutavad oluliselt rohkem mittetõhusaid meetodeid kui naised vanuses 20–24 (5, 12). Põhjuseid mittetõhusate RVM või meetodi mittekasutamisel võib olla mitmeid. Näiteks võivad naised selles vanuses arvata, et nende viljakas periood on läbi ning rasestumise tõenäosus on väike (35). Samuti võib olla oluline asjaolu, et vanemate naiste esmasseksuaalvahekord ja aktiivsem

seksuaalelu periood jäi aega, kui tõhusad RVM ei olnud kõikidele kättesaadavad, mistõttu on osad naised jäänud kasutama oma eelnevalt teada meetodeid, mis on siiani toimunud (27).

Kõige sagedamini kasutatav RVM viimases seksuaalvahekorras 16–44-aastaste Eesti naiste hulgas oli kondoom. HIV-i levik ning sellesse nakatumine on Eestis suur probleem ja turvaseksi kampaaniad ning tervishoiutöötajate teavitustöö (60) on tõenäoliselt suurendanud kondoomi kasutamist (14). Töö andmetel oli kondoomi kasutus suurim teismeliste seas ja need andmed ühtivad Eestis eelnevalt avaldatud uuringutega (2, 12). Tervise Arengu Instituudi andmetel oli 2011. aastal 19–24-aastastest 72% ning 25–29-aastastest 85% küsitletud noortest teadmised seksuaalsel teel levivate infektsioonide vältimisest head (61).

Vastavalt Tervise Arengu Instituudi andmetele on kondoomi kasutamine 10–29-aastaste noorte seksuaalvahekorras viimase kümne aastaga kasvanud (61). Vanemates vanuserühmades oli kondoomi kasutamise levimus väiksem – eeldatavalt on naised rohkem püsisuhetes kindla partneriga ning seetõttu suguhaiguste saamise risk väiksem (25). Samas on Eestis HIV-i esmashaigestunute seas järjest rohkem naisi just vanemates vanuserühmades (62). Kuigi vanuses 35–44 oli palju mittetõhusate RVM kasutajaid või mitte ühtegi meetodit kasutanud naisi, on nende seas ka kõige rohkem LARC kasutajaid (22, 25). Ka magistr töö andmetest on näha, et selle vanuserühma naised kasutavad rohkem ESS, Cu-ESV ning steriliseerimist.

Ülemaailmselt on hakatud just noortele soovutama LARC kasutamist, kuna noored soovivad tõenäoliselt rasedust aastaid edasi lükata (6, 62, 63). LARC kasutamine ei ole Eesti noorte seas veel väga levinud, ehkki ka Eestis on hakanud naistearstid neid enam soovutama noortele (63). Vastupidiselt kaua aega levinud arvamusele võivad LARC (kaasa arvatud emakasiseseid RVM) kasutada ka eelnevalt mitte-sünnitanud naised.

Üks olulisematest sotsiaalmajanduslikest teguritest, mis mõjutab RVM seotud käitumist, on vanus (5, 22, 24–26). Magistr töö tulemustest ei selgunud, et naise vanus oleks seotud viimases seksuaalvahekorras kasutatava RVM (tõhus, mittetõhus/ei kasutanud). Küll aga olid RVM kasutamise seotud elukoht ning haridustase. Naistel, kes elasid muudes linnades (v.a Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve või Narva), oli 1,4 korda suurem šans kasutada tõhusaid RVM kui viies suurimas Eesti linnas elavatel naistel. Suuremates linnades võib olla raskem naistearsti vastuvõtule pääseda. Antud töö tulemustest selgus, et kõrgema haridustasemega naistel oli 1,9 korda suurem šans kasutada tõhusaid RVM võrreldes põhi- või madalama haridustasemega naistega. Seost haridustaseme ja RVM kasutamise vahel on kirjeldatud ka varem (25, 27). Samuti võivad RVM kasutamisel rolli mängida suhte staatus (5, 24, 27) ning tööhõive (12, 15, 25, 26), mis Eestis RVM kasutamist ei mõjutanud. RVM kasutamine oli seotud naiste majanduslike raskustega (arvete maksmine jms), mis on kaudselt seotud ka tööhõivega – neil, kellel on sageli või alati raskused arvete maksimisega, oli kaks korda väiksem

šanss kasutada tõhusaid RVM kui neil, kellel on harvem või pole üldse raskusi arvete maksmisega. Sellist seost RVM kasutamise ja majanduslike raskuste vahel on kirjeldatud ka varem nii Eestis (12) kui ka mujal maailmas (16). Seetõttu peaksid tervishoiutöötajad pöörama tähelepanu LARC soovitamisele, mis ei nõua igakuiseid rahalisi väljaminekuid. Ühekordne rahaline väljaminek võib küll olla suur, kuid LARC kasutamine aastaid tagab kokkuvõttes nende meetodite kasutamise otstarbekuse (52, 54).

Eestis on varemalt uuritud RVM kasutamise erinevusi eesti emakeelega ning vene emakeelega naiste vahel. Vene emakeelega naised kasutasid oluliselt vähem tõhusaid RVM ning nende seas on planeerimata rasedusi rohkem (5, 12). Abortiivsuskindajad vene emakeelega naistel on oluliselt kõrgemad võrreldes eesti emakeelega naistega, ehkki abortiivsuskindajad on langenud viimase kahekümne aasta jooksul ka vene emakeelega naistel (64). Magistritöö tulemustest selgus samuti, et vene emakeelega naistel oli ka 2014. aastal kaks korda väiksem šanss kasutada tõhusaid RVM kui eesti emakeelega naistel. Selline erinevus RVM kasutamisel võib olla tingitud piirkondlikust segregatsioonist eesti ja vene kogukondade vahel. Lisaks on vene emakeelega inimestel eesti emakeelega inimestest erinevad informatsiooni allikad, meedia väljaanded ning tutvusringkond. Eestis elavad vene emakeelega naised sarnanevad oma RVM seotud käitumisega rohkem Venemaal elavate naistega (Peterburis) kui Eestis elavate naistega (12). See näitab, et vene emakeelega naistele tuleks pakkuda rohkem tõenduspõhist informatsiooni nende emakeeles.

Tervisekäitumine võib RVM kasutamist mõjutada – nt on eelnevalt uuritud seoseid riskeeriva seksuaalkäitumise ja RVM vahel (12, 42). Antud töös otsiti seoseid tervise enesehinnangu, depressiooni, suitsetamise, alkoholi ja narkootikumide tarvitamise ning KMI vahel. Tulemustest selgus, et aeg-ajalt suitsetajatel oli 1,7 korda väiksem šanss tõhusate RVM kasutamiseks kui mittedsuitsetajatel. Nii Eestis (5, 12) kui ka mujal maailmas (15, 39, 40) on täheldatud, et suitsetajad kasutavad mittetõhusaid RVM rohkem kui mittedsuitsetajad. Eeldatavalt kaasneb aeg-ajalt suitsetamisega tõenäoliselt alkoholi tarvitamine pidudel, mis omakorda soodustab mittetõhusate RVM kasutamist.

Kohandamata analüüsis oli statistiliselt oluline depressiooni või masenduse esinemine viimase 12 kuu jooksul – naised, kellel neid tundeid esines sageli, kasutasid kaks korda rohkem mittetõhusaid RVM kui naised, kellel neid ei avaldunud. Varemalt on selgunud, et depressiooni esinemine ja meeleolu mõjutab tõhusate RVM kasutamist (15, 38). Võib vaid oletada, et naised, kellel on depressioonile viitavad sümptomid, käituvad riskeerivamalt ja on hõivatud teiste probleemidega rohkem kui tõhusate RVM kasutamise. Samuti oli kohandamata analüüsis oluline tervise enesehinnang – naistel, kes hindasid oma tervist keskmiseks, oli 1,4 korda väiksem šanss kasutada tõhusaid RVM võrreldes naistega, kes hindasid oma tervist väga heaks

või heaks. Ameerika Ühendriikides tehtud uuringus on täheldatud sama – naised, kes hindasid oma tervislikku seisundit halvaks või väga halvaks, kasutasid rohkem mittetõhusaid RVM (16). See võib olla seotud asjaoluga, et keskmise või halva tervise enesehinnanguga naised pööravad vähem tähelepanu oma tervisekäitumisele, sh hindavad soovimatu raseduse võimalust väiksemaks.

RVM kasutamise ja enamiku uuritud barjääride omavahelisi seoseid magistritöös välja selgitada ei õnnestunud. Ei saa väita, et koolis seksuaalteemade käsitlemine, hirm RVM ees, ärevus seksuaalvahekorra eelselt, takistused naistearsti külastamisel ning rahulolu esimese naistearsti külastamisega olid seotud RVM kasutamisega. Ainsaks barjääriks, millega RVM kasutamine oli oluliselt seotud, osutusid rahalised takistused soovitava RVM kasutamisel – 8,1% leidis, et neil on rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele. Analüüsist selgus, et naistel, keda raha RVM kasutamisel mõjutab, oli 2,5 korda väiksem šanss kasutada tõhusaid RVM võrreldes naistega, keda raha ei mõjuta. LARC soovitamine naistele võib oluliselt suurendada nende kasutamist ning vähendada igakuiste rahaliste kaalutluste mõju RVM valikul (32). Kõik ei pruugi olla teadlikud kokkuvõttes odavamatest lahendustest (LARC), mistõttu tuleks Eestis tervishoiutöötajatel panna rohkem rõhku nende soovitamisele naistele, kel võivad olla rahalised raskused.

Uuringud on näidanud, et valeuskumused on oluliseks põhjuseks RVM mittekasutamisel (55). Oletati, et naised, kes kasutavad mittetõhusaid RVM, kardavad eelkõige tõhusate RVM kasutamisega kaasnevat kõrvaltoimeid (31, 48, 56). Selgus, et kuigi ligi pooltel vastajatest olid RVM kõrvaltoimete ees mingid hirmud, siis RVM kasutamist see ei mõjutanud.

Oluline tegur RVM kasutamisega seotud käitumisel on informatsiooni puudumine, mis võib mõjutada eelkõige teismelisi (52). Samas ei leitud seost piisavalt saadud kooli SH ja RVM kasutamise vahel, ehkki eelnevad uuringud on seda kinnitanud (59). Uuriti rahuolu esimese naistearsti külastuse ja RVM kasutamise vahel. Eeldus oli, et naised, kelle esimene visiit naistearsti juurde oli seotud negatiivse kogemusega, on edaspidi hoidunud naistearsti külastamast ning kasutavad seetõttu rohkem mittetõhusaid RVM. Sellist seost ei leitud. Magistritöö autorile teadaolevalt ei ole seda varem uuritud. Tõenäoliselt ei ole pööratud rõhku just esimesele naistearsti visiidile, vaid peetakse olulisemaks kogemusi tervishoiutöötajatega üldiselt. Negatiivne kokkupuude tervishoiuteenuse osutajaga (mitte ainult naistearstide, vaid ka perearstide, õdede, apteekritega jne) võib takistada pöördumist tervishoiuasutusse RVM-alase nõuande saamiseks. Leitud on, et Eestis on 16–24-aastastel naistel naistearsti juurde minemise takistuseks häbitunne ning hirm günekoloogilise läbivaatuse ees (2). Seetõttu tuleks sellel teemal rääkides tagada privaatsus ning konfidentsiaalsus. Muud takistused naistearsti juurde

minemisel (ajakulu, kaugus, pikad järjekorrad) ning meetodi maksumus võivad olla olulised barjäärid tõhusate RVM kasutamisel (51).

Eestis on rahuolu nii tervishoiuteenustega üldiselt kui ka RVM saamiseks tehtud külastusega kõrge (65). 2004. aastal eelistas 67% 25–44-aastastest naistest RVM-alase nõuande saamiseks pöörduda naistenõuandlasse ja reaalselt pöördus sinna 74% naistest (13). Magistritöö andmete põhjal oli kolmveerand naistest pöördunud RVM-alase nõuande saamiseks enda eelistatud tervishoiuteenuse pakkuja poole. Kõige enam on noorte nõustamiskeskust eelistanud naised viimati ka seal käinud (83,9%). Samuti on naised eelistanud minna naistenõuandlasse, kuhu 77,8% vastanutest ka pöördus. RVM-alase nõuande saamiseks ämmaemanda ja perearsti poole pöördumist eelistanute hulgas oli kõige väiksem kooskõla tegelikkusega. Viimati pöördus ämmemanda vastuvõtule 40% ning perearstile 52,5% neid arste eelistanud naistest, kuid kokku eelistas neid vaid 8% naistest.

Töö tugevuseks võib pidada piisavalt suurt ja esinduslikku valimit, mistõttu saame tulemusi üle kanda Eesti naisrahvastikule. Oluline on asjaolu, et magistritöö jaoks valimi moodustamisel jäeti välja naised, kes tegelikult RVM ei vaja, mistõttu kajastavad töös selgunud seosed RVM kasutamist naistel, kes RVM vajavad.

Tähelepanu tuleb juhtida ka käesoleva uuringu nõrkadele külgedele, mis on osaliselt tingitud levimisuuringute piiratud võimest leida põhjuslikke seoseid. Töö üheks nõrkuseks võib pidada RVM jaotamist tõhusaks ja mittetõhusaks vaid viimases seksuaalvahekorras kasutatud meetodi järgi. Selline jaotus võib olla vaieldav, kuna meetodi tõhusus sõltub selle korrektsest kasutamisest ja seksuaalvahekordade sagedusest (8). Neid tegureid küsimustiku põhjal uurida ei saanud.

Küsimuste sõnastusega on seotud veel üks nõrkus, mis võib olla põhjuseks, et ei leitud seost alkoholi tarvitamise ja RVM kasutamise vahel. Küsiti (küsimus 107; lisa 1), kui tihti olete jäänud purju nii, et kaotate enda üle kontrolli. Enda üle kontrolli kaotamine on subjektiivne – iga inimene hindab seda erinevalt, mistõttu ei pruugi see küsimus kajastada tegelikku seost alkoholi tarvitamise ning RVM kasutamise vahel.

Uuringu nõrkuseks on ka see, et noorte osakaal on vanemate naiste omast palju suurem. Juhul, kui aastal 2024 on plaanis viia läbi uus Eesti Naiste Terviseuuring, tuleks arvestada eri vanuses inimeste erinevate osalusprotsentidega. Näiteks 2014. aastal oli osalus 35%-st 16–17-aastaste seas kuni 64%-ni 18–24-aastaste seas (4). Samuti võiks küsida viimati kasutatud RVM lisaks ka eelistatud RVM. Naised võivad küll kasutada ühte RVM, kuid võib-olla soovivad nad kasutada mõnda teist RVM. Samuti saaks küsida, mis takistused neil esinevad soovitud RVM kasutamisel. RVM kasutamise küsimus tuleks sõnastada sarnaselt 2014. aasta omaga, et oleks võimalik vaadata, mis on muutunud kümne aastaga.

7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

1. Käesoleva magistritöö põhjal kasutas 74,8% Eesti naistest vanuses 16–44 tõhusat RVM, mittetõhusate RVM kasutajaid oli 16,1% ning 9,1% ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras ühtegi RVM. Kõige enam kasutatud RVM Eestis oli kondoom. Seda kasutasid viimases seksuaalvahekorras kõige rohkem nooremad naised. Kondoomile järgnes KHK, mida eelistasid 25–34-aastased. Emakasiseste vahendite kasutamine oli suurim 35–44-aastaste seas. Katkestatud suguühete ning RVM mittekasutanud naiste osakaal oli sarnane igas vanuses, kuid RVM mittekasutajate osakaal oli suurim vanuses 16–19 aastat. Kuigi enamik kontratseptsiooni vajavatest naistest kasutavad tõhusaid RVM, oleks vajalik naistele anda rohkem tõenduspõhist informatsiooni, sh traditsiooniliste meetodite vähesest tõhususest soovimatute raseduste ärahoidmisel.
2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid, mis olid seotud mittetõhusa RVM kasutamisega olid vene emakeel, elukoht ühes viiest Eesti suurimast linnast, madal haridustase ning raskused arvete maksmisega. Informatsioon RVM kohta võiks vastata kasutajate vajadustele – nt olema nende emakeeles.
3. Mittetõhusate RVM kasutamist või RVM mittekasutamist esines enim neil, kes aeg-ajalt suitsetavad, kellel esineb sageli depressiooni või masenduse tunnet ning kes hindavad oma tervist keskmiseks. Tervishoiutöötajad võiksid pöörata rohkem tähelepanu suitsetamisele ja vaimsele tervisele, nõustades soovimatust rasedusest hoidumisel.
4. RVM kasutamist mõjutasid Eesti naistel rahalised kaalutlused. Naistel, kellel rahalised kaalutlused enda hinnangul mõjutavad RVM kasutamist, oli 2,5 korda väiksem šanss kasutada tõhusaid RVM võrreldes naistega, kelle RVM kasutamist rahalised kaalutlused ei mõjuta. RVM valikut Eestis ei mõjuta tervishoiuteenustega seotud barjäärid. Tuleks soodustada LARC soovitamist tervishoiutöötajate poolt, eelkõige noortele, mis vähendaks igakuist rahaliste kaalutluste mõju RVM kasutamisele.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Bahamondes L, Bahamondes MV. New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. *Int J Womens Health* 2014;6:221–34..
2. Part K, Ringmets I, Laanpere M, Rahu M, Karro H. Contraceptive use among young women in Estonia: association with contraceptive services. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2015;86:1– 9.
3. Tervise Arengu Instituut. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2015 Eesti Abordiregister 1996–2015. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2016.
4. Lippus H, Laanpere M, Part K, et al. Eesti Naiste Tervis 2014: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2015.
5. Lippus H, Laanpere M, Tuisk T, et al. Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst* 2013;2:253–60.
6. Girma S, Paton D. Is education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England. *Soc Sci Med* 2015;131:1–9.
7. Bodner K, Bodner-Adler B, Grünberger W. Evaluation of the contraceptive efficacy, compliance, and satisfaction with the transdermal contraceptive patch system Evra: A comparison between adolescent and adult users. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:525–30.
8. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15:4–16.
9. Dixon-Mueller R, Germain A. Unmet need from a woman’s health perspective. *Plan Parent challenges* 1994;1:9–12.
10. Klijzing BE. Are there unmet family planning needs in Europe? *Fam Plann Perspect* 2000;32:71– 81.
11. Kallner HK, Thunell L, Brynhildsen J, et al. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women – a nationwide survey. *PLoS One* 2015;10:1–13.
12. Laanpere M, Rahu K, Part K, et al. Ethnic differences in factors associated with the use of contraception among 20- to 44-year-old women in Estonia and St. Petersburg, Russia. *Contraception* 2012;86:132–40.
13. Part K, Laanpere M, Rahu K, et al. Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2007.
14. Laanpere M. Factors influencing women’s sexual health and reproductive choices in Estonia

- [dissertation]. Tartu: Tartu University; 2015.
(<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6145/1/Laanpere2015.pdf>) f
15. Trussell J. The creeping Pearl: Why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills? *Contraception* 2014;88:604–10.
 16. Phares TM, Cui Y, Baldwin S. Effective birth control use among women at risk for unintended pregnancy in Los Angeles, California. *Women's Heal Issues* 2012;22:351–8.
 17. Pio R. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obs Gynecol* 2015;213:1–16.
 18. United Nation, Department of Economic and Social Affairs. Trends in contraceptive use Worldwide 2015. New York: United Nations; 2015.
 19. Society of Family Planning. Use of the Mirena™ LNG-IUS and Paragard™ CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81:367–71.
 20. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, et al. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception*. 2013;79:5–14.
 21. Murphy MK, Stoffel C, Nolan M, et al. Interdependent barriers to providing adolescents with long-acting reversible contraception (LARC): Qualitative insights from providers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29:436–42.
 22. World Health Organization. Reproductive health indicators reproductive health and research guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: WHO; 2006.
 23. World Health Organization. Contraceptive prevalence. Geneva: WHO; 2016.
 24. World Health Organization. Unmet need for family planning. Geneva: WHO; 2016.
 25. Ruiz-Muñoz D, Pérez G. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gac Sanit* 2013;27:64–7.
 26. Sköld A, Larsson M. Sexual & reproductive healthcare contraceptive use during the reproductive lifecycle as reported by 46-year-old women in Sweden. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2012;3:43–7.
 27. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2001;34:294–303.
 28. Ruiz-Muñoz D, Pérez G, Garcia-Subirats I, et al. Social and economic inequalities in the use of contraception among women in Spain. *J Women's Heal* 2011;20:403–11.

29. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Heal*. 2008;85:125–35.
30. Spinelli A, Talamanca IF, Lauria L. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on infertility and subfecundity. *Am J Public Health*. 2000;90:1403–8.
31. Skouby SO. Contraceptive use and behaviour in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Heal care* 2010;15:42–53.
32. Molloy GJ, Sweeney LA, Byrne M, et al. Prescription contraception use: a cross-sectional population study of psychosocial determinants. *BMJ Open* 2015;5:1–8.
33. Steinberg JR, Rubin LR. Psychological aspects of contraception, unintended pregnancy, and abortion. *Policy insights from Behav brain Sci* 2014;1:239–47.
34. Biggs MA, Karasek D, Foster DG. Unprotected intercourse among women wanting to avoid pregnancy: attitudes, behaviors, and beliefs. *Women’s Heal Issues* 2012;22:311–8.
35. Nettleman MD, Chung H, Brewer J, et al. Reasons for unprotected intercourse: analysis of the PRAMS survey. *Contraception* 2007;75:361–6.
36. Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:323–38.
37. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60:7–12.
38. Maxwell L, Devries K, Zionts D, et al. Estimating the effect of intimate partner violence on women’s use of contraception: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:1–25.
39. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst* 2008;88:37–42.
40. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. ETU10: Tervise enesehinnang soo ja vanuserühma järgi. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2017. (<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>).
41. Stidham Hall K, Moreau C, Trussel J, et al. Role of young women’s depression and stress symptoms in their weekly use and nonuse of contraceptive methods. *J Adolesc Heal* 2013;53:241–8.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 2004. Atlanta: CDC; 2005.
43. Westhoff C, Jones K, Robilotto C, et al. Smoking and oral contraceptive continuation.

- Contraception 2009;79:375–8.
44. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 2008;8:155–66.
 45. Wells BE, Kelly BC, Golub, et al. Patterns of alcohol consumption and sexual behavior among young adults in nightclubs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:39–45.
 46. Connor JL, Kydd RM, Dickson NP. Alcohol involvement in sexual behaviour and adverse sexual health outcomes from 26 to 38 years of age. *PLoS One* 2015;10:1–18.
 47. Walsh JL, Fielder RL, Carey KB, et al. Do alcohol and marijuana use decrease the probability of condom use for college women? *Journ of Sex Research* 2014;51:145–58.
 48. Bhuva K, Kraschnewski JL, Lehman EB, et al. Does body mass index or weight perception affect contraceptive use? *Contraception* 2017;95:59–64.
 49. Schraudenbach A, McFall S. Contraceptive use and contraception type in women by body mass index category. *Women’s Health Issues* 2009;19:381–9.
 50. Kohn JE, Lopez PM, Simons HR. Weight and body mass index among female contraceptive clients. *Contraception* 2015;91:470–3.
 51. Dixon SC, Herbert DL, Loxton D, et al. “As many options as there are, there are just not enough for me”: Contraceptive use and barriers to access among Australian women. *Eur J Contracept Reprod Healthc* 2014;19:340–51.
 52. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. France: UNESCO; 2009.
 53. Haldre K, Rahu K, Rahu M, et al. Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *Eur J Public Health* 2009;19:266–70.
 54. Black K, Lotke P, Buhling KJ. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2012;17:340–50.
 55. Ayoola A, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *J Women’s Heal* 2007;16:302–11.
 56. Hansen T, Skjeldestad FE. Adolescents: Is there an association between knowledge of oral contraceptives and profession of provider? *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2007;12:303–8.
 57. World Health Organization. Global database on body mass index. Geneva: WHO; 2017.
 58. Moreau C, Bohet A, Trussell J, et al. Estimates of unintended pregnancy rates over the last

- decade in France as a function of contraceptive behaviours. *Contraception* 2014;89:314–21.
59. Part K, Haldre K, Palm E, et al. Kooli seksuaalhariduse mõjust Eestis. *Haridus*. 2011;4:39–47.
 60. Haldre K, Part K, Ketting E. Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: The role of sexuality education and youth-friendly services. *Eur J Contracept Reprod Heal care* 2012;1–12.
 61. Trummal A, Gluškova N, Murd M. HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011.
 62. Rüütel K, Trummal A, Salekešin M, et al. HIV-epideemia Eestis: strateegilise info analüüs. Tallinn: Tervise Arengu Instituut;2012.
 63. Kavanaugh ML, Jerman J, Finer LB. Changes in use of long-acting reversible contraceptive methods among U.S. women, 2009–2012. *Obstet Gynecol* 2015;126:917–27.
 64. Laanpere M, Ringmets I, Part K, et al. Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion. *BMC Womens Health* 2014;14:81.
 65. Laanpere M, Rahu K, Part K, et al. Naiste eelistused ja rahulolu pereplaneerimise nõustamisega Eestis. *Eesti Arst* 2009;88:715–23.

Use of contraception and associated factors and barriers among 16–44-years old women in Estonia

SUMMARY

Katri Ottep

Since Estonia regained its independence in 1991 modern contraceptives have become available for women. The choice between effective contraceptives is diverse and scientific information on family planning is easily accessible. Though all modern contraceptives are widely available in Estonia, there are still a lot of women who use ineffective methods, or none at all. It was important to find out which factors influence contraceptive use, and to work at counteracting them.

The main objective of this study was to investigate contraceptive use among Estonian women aged 16–44 and factors associated with it. The specific objectives of this study were:

1. to describe contraceptive prevalence in 2014 (age groups 16–19; 20–24; 25–34; 35–44);
2. to analyze the associations between socio-economic factors and contraceptive use;
3. to analyze the associations between health behavior and contraceptive use;
4. to find out possible barriers (including healthcare related services) associated with contraceptive use.

This master's thesis is based on a survey carried out in 2014 – Estonian Women's Health 2014: sexual and reproductive health, health behavior, attitudes and use of healthcare services. The questionnaires were sent out to women, who were picked randomly from the Estonian Population Registry. 2413 returned questionnaires were fit for the data analysis. This study was about contraceptive use, and therefore we excluded women who: have never had sexual intercourse, were pregnant, or attempting to get pregnant, were unable to have children, were breastfeeding a child under the age 6 months, had a female partner in their last sexual intercourse or whose last sexual intercourse was over two years ago. Women who didn't answer the question regarding contraceptive use in their last intercourse or why they didn't use a contraceptive during their last intercourse were excluded.

The results showed, that there were 1588 women who needed some form of contraceptive. Contraceptive use was divided into two categories: the use of effective contraceptives and the use of ineffective contraceptives (including nonusers). Effective contraceptives were: sterilization, a contraceptive pill, patch and/or ring; progesterone-only injectable, hormonal intrauterine system, an intrauterine device (copper coil) and lastly, a condom. Ineffective

contraceptives included rhythm method (calculating “risky/safe days”), spermicides, withdrawal (the man does not ejaculate into the vagina), vaginal douching after intercourse and emergency contraceptive pills and nonuse of any method.

Prevalence rates of different methods were calculated with 95% confidence intervals to describe the prevalence of contraceptive use. Logistic regression analysis was used to find out the associations between contraceptive use and socio-economic factors, health behavior and barriers. Odds ratios were calculated with 95% confidence intervals. STATA 12.1 was used for data analysis.

74.8% women aged 16–44 used an effective contraceptive in 2014. 16.1% used ineffective contraceptives and 9.1% of women didn’t use any contraceptives at all. The most used contraceptive was a condom, followed by hormonal contraceptives (pill, patch and/or ring) and withdrawal. Women aged 25–34 used effective contraceptives the most. Intrauterine devices were used by 10% of the women and most of these users were aged between 35–44. Women aged 16–19 had the highest number of contraceptive nonusers.

Women who spoke Estonian, had a higher education, lived in small towns and didn’t have difficulties paying the bills used effective contraceptives more often than women who didn’t speak Estonian, had a basic education, lived in one of the five biggest towns in Estonia (Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve or Narva) and often or always had difficulties paying the bills. Women who smoked casually had 1.7 times bigger odds (OR=0.6; 95% CI 0.5–0.9) of using ineffective contraceptives compared to women who didn’t smoke. Women who said that money affected their contraceptive use had 2.5 times bigger odds (OR=0.4; 95% CI 0.2–0.6) of using ineffective contraceptives.

16.1% women used ineffective contraceptives and 9.1% didn’t use any contraceptives in their last sexual intercourse. Based on this master’s thesis, it can be deduced that factors which more greatly influenced contraceptive use were primary language, level of education, residential location and difficulties paying the bills. Health behaviors that influenced contraceptive use were smoking and depression, and the only barrier was the cost of contraceptives. These factors should be addressed in order to diminish the effect that they have on contraceptive use. Long-acting contraceptives such as intrauterine devices should be promoted by health care workers to minimize the effect of cost on women’s contraceptive use and to increase the use of effective contraceptives among women.

TÄNUAVALDUS

Magistritöö valmimisele kaasa aitamise eest soovin avaldada tänu:

- juhendaja Made Laanperele, kes oma väärtuslike nõuannete ja suure pühendumusega aitas mul magistritöö kirjutamine lõpule viia;
- juhendaja Inge Ringmetsale samuti väärtuslike nõuannete ja hindamatu abi eest statistilise analüüsi tegemisel;
- mõlemale juhendajale magistritöö juhendamise ja väga hea koostöö eest;
- eelretsensent Triin Võrnole põhjaliku töö eest;
- Ene Indermittele ja Katrin Langile suunavate kommentaaride eest magistritöö koostamisel ja vormistamisel.

Lisaks soovin avaldada tänu lähedastele, sõpradele ja kolleegidele, kes aitasid töö valmimisele kaasa oma mõistva suhtumise, toetuse ning heade mõtetega.

CURRICULUM VITAE

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Katri Ottep
2. Sünniaeg ja koht: 5.11.1993, Viljandi
3. Kodakondsus: Eesti
4. E-post: katri.ottep@gmail.com
5. Haridus:
 - 2015–... Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
 - 2012–2015 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus (tervisekaitse spetsialist)
 - 2009–2012 Carl Robert Jakobsoni nimeline Gümnaasium, keskkharidus
6. Keelteoskus:
 - eesti keel – emakeel
 - inglise C1
 - vene A2
 - saksa A2
7. Töökogemus (teenistuskäik):
 - 07.2016–... Terviseamet, vaneminspektor
 - 09.2014–03.2016 Tartu Lasteaed Poku, tervishoiutöötaja

II. Erialane enesetäiendus

- 2016 Uute riigiametnike ja töötajate sisseelamiskoolitus Sisekaitseakadeemia täiendusõppe keskus (3 päeva)
- 2016 Immuniseerimisalane täiendusõppekursus Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituut (2 nädalat)

III. Ühiskondlik tegevus

- 2012–... EÜS Põhjala tegevliige

Kuupäev: 01.06.17

LISA 1

1. Teie vanus _____ aastat
2. Milline on Teie perekonnaseis?
 - 1 abielus
 - 2 vabas kooselus
 - 3 lahutatud
 - 4 eraldi elav (abielus, kuid ei ela koos)
 - 5 lesk
 - 6 vallaline
3. Milline on Teie emakeel?
 - 1 eesti
 - 2 vene
 - 3 muu (*palun kirjutage*) _____
5. Kus Te elate?
 - 1 Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva
 - 2 muu linn või linnaline asula
 - 3 maa-asula (maapiirkond)
6. Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?
 - 1 põhiharidus või vähem
 - 2 keskharidus, kutsekeskharidus (keskeriharidus)
 - 3 rakenduslik kõrgharidus
 - 4 kõrgharidus (bakalaureusekraad)
 - 5 teaduskraad (magistri- või doktorikraad)
8. Mis praegusel hetkel kirjeldab kõige paremini Teie tavategevusala?
 - 1 ettevõtja, töötaja
 - 2 töötu
 - 3 kodune
 - 4 õpilane/üliõpilane/kraadiõppur
 - 5 rasedus- või lapsehoolduspuhkusel viibija
 - 6 muu (*palun kirjutage*) _____
12. Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, küte, telefon, laen, liising jne)?
 - 1 alati
 - 2 sageli
 - 3 mõnikord
 - 4 harva
 - 5 mitte kunagi
17. Kas koolis käsitleti seksuaaleluga seotud teemasid?
 - 1 jah, liigagi palju
 - 2 jah, piisavalt
 - 3 jah, kuid liiga vähe
 - 4 ei, kuid ma oleksin soovinud
 - 5 ei, ma poleks ka soovinud

20. Kui vanalt Te olite esimest korda seksuaalvahekorras?

_____ -aastaselt

27. Millal olite viimati seksuaalvahekorras?

- 1 viimase kuu jooksul
- 2 1–3 kuud tagasi
- 3 4–11 kuud tagasi
- 4 1–2 aastat tagasi
- 5 3–10 aastat tagasi
- 6 üle 10 aasta tagasi

32. Kas Te olete kogenud viimase aasta (12 kuu) jooksul allpool loetletud olukordi, mis on esinenud vähemalt kolme kuu jooksul? Palun vastake igale küsimusele tõmmates sobivale vastusele ring ümber.

	jah	ei
huvi puudumine seksuaalvahekorra vastu	1	2
seksuaalvahekord ei ole olnud nauditav	1	2
seksuaalvahekorraga on kaasnenud ärevus	1	2
seksuaalvahekorra ajal või sellele järgnevalt valu suguelundite piirkonnas (tupe sissekäik, tupp, alakõht)	1	2
ei ole tundnud seksuaalvahekorra ajal iha ega erutust	1	2
ei ole suutnud saavutada orgasmi või orgasmini jõudmine on võtnud häirivalt kaua aega, kuigi esines seksuaalne erutus	1	2
on esinenud häiriv tupekuivus	1	2
ei ole esinenud ühtegi kirjeldatud probleemi selle aja jooksul	1	2

54. Kuidas Te hindate oma esimest naistearsti külastust?

- 1 väga positiivne kogemus
- 2 pigem positiivne kogemus
- 3 ei positiivne ega negatiivne kogemus
- 4 pigem negatiivne kogemus
- 5 väga negatiivne kogemus

57. Kas Te olete kogenud alljärgnevaid takistusi naistearsti vastuvõtule pöördumisel viimase viie aasta jooksul? Võite valida mitu vastust.

- 1 mul ei ole olnud takistusi naistearsti poole pöördumisel
- 2 naistearsti vastuvõtule on pikk ootejärjekord
- 3 naistearsti vastuvõtule registreerumise protseduur on keeruline
- 4 naistearst asub minu elukohast kaugel ja/või on transpordivõimalused halvad
- 5 majanduslikud takistused (visiiditasu, transport jne on kallid)
- 6 mul ei ole ravikindlustust
- 7 teised takistused (*millised?*)

8 mul ei ole olnud põhjust külastada naistearsti

78. Millist rasestumisvastast meetodit tarvitasite viimases seksuaalvahekorras? Võite valida mitu vastust.

- 1 ei kasutanud rasestumisvastast meetodit
- 2 hormonaalsed rasestumisvastased meetodid (pillid, plaaster, tuperõngas)
- 3 hormooni sisaldav depoosüst (*Depo-Provera*)

- 4 hormooni sisaldav emakasisene süsteem (hormoonspiraal *Mirena*)
- 5 emakasisene vahend (vasega spiraal)
- 6 kondoom
- 7 spermitsiidid (spermatooside hävitavad tupekuulid ja -kreemid)
- 8 nahaalused implantaadid
- 9 steriliseerimine
- 10 kalendrimeetod (“ohtlike päevade” arvestamine)
- 11 katkestatud suguühe (mees ei lase spermat tuppe)
- 12 tupeloputus pärast seksuaalvahekorda
- 13 vahekorrajärgsed tabletid (SOS-pillid)
- 14 mingi muu meetod (*palun täpsustage*) _____
- 15 ei mäleta

79. Kui Te ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastaseid meetodeid, siis miks? Palun valige üks peamine põhjus. Kui Te kasutasite viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastaseid meetodeid, siis palun siirduge 80. küsimuse juurde.

- 1 soovisin rasestuda
- 2 olen/olin rase
- 3 imetasin alla kuuekuust last rinnaga
- 4 mul ei olnud teavet rasestumisvastaste meetodite kohta
- 5 kartsin rasestumisvastaste meetodite kõrvaltoimeid
- 6 partner ei soovinud/lubanud kasutada
- 7 usulistel põhjustel
- 8 mina/partner ei saa lapsi
- 9 muu põhjus (*palun täpsustage*) _____

82. Kas Te olete kunagi kartnud/kardate mõne rasestumisvastase meetodi kõrvaltoimeid/mõju tervisele?

- 1 ei
- 2 jah (*palun täpsustage, millise meetodi ja milliseid kõrvaltoimeid*) _____
- _____
- _____
- _____

83. Kas rahalised kaalutlused on viimase aasta (12 kuu) jooksul mõjutanud Teie otsust kasutada rasestumisvastaseid meetodeid?

- 1 ei
- 2 jah, kõrge hinna tõttu ei kasuta ma seda meetodit, mida sooviksin
- 3 jah, ma ei ole saanud külastada arsti nii sageli kui vajalik
- 4 muu (*palun täpsustage*) _____
- _____
- 5 ma ei ole vajanud viimase aasta jooksul rasestumisvastaseid meetodeid

84. Millal Te viimati külastasite tervishoiuasutust rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks?

- 1 vähem kui 6 kuud tagasi
- 2 6–11 kuud tagasi
- 3 1–2 aastat tagasi
- 4 3–5 aastat tagasi
- 5 üle 5 aasta tagasi

- 6 ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud
- 7 ei mäleta

85. Kuhu Te viimati pöördusite rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks?

- 1 naistearsti vastuvõtule naistenõuandlasse
- 2 naistearsti vastuvõtule erakliinikusse
- 3 ämmaemanda vastuvõtule
- 4 perearsti vastuvõtule
- 5 noorte nõustamiskeskusesse
- 6 mujale (*palun täpsustage*) _____
- 7 ei ole selle eesmärgiga vastuvõtul käinud (*palun siirduge 87. küsimuse juurde*)

88. Kuhu Te eelistaksite pöörduda rasestumisvastase nõuande või vahendi saamiseks?

Palun valige üks vastus.

- 1 naistearsti vastuvõtule naistenõuandlasse
- 2 naistearsti vastuvõtule erakliinikusse
- 3 ämmaemanda vastuvõtule
- 4 perearsti vastuvõtule
- 5 noorte nõustamiskeskusesse
- 6 mujale

98. Kui pikk Te olete? _____ cm

99. Kui palju Te kaalute (mitterasedana)? _____ kg

101. Kuidas Te hindate praegu oma tervist?

- 1 väga hea
- 2 hea
- 3 ei hea ega halb
- 4 halb
- 5 väga halb

104. Kui sageli on Teil olnud viimase aasta (12 kuu) jooksul lootusetuse tunnet, masendust, depressiooni?

- 1 üldse mitte
- 2 mitmel päeval
- 3 enam kui pooltel päevadel
- 4 peaaegu iga päev/iga päev

106. Kas Te olete suitsetanud viimase aasta (12 kuu) jooksul vähemalt ühe sigareti, esigareti, sigari või piibutäie päevas?

- 1 ei ole
- 2 ei ole, kuid olen varem suitsetanud
- 3 jah, suitsetan iga päev
- 4 jah, suitsetan aeg-ajalt

107. Kui sageli Te olete joonud end alkoholist purju viimase aasta (12 kuu) jooksul (nii, et kaotate kontrolli enda üle)?

- 1 iga päev
- 2 paar korda nädalas
- 3 kord nädalas
- 4 paar korda kuus

- 5 kord kuus
- 6 kord kahe kuu tagant
- 7 3–4 korda aastas
- 8 1–2 korda aastas või veelgi harvem
- 9 mitte kunagi

108. Kas Te olete kunagi kasutanud narkootilisi aineid (narkootikume)?

- 1 ei
- 2 jah, ühel korral
- 3 jah, mõnel korral
- 4 jah, sageli

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, KATRI OTTEP (sünd. 05.11.1993)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Rasestumisvastaste meetodite kasutamine, sellega seotud tegurid ja barjäärid 16–44-aastaste naiste hulgas Eestis,“ mille juhendajateks on Made Laanpere ja Inge Ringmets,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 1. juunil 2017. a