

Rasestumisvastaste meetodite kasutamine 16–44aastaste naiste hulgas Eestis: levimus, sotsiaal-majanduslikud ja tervishoiuteenustega seotud võimalikud barjäärid

Katri Ottep¹, Made Laanpere¹⁻⁴, Inge Ringmets¹

Taust ja eesmärk. Eestis on juba kaks aastakümnet kättesaadavad kõik tänapäevased rasestumisvastased meetodid (RVM). Siiski on eelnevad uuringud näidanud, et suur osa naistest kasutab jätkuvalt mittetõhusaid RVMe (katkestatud suguühe, kalendrimeetod, spermitsiidid) või ei kasuta midagi olukorras, kus nad rasedust ei soovi.

Uuringu eesmärk oli analüüsida viimases seksuaalvahekorras RVMi kasutamist ja sellega seotud sotsiaal-majanduslike tegureid 16–44aastastel naistel Eestis ning selgitada välja võimalikud barjäärid RVMi kasutamisel.

Metoodika. Uuring põhines Eestis 2014. aastal tehtud läbilõikelisel Eesti naiste tervise uuringul seksuaal- ja reproduktiivtervise, tervisekäitumise, hoiakute ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta. Uuringu valimi aluseks oli rahvastikuregister, millest võeti Eesti naisrahvastikust kihitatud juhuvalim vanuserühmiti: 16–17, 18–24, 25–34 ja 35–44 eluaastat. Valimi suurus oli 5233 naist ning andmeanalüüsiks sobivate küsimustike arv oli 2413. Seoste leidmiseks sotsiaal-majanduslike tegurite, barjääride ja RVMi kasutamise vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi.

Tulemused ja järeldused. 74,8% Eesti naistest vanuses 16–44 aastat kasutas tõhusat RVMi, mittetõhusate RVMide kasutajaid oli 16,1% ning 9,1% ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras ühtegi RVMi. Kõige enam kasutatud RVM oli kondoom, millele järgnes kombineeritud hormonaalsete kontratseptiivide kasutamine.

Sotsiaal-majanduslikeks teguriteks, mis olid seotud mittetõhusa RVMi või RVMide mittekasutamisega, osutusid vene keel emakeelena, elukoht ühes viiest Eesti suurimast linnast, madal haridustase ning majanduslikud raskused. Uuritud tervishoiuteenustega seotud barjäärid RVMi valikut Eestis ei mõjutanud.

Rasestumisvastaste meetodite levimus on oluline seksuaaltervise indikaator, kuna näitab kaudselt nende inimeste osakaalu rahvastikus, kel on n-õ katmata kontratseptioonivajadus (ingl *unmet need for contraception*). Katmata kontratseptioonivajadus näitab, et olukorras, kus rasedust ei soovita, ei kasutata rasestumisvastasteid meetodeid (RVM) või kasutatakse mittetõhusaid meetodeid (1). Mida suurem on katmata vajadus, seda enam on soovimatuid rasedusi ja aborte. RVMi levimus on 15–49aastaste naiste osakaal, kes ise või kelle partner kasutab praegusel hetkel

vähemalt üht RVMi, jagatud naiste arvuga, kellel on risk rasestuda samal ajahetkel (1, 2). Väljendil „kasutatav RVM praegusel hetkel“ ei ole kindlat definitsiooni, kuid seda kasutatakse sageli levimuse väljendamiseks. Täpsemaks hindamiseks tuleb määrata kindel ajaperiood, näiteks viimane kuu, kuid selle puhul ei saa kindlalt väita, kui järjepidevalt meetodit kasutati. Seetõttu peetakse üheks võimaluseks kasutada levimuse hindamiseks RVMi kasutamist viimases seksuaalvahekorras (3).

RVMid jaotatakse sageli tänapäevasteks ning traditsioonilisteks, kuid olenemata

Eesti Arst 2019; 98(3):135–143

Saabunud toimetusse: 18.10.2018
Avaldamiseks vastu võetud: 25.02.2019
Avaldatud internetis: 27.03.2019

¹ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,

² Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi nais-tekliinik,

³ Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik,

⁴ Tartu Seksuaaltervise Kliinik

Kirjavahetajaautor:
Katri Ottep
katriottep@gmail.com

Võtmesõnad:
rasestumisvastased meetodid, rasestumisvastaste vahendite kasutamine, Eesti, barjäärid

sellest, kas tegemist on tänapäevase või traditsioonilise meetodiga, on RVMi tõhusus üks olulisemaid RVMi omadusi. Seetõttu jaotatakse RVMid sageli tõhususe alusel järgmiselt: meetodid, mis on soovimatu raseduse ärahoidmisel tõhusad, ja meetodid, mis on mittetõhusad. Väga tõhusateks RVMideks peetakse steriliseerimist, kombineeritud hormonaalsete kontratseptiivide (KHK), minipillide, sünteetilist progestageeni sisaldava emakasisese süsteemi (ESS), vaske sisaldava emakasisese vahendi (Cu-ESV), hormonaalse depoosüsti ja implantaadi kasutamist. Kondoomi puhul tuleb ebaregulaarset kasutamist ette kõige enam, kuid seda peetakse tõhusaks RVMiks. Mittetõhusad RVMid on spermitsiidide kasutamine, kalendrimeetod ning katkestatud suguuhe (4–5).

Alates Eesti iseseisvuse taastamisest on saanud võimalikuks kõigi erinevate tõhusate RVMide kättesaadavus, sellekohane info ja nõustamine (6). Aastal 2004/2005 tehtud Eesti naiste terviseuuringust selgus, et 16–44aastaste Eesti naiste seas oli populaarseim RVM kondoom (33,6%), millele järgnesid KHK (28,1%). Populaarseks osutus ka katkestatud suguuhe (24,3%). Kalendri-meetodit kasutas 2004. aastal 12,7% ning tupeloputuse kasutajate hulk oli 2,9% (7).

Ehkki RVMi kasutamine on seotud valikutega, mida võimaldab riiklik tervishoiupoliitika, võivad Eestis, kus RVM ja tervishoiuteenused on kättesaadavad, mängida rolli ka demograafilised ja sotsiaal-majanduslikud tegurid, mis avaldavad inimeste seksuaalkäitumisele suuremal või vähemal määral mõju. Mõningad tegurid, mis võivad kontratseptiooni kasutamist mõjutada, on vanus (8–12), emakeel (8, 10, 13), haridus (11, 13–15), perekonnaseis (8, 10–12, 14) ning majanduslik olukord (sh tööhõive) (10, 12, 16–17).

RVMi kasutamist võivad mõjutada veel mitmed barjäärid, mis võivad olla seotud RVMide kättesaadavusega, tervishoiuteenustega ja RVMi-teadmistega, sh seksuaalhariduse olemasoluga ja kvaliteediga koolis. RVMide kasutamist mõjutavad ka valeuskumused, mis on seotud puudulike teadmiste ja hirmudega, raskustega emakeelse teabe kättesaamisel või tervishoiuteenusega seotud negatiivsete kogemustega (18).

Uuringu eesmärk oli analüüsida viimases seksuaalvahekorras tõhusate ja mittetõhusate RVMide kasutamist või kasutamata

jätmist ning sellega seotud sotsiaal-majanduslikke tegureid 16–44aastastel naistel Eestis ning selgitada välja mõnede võimalike barjääride seoseid RVMide kasutamise

METOODIKA

Valim

Artikkel põhineb Eestis 2014. aastal tehtud läbilõikelisel uuringul Eesti naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise, tervisekäitumise, hoiakute ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta (19). Uuringu valimi aluseks 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. Valimi suurus oli 5233 naist, kellest 3811 olid eesti ning 1422 vene emakeelega. Uuringu tegemiseks andis loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (luba 226/T-7; 19.06.2013) (19). Uuringu põhjal koostati Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis magistritöö „Rasestumisvastaste meetodite levimus ning sellega seotud barjäärid 16–44-aastaste naiste hulgas Eestis.“

Andmeanalüüsist jäeti välja naised, kes ei vajanud RVMi, sh naised, kes polnud elu jooksul olnud seksuaalvahekorras, kelle viimane seksuaalvahekord oli enam kui 2 aastat tagasi, kes olid rasedad, soovisid rasestuda, ei saanud lapsi, imetasid alla 6 kuust last rinnaga või kellel oli viimases seksuaalvahekorras naissoost partner. Lisaks jäid välja naised, kes ei olnud vastanud küsimusele „Millist rasestumisvastast meetodit tarvitasite viimases seksuaalvahekorras?“ või küsimusele „Kui Te ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastast meetodit, siis miks?“.

Uuringu korraldus

Uuringus kasutati anonüümset valikvastustega küsimustikku, milles sooviti saada andmeid naiste lähisuhete, viljatuse, tervishoiuteenuste kasutamise ja nendega rahuolu, RVMide kasutamise, lastesaamisplaanide, vägivalda ning üldise tervise kohta. Küsimustik saadeti postiga koju ning seda oli võimalik täita nii eesti kui ka vene keeles. Lisaks oli võimalus täita küsimustik soovi korral internetis keskkonnas LimeSurvey. Saadetud postitus sisaldas ka margistatud ümbrikku küsimustiku tagastamiseks ning lisaümbrikku individuaalse koodiga.

Lisaümbrik saadeti tagasi eraldi täidetud küsimustikust. Koodi kasutati mittevastavate väljaselgitamiseks, kellele saadeti üks kuu hiljem meeldetuletus ning kaks kuud hiljem uus küsimustik. Andmeanalüüsiks sobivate küsimustike arv oli 2413. Lõplikuks vastasmääraks kujunes 47,0%.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi STATA 12.1. Joonised tehti programiga Microsoft Word 2016. RVMi levimuse väljaselgitamiseks arvutati levimusmäärad koos 95% usaldusvahemikuga. Levimusmäärade arvutamisel oli lugejaks vastava RVMi kasutajate arv ning nimetajaks RVMi vajavate naiste arv. RVMi levimus arvutati nii vanuserühmiti kui ka kogu valimi kohta. Sotsiaal-majanduslike tegurite ja barjääride kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid koos sageduste ning protsentidega. Andmeid illustreeriti rühmitatud arvjoonistega.

Andmeanalüüsiks tehti RVMi kasutamise kirjeldamiseks kaheväärtuseline sõltuv tunnus kogu artikli ulatuses – tõhusate RVMide kasutajad ja mittetõhusate (sh ei kasutanud) RVMide kasutajad viimases seksuaalvahekorras. Naised, kes kasutasid korraga tõhusat ja mittetõhusat RVMi, arvati tõhusate RVMide kasutajate hulka. Seoste leidmiseks sotsiaal-majanduslike tegurite, barjääride ja RVMi kasutamise vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi, kuhu kaasati need naised, kes olid vastanud kõikidele mudelis kasutatud tunnustele. Arvutati šansside suhe (ŠS) koos 95% usaldusvahemikuga (95% uv). RVMide ning nende kasutamisega seotud barjääride seoseid analüüsivates mudelites kohandati seosed vanusele, elukohale, emakeelele, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule.

TULEMUSED

Rasestumisvastaste meetodite levimus

2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetest selgus, et valimis oli 1588 naist, kes vajasisid RVMi. Neist 81,2% kasutas üht, 9,7% kaht või enamat ning 9,1% ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras ühtegi RVMi. Enamik (74,8%) naistest kasutas tõhusaid meetodeid, 16,1% kasutas mittetõhusaid meetodeid ning viimases seksuaalvahekorras ei kasutanud ühtegi RVMi 9,1% naistest – seega oli Eesti naiste seas katmata kontrat-

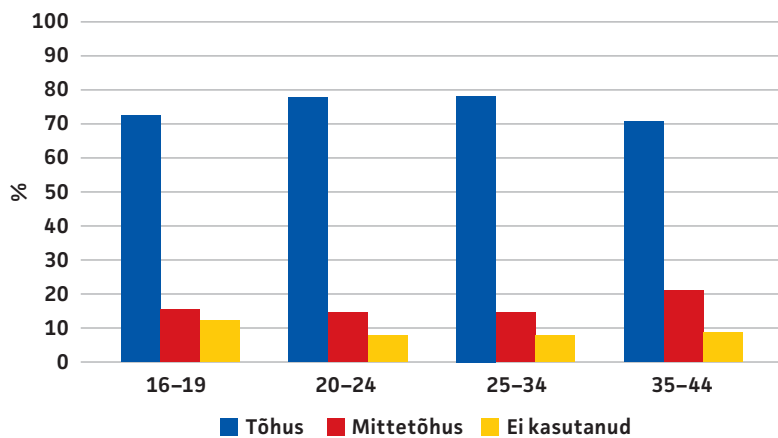
septsioonivajadus 25,2%. Pooled RVMide mittekasutajad vastasid, et mittekasutamise põhjuseks oli partneri soov või nõue meetodit mitte kasutada, kolmandikul oli kartus RVMi kõrvaltoimete ees, kuid oli ka muid põhjuseid.

RVMide kasutamise levimus Eesti 16–44aastaste naistel meetodite kaupa on toodud tabelis 1. Kõige rohkem kasutasid Eesti naised kondoomi, millele järgnes KHK (pillid, plaaster, tuperõngas) kasutamine. Katkestatud suguühe oli sagedasim mittetõhus RVM, mida kasutas Eestis iga

Tabel 1. Rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamise levimus (% ja 95% uv) viimases seksuaalvahekorras Eesti naiste seas 2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetel

RVM*	Kokku (n = 1588)
Tõhusad	
hormonaalsed	28,2 (26,0–30,5)
depoosüst	0,2 (0,03–0,5)
ESS	5,2 (4,2–6,5)
Cu-ESV	4,8 (3,8–6,0)
kondoom	39,1 (36,7–41,6)
steriliseerimine	0,8 (0,4–1,4)
Mittetõhusad	
spermitsiidid	0,8 (0,4–1,4)
kalendrimetod	3,8 (2,9–4,9)
katkestatud suguühe	16,5 (14,8–18,5)
tupeloputus	1,2 (0,7–1,9)
SOS-pillid	1,8 (1,2–2,5)
Ei kasutanud	9,1 (7,8–10,7)

* Naistel oli võimalik valida mitu vastusevarianti. RVM – rasestumisvastane meetod; Cu-ESV – vaske sisaldav emakasine vahend; ESS – sünteetilist progestageeni sisaldav emakasine süsteem



Joonis 1. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine vanuserühmiti (%) viimases seksuaalvahekorras 2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetel.

Tabel 2. Sotsiaal-majanduslike tegurite seos (ŠS 95% uv) viimases seksuaalvahekorras rasestumisvastaste meetodite (RVM) kasutamisega 16–44aastaste naiste seas 2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetel

Tunnus	Kokku n=1588	Kohandamata ŠS (95% uv)	Kohandatud ŠS* (95% uv)
Vanus			
16–19	554 (34,9)	1	1
20–24	316 (19,9)	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,7–2,1)
25–34	365 (23,0)	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,6–2,4)
35–44	353 (22,2)	0,9 (0,6–1,2)	0,8 (0,4–1,5)
Emakeel			
eesti	1280 (80,6)	1	1
muu	292 (18,4)	0,4 (0,3–0,6)	0,5 (0,3–0,6)
vastamata	16 (1,0)		
Elukoht			
Tallinn/Tartu/ Pärnu/Kohtla-Järve/ Narva	835 (52,6)	1	1
muu linn	391 (24,6)	1,5 (1,1–2,1)	1,4 (1,0–2,0)
maa-asula	350 (22,0)	1,2 (0,9–1,5)	1,0 (0,7–1,4)
vastamata	12 (0,8)		
Haridustase			
põhiharidus või vähem	583 (36,7)	1	1
kesk- ja keskeriharidus	689 (43,4)	1,1 (0,9–1,4)	1,4 (0,9–2,1)
kõrgharidus	306 (19,3)	1,5 (1,1–2,2)	1,9 (1,1–3,3)
vastamata	10 (0,6)		
Perekonnaseis			
abielus	337 (21,2)	1	1
vabaabielus	684 (43,1)	1,2 (0,9–1,6)	0,9 (0,6–1,3)
muu	550 (34,6)	0,8 (0,6–1,2)	0,7 (0,5–1,0)
vastamata	17 (1,1)		
Tööhõive			
töötav	652 (41,0)	1	1
töötu	39 (2,5)	0,9 (0,4–2,0)	1,1 (0,6–2,9)
kodune	184 (11,6)	0,9 (0,6–1,4)	0,9 (0,6–1,3)
õpilane/üliõpilane	672 (42,3)	1,1 (0,8–1,4)	1,5 (0,9–2,4)
vastamata	41 (2,6)		
Raskused arvete maksmisega			
harva/mitte kunagi	1075 (67,7)	1	1
mõnikord	338 (21,3)	0,8 (0,6–1,0)	0,9 (0,7–1,2)
alati/sageli	151 (9,5)	0,4 (0,3–0,6)	0,5 (0,4–0,8)
vastamata	24 (1,5)		

*Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele.

viies-kuues naine sõltumata vanusest. Lisaks oli valimis palju naisi, kes viimases seksuaalvahekorras ei kasutanud ühtegi RVMi või kasutasid mitut RVMi korraga.

Joonis 1 kajastab RVMide kasutamist (tõhus, mittetõhus, ei kasutanud) vanuserühmiti. Kõige enam mittetõhusate RVMide kasutajaid oli vanuses 35–44 (21,0%) ja kõige enam RVMide mittekasutajaid vanuses 16–19 aastat (12,3%). Kõige sagedamini kasutatav üksikmeetod (ainus meetod seksuaalvahekorra ajal) 16–44aastaste naiste viimases seksuaalvahekorras oli kondoom (31,8%). Kondoomi kasutajate hulk vähenes vanuse suurenedes. Sellele järgnesid KHK (23,6%) ja katkestatud suguühe (11,3%). Naised vanuses 35–44 kasutasid kõige vähem KHKd ja kondoomi. Nende hulgas oli lühiaegse toimega RVM asendunud pikatoimeliste meetoditega ning steriliseerimisega. Siiski tõusis vanusega ka spermitsiidide ja kalendrimeetodi kasutajate osakaal. Populaarseimaks topeltmeetodiks neid kasutavate naiste seas oli KHK ja kondoomi kasutamine (29,3%). Kondoomi ja katkestatud suguühel kasutas 18,9% ning kalendrimeetodit ja katkestatud suguühel 12,8% topeltmeetodit kasutavatest naistest.

Sotsiaal-majanduslikud tegurid

Naiste keskmine vanus oli 26 eluaastat (standardhälve 8,8 aastat). Ligikaudu 80% vastajatest olid eesti emakeelega. Veidi üle poole vastajatest elas ühes viiest Eesti suurimast linnast. Üle poole vastajatest olid nooremad kui 25 eluaastat, mistõttu on kõrgharidusega naiste osakaal valimis väiksem kui Eesti 15–44aastaste naiste hulgas (20). Ligikaudu kaks kolmandikku vastanutest olid abielus või vabaabielus. Üliõpilasi ja õpilasi ning töötavaid naisi oli valimis peaaegu võrdselt. Enam kui pooltel vastanutest ei ole enda hinnangul olnud peaaegu kunagi raskusi arvete maksmisega.

RVMide seosed sotsiaal-majanduslike teguritega on toodud tabelis 2. Mittetõhusa RVMi valik või RVMi mittekasutamine oli statistiliselt oluliselt seotud vene emakeelega, elukohaga viies suuremas linnas, madalama haridustaseme ja raskustega arvete maksmisel.

Barjäärid rasestumisvastaste meetodite kasutamisel

Tõhusate ja mittetõhusate RVMide kasutamise/mittekasutamise seosed majanduslike

ja tervishoiuteenusega seotud barjääridega on esitatud tabelis 3. Rahalised kaalutlused ei olnud seotud RVMi valikuga 85%-l naistest. Siiski oli mittetõhusaid RVMe (sh RVMe mittekasutanud) kasutanud naiste hulgas ligikaudu kaks korda rohkem neid, keda rahalised kaalutlused RVMi valikul mõjutasid võrreldes tõhusaid RVMe kasutanud naistega (vastavalt 13,6% ja 6,2%). Naistearsti oli külastanud 82% naistest ja enam kui kolmandikul oli esinenud takistusi naistearsti külastamisel. Kõige sagedasem takistus oli pikk ootejärjekord. RVMi kohta nõuande saamiseks oli viimase aasta jooksul naistearsti juures käinud 32,1% vastanuist ja hoolimata nimetatud takistustest ei olnud see tõhusate RVMide kasutamisega seotud.

Rahulolu esimese naistearsti-külastusega on üldiselt kõrge, eriti nooremates vanuserühmades, ning ei olnud seotud RVMi valikuga.

Joonisel 2 on kajastatud 16–44aastaste naiste RVMi-nõuande saamise koha eelistuste kokkulangevus tegelikkusega ehk viimati külastatud tervishoiuteenuse osutajaga. Eelistuste ja tegelikkuse kokkulangevust analüüsi nende naiste hulgas (n = 855), kes olid märkinud nii eelistatud kui ka viimati külastatud tervishoiuasutuse.

Ligikaudu kolmveerand (74,5%) naistest oli pöördunud RVMi-nõuande saamiseks enda eelistatud tervishoiuteenuse osutaja poole. Kõige rohkem eelistasid naised pöörduda naistearsti poole naistenõuandlasse või erakliinikusse. Naistenõuandlat eelistanutest pöördus viimati sinna 77,8% ning erakliinikut eelistanutest 66,4%. Kõige suurem oli eelistuste ja tegelikkuse kokkulangevus RVMi-nõuande saamiseks noorte nõustamiskeskusesse pöörduda eelistanute puhul (83,9%). Ülejäänud 16,1% käisid viimati RVMi-nõuande saamise eesmärgil mõne muu tervishoiuteenuse osutaja juures. RVMi asjus nõustamiseks pöördus ämmaemanda poole 40% ning perearsti vastuvõtule 52,5% neid eelistanud naistest.

ARUTELU

Uuringu põhjal kasutas 74,8% Eesti naistest vanuses 16–44 viimases seksuaalvahekorras tõhusat RVMi. Mittetõhusate RVMide kasutajaid oli 16,1% ning 9,1% ei kasutanud viimases seksuaalvahekorras ühtegi RVMi. Selle põhjal võib väita, et neljandikul Eesti viljakas eas naistest on suur risk soovimatuks raseduseks. Mittetõhusate RVMide kasutamine ja RVMi mittekasutamine oli sagedasem vene emakeelega naistel, ühes

Tabel 3. Barjääre kirjeldavate tunnuste seos (ŠS 95% uv) viimases seksuaalvahekorras rasedumisvastaste meetodite (RVM) kasutamisega 16–44aastaste naiste seas 2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetel

Tunnus	Kokku n = 1588	Kohandamata ŠS (95% uv)	Kohandatud ŠS* (95% uv)
Rahaliste kaalutluste mõju RVMi kasutamisele			
ei	1340 (84,4)	1	1
jah	128 (8,1)	0,4 (0,2–0,5)	0,4 (0,3–0,6)
vastamata	120 (7,5)		
Takistused naistearsti külastamisel viimase 5 aasta jooksul			
ei	713 (44,9)	1	1
jah	609 (38,4)	1,1 (0,9–1,4)	1,0 (0,7–1,3)
pole külastanud viimase 5 aasta jooksul	259 (16,3)		
vastamata	7 (0,4)		
Rahulolu esimese naistearsti-külastusega			
positiivne	761 (47,9)	1	1
ei positiivne ega negatiivne	341 (21,5)	0,8 (0,6–1,1)	1,0 (0,7–1,4)
negatiivne	200 (12,6)	0,8 (0,6–1,2)	1,0 (0,7–1,4)
ei ole käinud naistearsti juures	275 (17,3)		
vastamata	11 (0,7)		

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

viiest Eesti suurimast linnast (Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva) elavatel naistel, põhi- või madalama haridusega naistel ning neil, kel on sageli raskused arvete maksmisega. Majandusliku teguri olulisust täiendab see, et mittetöhusate RVMide kasutajate ja RVMi mittekasutajate hulgas oli enam neid, kellel rahalised kaalutlused mõjutasid RVMi kasutamist võrreldes töhusate RVMi kasutajatega. Tervishoiuteenustega seotud barjääre ei leitud.

Kontratseptiooni levimust eri riikides on keeruline võrrelda, sest selle uurimiseks kasutatakse erinevaid meetodeid. Mitmes uuringus on RVMi kasutamist hinnatud praeguse hetke alusel, mõnes uuringus on võetud ajaperioodiks viimased 30 päeva. RVMi kasutamise järjepidevuse ja õigesti kasutamise kohta on raske infot saada, mistõttu kasutavad paljud RVMi kasutamise hindamiseks RVMi kasutamist viimases seksuaalvahekorras. Selle meetodi puhul on siiski piiranguks asjaolu, et RVMi kasutamisel mingil ajahetkel ei võeta arvesse RVMi kasutamise järjepidevust ega korrektsust (3–4).

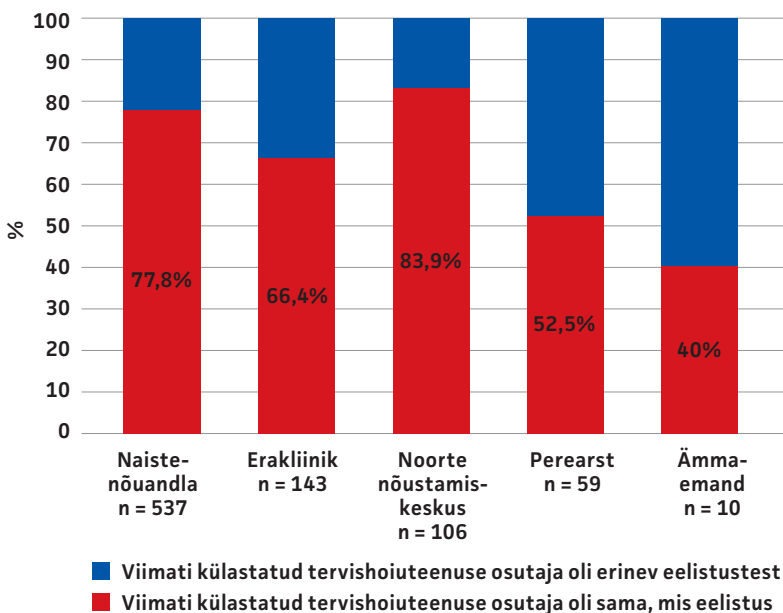
Idealis võiksid kõik, kes ei soovi raseduda, kasutada mõnda töhusat RVMi. Eestis on viimase kahe kümnendi jooksul töhusate RVMide kasutamine suurenenud (21) ja abortiivsuskordajad märkimisväärselt kaha-

nenud (22). Siiski, näiteks 2008. aastal, kui Euroopas koguti viimati andmeid RVMide kasutamise kohta projekti REPROSTAT käigus 27 liikmesriigis, oli katkestatud suguühte kasutamise osakaal Eestis kõige suurem (23). Asjaolu, et naised Eestis kasutavad endiselt palju mittetöhusaid meetodeid, on raske selgitada. Töhusate RVMide kättesaadavus on hea, sh on olemas odavad pikatoimelised meetodid (ingl k *long-acting reversible contraception*, LARC). Ka on pärast sünnitust võimalik aasta jooksul paigaldada tasuta Cu-ESV.

Kohustuslik seksuaalharidus Eesti koolides käsitleb ka pereplaneerimise meetodeid (24). Samas oli kõige enam neid, kes üldse RVMi ei kasutanud, just vanuses 16–19 aastat. Mõneti on see arusaadav, sest noorte seas on rohkem riskeerivat seksuaalkäitumist, mis võib selgitada ka RVMide mittekasutamise põhjuseid (25). Samas kasutavad noored vanematest oluliselt rohkem seksuaalvahekorrajärgseid SOS-pille. Lisaks katkestatud suguühte ning RVMi mittekasutamisele on 16–24aastaste seas rohkem tupeloputuse kasutajaid kui vanemate naiste seas ning see on mõnevõrra üllatav. Niisiis, kuigi noored on saanud vanematest naistest rohkem SHd ning nad peaksid olema kursis töhusate ja mittetöhusate RVMidega, ei tundu see alati paika pidavat (13, 19).

Mittetöhusate RVMide kasutajaid oli enim vanuses 35–44, nt spermitsiidide ja kalendrimeetodi levimus kasvas vanusega. Ka varem on Eestis leitud, et naised vanuses 35–44 kasutavad oluliselt rohkem mittetöhusaid meetodeid kui nooremad naised (6). Mittetöhusate RVMide või meetodi mittekasutamise põhjuseid võib olla mitmeid. Näiteks võivad naised selles vanuses arvata, et nende viljakas periood on läbi ning rasedumise tõenäosus on väike (26). Samuti võib olla oluline asjaolu, et vanemate naiste esmasseksuaalvahekord ja aktiivsem seksuaalelu periood jäi aega, kui info töhusate RVMide kohta ei olnud kättesaadav, mistõttu on osa naisi jäänud kasutama neile eelnevalt teada meetodeid (14).

Kõige sagedamini kasutatav RVM viimases seksuaalvahekorras 16–44aastaste Eesti naiste hulgas oli kondoom. HIVi nakatumine on Eestis suur probleem ja turvaseksi kampaaniad (27) on tõenäoliselt suurendanud kondoomi kasutamist (3).



Joonis 2. Rasedumisvastaste meetodite alase nõuande saamise kohtade eelistuste kokkulangevus viimati külastatud tervishoiuteenuse-osutajaga 16–44aastaste naiste seas 2014. aasta Eesti naiste terviseuuringu andmetel.

Uuringu andmetel oli kondoomi kasutus suurim teismeliste seas ja need andmed ühtivad Eestis eelnevalt avaldatud uuringutega (6, 13). Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel oli 2011. aastal 19–24aastastest küsitletud noortest 72% ning 25–29aastastest 85% teadmised seksuaalsel teel levivate infektsioonide vältimisest head (28). TAI andmete kohaselt on kondoomi kasutamine 10–29aastaste noorte seksuaalvahekorras viimase kümne aastaga kasvanud (28). Vanemates vanuserühmades oli kondoomi kasutamise levimus väiksem – eeldatavalt on naised rohkem püsisuhetes kindla partneriga ning seetõttu on suguhaigustesse nakatumise risk väiksem (11). Samas on Eestis HIVi esmashaigestunute seas järjest rohkem nii naisi kui ka mehi just vanemates vanuserühmades (29). Kuigi vanuses 35–44 oli palju mittetöhusate RVMide kasutajaid või mitte ühtegi meetodit kasutanud naisi, on nende seas ka kõige rohkem LARC kasutajaid (9, 11).

Üle maailma on just noortele hakatud soovitada LARC kasutamist, kuna noored soovivad tõenäoliselt rasedust edasi lükata aastaid (30–31). Siiski ei ole LARC kasutamine Eesti noorte seas veel väga levinud, ehkki ka Eestis on naistearstid hakanud neid noortele enam soovutama.

Üks olulisematest sotsiaal-majanduslikest teguritest, mis mõjutab RVMiga seotud käitumist, on vanus (8–12). Siiski ei selgunud artikli andmetest, et naise vanus oleks seotud viimases seksuaalvahekorras kasutatud RVMiga (töhus, mittetöhus / ei kasutanud). Küll on RVMi kasutamisega seotud elukoht ning haridustase. Naistel, kes elasid muudes linnades (v.a Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve või Narva) oli 1,4 korda suurem šanss kasutada töhusaid RVMe kui viies suurimas Eesti linnas elavatel naistel. Võimalik, et suuremates linnades on raskem naistearsti vastuvõtule pääseda, kuid see on vaid hüpotees. Uuringu tulemustest selgus, et kõrgema haridustasemega naistel oli 1,9 korda suurem šanss kasutada töhusaid RVMe võrreldes põhi- või madalama haridustasemega naistega. Seost haridustaseme ja RVM kasutamise vahel on kirjeldatud ka varem (11, 14). RVMi 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 töhusaid RVMe

kui neil, kellel on harvem või pole üldse raskusi arvete maksimisega. Sellist seost RVMi kasutamise ja majanduslike raskuste vahel on kirjeldatud ka varem nii Eestis (6) kui ka mujal maailmas (32).

RVMi kasutamise ja tervishoiuteenusega seotud barjääride seoseid välja selgitada ei õnnestunud. Ei saa väita, et barjäärid naistearsti külastamisel ning rahulolu esimese naistearsti-külastusega olid seotud RVMi kasutamisega. Ainsaks barjääriks, millega RVMi kasutamine oli oluliselt seotud, olid taas kord rahalised takistused soovitud RVMi kasutamisel – 8,1% leidis, et neil on rahaliste kaalutluste mõju RVMi kasutamisele ja neil oli 2,5 korda väiksem šanss kasutada töhusaid RVMe võrreldes naistega, keda raha ei mõjuta. See võib mõjutada ka visiiti tervishoiuasutusse, ehkki perearsti külastus ja visiit noortekeskusesse on tasuta. LARC soovitamine naistele võib oluliselt suurendada nende kasutamist ning vähendada igakuiste rahaliste kaalutluste mõju RVMi valikul (33).

Muud takistused naistearsti juurde pääsemisel (ajakulu, kaugus elukohast, pikad järjekorrad) võivad olla olulised barjäärid töhusate RVMide kasutamisel (18). Siiski ei osutunud need uuringus RVMi valikul statistiliselt oluliseks.

Eestis on rahuolu nii tervishoiuteenusega üldiselt kui ka RVMi saamiseks tehtud külastusega suur (34). See, millise kogemuse saab inimene oma esimesel arstivisiidil, on oluline tegur edaspidi abi otsimisel ja seotud preventiivsete tervisemeetmete kasutamisega (35). Uurimuses eeldati, et naised, kelle esimene visiit naistearsti juurde oli seotud negatiivse kogemusega, on edaspidi hoidunud naistearsti külastamast ning kasutavad seetõttu rohkem mittetöhusaid RVMe või kasuta neid üldse. Sellist seost ei leitud. Varem on leitud, et Eestis on 16–24aastastel naistel naistearsti juurde minemise takistuseks peamiselt häbitunne ning hirm günekoloogilise läbivaatuse ees (13).

Uuriti ka seda, kas patsiendid saavad neile vajalikku tervishoiuteenust, s.t nõustamist rasestumisest hoidumiseks kohast, kus nad seda saada soovivad. Aastal 2014 pöördus kolmveerand naistest RVMi kohta nõuande saamiseks enda eelistatud tervishoiuteenuse pakkuja poole. Kõige enam on noorte nõustamiskeskust eelistanud naised viimati ka seal käinud. Noortekeskuste roll

on hindamatu – Eesti teismeliste seksuaal-tervise indikaatorid (soovimatud rasedused, suguhaiguste levimus) on maailmas teednäitavad (27). Kuigi ämmemandat ja perearsti eelistab RVMi nõuande pakkujana ka praegu vaid 8% naistest, ei olnud nad seda eelistust kasutanud. Arvestades riikliku tervishoiupoliitika arengut, kus esmatasandi tervisekeskustes töötab iseseisev ämmaemand, kelle peamine roll on olla naise elukaarel ennetava abi pakkuja, on kontratseptsiooni asjus nõustamine minemas ka regulatiivselt esmatasandile. Selleks et ka inimesed kaasa tuleks, on tõenäoliselt tarvis tõhusat teavitustööd.

Artikli tugevuseks võib pidada piisavalt suurt ja esinduslikku rahvastikupõhist valimit. Oluline on asjaolu, et valimi moodustamisel jäeti välja naised, kes tegelikult RVMe ei vaja, mistõttu kajastavad töös selgunud seosed RVMide kasutamist naistel, kes neid vajavad.

Tähelepanu tuleb juhtida ka uuringu nõrkadele külgedele, mis on osaliselt tingitud läbilõikeuuringute piiratud võimest selgitada põhjuslikke seoseid. Vastamäär 47% oli oodatud, kui valimit koostati. Siiski peegeldavad tulemused vaid poolte arvamust ning see võib lõplikku tulemust mõjutada. Artikli üheks nõrkuseks võib pidada RVMide jaotamist tõhusaks ja mitte-tõhusaks vaid viimases seksuaalvahekorras kasutatud meetodi järgi. Selline jaotus võib olla vaieldav, kuna meetodi tõhusus sõltub selle korrektsest kasutamisest ja seksuaalvahekordade sagedusest (4). Neid tegureid küsimustiku põhjal uurida ei saanud.

JÄRELDUSED

1. Eesti naistest vanuses 16–44 aastat kasutab mittetõhusaid RVMe 16,1% või ei kasuta neid üldse 9,1%, ehkki ei soovi rasestuda. Nendel on võimalus soovimatuks raseduseks ja abordiks. Mittetõhusaid RVMe kasutataval naistel või naistel, kes RVMi ei kasuta, on vaja rohkem tõendusmaterjali infot, sh traditsiooniliste meetodite vähese tõhususe kohta soovimatute raseduste ärahoidmisel.
2. Sotsiaal-majanduslikud tegurid, mis olid seotud RVMi mittekasutamise ja mittetõhusa RVMi kasutamisega, olid vene emakeel, elukoht ühes viiest Eesti suurimast linnast, madal haridustase ning raskused arвете maksmisel.

3. RVMi valik ei olnud seotud takistustega tervishoiuteenuse saamisel ja enamik naistest on külastanud kontratseptsiooni kohta nõuande saamiseks nende eelistatud tervishoiuasutust.

TÄNUAVALDUS

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

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemadega.

SUMMARY

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

Katri Ottep¹, Made Laanpere¹⁻⁴, Inge Ringmets¹

Since Estonia regained its independence in 1991 modern contraceptives have become available to women. The choice between effective contraceptives is diverse and scientific information on family planning is easily accessible. Although all modern contraceptives are widely available in Estonia, there are still a number 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 the factors associated with it.

This article is based on a survey carried out in 2014 – Estonian Women’s Health 2014: sexual and reproductive health, health behaviour, attitudes and use of healthcare services. The questionnaires were sent to women who were picked randomly from the Estonian Population Registry. As this study was focused on contraceptive use, we excluded women who had no need for contraceptives, e.g had never had sexual intercourse.

The results showed that there were 1588 women who needed some form of contraceptive. Of the women aged 16–44, 74.8% used an effective contraceptive in 2014, 16.1% used ineffective contraceptives and 9.1% did not use any contraceptives at all.

¹ Department of Family Medicine and Public Health, University of Tartu, Estonia, ² Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Tartu, Estonia, ³ Womens Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia, ⁴ Sexual Health Clinic, Tartu, Estonia

Correspondence to: Katri Ottep
katriottep@gmail.com

Keywords: contraception, contraceptive use, Estonia, barriers

The most frequently used contraceptive was the condom, followed by hormonal contraceptives (pill, patch and/or ring) and withdrawal.

16.1% women used ineffective contraceptives and 9.1% didn't use any contraceptives in their last sexual intercourse. Based on this article, 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. The only barrier which influenced contraceptive use was the cost of contraceptives. These factors should be addressed in order to diminish the effect that they have on contraceptive use.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet* 2012;380:172–80.
2. Society of Family Planning. Use of the Mirena TM LNG-IUS and Paragard TM CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81:367–71.
3. 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>).
4. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83:397–404.
5. 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.
6. 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.
7. Part K, Laanpere M, Rahu K jt. Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2007.
8. Lippus H, Laanpere M, Tuisk T jt. Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst* 2013;2:253–60.
9. World Health Organization. Reproductive health indicators reproductive health and research guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: WHO; 2006.
10. World Health Organization. Unmet need for family planning. Geneva: WHO; 2016.
11. Ruiz-Muñoz D, Pérez G. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gac Sanit* 2013;27:64–7.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Heal* 2008;85:125–35.
17. 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.
18. 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.
19. Lippus H, Laanpere M, Part K jt. Eesti Naiste Tervis 2014: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2015.
20. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. ETU10: Tervise enesehinnang soo ja vanuserühma järgi. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018. (<http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>).
21. Ottep K, Laanpere M, Ringmets I. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine, sellega seotud tegurid ja barjäärid 16–44-aastaste naiste hulgas Eestis [master thesis]. Tartu: Tartu University; 2017. (<https://dspace.ut.ee/handle/10062/57202>).
22. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. RK20: Abortiivuskindajad aborti liigi ja naise elukoha järgi. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018. (<http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>).
23. Silva MO, Albrecht J, Olsen J, et al. The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011;16:1–70.
24. Part K, Haldre K, Palm E jt. Kooli seksuaalhariduse mõjust Eestis. *Haridus* 2011;4:39–47.
25. 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.
26. Nettleman MD, Chung H, Brewer J, et al. Reasons for unprotected intercourse: analysis of the PRAMS survey. *Contraception* 2007;75:361–6.
27. 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.
28. Trummal A, Gluškova N, Murd M. HIV-i teemaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011.
29. Rüütel K, Trummal A, Salekešin M jt. HIV-epideemia Eestis: strateegilise info analüüs. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2012.
30. Girma S, Paton D. Is education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England. *Soc Sci Med* 2015;131:1–9.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Laanpere M, Rahu K, Part K jt. Naiste eelistused ja rahulolu peereplaneerimise nõustamisega Eestis. *Eesti Arst* 2009;88:715–23.
35. Alden DL, Do MH, Bhawuk D. Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modeling and measurement. *Soc Sci Med* 2004;59:2219–32.