

Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis

Hedda Lippus¹, Made Laanpere^{2,3}, Tarmo Tuisk⁴, Helle Karro²

Taust. Planeerimata rasedus on oluline individuaalsel tasandil, rahvatervise seisukohalt ja demograafiliste protsesside mõjutajana. Planeerimata rasedusega seostatakse mitmeid sotsiaalseid ja meditsiinilisi probleeme, mida oleks võimalik ennetada.

Eesmärgid. Uuringu eesmärgiks oli hinnata planeerimata raseduse osakaalu Eestis ning selle esinemist mõjutavaid tegureid eraldi eesti ja vene keelt rääkivate rasedate seas.

Metoodika. Uuringu valimiks olid 2010. aasta rahvusvahelise uuringu BIDENS (akronüüm osalenud riikide esitähedest: Belgia, Island, Taani, Eesti, Norra ja Rootsi) 977 Eesti vastaja andmed. Uuritutest 768 (78,6%) vastas eestikeelsele ning 209 (21,4%) venekeelsele küsimustikule.

Tulemused. Rasedus ei olnud planeeritud ligi veerandil ($n = 220$; 22,7%) kõigist küsitlusele vastanutest. Vene keeles vastanute hulgas oli eesti keeles vastanutega võrreldes planeerimata rasedusi oluliselt enam (vastavalt 30,8% ja 20,4%; $p < 0,002$). Suurem šans planeerimata raseduseks oli üle 35aastastel eesti keeles vastanutel (kohandatud šansisuhe (AOR) = 1,99; 95% usaldusvahemik (uv) 1,08–3,66) ja alla 25aastastel vene keeles vastanutel (AOR = 3,42; 95% uv 1,15–10,14), samuti neil, kellel oli algharidus (eesti keeles vastanutel AOR = 5,02; 95% uv 2,15–11,74; vene keeles vastanutel AOR = 4,35; 95% uv 1,03–18,38) ja kes ei olnud abielus (eesti keeles vastanutel AOR = 4,07; 95% uv 1,57–10,58, vene keeles vastanutel AOR = 4,77; 95% uv 1,12–20,40). Rasedusaegseks suitsetamiseks oli oluliselt suurem šans planeerimata rasedusega vene keeles vastanutel (AOR = 4,43; 95% uv 1,41–13,86). Täiskasvanueas vägivalda kogenud naistel oli suurem šans planeerimata raseduseks enne teistele tunnustele kohandamist nii eesti kui ka vene keeles vastanute hulgas (kohandamata šansisuhe (OR) 1,63 (95% uv 1,12–2,38) eesti keeles vastanutel ja 2,01 (95% uv 1,09–3,68) vene keeles vastanutel).

Järeldused. Planeerimata rasedused moodustasid märkimisväärse osa kõigist uuritud rasedustest ning nende esinemissagedus oli seotud rasedate vanuse, hariduse ja perekonnaseisuga. Vene keeles vastanute seas oli planeerimata raseduse esinemissagedus oluliselt suurem võrreldes eesti keeles vastanutega. Rasedusaegne suitsetamine ja täiskasvanueas kogatud vägivald olid enam levinud planeerimata rasedusega vastajate hulgas. Senisest enam tähelepanu, eriti venekeelse rahvastiku seas, tuleb pöörata kooli seksuaalharidusele ning nõustamisele rasestumisvastaste meetodite kohta. Oluline on naisi uurida rasedusaegse vägivalda suhtes nii enne rasedust kui ka raseduse ajal ja aidata loobuda suitsetamisest.

Planeerimata raseduse mõiste sisaldab valesti ajastatud rasedust (*mistimed pregnancy*), kui rasedus ei olnud soovitud sel ajahetkel, ja soovimatut rasedust (*unwanted pregnancy*), kui rasedus ei olnud üldse soovitud (1). Hoolimata järjest tõhusamatest ja paremini kättesaadavatest rasestumisvastastest vahenditest on planeerimata

rasedus levinud (2), tuues kaasa mitmeid sotsiaalseid ja meditsiinilisi probleeme, mida saaks ennetada.

Võib arvata, et enamik planeerimata rasedustest lõpeb raseduse katkestamisega. Samas on USAs tehtud uuringud näidanud, et sünnitusega lõppevatest rasedustest üle 30% oli planeerimata (2). Ehkki mitte kõik

Eesti Arst 2013; 92(5):253–260

Saabunud toimetusse: 09.01.2013
Avaldamiseks vastu võetud: 03.04.2013
Avaldatud internetis: 31.05.2013

¹ TÜ arstiteaduskond, ² TÜ naistekliinik, ³ Tartu Seksuaalrõõmu Kliinik, ⁴ Tallinna Tehnikaülikooli rahvusvaheliste suhete instituut

Kirjavahetajaautor: Hedda Lippus
hedda.lippus@gmail.com

Võtmesõnad: planeerimata rasedus, etnilised erinevused, sotsiaal-majanduslikud tegurid, riskikäitumine, vägivald

planeerimata rasedused ei ole soovimatud, on siiski teada, et planeerimata rasestumisel on suur roll rasedusaegse riskikäitumise kujunemisel. Planeerimata rasedusega naised saavad rasedusest teada hiljem ja on vähem motiveeritud riskikäitumist muutma (3). Planeerimata rasedusega naiste seas on enne ja pärast sellest teada saamist rohkem neid, kes kasutavad narkootilisi aineid, suitsetavad, on eksponeeritud suitsule ega tarvita foolhapet (3). Planeerimata rasedusel on naise tervisele oluline mõju, sest naisugusel juhul esineb sagedamini sünnitusjärgset depressiooni, rohkem füüsilisi kaebusi, vähem positiivseid emotsioone raseduse ajal ning rohkem valu ja negatiivseid emotsioone sünnitusel (4). Planeerimata rasedus mõjutab ka vastsündinu tervist, näiteks on seda seostatud madala sünnikaaluga (5). Samuti on uuringud näidanud, et planeerimata rasedusega naised imetavad last rinnaga väiksema tõenäosusega kui naised, kelle rasedus oli planeeritud (6, 7). Planeerimata lapsed sünnivad võrreldes planeeritud lastega sagedamini keskkonda, kus neile ei ole tagatud samaväärsed võimalused arenguks (8).

Varasemates uuringutes on leitud, et raseduse ebapiisavat planeerimist mõjutavad kõige enam madal haridustase, väike sissetulek, samuti on riskirühmaks noored, vallalised ning etniliste vähemuste hulka kuuluvate naised (9). Planeerimata rasedusi esineb enam lähisuhte vägivalda kogenud naistel (10). Planeerimata raseduse kohta käivat statistikat tõlgendades peab alati

arvestama, et sõltuvalt uuringutes osalevate religioosusest ja kultuurilisest taustast on nende suhtumine aborti erinev. Samuti mõjutab planeerimata raseduste osakaalu sünnitusega lõppevate raseduste hulgas aborti tegemise võimaluse kättesaadavus.

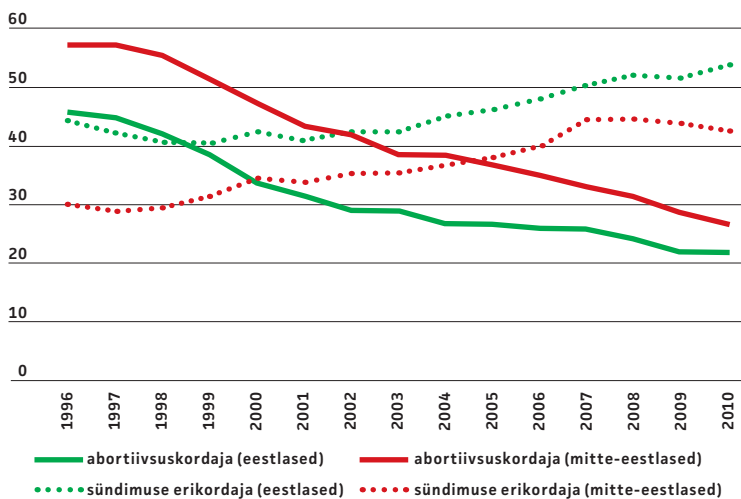
Eesti abordiregistri andmetel on abortiivsuskordaja (abortide arv 1000 naise kohta vanuses 15–49 aastat) vähenenud nii eestlaste kui ka mitte-eestlaste hulgas, kuid on jäänud mitte-eestlaste hulgas praeguseni suuremaks (2010. aastal vastavalt 20 ja 25,4). Samas on vastupidi sündimuse erikordaja (elussündide arv aastas 1000 naise kohta vanuses 15–49 aastat) mitte-eestlastel olnud väiksem kui eestlastel (2010. aastal vastavalt 41,1 ja 51,8) (vt joonis 1).

Uuringu eesmärk oli teada saada, milline on planeerimata raseduse osakaal ning millised tegurid on seotud planeerimata rasedusega eesti või vene keelt kõnelevate rasedate seas Eestis.

Uurimismaterjal ja -meetodid

Uuringu andmed pärinevad 2010. aastal rasedate naiste hulgas korraldatud rahvusvahelisest läbilõikeuuringust BIDENS. Uuring toimus Belgias, Islandil, Taanis, Norras ja Rootsis ning nende riikide ingliskeelsete nimetuste esitähedest on moodustatud uuringut tähistav akronüüm. Eestis oli uuringusse kaasatud viis rasedusi jälgivat raviasutust (TÜ Kliinikumi naistekliinik, Tartu Seksuaaltervise Kliinik, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla) ning uuringusse värbamine toimus kõigis viies keskses ühtviisi.

Eestis värvati naisi uuringusse 2010. aasta aprillist kuni augustini rasedate tavapärase sünnituseelse visiidi käigus 17.–28. rasedusnädalal. Osalemisvõimalust pakuti kõigile raseduse sobiva kestusega naistele ning ükski neist ei keeldunud uuringu osalemisest. Uuritav andis uuringu osalemiseks kirjaliku nõusoleku ja täitis enda eelistuse järgi kas eesti- või venekeelse anonüümse valikvastustega küsimustiku. Soovitav oli küsimustik täita raviasutuses privaatsust võimaldavates tingimustes ning jätta see spetsiaalsesse postkasti, kuid mõned uuritavad vastasid sellele tõenäoliselt siiski mujal. Kokku jagati välja 1081 küsimustikku, millest tagastati 1010. Analüüsi ei kaasatud 33 küsimustikku, mis olid täitmata või väga puudulikult täidetud. Vastamismäär oli 90,4%.



Joonis 1. Sünnimuse erikordaja ja abortiivsuskordaja (elussündide või abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta) eestlaste ja mitte-eestlaste hulgas aastatel 1996–2010 Eesti meditsiinilise sünni- ja abordiregistri andmetel.

Uuringu materjal sisaldab 977 uuritava andmeid, kellest 768 (78,6%) valis vastamiseks eestikeelse ning 209 (21,4%) venekeelse küsimustiku. Uuringus osalenud naiste keskmine vanus oli 28 aastat, noorim vastanu oli 15- ja vanim 44aastane. Kuus vastajat (viis eesti keeles ja üks vene keeles vastanu) ei olnud oma raseduse planeerituse kohta vastust andnud. Seega kujunes lõplik valim 971 vastajast, kellest 763 täitis eestikeelse ja 208 venekeelse küsimustiku.

Küsimustikus oli raseduse planeerituse kohta küsimus "Kas käesolev rasedus oli planeeritud?", mille valikvastusteks olid „jah” ja „ei”. Sotsiaal-demograafilistest tunnustest uuriti vanust, mis jaotati viide vanuserühma: 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, ≥ 35 aasta vanused. Hariduse hindamisel eristati nelja taset: põhiharidus, keskharidus, kutsekõrgharidus/kõrgharidus < 4 aasta, akadeemiline kõrgharidus ≥ 4 aasta. Tegevusalade alusel moodustati kolm kategooriat: töötav (töötaja/vabakutseline/eraettevõtja), õppiv (õpilane/üliõpilane), muu (sünnitus- või lapsepuhkusel / kodune / töötu / invaliidsuspensionil). Perekonnaseisu puhul eristati kaht võimalust: abielus/vabaabielus ja muu (vallaline/muu). Uuritavate riskikäitumist iseloomustati suitsetamise alusel, mille kohta küsiti „Kas te suitsetate / olete suitsetanud?“, ning vastajad jaotati kahte kategooriasse: jah (jah, suitsetan) või ei (jah, suitsetasin varem / ei ole kunagi suitsetanud). Reproduktiivkäitumise hindamiseks moodustati reproduktiivindeks, jaotades vastajad nelja kategooriasse: a) esmassünnitajad, kellel ei olnud eelnevaid aborte; b) korduvsünnitajad, kellel ei olnud eelnevaid aborte; c) esmassünnitajad, kellel oli olnud eelnev abort; d) korduvsünnitajad, kellel oli olnud eelnev abort.

Vägivalda uurimiseks kasutati küsimustikku NorAQ (*Norvold Abuse Questionnaire*) (11), milles on välja töötatud detailsed ja valideeritud küsimused vaimse, füüsilise ja seksuaalse vägivalda kohta. Vägivaldakogenud naiste hulka arvati need, kes olid ükskõik millist vägivaldaliiki kogenud täiskasvanueas ja vastasid jaatavalt kas või ühele küsimusele vägivalda kogemise kohta.

Eesti või vene keeles vastanute andmeid analüüsiti eraldi. Planeeritud ja planeerimata rasedusega vastajate sotsiaal-demograafiliste, reproduktiivkäitumise, vägivaldako-

gemusega täiskasvanueas ja suitsetamisega seotud erinevuste selgitamiseks kasutati hii-ruut-testi. Rühmade erinevusi peeti statistiliselt olulisteks, kui $p < 0,05$. Mitme tunnuse koosmõju analüüsiti logistilise regressioonanalüüsiga ja šansisuhted esitati koos 95% usaldusvahemikega (95% uv). Logistilise regressioonanalüüsi mudelis kohandati šansisuhted vanusele, haridusele, tegevusalale, perekonnaseisule, suitsetamisele, reproduktiivindeksile ja täiskasvanueas kogetud vägivaldale. Regressioonanalüüsis kasutati vaid nende naiste andmeid, kes olid vastanud kõigile küsimustele, ning seetõttu jäid regressioonanalüüsi mudelisse 550 eesti keeles ja 147 vene keeles vastanu andmed. Andmeanalüüsiks kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS 15.0.

Uuringu tegemiseks andis load Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (166/T-18, 17.12.2007; 178/M-29, 19.01.2009; 190/M-29, 22.02.2010).

Tulemused

Uuringuaegne rasedus ei olnud planeeritud 220 vastajal (22,7%). Vene keeles vastanute hulgas oli eesti keeles vastanutega võrreldes planeerimata rasedusi enam (vastavalt 30,8% ja 20,4%, $p < 0,002$). Võrreldes Eesti andmeid teistes BIDENSi uuringus osalenud Euroopa riikides tuvastatuga oli planeerimata raseduse osakaal suurem Islandil (26%), meiega samal tasemel Rootsis (23,2%) ja Norras (21%) ning väiksem Belgias (9,9%) ja Taanis (12,8%).

Tabelis 1 on esitatud andmed Eesti uuringus osalejate sotsiaal-demograafiliste, reproduktiiv- ja riskikäitumist ning vägivaldakogemust iseloomustavate tunnuste kohta. Eesti ja vene keeles vastanute hulgas oli planeerimata rasedusega naiste vanuseline jaotumine mõnevõrra erinev, kuid mõlemas rühmas oli planeerimata rasedusi kõige vähem 25–34aastaste seas. Raseduse planeerituse ja haridustaseme vahel oli seos nii eesti kui ka vene keeles vastajate seas: haridustaseme tõusuga vähenes planeerimata raseduse osakaal. Suurim planeerimata raseduse osakaal võrreldes teiste tegevusaladega oli õppurite hulgas. Enamik uuringus osalenutest olid abielus või vabaabielus ning võrreldes vallaliste ja oma perekonnaseisu muul moel määranutega oli planeerimata raseduse osakaal nende seas väiksem. Vene keeles vastanutest korduvsünnitajail oli planeerimata rasedusi kaks korda enam

Tabel 1. Sotsiaal-demograafiliste tunnuste, reproduktiivkäitumise, täiskasvanueas kogetud vägivalda ja suitsetamise erinevused planeeritud ja planeerimata rasedusega eesti keeles (n = 763) või vene keeles vastanute seas (n = 208) BIDENSI uuringu põhjal Eestis

Tunnus	Eesti keeles vastanud		Vene keeles vastanud	
	Planeerimata rasedus n = 156 (20,4%)	Planeeritud rasedus n = 607 (79,6%)	Planeerimata rasedus n = 64 (30,8%)	Planeeritud rasedus n = 144 (69,2%)
Vanus				
15–19	10 (37,0%)	17 (63,0%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)
20–24	49 (32,0%)	104 (68,0%)	21 (38,9%)	33 (61,1%)
25–29	45 (15,9%)	238 (84,1%)	19 (23,8%)	61 (76,3%)
30–34	29 (14,1%)	176 (85,9%)	12 (25,5%)	35 (74,5%)
≥ 35	23 (25,6%)	67 (74,4%)	9 (42,9%)	12 (57,1%)
Teadmata	–	5	1	–
p		p < 0,0001		
Haridus				
Algharidus	25 (46,3%)	29 (53,7%)	13 (65,0%)	7 (35,0%)
Keskharidus	61 (27,4%)	162 (72,6%)	30 (29,4%)	72 (70,6%)
Kutseharidus / kõrgharidus < 4 a	31 (14,6%)	182 (85,4%)	12 (20,3%)	47 (79,7%)
Kõrgharidus ≥ 4 a	39 (14,7%)	227 (85,3%)	6 (26,1%)	17 (73,9%)
Teadmata	–	7	3	1
p		p < 0,0001		p < 0,01
Peamine tegevusala				
Töötav	80 (18,4%)	355 (81,6%)	24 (24,5%)	74 (75,5%)
Õppiv	25 (36,2%)	44 (63,8%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)
Muu	51 (19,9%)	205 (80,1%)	32 (34,8%)	60 (65,2%)
Teadmata	–	3	1	2
p		p < 0,01		
Perekonnaseis				
Abielus/vabaabielus	135 (18,8%)	584 (81,2%)	54 (28,3%)	137 (71,7%)
Vallaline	15 (57,7%)	11 (42,3%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)
Muu	6 (50,0%)	6 (50,0%)	4 (80,0%)	1 (20,0%)
Teadmata	–	6	1	1
p		p < 0,0001		p < 0,05
Varasemad sünnitused				
Ei	42 (27,5%)	111 (72,5%)	14 (36,8%)	24 (63,2%)
Jah	71 (17,6%)	332 (82,4%)	38 (34,9%)	71 (65,1%)
Teadmata	43	164	12	49
p		p < 0,01		
Eelnevad abordid				
Ei	51 (15,2%)	285 (84,8%)	20 (28,2%)	51 (71,8%)
Jah	55 (28,4%)	139 (71,6%)	31 (39,7%)	47 (60,3%)
Teadmata	50	183	13	46
p		p < 0,0001		
Täiskasvanueas kogetud vägivald*				
Ei	100 (18,1%)	452 (81,9%)	34 (25,4%)	100 (74,6%)
Jah	56 (26,5%)	155 (73,5%)	30 (40,5%)	44 (59,5%)
Teadmata	–	–	–	–
p		p < 0,01		p < 0,05

Tunnus	Eesti keeles vastanud		Vene keeles vastanud	
	Planeerimata rasedus n = 156 (20,4%)	Planeeritud rasedus n = 607 (79,6%)	Planeerimata rasedus n = 64 (30,8%)	Planeeritud rasedus n = 144 (69,2%)
Suitsetamine				
Jah, suitsetab	19 (52,8%)	17 (47,2%)	16 (59,3%)	11 (40,7%)
Jah, suitsetas varem	72 (26,9%)	196 (73,1%)	31 (30,7%)	70 (69,3%)
Ei ole kunagi suitsetanud	62 (13,7%)	391 (86,3%)	17 (21,3%)	63 (78,8%)
Teadmata	3	3	–	–
p		p < 0,0001		p < 0,001

* Vaimse, füüsilise ja/või seksuaalse vägivalda kogemus üle 18aastasena.

Tabel 2. Planeerimata raseduse ja erinevate sotsiaal-demograafiliste tunnuste, reproduktiivkäitumise, täiskasvanuna kogetud vägivalda ning suitsetamise kohandamata (OR) ja kohandatud šansisuhted (AOR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% uv) BIDENSi uuringu põhjal Eestis

Tunnus	Võrdlusrühm – planeeritud rasedusega naised					
	Eesti keeles vastanud			Vene keeles vastanud		
	n = 550	OR (95% uv)	AOR (95% uv)*	n = 147	OR (95% uv)	AOR (95% uv)*
Vanus						
25–34	375	1	1	97	1	1
< 25	92	2,73 (1,83–4,06)	1,39 (0,73–2,63)	29	2,00 (1,02–3,83)	3,42 (1,15–10,14)
≥ 35	83	1,92 (1,13–3,28)	1,99 (1,08–3,66)	21	2,32 (0,89–6,00)	1,96 (0,64–5,94)
Haridus						
Kõrgharidus	352	1	1	52	1	1
Algharidus	38	5,04 (2,79–9,10)	5,02 (2,15–11,74)	16	6,60 (2,34–19,01)	4,35 (1,03–18,38)
Keskharidus	160	2,20 (1,49–3,25)	1,90 (1,15–3,16)	79	1,48 (0,76–2,91)	1,01 (0,40–2,55)
Tegevusala						
Õppiv/töötav	339	1	1	76	1	1
Muu	211	0,95 (0,65–1,38)	0,66 (0,40–1,08)	71	1,41 (0,78–2,56)	0,81 (0,34–1,91)
Perekonnaseis						
Abielus/vabaabielus	527	1	1	135	1	1
Muu	23	5,34 (2,75–10,40)	4,07 (1,57–10,58)	12	3,81 (1,92–11,21)	4,77 (1,12–20,40)
Reproduktiivindeks						
Esmassünnitaja	79	1	1	19	1	1
Korduvsünnitaja	280	0,55 (0,30–1,02)	0,72 (0,36–1,43)	51	1,84 (0,53–6,33)	3,19 (0,69–14,77)
Esmassünnitaja, olnud abort	73	1,63 (0,81–3,30)	1,33 (0,62–2,87)	23	3,08 (0,78–12,12)	3,13 (0,61–16,18)
Korduvsünnitaja, olnud abort	118	1,10 (0,57–2,13)	0,95 (0,44–2,07)	54	2,47 (0,73–8,40)	4,02 (0,88–18,42)
Täiskasvanueas kogetud vägivald *						
Ei	387	1	1	83	1	1
Jah	163	1,63 (1,12–2,38)	1,28 (0,79–2,05)	64	2,01 (1,09–3,68)	1,30 (0,58–2,92)
Suitsetamine						
Suitsetas eelnevalt / ei ole kunagi suitsetanud	526	1	1	125	1	1
Suitsetab praegu	24	4,90 (2,48–9,67)	2,01 (0,76–5,31)	22	4,03 (1,75–9,30)	4,43 (1,41–13,86)

* Kohandatud kõigile tunnustele tabelis.

võrreldes eesti keeles vastanutega. Raseduse planeerituse poolest erinesid eelnevalt rasedusi katkestanud ja mittekatkestanud naised vaid eesti keeles vastanute seas.

Täiskasvanueas vägivalda kogenutel esines statistiliselt oluliselt rohkem planeerimata rasedusi, eesti keeles vastanud vägivalda kogenud naistel oli planeerimata rasedusi

26,5% ($p < 0,01$) ning vene keeles vastanutel 40,5% ($p < 0,05$). Suitsetamine nii enne rasedust kui ka selle ajal oli enam levinud vene keeles vastanute hulgas, planeerimata raseduse korral esines suitsetamist rohkem nii eesti kui ka vene keeles vastanutel.

Võrreldes 25–34aastaste vanuserühmaga oli üle 35aastastel eesti keeles vastanutel ja alla 25aastastel vene keeles vastanutel suurem šanss planeerimata raseduseks (vt tabel 2). Alg- ja keskharidusega eesti keeles vastanutel oli kõrgharitutega võrreldes suurem šanss planeerimata raseduseks, vene keeles vastanute seas esines niisugune seos ainult algharidusega uuritutel. Abielus ja vabaabielus naistel oli oluliselt väiksem šanss planeerimata raseduseks. Täiskasvanueas vägivalda kogenud naistel oli suurem šanss planeerimata raseduseks enne teistele tunnustele kohandamist nii eesti kui ka vene keeles vastanute seas. Rasedusaegne suitsetamine oli seotud planeerimata rasedusega nii eesti kui ka vene keeles vastanute hulgas, pärast teistele tunnustele kohandamist jäi seos statistiliselt usaldusväärseks vene keeles vastanute hulgas.

Arutelu

Uuringus osalenutest oli rasedus planeerimata ühel viiendikul eesti keeles ja ühel kolmandikul vene keeles vastanutest. Planeerimata rasedus oli seotud vanuse, hariduse, perekonnaseisu, rasedusaegse suitsetamise ja vägivaldakogemusega täiskasvanueas.

Kirjanduse andmetel on vanus oluliseks planeerimata raseduse esinemissagedust mõjutavaks teguriks (12). Käesolevas uuringus oli samuti nii eesti kui ka vene keeles vastajatel oluliselt suurem šanss planeerimata raseduseks nooremate ja vanemate vastajate hulgas võrreldes 25–34aastastega. Üheks põhjuseks, miks vene keeles vastajatel oli suurem šanss planeerimata raseduseks nooremas vanuserühmas, kuid eestikeelsetel vastajatel vanemas vanuserühmas, võib olla rasestumisvastaste meetodite erinev kasutamine (13). Uuringu „Eesti naiste tervis“ põhjal on teada, et kuigi venekeelse rahvastiku hulgas oli mitteusaldusväärsete rasestumisvastaste meetodite (kalendrimeetod, katkestatud suguühe, tupeloputus) kasutamine võrreldes eestlastega enam levinud kõigis vanuserühmades, oli hormonaalsete rasestumisvastaste meetodite levimus venekeelse rahvastiku

hulgas tunduvalt väiksem just nooremas vanuserühmas (vastavalt 46% ja 20%) (13). Sarnaselt Kosti ja kaasuuriate leituga ilmnes ka käesolevas uuringus seos hariduse ja raseduse planeerituse vahel nii eesti kui ka vene keelt kõneleva rahvastiku hulgas (12). 2000. aasta rahvaloenduse andmeil õppis 20–24aastastest eestlastest kõrgharidussüsteemis üle veerandi, kuid venelastest alla viiendiku (14). Kuna haridus mõjutab üldist tervisekäitumist, võib oletada, et erinevused haridustasemes põhjustavad ka edaspidi erinevusi seksuaal- ja reproduktiivtervise näitajates. Abortide suurem esinemissagedus venekeelse rahvastiku seas viitab sellele, et planeerimata raseduste sagedasem esinemine nende hulgas ei ole tingitud suuremast valmisolekust sünnitada planeerimata laps. Eelnevates Eestis tehtud uuringutes on leitud, et venekeelse rahvastiku hulgas esines rohkem tervise riskikäitumist, sealhulgas regulaarset suitsetamist (15, 16). Käesolev uuring näitas, et planeerimata rasedusega naiste hulgas oli raseduse ajal rohkem suitsetajaid mõlemas rahvusrühmas, kuid vene keeles vastanute hulgas oli nii raseduseelse kui ka rasedusaegse suitsetamise levimus suurem. Rasedusaegne suitsetamine on seotud üsasise kasvupeetuse ja enneaegsusega (17, 18). Kuigi käesolevas uuringus kasutatud küsimustik ei võimaldanud uurida muid tervise suhtes riskerivaid käitumisi raseduse ajal, viitab see tulemus riskikäitumisega seotud tegurite väljaselgitamise vajalikkusele planeerimata raseduse puhul.

Hästi on teada lähisuhtevägivalla seos soovimatu raseduse ja riskeeriva seksuaalkäitumisega (19, 20). Vägivaldses suhtes oleva naise reproduktiivsed valikud ja võimalused abi saada on sageli piiratud ning see võib ohtu seda nii naise enda kui ka tulevase lapse tervise (21). Ka meie uuring osutas, et naised, kes olid kogenud täiskasvanueas vägivalda, olid väiksema tõenäosusega oma rasedust planeerinud. Seega võib planeerimata rasedus viidata ka lähisuhtevägivalla esinemisele. Kuna raseduse ajal puutub naine tervishoiutöötajatega keskmisest sagedamini kokku, siis on see hea võimalus vägivalla avastamiseks.

Tähelepanu tuleb pöörata käesoleva uuringu nõrkadele külgedele, mis on osaliselt tingitud levimusuuringute piiratud võimalusest leida põhjuslikke seoseid.

Üheks olulisemaks uuringu puuduseks on, et naised ei saanud küsimustele vastates täpsemalt määrata, kas käesolev rasedus oli valesti ajastatud või soovimatu. Siiski on planeerimata raseduse korral, hoolimata sellest kas tegemist on soovimatu või valesti ajastatud rasedusega, rasedusaegsete- ja järgsete meditsiiniliste ning sotsiaalsete probleemide esinemissagedus suurem võrreldes planeeritud rasedusega (3, 6, 12). Vägivalla kohta käivate küsimuste tulemust võis mõjutada asjaolu, et mõned naised täitsid küsimustiku kodus ja tagastasid selle järgmisel külastusel. Seetõttu ei saa olla kindel, et kõik naised vastasid küsimustele keskkonnas, kus oli tagatud privaatsus ning turvatunne.

Uuringu tugeva küljena võib välja tuua, et see korraldati lisaks Eestile veel viies riigis ning see annab võimaluse saadud tulemusi omavahel võrrelda. Uuringu tugevaks pooleks oli ka kaasatud haiglate paiknemine Eesti eri piirkondades, sest see aitab tagada heterogeensema valimi ning kaasata piisavalt vene keelt kõnelevaid rasedaid. Uuringus eesti ja vene keeles vastanute jaotus oli sarnane Eesti meditsiinilises sünni- ja abordiregistris 2010. aastal sünnitanud naiste rahvast puudutavate andmetega (74,6% olid eestlased ja 25,4% mitte-eestlased) ning see lubab arvata, et uuringu tulemused erinevate etniliste rühmade kaupa on üldistatavad Eesti rahvastikule.

Järeldused

Planeerimata rasedused moodustasid märkimisväärse osa kõigist rasedustest ning nende esinemissagedus oli oluliselt suurem vene keeles vastanute hulgas. Nii eesti kui ka vene keeles vastanute seas oli planeerimata raseduse esinemine seotud vanuse, hariduse ja perekonnaseisuga. Planeerimata raseduse osakaalu vähendamise eelduseks on kohustuslik seksuaalharidus koolis ja kvaliteetse pereplaneerimisnõustamise kättesaadavus. Eelkõige vajab senisest enam tähelepanu venekeelne rahvastik. Võrreldes planeeritud rasedusega vastajatega olid suitsetamine ja vägivallakogemus enam levinud planeerimata rasedusega vastajate hulgas ning see osutab vajadusele töhustada viimaste seas suitsetamisest loobumise nõustamist ja vägivalla väljaselgitamist.

TÄNUAVALDUS

BIDENS uuringut rahastas Euroopa Komisjon (grant nr JLS-2008-DAB3/AG/1358).

HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autorid kinnitavad, et neil puudub huvikonflikt seoses uuringuga.

SUMMARY

Factors associated with unplanned pregnancies among different ethnic groups in Estonia

Hedda Lippus¹, Made Laanpere^{2,3}, Tarmo Tuisk⁴, Helle Karro²

Aim. The study was designed to assess selected socio-demographic factors and risky health behaviour associated with unplanned pregnancy among 15–44-year-old pregnant women in Estonian-speaking and Russian-speaking study groups in Estonia, who had decided to give birth.

Methods. The data were obtained from the international unselected cohort study BIDENS. In Estonia five antenatal clinics were included. Women were invited at an antenatal visit at a gestational age of 17 to 28 weeks. The total number of participants was 977 of whom 768 (78.6%) filled in the questionnaire in the Estonian language and 209 (21.4%) filled it in the Russian language. The associations between unplanned pregnancy and socio-demographic factors, reproductive health, risky health behaviour (smoking) and violence experience in adulthood were investigated using logistic regression, and to find statistically significant differences between the two groups, the χ^2 test was used.

Results. The prevalence of unplanned pregnancy was lower among the Estonian-speaking women compared with the Russian-speaking women (20.4% and 30.8%, respectively, $p < 0.002$). The Estonian-speaking women who reported unplanned pregnancy differed significantly ($p < 0.05$) in age, education, occupation, marital status, parity and previous abortions, from the women who had planned pregnancy. Among the Russian-speaking women we found statistically significant differences in education and marital status only. Statistically significant differences between the women with planned

¹ Faculty of Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia

² Women's Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

³ Tartu Sexual Health Clinic, Tartu, Estonia

⁴ Institute of International Relations, Tallinn University of Technology, Tallinn, Estonia

Correspondence to:

Hedda Lippus
hedda.lippus@gmail.com

Keywords:

unplanned pregnancy, ethnic differences, socio-demographic factors, risky health behaviour, violence

and unplanned pregnancies were found in risky health behaviour and in exposure to violence in adulthood for both study groups. Using logistic regression analysis, we found associations of unplanned pregnancy with age, education and marital status for both study groups. Higher prevalence of risky behaviour (smoking during pregnancy) was associated with unplanned pregnancy among the Russian-speaking respondents (adjusted odds ratio 4.43; 95% CI 1,41–13,86). Exposure to violence in adulthood was associated with unplanned pregnancy before adjustment for the other factors.

Conclusion. Unplanned pregnancies account for a substantial proportion of all pregnancies in Estonia. The importance of different factors associated with unplanned pregnancy varies between the two ethnic groups. In order to plan and design culturally targeted interventions to prevent unplanned pregnancies, it is crucial to understand socio-demographic and behavioural determinants in different ethnic groups. More attention should be paid to family planning services, postpartum and abortion contraceptive counselling, screening of violence and smoking cessation counselling, especially among the Russian speaking population.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life. WHO:2002;63. http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf.
2. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 1999. *MMWR Surveill Summ* 2002;51:1–27.

3. Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J. Association between pregnancy intention and reproductive health related behaviors before and after pregnancy recognition, national birth defects prevention study, 1997–2002. *Matern Child Health J* 2010;14:373–81.
4. Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery* 2011;27:288–93.
5. Sable MR, Spencer JC, Stockbauer JN, Schramm WJ, Howell V, Herman AA. Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: differences by race and medicaid status. *Fam Plann Perspect* 1997;29:76–81.
6. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect* 1998;30:223–30.
7. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception* 2009;79:194–8.
8. Baydar N. Consequences for children of their birth planning status. *Fam Plann Perspect* 1995;27:228–34&45.
9. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:90–6.
10. Miller E, Decker MR, McCauley HL, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* 2010;81:316–22.
11. Swahnberg IM, Wijma B. The NorVold abuse questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health* 2003;13:361–6.
12. Kost K, Forrest JD. Intention status of U. S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics. *Fam Plann Perspect* 1995;27:11–7.
13. Laanpere M, Rahu K, Part K, Dubikaytis T, Karro H. 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.
14. Eesti ühiskonna integratsiooni monitooring 2008. Uuringu aruanne. Tallinn: Integratsiooni Sihtasutus ja Rahvastikuministri Büroo; 2008. www.meis.ee/raamatukogu?book_id=196&action=download2.
15. Sakkeus L, Karelson K. Välispäritolu rahvastiku tervis. *Eesti Arst* 2008;88:24–36.
16. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4047>.
17. Koch S, Vilser C, Groß W, Schleußner E. Smoking during pregnancy: risk for intrauterine growth retardation and persisting microsomia. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2012;216:77–81.
18. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol* 2000;5:231–41.
19. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2007;8:149–77.
20. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Karro H. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health* 2012 October [Epub ahead of print].
21. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav* 2010;15:14–35.