

Naiste eelistused ja rahulolu pereplaneerimise nõustamisega Eestis

Made Laanpere^{1,2}, Kaja Rahu^{3,4},
Kai Part^{1,2}, Kai Haldre^{1,5}, Helle Karro¹ –

¹Tartu Ülikooli naistekliinik,

²Tartu Seksuaaltervise Kliinik,

³Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond,

⁴Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste

Keskus, ⁵Tallinna Seksuaaltervise Kliinik

Võtmesõnad: seksuaaltervis, pereplaneerimise nõustamine, kontratseptsioon, rahulolu

Seoses ümberkorraldustega tervishoiusüsteemis on pereplaneerimise nõustamisega Eestis hakanud lisaks nais-earstidele tegelema ka teiste erialade arstid, õed ja ämmaemandad, lisanud on uut tüüpi tervishoiuasutusi. Tundsi huvi, kuhu Eestis pöörduvad 25–44aastased naised rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks, milliseid tervishoiuasutusi nad eelistavad ja mis mõjutab rahulolu teenusega. Uuringus kasutati 835 naise andmeid 2004.–2005. a tehtud postiküsitlusest „Eesti naiste tervis“. Enamik vastanuist oli nõustamise eri külgedega (sõbralikkus / asjatundlikkus / usaldusväärus / visiidi kestus) rahul kõigis uuritud tervishoiuasutustes. Kõige enam sooviti pöörduda naistenõuandlasse, seejärel erakliinikuisse ja vähem perearstikeskusesse. Teenusega rahulolu oli mõnevõrra suurem erakliinikute ja perearstikeskuste patsientidel võrreldes naistenõuandla külastajatega. Statistiliselt oluline

erinevus ilmnis visiidi kestuse ja personali usaldusvääruse puhul. Abortide arvu jätkuva vähenemise tagamiseks ja eriarstiabi koormuse vähendamiseks peaks perearstikeskuste osatähtsus pereplaneerimise nõustamisel olema senisest märksa suurem.

Eestis on legaalselt indutseeritud abortide üldarv ja abortiivsuskindaja viimase 15 aasta jooksul vähenenud enam kui kaks korda (1992. a 69,6 ja 2007. a 26,3 aborti 1000 fertiilses eas naise kohta) (1). Siiski jääb see näitaja paljude arenenud Euroopa riikide omast oluliselt suuremaks (näiteks 2007. a Soomes 9,0; 2005. a Taanis 12,2; 2004. a Hollandis 10,4 ja Saksamaal 7,8) (2, 3). Eesti abordiregistri andmetel katkestati 2007. a 36% kõigist rasedustest, neist 60% olid kordusabordid (1).

Heal tasemel seksuaaltervise teenused koos üldise seksuaalideoloogia ning haridusega on ühiskonna seksuaaltervise põhilised mõjutajad (4). 20. sajandi teisel poolel tehtud investeeringud seksuaalharidusse ja seksuaaltervise teenustesse koos nüüdisaegsete rasestumisvastaste vahendite kättesaadavuse paranemisega on olulisel määral suurendanud viimaste kasutamist paljudes riikides (5). Võimalus saada pereplaneerimise nõuannet esmatasandi arstiabis on positiivselt mõjutanud rasestumisvastaste vahendite kasutamist (6). Eestis, kus tänapäevased rasestumisvastased vahendid on kättesaadavad, kuid seksuaalhariduse tase tänaseni ebahühtlane, võib nõustamine osutada pereplaneerimisotsuste tegemisel määravaks.

Pereplaneerimise nõustamise teenus (*family planning service*) kuulub traditsiooniliste seksuaaltervise teenuste hulka, käsitledes peale raseduse vältimise ka raseduse planeerimist. Käesolevas artiklis mõistame selle all tervishoiuasutusse pöördumist rasestumisvastase nõuande/meetodi saamiseks.

Seksuaaltervise teenuste kvaliteet on rahvatervise seisukohalt väga oluline, sest peale üksikisiku ja paari tervise mõjutab inimeste seksuaaltervis kogu ühiskonna tervist ja demograafilisi protsesse (7). Kontratsiooni vajavate inimeste hulk on märkimisväärselt suur: näiteks Soomes tehti 1990ndate alguses 17% kõigest 25–44aastaste naiste visiitidest tervishoiuasutustesse just sel eesmärgil (8). Tõendus põhised juhised seksuaaltervise teenuste kvaliteedi mõõtmiseks siiski puuduvad (9). Eelmise sajandi lõpul keskenduti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisel peamiselt patsiendi õigustele ja rahulolule. Rahulolu on seostatud nii valmisolekuga visiiti korrata kui ka ravijärgimusega (10–15). Näiteks leiti, et naised, kes olid nõustamisega rahul, jätkasid suurema tõenäosusega rasestumisvastaste vahendite kasutamist kui rahulolematud naised (16). Tuntud on Judith Bruce'i pereplaneerimise teenuse kvaliteedi mõõtmise raamistik, mis ühendab teenuse kasutaja, pakkuja ja rahastaja hinnanguid (17). Bruce'i järgi hinnatakse kvaliteeti kuue kriteeriumiga: rasestumisvastaste meetodite valik, teave nende kohta, personali pädevus, suhtlemise kvaliteet, teenuse järjepidevus ja korraldus.

Käesoleva **uuringu eesmärk** oli selgitada, kuidas on külastajad rahul teenusepakkuja sõbralikkuse, asjatundlikkuse, usaldusväärsuse ja visiidi kestusega ning kuidas on rahulolu seotud 25–44aastaste naiste pöördumisega rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks eri tervishoiuasutustesse Eestis.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Uuringu andmed pärinevad Tartu Ülikooli naistekliiniku poolt ajavahemikul 2004–2005

korraldatud anonüümsest postiküsitlusest, mille metoodikat on üksikasjalikult kirjeldatud uurimisaruaandes (18). Lühidalt, rahvastikuregistri alusel moodustati vanuse järgi kihitatud juhuvalim suurusega 5190 naist. Neile saadeti kas eesti- või venekeelne küsimustik 109 valikvastusega küsimusega. Vastamismääraks kujunes 53,8%. Uuringul on Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomitee luba.

Käesolev töö hõlmab 25–44aastasi naisi, kes olid pöördunud tervishoiuasutusse rasestumisvastase nõuande/meetodi saamiseks viimase viie aasta jooksul (866 küsimustikku). Uuritavad vastasid küsimusele „Kuhu Te viimati pöördusite rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks?“. Vastusevariantides loetletud tervishoiuasutused olid naistenõuandla, perearsti vastuvõtt (edaspidi perearstikeskus), naistearsti vastuvõtt erakliinikus (edaspidi erakliinik), noorte nõustamiskeskus ja muu. Uuringust langes välja 31 naist, kes olid käinud mujal kui nimetatud tervishoiuasutustes, noorte nõustamiskeskuses (mõeldud alla 25aastastele) või kelle andmed tervishoiuasutuse kohta puudusid. Rahulolu personali sõbralikkuse, asjatundlikkuse, usaldusväärsuse ja visiidi kestusega viimasel pöördumisel hindasid vastajad neljaastmelisel skaalal: väga rahul, pigem rahul, pigem rahulolematu, väga rahulolematu. Vastusevariantide alusel moodustati andmeanalüüsiks binaarne tunnus: rahul või rahulolematu.

Võimalikest rahulolu mõjutavatest sotsiaal-demograafilistest tunnustest kasutasime haridust kahes kategoorias: kesk-/vähem (põhi-/kesk-/keskeriharidus) ja kõrgharidus (rakenduslik kõrgharidus / ülikooliharidus / teaduskraad); perekonnaseisu kahes kategoorias: abielus/vabaabielus ja muu (lahutatud / elab eraldi / lesk / üksik); emakeelt kahes kategoorias: eesti ja muu; elukohta kahes kategoorias: viis suuremat linna (Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla-Järve/Narva) ja väikelinn/alev/maapiirkond. Majandusliku olukorra hindamiseks paluti vastata küsimusele „Kas Teil on raskusi

arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, kütte jne)?” Vastused koondasime kahte kategooriasse: jah (alati/sageli/mõnikord/harva) ja ei (mitte kunagi). Tervise enesehinnangu järgi jaotasime vastajad kategooriatesse hea (väga hea / hea / ei hea ega halb) ja halb (halb / väga halb). Hindasime, kui võrd tervishoiuasutus, kuhu pöörduiti, osutus samaks, mida küsitletu oleks eelistanud. Selleks kasutasime valikvastu-

sega küsimust „Kuhu Te eelistaksite pööruda rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks?” ja võrdlesime vastust tegeliku külastusega.

Rahulolu seost külastatud tervishoiuasutuse liigiga hindasime logistilise regressioonanalüüsi abil ja arvutasime välja šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega. Rahulolu hindamisel võtsime naistenõuandla külastajad võrdlusrühmaks. Logis-

Tabel 1. 25–44aastaste naiste taustaandmed viimase viie aasta jooksul külastatud tervishoiuasutuse liigi järgi (protsentides)

Tunnus	Tervishoiuasutus			
	Naistenõuandla n = 616	Perearstikeskus n = 77	Erakliinik n = 142	Kokku n = 835
Perekonnaseis				
abielus/vabaabielus	77,9	80,5	83,1	79,0
muu	21,8	18,2	16,9	20,6
teadmata	0,3	1,3	–	0,4
Haridus				
kesk-/vähem	70,9	59,7	62,0	68,4
kõrgem	28,7	40,3	37,3	31,3
teadmata	0,3	–	0,7	0,4
Emakeel				
eesti keel	67,5	96,1	82,4	72,7
muu	32,5	3,9	17,6	27,3
Elukoht				
5 suuremat linna	52,3	48,1	51,4	51,7
väikelinn/alev/maapiirkond	47,2	51,9	47,2	47,7
teadmata	0,5	–	1,4	0,6
Hinnang tervisele				
hea	87,5	96,1	91,5	89,0
halb	12,5	3,9	7,7	10,9
teadmata	–	–	0,7	0,1
Külastus soovitud tervishoiuasutusse				
jah	81,2	39,0	60,6	73,8
ei	15,6	55,8	35,2	22,6
teadmata	3,2	5,2	4,2	3,6
Raskused arvete maksmisel				
jah	76,6	64,9	73,2	75,0
ei	23,1	33,8	24,6	24,3
teadmata	0,3	1,3	2,1	0,7
Rahulolu sõbralikkusega				
jah	88,0	93,5	94,4	89,6
ei	9,4	2,6	3,5	7,8
teadmata	2,6	3,9	2,1	2,6
Rahulolu asjatundlikkusega				
jah	85,6	85,7	91,5	86,6
ei	11,7	10,4	5,6	10,5
teadmata	2,8	3,9	2,8	2,9
Rahulolu usaldusvärsusega				
jah	86,5	90,9	92,3	87,9
ei	9,6	6,5	4,9	8,5
teadmata	3,9	2,6	2,8	3,6
Rahulolu visiidi kestusega				
jah	78,2	90,9	87,3	81,0
ei	15,3	2,6	7,0	12,7
teadmata	6,5	6,5	5,6	6,3

tilise regressioonanalüüsi mudelis kohandasime šansisuhted perekonnaseisule, haridusele, emakeelele, elukohale, tervise enesehinnangule ja eelistatud tervishoiuasutusele. Andmeanalüüsiks kasutasime statistikapaketti Stata 10.

TULEMUSED

Rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks pöördus viimase viie aasta jooksul tervishoiuasutustesse 61% kõigist 25–44aastastest vastanutest. Uuritavatest 74% oli külastanud naistenõuandlat, 17% erakliinikut ja 9% perearstikeskust (vt tabel 1).

Eelistanud oleks naistenõuandlat 67%, perearstikeskust 7% ja erakliinikut 17% naistest; 5%-l eelistus puudus. Naistenõuandlasse pöördunute seas oli kõrgharidusega naiste osakaal väiksem, mitte-eesti emakeelega ja madala tervise enesehinnanguga vastajate osakaal suurim võrreldes erakliiniku ja perearstikeskusega. Neid, kel mitte kunagi ei olnud raskusi arvete maksimisega, oli naistenõuandla ja erakliiniku külastajate hulgas neljandik, perearstikeskuses kolmandik. Erakliiniku külastajate hulgas oli väiksem maapiirkondade elanike osakaal. Vastanutest 74% oli külastanud soovitud tervishoiuasutust ning kokkulangevus oli suurim naistenõuandlasse ja väiksem perearstikeskusesse pöördunud. Enamik vastajaist oli rahul sõbralikkuse, asjatundlikkuse, usaldusväärsuse ja visiidi kestusega kõigis külastatud tervishoiuasutustes.

Teenuse eri külgedega olid oluliselt enam rahul need, kes olid külastanud soovitud tervishoiuasutust ja kes hindasid oma tervist heaks või keskmiseks (vt tabel 2).

Muu emakeelega vastajad olid oluliselt vähem rahul personali sõbralikkuse ja asjatundlikkusega, mis oli statistiliselt oluline nii kohandamata kui ka kohandatud šansisuhete puhul. Šanss olla kohtlemisega enam rahul oli ka väikelinnade ja maapiirkondade elanikel, seos osutus statistiliselt oluliseks visiidi kestusega. Perearstikeskuse ja erakliiniku külastajatel oli suurem šanss

olla rahul visiidi kestusega võrreldes naistenõuandlat külastanutega. Pärast kohandamist valitud taustatunnustele olid erakliiniku külastajad lisaks oluliselt enam rahul personali usaldusväärsusega.

ARUTELU

Meie uuringu andmetel oli enamik 25–44aastastest viimase viie aasta jooksul tervishoiuasutusse rasestumisvastase nõuande/meetodi saamiseks pöördunud naistest teenusega rahul. Vastamise hetkel nad soovisid külastada ja olid ka külastanud kõige sagedamini naistenõuandlat, ehkki statistiliselt tõenäoliselt enam olid teenuse erinevate külgedega rahul need, kes pöördusid perearstikeskusesse või erakliinikusse. Rahulolu tõenäosus oli suurem vastanutel, kelle tervise enesehinnang oli hea või keskmine, emakeel eesti keel, väikelinnade ja maapiirkondade elanikel ning neil, kes olid külastanud tervishoiuasutust, mida nad eelistasid.

Käesolev uuring käsitleb esmakordselt rahulolu seksuaaltervise teenustega, seekord pereplaneerimise nõustamisega Eestis ajal, mil naistenõuandlale on lisandunud alternatiivseid teenusepakkujaid. Meie uuringutulemustes kajastuv suur rahulolu teenusega perearstikeskustes näitab, et tervishoiuasutuse valmisolek, teenuse kättesaadavus ja kvaliteet on vaid eeltingimused sinna pöördumiseks, kuid on muid tegureid, mis patsientide tegelikku pöördumist mõjutavad. Kuigi käesolev uuring ei võimalda neid tegureid hinnata, võib arvata, et üldiselt mõjutab arsti poole pöördumist patsientide teadlikkus, sealhulgas teadlikkus sellest, et perearsti käest võib saada nõu pereplaneerimise kohta.

Tähelepanu tuleb juhtida ka uuringu puudustele. Kõigepealt on need tingitud levimusuuringust, mille korral on võimalus leida põhjuslikke seoseid piiratud. Näiteks ei saa me öelda, mil määral mõjutab teenusga rahulolu kontratseptsiooni kasutamist, järjepidevust või meetodi valikut. Niisugust teavet võivad anda edasisaatavad kohort-

Tabel 2. 25–44aastaste naiste rahulolu rasestumisvastase nõuande eri külgedega (šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (CI))

Tunnus	Sõbralikkus		Asjatundlikkus		Usaldusväarsus		Visiidi kestus	
	Tavaline OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)	Tavaline OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)	Tavaline OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)	Tavaline OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Tervishoiuasutus								
naistenõuandla	1	1	1	1	1	1	1	1
perearstikeskus	3,38 (0,80–14,17)	3,19 (0,71–14,28)	1,16 (0,51–2,64)	1,07 (0,43–2,65)	1,82 (0,64–5,18)	2,81 (0,93–8,51)	6,18 (1,49–25,70)	5,97 (1,38–25,82)
erakliinik	2,52 (0,99–6,43)	2,63 (0,99–6,99)	2,00 (0,94–4,27)	2,06 (0,93–4,59)	1,94 (0,86–4,35)	2,44 (1,05–5,67)	2,81 (1,32–5,94)	2,84 (1,31–6,18)
Perekonnaseis								
abielus/vabaabielus	1	1	1	1	1	1	1	1
muu	0,89 (0,47–1,69)	0,87 (0,48–1,69)	1,24 (0,68–2,26)	1,21 (0,65–2,26)	1,33 (0,68–2,60)	1,41 (0,71–2,78)	1,14 (0,66–1,97)	1,23 (0,70–2,15)
Haridus								
kesk-/vähem	1	1	1	1	1	1	1	1
kõrgem	1,26 (0,70–2,29)	1,30 (0,69–2,43)	0,98 (0,60–1,60)	0,94 (0,56–1,60)	1,54 (0,86–2,76)	1,43 (0,78–2,63)	1,14 (0,72–1,81)	1,22 (0,74–1,99)
Emakeel								
eesti keel	1	1	1	1	1	1	1	1
muu	0,31 (0,18–0,53)	0,51 (0,27–0,96)	0,32 (0,20–0,51)	0,45 (0,26–0,78)	1,00 (0,57–1,76)	1,43 (0,74–2,76)	0,52 (0,33–0,80)	1,02 (0,61–1,71)
Elukoht								
5 suuremat linna	1	1	1	1	1	1	1	1
väikelinn/alev/maapiirkond	1,67 (0,97–2,88)	1,35 (0,74–2,47)	1,51 (0,94–2,40)	1,13 (0,67–1,92)	0,86 (0,52–1,42)	1,00 (0,58–1,74)	1,95 (1,25–3,04)	1,95 (1,19–3,20)
Hinnang tervisele								
hea	3,84 (2,08–7,11)	2,45 (1,24–4,82)	3,74 (2,15–6,51)	2,47 (1,34–4,55)	1,81 (0,91–3,62)	1,81 (0,85–3,85)	3,33 (1,96–5,69)	2,80 (1,56–5,02)
halb	1	1	1	1	1	1	1	1
Külalastus soovitud tervishoiuasutusse								
Jah	1,85 (1,06–3,23)	2,33 (1,27–4,27)	2,01 (1,24–3,26)	2,13 (1,25–3,64)	1,89 (1,12–3,21)	2,49 (1,42–4,39)	1,00 (0,61–1,65)	1,32 (0,77–2,28)
ei	1	1	1	1	1	1	1	1

* Kohandatud kõigile teistele tunnustele tabelis

uuringud. Ka on küsitlusuuringute puhul oluline vastamismäär, sest väike vastamismäär mõjutab liialt tulemusi. Eeldasime valimi koostamisel Eestis 2000. a korraldatud inim- ja intiimsuhete uuringu vastamismäära 41% (19). Võttes arvesse, et rahvastikuregistri aadressiandmed ei kajasta alati tegelikkust, Eesti elanike postiküsitluste kogemus ja valmisolek nendes küsitlustes osaleda on väike ning esitatud küsimused delikaatsed, võib meie vastamismäära 54% pidada piisavaks, et anda siht-rühmast ristlõikeline ülevaade. Samalaadse uuringu vastamismäär oli 1994. a Soomes 74% (8), Eesti Tervise Arengu Instituudi korraldatud uuringu „HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine noorte hulgas” vastamismäär oli 2005. a 43% ja 2007. a 39% (20). Tulemusi võis mõjutada see, et uuringus osalenute seas oli suhteliselt vähe neid, kes olid pöördunud perearstikeskusesse.

Tervishoiuasutusse oli viimase viie aasta jooksul rasestumisvastase meetodi/vahendi saamiseks pöördunud 79% kõigist vastanud 25–44aastastest naistest.

On teada, et riikides, kus esmatasandi arstiabi on peamine rasestumisvastase nõustamise pakkuja, kasutatakse rohkem tõhusaid rasestumisvastaseid meetodeid ja abortide arv on väike. Näiteks 1993. a tegelesid pereplaneerimise nõustamisega Taanis 99%, Islandil 94%, Norras 90%, Soomes 83% esmatasandi üldarstidest (21). Alates 1991. a, kui Eestis alustati ümberkorraldusi esmatasandi arstiabis, kuulub perearstide kutsekirjeldusse ka pereplaneerimise nõustamine. Kui 1993. a korraldatud uuringus vastas alla 10% jaoskonnaarstidest, et nad olid esimeseks arstiks, kelle poole naised günekoloogiliste probleemidega pöördusid, ja 2% olid välja kirjutanud hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid, siis 2000. a tehtud uuringu andmeil nägi juba 79% Eesti perearstidest oma vastutusalasasse kuuluvaks ka raseduse vältimist (22, 23). Lisaks, 1997. a korraldatud rahvaküsitlus näitas, et 54% küsitletud naistest arvas, et perearst on

pädev tegelema pereplaneerimisega ja 59% pidas mugavamaks külastada perearsti (24). Meie uuringus eelistas perearstikeskust rasestumisvastase nõuande/meetodi saamiseks vaid 7% vastajaist. Pooled külastanutelest oleksid eelistanud mujale pöörduda. Samal ajal olid perearstikeskust külastanud vastajad teenusega rahul, eriti visiidile pühendatud ajaga. See lubab arvata, et osa perearstidest tegeleb oma igapäevatöös aktiivselt pereplaneerimise nõustamisega. 2006. a käivitunud perearstide haiguste ennetamise kvaliteedi hindamise süsteem suurendab eeldatavasti perearstide initsiatiivi selles valdkonnas. Lahendamist vajav ülesanne on patsientide huvi suurendamine pereplaneerimise nõu leidmiseks perearstikeskustes.

Erakliinikut, kus nõustab naistearst, külastas ja oli ka eelistanud 17% vastanuist. Uuringust ei selgunud, et erakliinikut külastaksid majanduslikult enam kindlustatud naised. Vastajate osakaal, kellel esines raskusi arvete maksimisega, oli naistenõuandlas ja erakliinikus võrdne. Selgus, et erameditsiinil on pereplaneerimise nõustamises oma kindel koht ja teenusega ollakse rahul.

Eestis korraldatud tervishoiuteenuste kasutamise uuringud on näidanud suurt rahulolu nii esmatasandi üldarstiabi kui ka eriarstiabiga (25, 26). Sotsiaalministeeriumi tellimisel on alates 2002. a tehtud regulaarseid patsientide rahulolu uuringuid, millele vastanuist oli 2007. a 92% väga rahul või üldiselt rahul oma visiidiga perearsti ja 86% eriarsti juurde (26). Ootuspäraselt oli rahulolu pereplaneerimise nõustamisega kõigis vaadeldud tervishoiuasutustes suur ka meie uuringus. Naiste rahulolu Eestis on võrreldav Soome näitajatega ja märksa kõrgem kui Peterburis. Soomes 1994. a 25–44aastaste naiste hulgas korraldatud küsitlus näitas, et pöördumise korral rasestumisvastase nõuande/meetodi saamiseks oli personali sõbralikkusega väga rahul või pigem rahul 89%, asjatundlikkusega 91%, usaldusväarsusega 90% ja visiidi kestusega

87% naistest (8). Seevastu Peterburi 2004. a uuringu andmetel oli personali suhtumise loetletud tahkudega rahul oluliselt vähem vastajaid, vastavalt 54%, 49%, 47% ja 45% rasestumisvastast nõuannet saanud samaalistest naistest (27).

Kõige enam eelistasid vastanud pöörduda ja pöördusid rasestumisvastase nõuande/vahendi saamiseks naistenõuandlasse, vaid 15% neist oleks eelistanud mõnda teist tervishoiuasutust. Võib arvata, et naistearsti poole pöördujate suurt osakaalu mõjutavad nii traditsioonid kui ka võimalus pöörduda ilma perearsti suunamiseta. Samas selgus mõneti ootamatult, et teiste tervishoiuasutuste puhul oli šanss teenuse eri külgedega rahule jääda suurem, mis püsis ka pärast kohandamist valitud taustateguri-tele. Oluline oli rahulolu seos visiidi kestusega, mis lubab arvata, et naistenõuandlad on kõige enam n-õ ajahädas. Ülekoormatud vastuvõtud võivad olla põhjuseks, miks nõuanne mõnikord isegi andmata jääb ja rahulolematust tekitab. Lisaks olid vastanud oluliselt enam rahul erakliinikute usaldusväärseusega, mille üks põhjus võib olla teenuse suurem privaatsus.

On teada, et meditsiiniteenusega rahulolu puhul mängivad peale teenuse kvaliteedi rolli mitmed taustategurid. Seoseid on leitud vanuse, tervise enesehinnangu, etnilise päritolu ja sissetulekute vahel (28, 29). Näiteks on mitmes USA uuringus näidatud, et afroameeriklased on üldiselt meditsiiniteenusega rahulolematumad kui teised etnilised rühmad, mis võib olla mõjutatud ka teistest samasuunalistest taustateguritest (28). Siinkohal tuleb silmas pidada, et meie uuringu kolme tervishoiuasutuse külastajate taust oli erinev. Muu emakeelega vastanud pöördusid harvem perearstikeskusesse, samas naistenõuandlasse pöördunute hulgas oli nende osakaal vastavuses nende osatähtsusega üldelanikkonnas ja neil oli suurem šanss olla rahulolematu personali sõbralikkuse ja asjatundlikkusega. Tervise enesehinnangul on tervishoiuteenustega rahulolule

iseseisev mõju ja see osutus oluliseks ka meie uuringus, kusjuures halva tervise enesehinnanguga naiste osakaal oli suurim naistenõuandlat külastanud naiste seas (28, 29). Meie uuringus osutusid võrreldes suurte linnadega rohkem rahulolevaks väikelinnade ja maapiirkondade elanikud, statistiliselt oluline oli seos visiidi kestusega. Ilmselt on väiksemates kohtades väiksem ka ajapuudus.

Käesolevas uuringus käsitlemist leidnud patsientide rahulolu peegeldab peamiselt inimestevahelist suhtlemist tervishoiuasutustes. Bruce'i kvaliteedihindamise kriteeriumid hõlmavad lisaks veel muid teenuse niisama olulisi külgi nagu rasestumisvastaste meetodite valik ja teave, teenuse järjepidevus ja korraldus, mida teenuse kasutajate seas korraldatud uuring ei võimalda hinnata (17). Arvestades rahulolu tähtsust kvaliteedi hindamisel, saame uuringu tulemuste põhjal väita, et Eestis on pereplaneerimise nõustamise tase kõigis vaadeldud tervishoiuasutuses kõrge. Edaspidised uuringud võiksid teenuse kvaliteeti analüüsida mitmest muustki aspektist, näiteks on olulised erinevate tervishoiuasutuste külastamise ja kontratseptsioonikäitumise seosed, teenuse kasutamine nooremate naiste ja meeste hulgas ning põhjused, miks osa kontratseptsiooni vajavatest naistest ei pöördu rasestumisvastase nõuande saamiseks tervishoiuasutusse.

JÄRELDUSED

Eestis on viimase 15 aasta jooksul lisanud mitmeid tervishoiuasutusi, mille töö hulka kuulub ka pereplaneerimise nõustamine. Sellest hoolimata pöörduvad naised sagedamini nõu saama naistenõuandlasse. Samal ajal kinnitab suur rahulolu pereplaneerimise nõustamisega perearstikeskustes ja erakliinikutes nende poolt pakutavate teenuste head kvaliteeti. Abortide arvu jätkuva vähenemise tagamiseks ja eriarstiabi koormuse vähendamiseks peaks perearstikeskuste osatähtsus olema senisest märksa suurem. Selleks tuleks muuta naiste eelistusi, mis on seotud nii hariduse kui ka ühis-

konnas levinud suhtumisega soovimatusse rasedusesse.

TÄNU

Uuringu „Eesti naiste tervis” rahastajad on Eesti Teadusfond (grant nr 5456), Soome Sotsiaal- ja Tervis-

hoiu Uurimis- ja Arenduskeskus (STAKES) (leping nr 03118 Tartu Ülikooliga), Eesti Haridus- ja Teadusministeerium (SF0182641s04 ja SF0940026s07) ja Baltic Sea Task Force (PHC030).

made.laanpere@ut.ee

KIRJANDUS

1. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992, 2002–2007. Eesti Abordiregister 1996, 2002–2007. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
2. STAKES. www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/.
3. United Nations Population Division. <http://www.un.org/esa/population/>.
4. Lottes I, Kontula O. New views on sexual health: the case of Finland. Helsinki: The Population Research Institute – The Family Federation of Finland; 2000.
5. Population Reference Bureau. Transitions in world population. *Popul Bull* 2004;59:1–40.
6. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, et al. Contraceptive counselling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. *Women's Health Issues* 2002;12:79–95.
7. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law. New York: Oxford University Press; 2003.
8. Sihvo S, Hemminki E, Koponen P, et al. Raskaudenehkäisy ja terveyspalveluiden käyttö. *Aiheita* 27/1995. Helsinki: Stakes; 1995.
9. Virtala A. Family planning among university students in Finland. Academic dissertation. *Acta Universitatis Tamperensis* 1218, Tampere University Press; 2007.
10. Weisman CS. Measuring quality in women's health care: issues and recent developments. *Qual Manag Health Care* 2000;8:14–20.
11. Veney J, Magnani R, Gorbach P. Measurement of quality of family planning services. *Stud Fam Plann* 1998;12:243–59.
12. Mensch B, Arends-Kuenning M, Jain A. The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru. *Stud Fam Plann* 1996;27:59–75.
13. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan* 2003;29:76–83.
14. 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.
15. Blanc KA, Curtis LS, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Stud Fam Plann* 2002;33:127–140.
16. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Stud Fam Plann* 1997;28:278–89.
17. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990;21:61–91.
18. Part K, Laanpere M, Rahu K, et al. Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiteenuste kasutamine. Uurimisaruanne. Tartu: Tartu Ülikooli Naistekliinik; 2007.
19. Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Helsinki: Wernern Söderström OY; 2001.
20. Lõhmus L, Trummal A. HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Uurimuraport 2007. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
21. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;47:481–6.
22. Lember M, Kosunen E, Boerma W. Task profiles of district doctors in Estonia and general practitioners in Finland. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:56–62.
23. Karttunen T, Hovi SL, Karro H, jt. Eesti naistearstide ja perearstide arusaamu vastutuse jagunemisest naiste tervise probleemidega tegelemisel. *Eesti Arst* 2002;81:700–4.
24. Kalda R, Sarapuu H, Pikk A, et al. Sex education and contraceptive methods: knowledge and sources of information among the Estonian population. *Adv Contracept* 1998;14:121–30.
25. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Eesti elanikkonna rahulolu üldarstiabi korraldusega 2002. aastal. *Eesti Arst* 2004;83:31–3.
26. Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile. Eesti Sotsiaalministeerium; 2008. www.sm.ee/meie/uuringud-ja-analysid.
27. Kesseli K, Regushevskaya E, Dubikaytis T, et al. Reproductive health and fertility in St. Petersburg: report on a survey of 18–44 year old women in 2004. Helsinki: University of Helsinki, Department of Sociology and STAKES; 2005.
28. Woods SE, Bivins R, Oteng K, et al. The influence of ethnicity on patient satisfaction. *Ethn Health* 2005;10:235–42.
29. Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000;38:325–34.

SUMMARY

Women's preferences and satisfaction with family planning services in Estonia

KEY WORDS: sexual health, family planning, contraceptive services, satisfaction

AIM. This study aimed to investigate women's usage of, preferences for, and

satisfaction with different contraceptive service providers in Estonia.

METHODS. Data from the population-based postal questionnaire survey “Estonian Women’s Health Survey”, conducted in 2004–2005, concerning 866 women aged 25–44 years who visited different health care service providers in order to get contraceptive counselling during the last five years were analysed. The probability of satisfaction with friendliness, confidentiality, competence, and length of the visit was assessed and expressed as an odds ratio (and its 95% confidence interval) adjusted to background variables and calculated using the method of logistic regression.

RESULTS. The majority of the respondents attended (74%) and preferred (67%) the counselling provided by a gynaecologist in a women’s outpatient clinic; the remainder had made use of and preferred private clinics (17% and 17% respectively) and family doctors’ centres (9% and 7%). Of the respondents, at least 84% were satisfied with all studied aspects of care in different types of services. Women were more likely to be

satisfied with friendliness, confidentiality, competence and length of the visit in other types of services compared with women’s outpatient clinics; the relationship was statistically significant for length of the visit (adjusted odds ratio OR=2.84 95%CI 1.31–6.18) and confidentiality (adjusted odds ratio OR=2.44; 95%CI 1.05–5.67) in private clinics, and for length of the visit in family doctors’ centres (adjusted odds ratio OR=5.97; 95%CI 1.38–25.82).

CONCLUSION. The period of the past 15 years has seen the addition of many new health care establishments offering family planning counselling in Estonia. Nevertheless, women most frequently seek counselling from women’s outpatient clinics. At the same time, satisfaction with family doctors’ centres and private clinics is the proof of the high quality of their services. In order to ensure continued decline in the number of abortions and in order to reduce the workload of gynaecologists, the role of family doctors’ centres needs to be significantly increased. This requires a shift in women’s preferences, which is connected with both education and prevailing attitudes towards unwanted pregnancies.