

Raseduse katkestamise suundumused ja naiste kogemused seoses raseduse katkestamise tervishoiuteenusega Eestis

Grete Tõniste¹, Kai Part², Inge Ringmets^{3, 4}

Taust. Raseduse turvalise katkestamise kättesaadavus ennetab naiste tervisekahjusid. Kliiniline praktika, mis arvestab isiku autonoomiat, võrdset kohtlemist ja mittediskrimineerimist, on inimõigus. Eestis on raseduse katkestamine tervishoiuteenus, mille kohta on regulaarselt kogutud andmeid raseduse infosüsteemi, mis võimaldab analüüsida suundumusi alates 1990ndatest. Siiani ei ole analüüsitud naiste kogemusi seoses raseduse katkestamise tervishoiuteenusega.

Eesmärk. Uuringu eesmärk on kirjeldada ja analüüsida muutusi seoses raseduse katkestamisega ning selgitada välja naiste kogemused seoses raseduse katkestamise tervishoiuteenusega, sealhulgas võimalik COVID-19-pandeemia mõju raseduse katkestamise kättesaadavusele.

Metoodika. Raseduse infosüsteemi andmete põhjal kirjeldati valitud abortide näitajate suundumusi, sh kirurgilise ja medikamentoosse abordimeetodi kasutamist. Rahvastikupõhiste läbilõikeliste Eesti naiste tervise uuringu vastajate hulgast kaasati raseduse katkestamise kogemusega 16–59aastased vastajad (n = 1328) 2024. aastal, võrdluseks 16–44aastased vastajad 2004. (n = 933) ja 2014. (n = 426) uuringuaastal. Analüüsiti vastajate kogemusi seoses abordi kohta selgituste saamisega, kohtlemisega tervishoiuasutuses ja rasestumisvastase nõuande saamisega. Andmeid kirjeldati suhteliste sageduste, seoseid binaarse logistilise regressioonanalüüsi abil.

Tulemused. Perioodil 1994–2023 on abortiivsuskordaja vähenenud pea seitse korda, olles 1991. aastal 70,1 ja 2023. aastal 11,4. Peamine raseduse katkestamise meetod oli medikamentoonne (2023. aastal 93%). Kaks kolmandikku naistest on rahul viimase raseduse katkestamise kohta saadud selgitustega, rahulolu on kõrgem nooremate vastajate hulgas. Vastajatest 69–75% on rahul kohtlemisega tervishoiuasutuses. Enamik naisi, sh 18–24aastastest 93%, on saanud nõustamist rasestumisvastaste vahendite suhtes. Võrreldes 2004. aastaga oli vastajatel 2024. aastal suurem šans olla väga rahul tervishoiutöötajalt saadud selgitustega raseduse katkestamise kohta – šansside suhte kordaja (*odds ratio*, OR) 4,5 (95% usaldusvahemik (uv) 3,4–6,0), võimalike raseduse katkestamisega seotud riskide kohta – OR 2,7 (95% uv 2,0–3,6) ja saada nõustamist rasestumisvastaste meetodite kohta – OR 9,6 (95% uv 7,3–12,7).

Järeldused. Raseduse katkestamise näitajad on märkimisväärselt vähenenud sõltumata sündimuskordajatest. Peamine raseduse katkestamise meetod on olnud medikamentoonne. Vastajate rahulolu raseduse katkestamisel saadud selgituste, rasestumisvastase nõustamise ja kohtlemisega näitab, et nõustavaid meedikuid hinnatakse pigem kõrgelt. COVID-19-pandeemia aegsed piirangud käsitletud tervishoiuteenust negatiivselt ei mõjutanud.

Eesti Arst 2025;
104(10):515–525

Saabunud toimetusse:
01.04.2025
Avaldamiseks vastu võetud:
19.05.2025
Avaldatud internetis:
24.10.2025

¹ TÜ meditsiiniteaduste valdkonna arstiteaduse eriala üliõpilane,
² TÜ kliinilise meditsiini instituudi naistekliinik ja seksuaaltervise uuringute keskus,
³ TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,
⁴ Tervisekassa

Kirjavahetajaautor:
Grete Tõniste
grete.toniste@ut.ee

Võtmesõnad:
abort, abortiivsuskordaja, raseduse katkestamise suundumused, tervishoiuteenus, seksuaal- ja reproduktiivtervis ja -õigused

Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi ja ajakirja Eesti Arst 2024/2025. õppeaasta artiklikonkursile „Minu esimene publikatsioon“ esitatud töö.

Abort tähendab nii iseeneslikku (spontaanset) raseduse katkemist kui ka raseduse katkestamist (tehisaborti) (1). Artiklis on käsitletud aborti raseduse katkestamise tähenduses.

RASEDUSE KATKESTAMINE KUI RAHVATERVISE PROBLEEM JA NAISTE INIMÕIGUSTE KÜSIMUS

Igast kümnest rasedusest kolm lõppevad indutseeritud abordiga (2). Maaailma Terviseorganisatsiooni soovitusi järgides on raseduse katkestamine turvaline meditsiiniprotseduur ja kaasnevad terviseriskid on väga väikesed (3), kuid ainult 55% raseduse katkestamistest on turvalised, s.t protseduuri teeb pädev meditsiinitöötaja nõudekohaste meetoditega. Ebaturvalised abordid põhjustavad 4,7–13,2% emade surmajuhtumitest (4, 5). Arvestades, et umbes 25 miljonil naisel pole ligipääsu turvalisele abordile seaduslikul, geograafilisel, hariduslikul või muul põhjusel (6), on ebaturvaliselt läbiviidud abort oluline naiste tervist ja elu puudutav rahvatervise probleem.

Raseduse katkestamisel on lisaks veel ka naiste inimõigustega ja võrdõiguslikkusega seonduv aspekt. Turvalise aborti kättesaadavuse tagamine tähendab ühtlasi naiste inimõiguste tagamist (õigus elule, tervisele, privaatsusele) ja selle standardiks on kliiniline praktika, mis sisaldab isiku autonoomiat arvestavate teadlike ja vabatahtlike otsuste tegemist, võrdset ja mittediskrimineerivat kohtlemist, konfidentsiaalsust ja privaatsust, piisavaid edasisuunamise võimalusi, ravi ja hoolduse järjepidevust (3). Abortide piiramise ja keelustamise kaudu taandatakse naise olemus nn sünnitusmasina tasandile (7). Emadus peaks aga olema vabatahtlik, mitte peale sunnitud, ja ainus inimene, kes saab raseduse, sünnitusega ja lapse kasvatamisega seotud riske hinnata ning neist ka vajaduse korral loobuda, on naine ise (7).

SUUNDUMUSED MAAILMAS

Maaailmas on ligipääs turvalisele raseduse katkestamisele riigiti erinev ja muutumises. Tagasimineku naiste õiguste ja rahvatervise seisukohast on toimunud Ameerika Ühendriikides, kus 2022. aastal tühistati riigis aborti lubav ülemkohtu otsus *Roe v. Wade* ja sestpeale on aborti lubamine või keelamine iga osariigi otsus. Praegu kehtib 12 osariigis täielik abordikeeld ning neljas osariigis on abort lubatud vaid enne 6. rasedusnädalat –

s.o ajal, mil naine ei pruugi veel oma rasedusest teadlik olla (8). Mõnes osariigis on kehtestatud kriminaalkaristus raseduse katkestamise teenusepakkujatele, isegi kui rasedus või sellega kaasnevad tüsistused on naisele eluohtlikud (9).

Enamikus Euroopa riikides on raseduse katkestamine omal soovil lubatud, välja arvatud Poolas ja Maltal, kus abort on keelatud, välja arvatud juhul, kui rasedus ohustab tõsiselt naise tervist. Iirimaa legaliseeris aborti 2019. aastal ning on Euroopas praeguse seisuga viimane aborti seadustanud riik (10).

Positiivse suundumusena on paljudes riikides viimastel aastakümnetel kättesaadavaks muutunud medikamentoosne raseduse katkestamine, mis annab võimaluse rasedusi katkestada ka väljaspool meditsiinasutust (3). COVID-19-pandeemia ajal võeti osas riikides kasutusele telemeditsiin, mille abil säilitati juurdepääs raseduse katkestamise meditsiiniteenusele ka rangete isolatsioonireeglite tingimustes (11, 12).

RASEDUSE KATKESTAMINE EESTIS

Raseduse katkestamine on Eestis reguleeritud „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusega”, mis tagab raseduse katkestamise kättesaadavuse, määratledes raseduse katkestamise olemuse, selle vabatahtlikkuse ja ajalised kriteeriumid (13).

Raseduse katkestamisega seotud andmeid on Eestis tervishoiuasutustest kogutud alates 1994. aastast, mil loodi Eesti abordiregister (alates 1999. aastast nimega raseduskatkestusandmekogu) (14). Aastatel 2007–2017 avaldas Tervise Arengu Instituut sünni- ja abordiregistri andmeid lühikogumikena, sealt edasi on andmed avaldatud Eesti Statistika ning Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis (14). Alates 2019. aastast esitavad tervishoiuteenuse osutajad andmeid raseduse infosüsteemile, mis tegutseb vastava määruse alusel (14). Tänu regulaarselt kogutud andmetele on võimalik vaadelda raseduse katkestamise suundumusi.

Naiste eelistuste ja rahulolu kohta seoses raseduse katkestamise tervishoiuteenusega on varem küsitud Eesti naiste tervise uuringus (15, 16), kuid põhjalik analüüs ja uuringuandmete võrdlus ajas praeguseni puudub.

Uuringu eesmärk on kirjeldada ja analüüsida muutusi raseduse katkestamise indi-

kaatorites raseduse infosüsteemi andmete põhjal viimase 30 aasta jooksul ning selgitada, kuivõrd on naised rahul raseduse katkestamise tervishoiuteenusega Eesti naiste tervise uuringu kolme uuringu-aasta (2004, 2014 ja 2024) andmete põhjal. Eesmärk on ka analüüsida, kuidas COVID-19-pandeemia mõjutas raseduse katkestamise kättesaadavust.

METOODIKA

Andmete kogumine

Raseduse katkestamise indikaatorite analüüsimiseks kasutati Eesti Statistika ning Tervise statistika ja terviseuuringute andmebaase. Analüüsiks valiti indutseeritud abortide arv vanuserühmade kaupa perioodil 1994–2023, abortiivsuskordajad (abortide arv 1000 viljakas eas, s.t 15–49aastase naise kohta aastas) ja abordimäärad (indutseeritud abortide arv elussündide kohta aastas) ning summaarseid sündimuskordajaid perioodil 1991–2023. Vaadeldi medikamentoose ja kirurgilise aborti meetodi osakaalu perioodil 1996–2019. Medikamentoosse aborti alla summeeriti medikamentoosse induktiooni ja antiprogesterooni meetodid, kirurgilise aborti meetodina summeeriti küretaaž ja vaakumaspiratsioon.

Uuringu tervishoiuteenusega rahulolu puudutavad andmed pärinevad Tartu Ülikooli meditsiinivaldkonna naistekliiniku ja seksuaaltervise uuringute keskuse läbiviidud Eesti naiste tervise uuringu kolmest küsitluslainest (2004, 2014 ja 2024). Tegemist on rahvastikupõhise läbilõikelise küsitlusuuringuga, mida viiakse läbi kümneaastase intervalliga, et saada ülevaade naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise näitajatest, mida riikliku statistika raames ei koguta. Uuringuaastate (2004, 2014 ja 2024) läbiviimise metoodika on üksikasjalikult kirjeldatud uurimisaruannetes (15, 16, 17).

2024. aasta uuringus moodustati rahvastikuregistri alusel vanuse järgi kihitatud juhuvalim 16–59aastaste naiste hulgast suurusega 21 177 naist (põhivalim 12 456 ja lisavalim 8721 isikut). Kutse uuringus osalemiseks saadeti valimisse sattunud naiste e-posti aadressidele. Mittevastanutele saadeti kaks meeldetuletuskirja. Küsimustik sisaldas üheksat alateemat ja 113 küsimust, sh raseduse katkestamise ning aborditeenusega seotud kogemuste kohta. Küsimustikud (eesti ja vene keeles)

sisestati, küsitlus korraldati ja andmeid hallati REDCap-i (Research Electronic Data Capture) rakenduse abil, mis on majutatud Tartu Ülikooli teaduspilve ja sertifitseeritud vastavalt ISKE-M tasemele, turvaklass K1T1S2. Andmeid koguti perioodil 24.01.–04.05.2024. Vastamismäär kolmel uuringuaastal oli vastavalt 54% (2004), 47% (2014) ja 44% (2024) (15, 16, 17). Uuringul on Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr 384/T-3 (20.11.2023).

Andmeanalüüs

Artikli jaoks analüüsiti 2024. aasta uuringus 16–59aastaste vastajate ($n = 5443$) andmeid.

Uuringuaastate võrdluseks oli võimalik analüüsida 16–44aastaste vastajate andmeid aastast 2004 ($n = 2672$), 2014 ($n = 2413$) ja 2024 ($n = 3566$). Kõigil kolmel uuringuaastal küsiti „Kuidas Te jäite rahule selgitustega, mille saite arstilt/õelt/ämmaemandalt seoses viimase raseduse katkestamisega omal soovil?“. Vastata sai eri aspektide kohta: aborti protseduur, võimalikud riskid, abordijärgsed probleemid ja valu leevendamine. 2014. ja 2024. aastal kasutati viieastmelist skaalat: väga rahul, pigem rahul, ei rahul ega rahulolematu, pigem rahulolematu ja väga rahulolematu. 2004. aasta uuringus oli skaala neljaastmeline, ilma keskmise vastusevariandita. Kolme uuringuaasta võrdlemisel liideti esimeses uuringus kokku vastusevariandid „pigem rahul“ ja „pigem rahulolematu“, kahes viimases uuringus lisaks ka vastusevariant „ei rahul ega rahulolematu“.

Küsimusele „Kuidas Te jäite rahule kohtlemisega seoses viimase raseduse katkestamisega omal soovil?“ sai vastata vaid 2024. aasta uuringus, kus küsiti kohtlemise sõbralikkuse, asjatundlikkuse, usaldusväärsuse, visiidi kestuse, väärika kohtlemise ja minu valikutega arvestamise kohta ning vastusevariantidena kasutati sama viieastmelist skaalat.

Küsimusele „Kas Teid nõustati rasestumisvastaste meetodite kasutamise suhtes enne või pärast viimast raseduse katkestamist omal soovil?“ sai vastata 2014. ja 2024. aastal: jah, enne; jah, pärast; jah, nii enne kui pärast; ei; ei mäleta. 2004. aasta uuringus olid vastusevariantideks jah; ei; ei mäleta. Uuringuaastate võrdlemisel liideti kahes viimases uuringus kokku jah-vastused.

Vastajatelt küsiti veel „Kas COVID-19-pandeemia tõttu ei saanud Te rasedust

katkestada, kuigi oleksite seda soovinud?“, vastusevariandid olid: jah ja ei.

2024. aasta uuringu andmed esitati vanuserühmiti, kasutades absoluutseid ja suhtelisi sagedusi (n, %). Rühmadevaheliste erinevuste hindamiseks kasutati Pearsoni hii-ruut-testi ja Fisheri täpset testi. Koondhinnangud esitati kaalutuna 16–59aastasele naisrahvastikule 01.01.2024. aasta seisuga. Kolme uuringuaasta võrdlemiseks kasutati 16–44aastaste vastajate andmeid. Andmeid kirjeldati suhteliste sageduste (%) abil, mis standarditi samas vanuses naisrahvastikule 01.01.2024. aasta seisuga. Erinevate küsimuste ja uuringuaastate vaheliste seoste hindamiseks kasutati binaarset logistilise regressiooni mudelit, kuhu lisati selgitava tunnuseks vastaja vanus. Sõltuva tunnuseks kasutati arstilt/õelt/ämmaemandalt seoses viimase raseduse katkestamisega saadud selgitustega rahulolu korral binaarset tunnust, mis näitas väga rahul olnute osakaalu. Rasestumisvastaste meetodite kasutamise suhtes nõustamise korral kasutati binaarset tunnust, mis näitas nõustamist saanute osakaalu. Seosed esitati šansside suhete kordajana (OR) koos 95% usaldusvahemikega (95% uv). Andmeanalüüsis kasutati statistilise analüüsi paketti R.

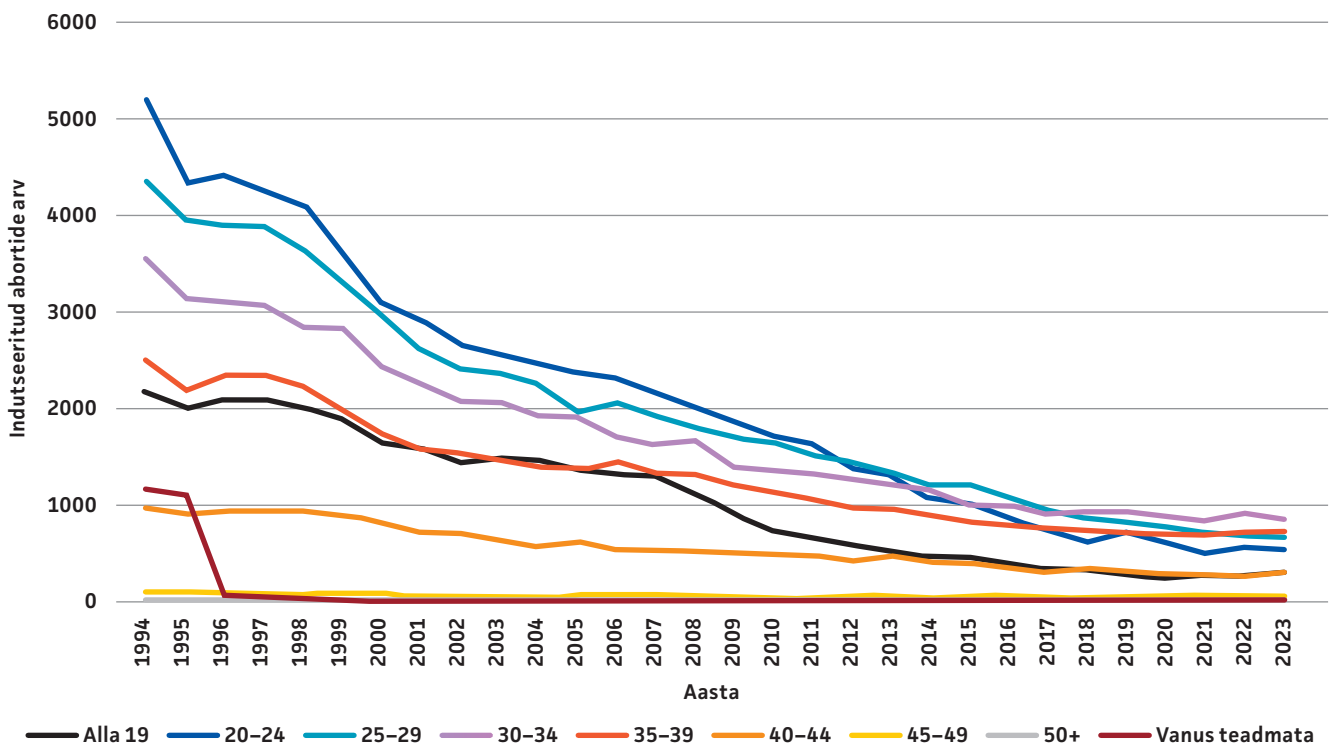
TULEMUSED

Raseduse katkestamise indikaatorid

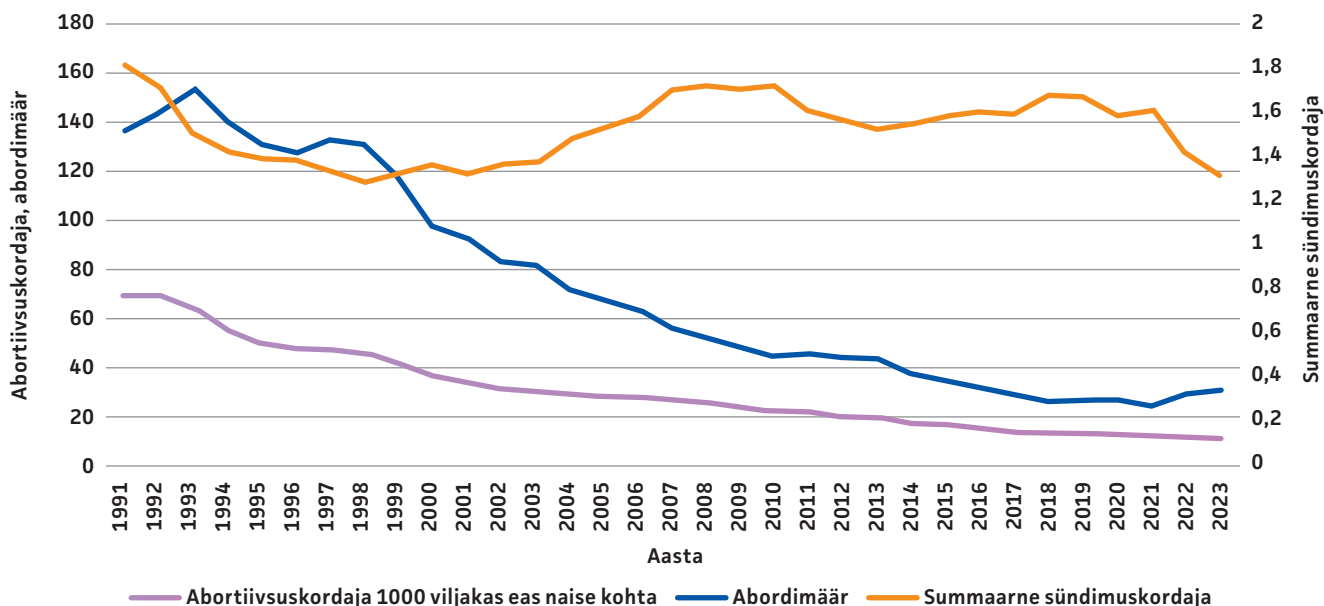
Kõikides vanuserühmades oli perioodil 1994–2023 indutseeritud abortide arv pidevalt ja märkimisväärselt vähenenud (vt joonis 1). Eriti suur langus oli toimunud 20–24aastaste hulgas, kus langus on olnud pea kümnekordne: 2023. aastal oli selles vanuserühmas 525, seevastu 1994. aastal 5165 indutseeritud aborti.

Joonisel 2 on näha, et abortide arv 1000 viljakas eas naise kohta (abortiivsuskordaja) on perioodil 1991–2023 vähenenud pea seitse korda: kui 2023. aastal oli see näitaja 11,4, siis 1991. aastal 70,1. Indutseeritud abortide arvu märkimisväärne langus elussündide kohta aastas (abordinäär) näitab, et alates aastast 2000 on indutseeritud aborte vähem kui sünde, eelnevalt on see olnud vastupidi. Samal perioodil on summaarne sündimus-kordaja püsinud mõningase varieeruvusega samal tasemel, välja arvatud viimastel aastatel, kus see on vähenenud.

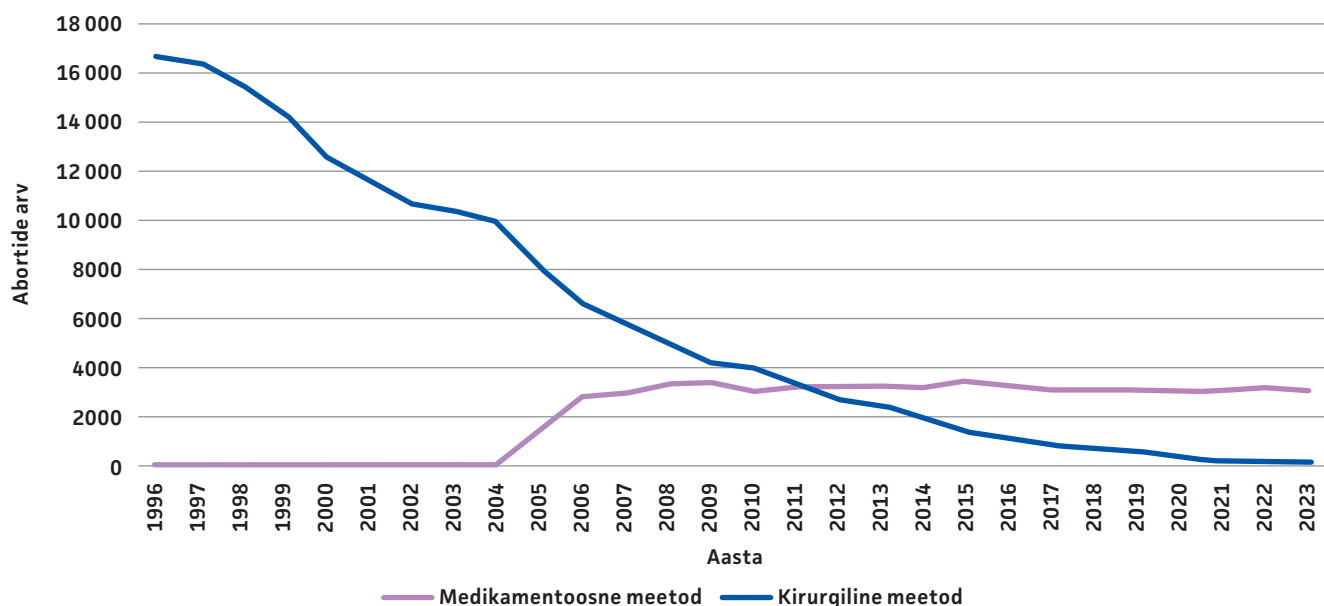
Medikamentooselt katkestatud raseduste arv on alates 2005. aastast suurenenud ja kirurgilise meetodiga katkestatud raseduste arv vähenenud (vt joonis 3).



Joonis 1. Indutseeritud abortide arv vanuserühmade kaupa aastatel 1994–2023 (18).



Joonis 2. Abortiivsuskindaja, abordimäär ja summaarne sündimuskordaja aastatel 1991–2023 (19, 20).



Joonis 3. Medikamentoosse ja kirurgilise abordimeetodi kasutamise arv aastatel 1996–2023 (21).

Rahulolu raseduse katkestamise tervishoiuteenusega

Raseduse katkestamise kogemusega 16–59aastasi vastajaid oli 2024. aasta uuringus 1328. Kuna 16–17aastasi aboridogemusega vastajaid oli väga vähe ($n = 6$), siis jäeti nad vanuserühmade kaupa tulemuste esitamisel kõrvale.

Tabelis 1 on näha, et 2024. aastal on ligikaudu kaks kolmandikku vastajatest olnud väga või pigem rahul neile meediku antud selgitustega raseduse katkestamise protse-

duuri, võimalike riskide, abordijärgse perioodi ja valu leevendamise kohta. Nooremad vastajad on olnud võrreldes vanematega neile antud selgitustega oluliselt rohkem rahul, v.a valu leevendamise kohta antud selgituste osas.

Tabelis 2 on näha, et enam kui kaks kolmandikku vastajatest igas vanuserühmas on olnud rahul tervishoiuasutusepoolse kohtlemise erinevate aspektidega viimase raseduse katkestamise ajal. Vastajaid, kes olid kohtlemise eri aspektidega väga või pigem rahulolematud, oli vähem kui

kümnendik, nooremate vastajate hulgas vaid mõni protsent.

Tabelis 3 on näha, et enamik vastajatest on saanud nõustamist rasestumisvastaste meetodite kohta enne ja/või pärast raseduse katkestamist. Vanuserühmade vahel on olulised erinevused ($p > 0,001$) – kõige rohkem oli enda hinnangul rasestumisvastaste vahendite asjus nõustamist saanud

nooremate vastajate hulgas: 18–24aastasest 93%. Samas vanimas vanuserühmas neljandik ei mäletanud ja 16% vastas, et nad ei ole saanud sellist nõustamist.

Küsimusele, kas COVID-19-pandeemia tõttu jäi katkestamata rasedus, mille vastaja tavaolukorras oleks katkestanud, vastas jaatavalt viis inimest ($n = 2839$) ehk 0,18% vastajatest.

Tabel 1. Rahulolu arstilt, õelt või ämmaemandalt saadud selgitustega enne viimast raseduse katkestamist vanuserühmiti 18–59aastaste raseduse katkestamise kogemusega naiste hulgas (%)*

Teema	Vanuserühm (aastates)				Kokku (kaalutud)	Hii-ruut-testi p-väärtus
	18–24 (n = 30)	25–34 (n = 94)	35–44 (n = 273)	45–59 (n = 925)	(n = 1322)	
abordi protseduur/meetodid	86,7	78,7	76,6	62,8	68,3	< 0,0001
võimalikud abordiga seotud riskid/tüsistused	76,7	66,0	70,3	59,0	62,9	0,0019
abordijärgsed probleemid	73,3	63,8	69,6	58,7	62,3	0,0056
valu leevendamine	63,3	64,9	70,7	64,8	66,3	0,3255

* Vastajate osakaal, kes olid väga rahul või pigem rahul.

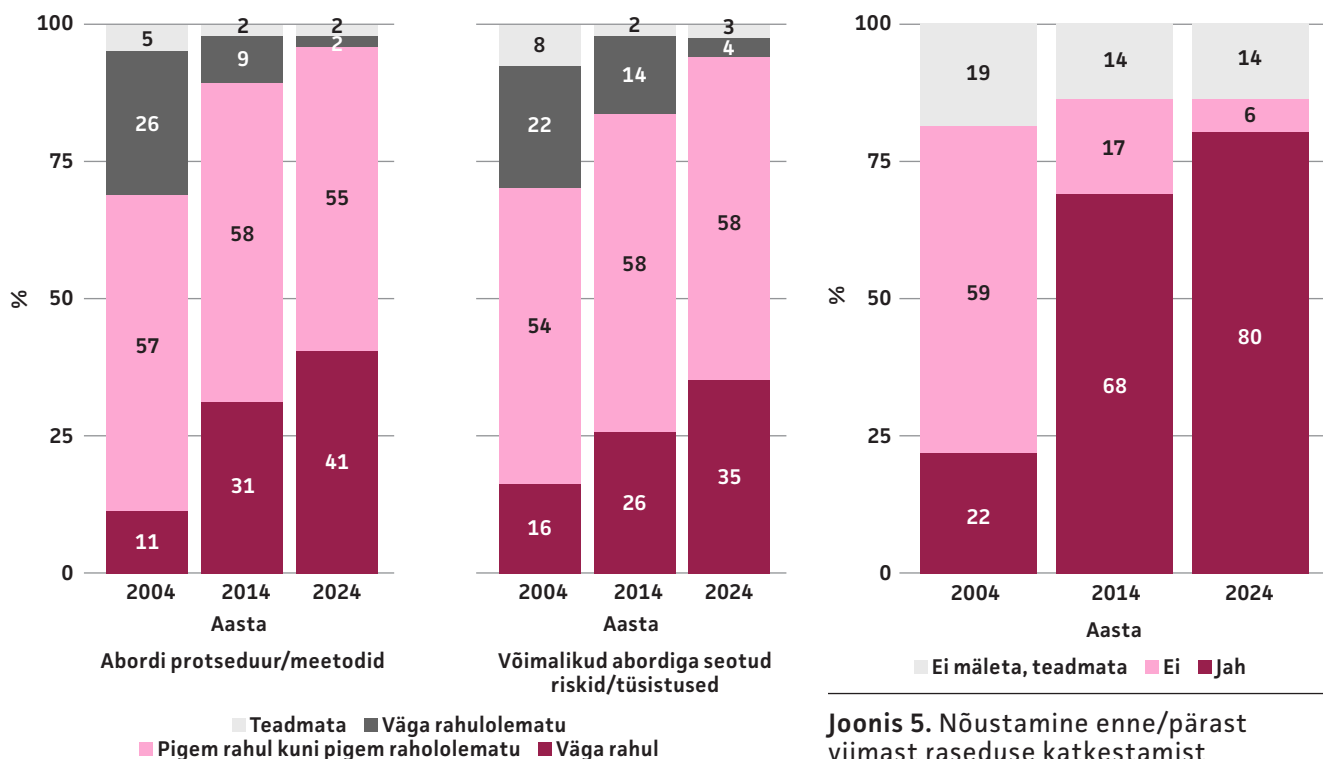
Tabel 2. Rahulolu kohtlemisega viimase raseduse omal soovil katkestamisel vanuserühmiti 18–59aastaste raseduse katkestamise kogemusega naiste hulgas (%)

Erinevad küljed	Vanuserühm (aastates)				Kokku (kaalutud)	Hii-ruut-testi p-väärtus
	18–24 (n = 30)	25–34 (n = 94)	35–44 (n = 273)	45–59 (n = 925)	(n = 1322)	
sõbralikkus	73,3	72,3	72,2	65,6	68,1	0,1292
asjatundlikkus	80,0	77,7	79,5	72,9	75,2	0,1194
usaldusväarsus	76,7	73,4	76,2	70,1	72,1	0,2170
visiidi kestus	83,3	76,6	77,7	70,6	73,2	0,0485
väärikas kohtlemine	66,7	71,3	71,1	66,4	68,1	0,4377
minu valikutega arvestamine	80,0	71,3	72,2	66,8	68,8	0,1649

* Vastajate osakaal, kes olid väga rahul või pigem rahul.

Tabel 3. Nõustamine enne/pärast viimast raseduse katkestamist rasestumisvastaste meetodite kohta vanuserühmiti 18–59aastaste raseduse katkestamise kogemusega naiste hulgas (%)

Nõustamine	Vanuserühm (aastates)				Kokku (kaalutud)
	18–24 (n = 30)	25–34 (n = 94)	35–44 (n = 273)	45–59 (n = 925)	(n = 1322)
jah, enne	16,7	16,0	20,9	15,8	17,1
jah, pärast	23,3	27,7	18,3	15,6	17,6
jah, nii enne kui pärast	53,3	37,2	31,1	26,3	29,0
ei	0,0	6,4	9,2	16,3	13,2
ei mäleta	3,3	12,8	18,7	25,2	22,0
teadmata	3,3	0,0	1,8	0,9	1,1
kokku	100	100	100	100	100



Joonis 4. Rahulolu saadud selgitustega enne viimast raseduse katkestamist uuringuaastate võrdluses 16–44aastaste vastajate hulgas (%), standarditud 01.01.2024. aasta seisuga Eesti naisrahvastikule).

Joonis 5. Nõustamine enne/pärast viimast raseduse katkestamist rasedumisvastaste meetodite kohta uuringuaastate võrdluses 16–44aastaste vastajate hulgas (%), standarditud 01.01.2024. aasta seisuga Eesti naisrahvastikule).

Uuringuaastati oli võimalik võrrelda 16–44aastaste vastajate hinnangul selgituste andmist abordi protseduuri ja võimalike riskide kohta kolmel uuringuaastal. 16–44aastasi raseduse katkestamise kogemusega vastajaid oli 2004. aastal 933, 2014. aastal 426 ja 2024. aastal 403, kokku 1762. Selgub, et selgitustega väga rahule jäänud vastajate hulk on suurenenud 2–3 korda ja märkimisväärselt on vähenenud vastajate hulk, kes ei ole nimetanud selgitustega üldse rahule jäänud (vt joonis 4). Võrreldes 2004. aastaga oli 2014. aastal 2,9 ja 2024. aastal 4,5

korda suurem šanss olla väga rahul tervishoiutöötajalt saadud selgitustega raseduse katkestamise kohta, ning vastavalt 1,2 ja 2,7 korda suurem šanss olla väga rahul selgitustega võimalike raseduse katkestamisega seotud riskide kohta (vt tabel 4).

Kolme uuringuaasta võrdluses on pea neli korda suurenenud nende naiste osakaal, keda enda hinnangul on raseduse katkestamise korral rasedumisvastaste vahendite teemal nõustatud (vt joonis 5). Võrreldes 2004. aastaga oli 2014. aastal 5,9 ja 2024. aastal 9,6 korda suurem šanss saada tervis-

Tabel 4. Arstilt, õelt või ämmaemandalt saadud selgitustega rahulolu („väga rahul“) abordi protseduuri ja riskide kohta ning rasedumisvastase nõustamise saamine („jah“) 16–44aastaste naiste hulgas (n = 1762), vanusele kohandatud šansside suhted (odds ratio, OR) koos 95% usaldusvahemikega (uv)

Uuringuaasta	Väga rahul selgitustega abordi protseduuri/meetodi kohta OR (95% uv)	Väga rahul selgitustega võimalike abordiga seotud riskide/tüsistuste kohta OR (95% uv)	Saanud nõustamist rasedumisvastaste meetodite kohta OR (95% uv)
2004	1	1	1
2014	2,9 (2,1–3,8)	1,6 (1,2–2,2)	5,9 (4,6–7,6)
2024	4,5 (3,4–6,0)	2,7 (2,0–3,6)	9,6 (7,3–12,7)

hoitootajalt nõustamist rasestumisvastaste vahendite kohta (vt tabel 4).

ARUTELU

Tulemustest selgus, et perioodil 1994–2023 on toimunud raseduse katkestamise indikaatorite osas märkimisväärne langus ja raseduse katkestamise peamise meetodina on kasutusele võetud medikamentoosne meetod. Samal ajal on naiste rahulolu raseduse katkestamisel saadud selgitustega ja nõustamisega rasestumisvastaste vahendite suhtes kõrge ja see on oluliselt ajas paranenud. Kaks kolmandikku naistest on olnud rahul kohtlemisega tervishoiuasutuses. COVID-19-pandeemia ei olnud negatiivset mõju raseduse katkestamise kättesaadavusele.

Varasemast on teada nii indutseeritud abortide arvu kui ka abortiivsuskordaja ja abordimäära vähenemine (22) ning käesoleva uuringu tulemused kinnitavad selle suundumuse jätkumist. Abortiivsuskordaja Eestis on jõudnud Põhjamaade keskmisega samale tasemele (23). Indutseeritud aborte registreeriti 2023. aastal 3356, seevastu 1994. aastal 19 784 (18). Tulemus, et abortide arvu vähenemine on märgatav kõigis vanuserühmades, kuid kõige enam 20–24aastase hulgas, on varasemast teada (22). Tegemist on vanuserühmaga, kus abortiivsuskordajad on olnud vaadeldud perioodi alguses ka kõrgeimad. Teismeliste (15–19aastaste) abortide arvu kiire langus alates 1990ndatest on Eestis võrreldes teiste riikidega olnud kiireim (24). Eelnev analüüs on näidanud, et Eestis on raseduse katkestamise indikaatorite languse tinginud efektiivsete rasestumisvastaste meetodite kättesaadavuse paranemine alates 1990. aastast (näiteks ka 50% soodustusega rasestumisvastased retseptiravimid), kohustusliku kooli-seksuaalhariduse sisseviimine alates 1996. aastast (25), muutused tervishoiukorralduses (noorte nõustamiskeskuste võrgustiku asutamine ja käigushoidmine (26)). Eestis on aastaid tegutsenud seksuaaltervise liidu noortele suunatud teaduspõhine teabeportaal seksuaaltervis.ee. On teada, et ebaturvalise aborti tagajärjed on ära hoitavad raseduse katkestamist lubavate õiguslike aluste ja nimetatud ennetusmeetmetega (27). Seega võib öelda, et Eestis alates 1990ndatest rakendatud meetmed on olnud õigustatud ja kaasa aidanud naiste tervisekahju ennetamisele.

Tulemustest selgus, et nii indutseeritud abortide üldarv kui ka abortiivsuskordaja on langenud sõltumatult sündimuskordajast. See näitab, et sünde determineerivad eraldiseisvad tegurid ja abortide langusega ei kaasne sündide arvukuse tõusu. Summaarse sündimuskordaja langus viimasel paaril aastal on korrelatsioonis abordimäära samaaegse tõusuga, sest viimane näitaja on otseses sõltuvuses elussündidest.

Tulemustest selgus, et alates 2005. aastast, mil Eestis muutus kättesaadavaks raseduse katkestamine medikamentooselt mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooniga, on selle meetodi kasutamine järjepidevalt suurenenud ja praeguseks ülekaalukas raseduse katkestamise meetod: 2023. aastal katkestati 3172, s.o 93% kõigist indutseeritud abortidest ($n = 3395$) medikamentooselt ja vaid 223 rasedust kirurgiliselt. Võrdluseks, 1996. aastal toimus 16 719 kirurgilist ja 72 medikamentooset raseduse katkestamist, tol ajal oli medikamentoosse meetodina kasutusel väheefektiivne anti-progestiin. Medikamentoosse meetodi kasutusele võtmine on tähendanud väiksemat koormust (päeva)statsioonarile, vähem invasiivseid protseduure, naiste autonoomia ja privaatsuse suurenemist (28), seega on tegemist positiivse suundumusega.

Tulemustest selgus, et COVID-19-pandeemia ajal kehtinud piirangutel ei olnud negatiivset mõju raseduse katkestamise kättesaadavusele. Üksikute inimeste valikuid võisid piirangud siiski mõjutada. Ülemaailmselt täheldati pandeemia negatiivseid tagajärgi naiste seksuaal- ja reproduktiivtervisele (sh ka raseduse katkestamisele) juba selle algusperioodil. 2020. aastal läbiviidud uuringus toodi välja, et COVID-19 tõttu on vähenenud ligipääs nii meditsiinilisele kui ka kirurgilisele abordile, vastavalt 62% ja 46% (30). Eestis õnnestus pandeemia ajal hoida avatuna naistele olulised seksuaal- ja reproduktiivtervise teenused, sh juurdepääs raseduse katkestamisele, mida kinnitavad ka käesoleva uuringu tulemused.

COVID-19-pandeemia ajal suurenes märgatavalt raseduse medikamentoosse meetodiga katkestamise liikumine naise valikul kodukeskkonda. Praegu kehtiv Eesti Naistearstide Seltsi juhend sisaldab patsiendi nõustamise ja kliinilise käsitluse osas olulisi täiendusi, mis võtavad arvesse medikamentoosse aborti (osalises mahus) toimumist väljaspool haiglat; suurenenud

on ämmaemandate roll patsiendi nõustamises ja kaugvisiitide olulisus abordijärgse perioodi toetamisel (28). Osas riikides võeti pandeemia ajal kasutusele telemeditsiin, mille kaudu viidi raseduste katkestamine täielikult kodukeskkonda. Suurbritannias uuriti naiste kogemusi telemeditsiini rakendamisel raseduse medikamentoosel katkestamisel. Vastajad hindasid kõrgelt privaatsust ja teenuse kättesaadavust: ei olnud vaja haiglasse sõita, vaid konsultatsioone sai teha kodust telefoni teel. Positiivselt hinnati arstide suhtumist, suhtlusstiili ja informeerimiskust (12).

2024. aastal küsitlusuuringus osalenud 16–59aastastest vastajatest oli kaks kolmandikku rahul nii neile meedikute antud selgitustega raseduse katkestamise protseduuri, võimalike riskide, abordijärgse perioodi ja valu leevendamise kohta kui ka neile osaks saanud kohtlemisega tervishoiuasutuses. Ajas järjest paranenud nõustamist, mis on seotud raseduse katkestamisega, kinnitab nii nooremate vastajate kõrgem rahulolu kui ka uuringuaastate võrdluses leitud rahulolu paranemine.

Uuringuaastate võrdluses oli märkimisväärselt kasvanud raseduse katkestamise eel, ajal või järel rasestumisvastaste meetodite kohta nõustamist saanute osakaal. Põhjuseks tuleb arvesse meedikute üldise nõustamiskuse paranemine kontratseptsiooni teemal, kuid ka asjaolu, et medikamentoosse aborti kasutusele võtmine tõi endaga kaasa nihke nõustamisel – kui varem käsitleti rasedusest hoidumise teemat sageli alles kirurgilise meetodiga raseduse katkestamise järgsel visiidil, siis nüüd soovitab juhend kontratseptsiooninõustamist juba enne raseduse katkestamist (valdavalt medikamentoosse meetodiga) ja kontratseptsioonimeetodi kasutama hakkamist vahetult pärast raseduse katkestamist. Medikamentoosse aborti osalise siirdumisega koju ja sellega seotud patsientide kõrget rahulolu tervishoiutöötajapoolse nõustamisega on kirjeldatud ka teistes uuringutes (11, 12).

Uuringu peamise tugevusena võib välja tuua valimi suuruse ja esinduslikkuse. Kuigi vastamismäär jäi kõikidel küsitlusuuringu aastatel 50% ümbrusesse, on see Eestis senise kogemuse põhjal hea tulemus ja tulemusi võib üldistada Eesti 16–59aastastele naistele. Teiseks, siiani ei ole põhjalikult analüüsitud raseduse katkestamisega seotud

naiste rahulolu meedikute poolt selgituste andmisega, nõustamisega ja kohtlemisega tervishoiuasutuses. Kolmandaks, raseduse katkestamise indikaatorite suundumuste analüüs aitab tasakaalustada mõnikord meedias kajastatavat arusaama, mille kohaselt on raseduste katkestamised Eestis problemaatiliselt kõrgel tasemel või et raseduse katkestamise tervishoiuteenust tuleks piirata. Teadmised raseduse katkestamise suundumuste ja patsientide rahulolu kohta selle tervishoiuteenusega toetavad tõendus põhiste tervishoiupoliitiliste otsuste tegemist.

Uuringu puudusena võib tuua välja, et rahvastikupõhine küsitlusuuring põhineb vastajate antud hinnangutel ja tundlikel teemadel nagu raseduse katkestamine võib olla alaraporteerimist.

Eesti naiste tervise uuringu kolmel uuringuaastal varieerus küsimustike kogumise viis: 2004. aastal koguti küsimustikud posti teel, 2014. aastal loodi võimalus ka elektrooniliseks vastamiseks (22% eestikeelsetest küsimustikest) ning 2024. aastal toimus küsitlusuuring ainult elektroonilise küsimustiku täitmise abil. Oletame siiski, et tundlikul raseduse katkestamise teemal küsimustiku täitmine oli uuritavate jaoks vastuvõetav, kuid tulemuste võrreldavust uuringuaastati võis küsimustiku vorm vähesel määral mõjutada. On leitud, et postiküsitluste vastamismäär on kõrgem kui elektroonilistel küsimustikel (29).

Tuleb möönda, et kirjeldatud positiivset suundumust, mille kohaselt nooremad naised on rohkem kogenud selgitusi ja nõustamist raseduse katkestamise protsessis, võib mõjutada ka vanemate vastajate puhul pikema aja möödumine uuritavast sündmusest, mistõttu vanemad vastajad ei pruukinud mäletada, kas nad said seoses raseduse katkestamisega selgitusi ja nõustamist või mitte.

KOKKUVÕTE

Turvaline abort on oluline naiste tervise ja ohutuse tagamiseks. Naiste eelistusi ja rahulolu on uuritud eelnevates Eesti naiste tervise uuringutes, kuid uuringuaastate võrdlus seni puudub. Andmete analüüsimiseks kasutati rasedusinfosüsteemi ja Eesti naiste tervise uuringu kolme aasta (2004, 2014 ja 2024) andmeid. Eestis on perioodil 1994–2023 nii abortide üldarv kui ka abortiivsuskordaja ja abordimäär pidevalt ja

märkimisväärselt langenud sõltumatult sündimuskordajatest. Enamik rasedustest katkestatakse medikamentoosse meetodiga. Vastajate rahulolu raseduse katkestamise ajal antud selgitustega ja kohtlemisega tervishoiuasutuses ning positiivsete kogemuste sagenemine uuringuaastate võrdluses peegeldab tervishoiutöötajate ajas järjest paranenud pakutud nõustamist ning seda, et raseduse katkestamist nõustavaid meedikuid hinnatakse pigem kõrgelt. Raseduse katkestamise käigus pakutav nõustamine rasestumisvastaste meetodite kohta on naiste hinnangul hüppeliselt sagenenud ja see ennetab omakorda soovimatuid rasedusi. COVID-19-pandeemia ajal kehtinud üldistel piirangutel ei olnud olulist negatiivset mõju raseduse katkestamise kättesaadavusele.

HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemadega.

SUMMARY

Trends in Pregnancy Termination and Women's Experiences with Abortion Related Healthcare Services in Estonia

Grete Tõniste¹, Kai Part², Inge Ringmets³

Background and objectives. Access to safe pregnancy termination prevents harm to women's health. Clinical practices that uphold personal autonomy, equality and non-discrimination is a fundamental right for women. In Estonia, data on pregnancy and childbirth have been regularly collected since the 1990s. However, women's experiences with pregnancy termination in Estonia have not been analysed until now. The aim of the study was to analyse and describe changes in abortion trends during the last 30 years and assess women's satisfaction regarding abortion related healthcare services and treatment in Estonia during the last 20 years. Additionally, the study seeks to learn about the effect of COVID-19 pandemic on the accessibility of abortion services.

Methods. Data from three survey years (2004, 2014, 2024) of the Estonian Women's Health Study and Pregnancy Information system were analysed. The analysis examined the total number of abortions by age group, trends in total fertility rate,

the abortion rate and ratio, and the use of surgical and medical abortion methods. From the population-based cross-sectional study respondents (2024), 1328 women aged 16–59 with an experience of pregnancy termination were included in the data analysis. To compare survey years, additional respondents were added to the analysis, which focused on their experiences regarding explanations received during pregnancy termination, treatment at healthcare facilities and contraceptive counselling. Data were described using relative frequencies, and associations were analysed using binary logistic regression.

Results. During 1994–2023, there was a significant decline in the abortion rate: from 70.1 in 1991 to 11.4 in 2023, a nearly sevenfold decrease. Medical abortion has become the primary method for pregnancy termination, implemented in 93% of all induced abortions. Two-thirds of women are satisfied with the explanations and counselling received during abortion, with younger respondents expressing higher satisfaction. Between 69% and 75% of respondents were satisfied with their treatment in healthcare facilities in 2024 study. The vast majority of women, including 93% of those aged 18–24, have received counselling on contraceptive methods. The proportion of those who have received counselling has increased four times, from 22% in 2004 and 80% in 2024. Compared to 2004, respondents in 2024 had a higher chance of being very satisfied with the explanations received from healthcare professionals regarding pregnancy termination – OR 4.5 (95% CI 3.4–6.0), the potential risks associated with pregnancy termination – OR 2.7 (95% CI 2.0–3.6), and receiving counselling on contraceptive methods – OR 9.6 (95% CI 7.3–12.7).

Conclusions. The decline in the abortion rate and ratio is significant and has not occurred at the expense of decreased births. The primary method for pregnancy termination is medical abortion. Respondents' satisfaction with the explanations, contraceptive counselling and treatment during abortion indicates that healthcare professionals' care is highly rated. Restrictions during the COVID-19 pandemic did not have a major negative impact on the accessibility of pregnancy termination.

¹ Faculty of Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia,
² Tartu University Institute of Clinical Medicine, Sexual Health Research Centre; Tartu University Hospital's Women's Clinic, Estonia,
³ Inge Ringmets, Faculty of Medicine, Institute of Family Medicine and Public Health; Estonian Health Insurance Fund, Statistician–Analyst

Correspondence to:
Grete Tõniste
grete.toniste@ut.ee

Keywords:
abortion, abortion rate,
pregnancy termination
trends, healthcare service,
sexual and reproductive
health and rights

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Meditsiinisinonastik. Toim.: Ootsing S, Trapido L. Tallinn: Medicina, 2004.
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* 2020;8:e1152–e61.
3. World Health Organization. Abortion care guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (vaadatud 15.03.2025).
4. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014;2:e323–e33.
5. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:980–1004.
6. Starrs AM, Ezech AC, Barker Gary, et al. Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet* 2018;391:2642–92.
7. Hallgarten L. Women's reproductive rights. *Lancet* 2020;396:234–5.
8. Guttmacher Institute. Interactive map: US abortion policies and access after Roe. <https://states.guttmacher.org/policies/> (vaadatud 14.03.2025).
9. Sun N. Overturning Roe v. Wade: reproducing injustice. *BMJ* 2022;377:o1588.
10. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (vaadatud 15.03.2025).
11. Chong E, Shochet T, Raymond E, et al. Expansion of a direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. *Contraception* 2021;104:43–8.
12. Boydell N, Reynolds-Wright JJ, Cameron, ST, et al. Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *BJOG* 2021;128:1752–61.
13. Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus (25.11.1998). RT I 1998, 107, 1766; viimati muudetud 15.03.2019. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019134>.
14. Tervise Arengu Instituut. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2016. Eesti abidiregister 1996–2016. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/eesti-meditsiiniline-sunniregister-1992-2016-eesti-abidiregister-1996-2016> (vaadatud 15.03.2025). <https://www.ens.ee/ravijuhendid/guenekoloogia/raseduse-katkestamine>.
15. Part K, Laanpere M, Rahu K jt. Eesti naiste tervise uuring 2004. Uuringuaruanne. Tartu: 2007. <https://sisu.ut.ee/naisteterviseuuring/eesti-naiste-tervise-uuring-2004/>.
16. Lippus H, Laanpere M, Part K jt. Eesti naiste tervise uuring 2014. Uuringuaruanne. Tartu: 2015. <https://sisu.ut.ee/naisteterviseuuring/eesti-naiste-tervise-uuring-2014/>.
17. Part K, Laanpere M, Ringmets I jt. Eesti naiste tervis 2024: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu: 2025. <https://sisu.ut.ee/naisteterviseuuring/eesti-naiste-tervise-uuring-2024/>.
18. Eesti Statistika. Statistika andmebaas. Indutseeritud abordid naise vanuse ja varasemate elussündide arvu järgi. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikusundmused__abordid/RV18 (vaadatud 14.03.2025).
19. Eesti Statistika. Statistika andmebaas. Indutseeritud abordid naise rahvuse järgi. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikusundmused__abordid/RV1731 (vaadatud 15.03.2025).
20. Eesti Statistika. Statistika andmebaas. Sündimuse näitajad. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV033 (vaadatud 15.03.2025).
21. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__03Abordid/RK30.px/ (vaadatud 14.03.2025).
22. Laanpere M, Ringmets I, Part, K, et al. Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion. *BMC Women's Health* 2014;14:81.
23. Finnish Institute for Health and Welfare. Induced Abortions in the Nordic Countries 2021. <https://thl.fi/en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries> (vaadatud 16.03.2025).
24. Part K, Moreau C, Donati S, et al. Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:1395–406.
25. 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 Health Care* 2012;17:351–62.
26. Part K, Ringmets I, Laanpere M, et al. Contraceptive use among young women in Estonia: Association with contraceptive services. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;21:132–40.
27. Eesti Statistika. Sündimus Eestis läbi taasiseseisvumisaja. 2023. <https://stat.ee/et/uudised/sundimus-eestis-labi-taasiseseisvumisaja> (vaadatud 15.03.2025).
28. Laanpere M, Part K, Soplepmann P jt. Raseduse katkestamine. Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend. Eesti Naistearstide Selts; 2024.
29. Ebert JF, Huibers L, Christensen B, Christensen MB. Paper- or web-based questionnaire invitations as a method for data collection: cross-sectional comparative study of differences in response rate, completeness of data, and financial cost. *J Med Internet Res* 2018;23:20.

Tõsiste kardiovaskulaarsete häirete teiseseks ennetuseks on klopidoogreel tõhusam kui aspiriin

Tõsiste kardiovaskulaarsete tüsistuste – müokardiinfarkt, isheemiline insult, perifeersete arterite haigus, kardiovaskulaarne surm – teiseseks ennetuseks koronaa-haiguse korral on kasutusel anti-agreganttravi. Aastakümneid on sel otstarbel kasutatud väikeses annuses aspiriini, sünteesitud on ka teisi antiagregante, näiteks klopidoogreel. Klopidoogreeli kasutatakse nii monoterapijana kui ka koos aspiriiniga.

Mitme riigi teadlaste koostöös kuni 2025. aasta aprillini aval-

datud juhuslikustatud uuringute metaanalüüsil võrreldi aspiriini ja klopidoogreeli tõhusust tõsiste kardiovaskulaarsete häirete sekundaarses ennetuses koronaa-haigusega patsientidel, kel oli äge koronaarsündroom või kellele oli tehtud perkutaanne revaskulariseeriv protseduur. Analüüsiti 7 uuringu põhjal kokku 28 982 patsiendi ravi tulemusi. Anti-agreganttravi eesmärgil sai neist 14 507 patsienti monoterapijana klopidoogreeli ja 14 475 monoterapijana aspiriini, jälgimisperiood oli keskmiselt 5,5 aastat.

Tõsise kardiovaskulaarse häire kujunemise sagedus 100 isikaasta kohta oli klopidoogreelirühmas 261 ja aspiriinirühmas 299 juhtu.

Suremuse näitajad kahe rühma vahel ei erinenud, hemorraagiliste tüsistuste sagedus oli klopidoogreelirühmas 0,71 ja aspiriinirühmas 0,77 juhtu 100 isikaasta kohta, erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Analüüsist ilmneb, et tõsiste kardiovaskulaarsete häirete sekundaarseks ennetuseks on klopidoogreel tõhusama toimega kui aspiriin, nende ravimite tüsistuste profiil ei erine.

REFEREERITUD

Valgimigli M, Choi KI, Giacompo D, et al. Clopidogrel versus aspirin for secondary prevention of coronary artery disease: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *Lancet* 2025;406:1091–102.

LÜHIDALT