

Reproduktiivtervise näitajaid Eesti naistel 1992–2001

Kai Haldre^{1,2,3}, **Helle Karro**¹, **Mati Rahu**^{4,5} – ¹TÜ naistekliinik, ²Lääne-Tallinna Keskaigla naistekliinik, ³Eesti Pereplaneerimise Liidu seksuaaltervise kliinik, ⁴Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, ⁵Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus

seksuaalelu alustamine, rasestumisvastased vahendid, abort, sünnitused

Erinevate uuringute ja statistika andmetel on näha, et 20. sajandi viimasel kümnendil vähenes Eestis abortide arv ja sündimus, sealhulgas teismeliste raseduste arv, ning sages rasestumisvastaste vahendite kasutamine. Suurenes sünnitajate keskmine vanus ja esmassünnitajate vanus. Seksuaalelu alustamine nihkus varasemasse ikka. Järjest rohkem lapsi oli koolis saanud seksuaalharidust. Vähe kasutatakse esmasseksuaalvahekorras usaldusväärset rasestumisvastast meetodit, seksuaalselt aktiivsete inimeste seas on levinud vähetõhusate, nn traditsiooniliste meetodite kasutamine.

Suurel osal Euroopa riikidest ei ole peamiseks probleemiks enam emade ja laste haigestumus ega suremus, samuti mitte illegaalsed abordid ega suguhaigused. Samaväärset analüüsi ja vastavat abisüsteemi väärivad seksuaalprobleemid, mis tulenevad teabe ja teadmiste puudumisest (nt seksuaalne identiteet, partnerlussuhted, seksuaalne vägivald ja seksuaalne ärakasutamine); meeste reproduktiivtervise küsimused; järjest enam pööratakse tähelepanu teismeliste, sh noormeeste, samuti riskirühmade ja vähemuste probleemidele.

ÜRO rahvastikukongressil Kairos 1994. a sõnastatud reproduktiivtervise määratlus kajastab esmakordselt seda, et reproduktiiv- ja seksuaaltervis on omavahel väga tihedalt seotud ning neid ei saa lahutada inimõiguste (seksuaalõigus ja järglaste saamise õigus) kontekstist. Määratluses kajastub nii traditsiooniline arusaam, mis on seotud ohutu raseduse, sünnituse ja terve lapsega, kui ka laiem käsitlus, mis tunnustab seksuaaltervist kui vältimatut osa isiku vaimses ja kehalises heaolus. Pärast Kairo ja Pekingi rahvusvahelisi nõupidamisi kuulutas Maailma Terviseorganisatsioon seksuaal- ja reproduktiivtervise üheks oma prioriteetseks valdkonnaks.

Koos murranguliste sotsiaal-majanduslike muutustega on Eestis toimunud olulised nihked

mitmetes soojätkamise- ja seksuaaltervise näitajates. Artikli eesmärk on anda ülevaade mõnedest naiste reproduktiivtervise näitajatest ja valikutest järglaste saamisel Eestis viimase 10 aasta jooksul.

Uurimismaterjal ja meetod

Ülevaate koostamisel on analüüsitud Eestis korraldatud reproduktiiv- ja seksuaalkäitumist ning seksuaaltervist käsitletud uuringuid: 1994. a 5021 naise (vanuses 20–69 a) pere- ja sündimusuuring (1); 1996. a 4711 isiku terviseuuring (uuriti nii mehi kui naisi vanuses 15–79 a) (2); E. Haavio-Mannila 2000. a inim- ja intiimsuhete võrdlev uuring (3); 1994. ja 1999. a põhikoolide lõpuklasside õpilaste seksuaalkäitumist, hoiakuid ja teadmisi käsitlev KISS uuring (4); E.-M. Tiidu juhendamisel tehtud uuring Eesti rahvastiku seksuaal- ja reproduktiivkäitumise kohta (5).

Andmed sündimuse ja raseduse katkestamise kohta pärinevad Eesti meditsiinilisest sünniregistrist ning Eesti abordiregistrist (6–8). Abortide arv aastatel 1992–1995 põhineb Eesti meditsiinistatistika büroo andmetel (9).

Teismeliste abordipatsientide osatähtsuse arvutamisel on kasutatud eri allikaid: H. Karro teave 1992–1993 (10), Eesti meditsiinistatistika büroo andmed 1994–1995 (9) ja Eesti abordiregistri

andmestik alates 1996. aastast (8). Abortide üldarv on saadud Eesti meditsiinistatistika büroo (1992–1995) ja Eesti abordiregistri (1996–2001) andmetest (8, 9). Teismeliste sünnitajate osatähtsuse arvutamisel on kasutatud Eesti meditsiinilise sünniregistri andmeid (6, 8).

Tulemused ja arutelu

Seksuaalelu alustamine

Seksuaalelu alustamise vanus Eestis on viimastel kümnenditel noorenenud. 1994. a pere- ja sündimisuuringu järgi oli 18. eluaastaks seksuaalelu alustanud 40,2% 20–24aastastest ja 14,1% 40–45aastastest naistest. Keskmine seksuaalelu alustamise vanus oli nendes põlvkondades vastavalt 18,4 ja 20,1 aastat (1). 1996. a Eesti terviseuuringu andmetel oli 18. eluaastaks seksuaalelu alustanud 39,9% 20–25aastastest ja 9,7% 40–45aastastest naistest (2).

Inim- ja intiimsuhete uuringu andmetel alustasid noorima uuritud vanuserühma (sündinud 1977–1980) naised seksuaalelu keskmiselt viis aastat varem kui vanima vanuserühma (sündinud 1927–1931) naised (3).

Põhikoolide lõpuklasside õpilaste seas (keskmine vanus 15 aastat) korraldatud KISS uuringu andmetel oli 1994. a suguühet kogunud 9,5% ning 1999. a 14,0% eestlastest. Samal ajal ei noorenenud esimese ühte vanus, poistel see isegi suurenes poole aasta võrra (4).

20. sajandi jooksul on arenenud riikides täheldatav seksuaalelu alustamine nooremalt. Samuti on noorenenud suguküpsuse saabumine: menarhe algus vähenes iga 10 aasta kohta nelja kuu võrra; sajandi alguses olid 17,5 eluaastaks suguküpsuse saavutanud 13% tütarlastest, 1970ndatel aga 94%. Menarhe noorenemine peatus 1960. aastatel, püsidis keskeltläbi 12–13 eluaasta piires (11).

Suguküpsuse noorenemine selgitab ainult osaliselt varasemat seksuaalelu alustamist. Määravamad on siinjuures sotsiaalsed tegurid, noore isiksuslikud omadused, väärtushinnangud, haridustase ja edasiõppimise plaanid (11, 12).

Eestis täheldatav trend on sarnane Soome ja Rootsi omaga. Kui vanematele põlvkondadele oli iseloomulik, et mehed alustasid seksuaalelu umbes kaks aastat nooremana kui naised – Eestis 1927–1931 sündinute põlvkonnas mehed 19,7-aastaselt ja naised 22,3-aastaselt –, siis noorematel põlvkondadel selline sugudevaheline erinevus kaob (3). On väidetud, et selle erinevuse kadumine seksuaalelu alustamises peegeldab võrdsemate võimaluste olemasolu teisteski eluvaldkondades: hariduses, töös, poliitikas, perekonnas ning vaba aja veetmises (12).

Rasestumisvastaste vahendite kasutamine esmasseksuaalvahekorras

Eesti terviseuuringu järgi ei kasutanud esmasseksuaalvahekorras rasestumisvastaseid vahendeid 65% 20–24aastastest (2). Pere- ja sündimisuuringu andmetel ei kasutanud vahendeid 67% 20–24aastastest (1). Umbes pooled neist, kes väitsid, et hoidusid rasedusest esimesel seksuaalvahekorral, olid valinud rasedusest hoidumiseks nn traditsioonilised meetodid (rüttimeetod ja katkestatud suguühe) (1).

Eestis 2000. a ja Soomes 1999. a korraldatud inim- ja intiimsuhete uuringu põhjal kasutas 18–34aastaste naiste põlvkonnas rasestumisvastast vahendit esimeses seksuaalvahekorras vastavalt 22% ja 79% (3).

Põhikooli lõpuklassi õpilastest (keskmine vanus 15 aastat; KISS uuring) kasutas esimeses vahekorras rasestumisvastast vahendit – peamiselt kondoomi – veidi üle poole. Rasestumisvastaste meetodite kasutamises esimesel suguühtel 1994. a ja 1999. a olulisi muutusi ei olnud (4). Soome teismeliste seas (15–16aastased) ei kasutanud 1988. a KISS uuringu andmetel esimeses vahekorras rasestumisvastast vahendit 27% tütarlastest (11).

Tänapäeval on peaaegu pooled tütarlastest Eestis 18. eluaastaks alustanud seksuaalelu. On teada, et väga vähesed teevad seda soovist last muretseda (ühe USA uuringu andmetel 1% teismelistest tütarlastest (13)). Eesti noored

kasutasid esmasseksuaalvahekorras rasestumisvastaseid vahendeid kaks-kolm korda harvem kui Soome noored (3, 4). Vahendite kasutamine on seda vähem tõenäone, mida varasemas eas seksuaalelu alustatakse (11). Esmasseksuaalvahekorras rasestumisvastast vahendit kasutanute vähene osakaal viitab sellele, et seksuaalharidus koolis ja kodus ei ole piisav.

KISS uuringu andmetel oli Eesti vastajate hinnangul seksuaaleluga seonduvate teemade käsitlemine koolis saagenud: kui 1994. a ei olnud 50% vastanud noortest saanud varasemates klassides mingit seksuaalteemalist infot, siis 1999. a oli nende osa kahanenud 21%ni (4).

Rasestumisvastaste vahendite kasutamine

Rasestumisvastaste vahendite kasutamise kohta Eestis puuduvad täpsed ja süstemaatilised andmed. Sotsiaalministeeriumi tervishoiustatistika andmete järgi kasutas 2001. a fertiilses eas naistest 18,2% hormonaalset kontratseptsiooni ja 14,5% emakasisest spiraali (14). Võrreldes 1992. aastaga suurenes hormonaalse kontratseptsiooni kasutajate arv üle nelja korra ja emakasisese vahendi kasutajate arv vähenes – vastavalt 3,9% ja 20,9% (9). Eesti meditsiinistatistika büroo ning sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonna andmed kontratseptsiooni kasutamise kohta kirjeldavad ainult neid naisi, kes naistenõuandlas naistearsti külastavad. Andmete kogumismetoodika pole üheselt mõistetav ning senise korralduse põhjal võib arvata, et see pole ka kõikehõlmav. Nendest andmetest ei selgu, kas hormonaalse kontratseptsiooni puhul on tegemist vaid kombineeritud pillidega, kas kajastatakse veel teisi hormonaalseid meetodeid (minipillid, depoovahendid, emakasisene süsteem levonorgestreliga) ning kui järjepidev on nende kasutamine. Ka ei näita statistika, kui palju kontratseptsiooni vajajatest kasutab eri meetodeid.

Eesti terviseuuringu järgi kasutas viimasel neljal nädalal 20–24- ja 25–29aastastest seksuaalselt aktiivsetest naistest vastavalt 22% ja 12% kondoomi, 11% ja 7% pille, 21% ja 36% spiraali,

13% ja 16% kalendermeetodit, 5% katkestatud suguühet, 1% muid meetodeid ning 27% ja 24% ei kasutanudki vahendeid. Seksuaalelu ei elanud viimasel neljal nädalal 26% 20–24aastastest ja 22% 25–29aastastest naistest (2).

Eesti terviseuuringu andmetest võib järeldada, et kõik uuritavad, kes kontratseptsiooni kasutasid, kasutasid ühel ajal vaid üht meetodit. Et vastavas küsimustikus oli võimalik nimetada kaks peamist meetodit, siis on ilmselt tegemist vajakajäämisega andmete esitamises. Kontratseptsiooni kasutamist kirjeldavatest andmetest ei selgu, kui paljud uuritavatest olid uuringuhetkel rasedad, viljatud või soovisid rasedaks jääda. Vähetõhusaid meetodeid oli valinud viiendik seksuaalselt aktiivsetest naistest, samas pole andmeid nende plaanidest raseduse korral.

1994. aasta pere- ja sündimusuuringu andmetel kasutas viimasel kuul 20–24- ja 25–29aastastest seksuaalselt aktiivsetest naistest vastavalt 58% ja 67% mingit rasestumisvastast meetodit, sealhulgas 21% ja 17% kondoomi, 5% pille, 20% ja 34% spiraali, 9% ja 7% katkestatud suguühet, 4% ja 2% muid meetodeid ning 25% ja 19% uuritavatest ei kasutanud vahendeid. Uuringu ajal olid rasedad 8% ja 3% ning viljatuks pidas ennast 1% vastanutest mõlemas vanuserühmas. Seksuaalvahekorras polnud viimasel kuul vastavalt 25% 20–24aastastest ja 19% 25–29aastastest (1).

1994. a Soomes korraldatud uuringu andmete järgi kasutas seal seksuaalselt aktiivsetest 20–24- ja 25–29aastastest naistest vastavalt 60% ja 52% pille, 17% ja 4% kondoomi koos pillide, emakasisese vahendi või depoovahendiga, 13% ja 25% ainult kondoomi, 2% ja 6% emakasisest vahendit. Seksuaalselt aktiivsete naiste seas oli kontratseptsiooni mittevajajaid vastavalt 7% ja 11% (15).

On tähelepanuväärne, et Eestis kasutatakse Soome ja Rootsiga võrreldes mitu korda enam rasedusest hoidumiseks nn traditsioonilisi meetodeid: katkestatud suguühet ja rütmimeetodit (3). Pere- ja sündimusuuringu andmetel oli 20–24aastaste põlvkonnas neid meetodeid mõnel eluetapil kasutanud üle poole vastanutest (1).

Indutseeritud abortide arv ja sündimus on Eestis viimase kümnendi jooksul tunduvalt vähenenud. Võib oletada, et tõhusate rasestumisvastaste vahendite kasutamine suurenes. Sellele on kindlasti kaasa aidanud eri rasestumisvastaste vahendite parem kättesaadavus võrreldes 1990ndate algusega – saadaval on valdav enamik tänapäevastest vahenditest. Lisaks naistearstidele tegelevad pereplaneerimisalase nõustamisega perearstid, on tekkinud noorte nõustamiskeskuste võrgustik.

On väidetud, et umbes 90% oma fertiilse ea jooksul naine ei soovi rasestuda ja umbes 10% sellest ajast ta kas on rase või soovib rasedaks jääda (16). Hetkel puuduvad andmed, kui palju leidub Eestis fertiilses eas naisi, kes erisugustel põhjustel kontratseptsiooni ei vaja, ning millised need põhjused on (viljatuse, raseduse, sünnitusjärgne periood, soov rasestuda, kuid ei ole alustanud või ei ela seksuaalelu, homoseksuaalsus).

Rasestumisvastaste vahendite piisav kasutamine ja abortide vähenemine sõltub E. Kettingi (17) järgi neljast põhitegurist: inimesed peavad aborti üldjuhul välditavaks, seda käsitletakse kui äärmist tagavaraväljapääsu soovimatu raseduse korral; pidev ja eri infokanalitel põhinev haridustöö; hoiakuid, kogemusi, teadmisi ja tundeid arvestav selgitustöö, mille eelduseks on uuringud inimese seksuaalsusest; reproduktiivtervise teenuste kättesaadavus.

Abortide arv ja kordusabordid

Nii abortide üldarv kui legaalselt indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta on viimase 10 aasta jooksul vähenenud enam kui poole võrra. Legaalselt indutseeritud aborte 1000 fertiilses eas naise kohta oli 1992. a 69,6 ja 2001. a 34,0; indutseeritud abortide absoluutarv oli 1992. a 25 803 ja 2001. a 11 656 (8). Sellele vaatamata jääb abortiivuskordaja oluliselt suuremaks Põhjamaade näitajast (keskmiselt 13), eriti Soome omast (2000. aastal oli see näitaja 9) (18, 19).

Indutseeritud abortide arv ehk abordimäär 100 elussünni kohta on pidevalt vähenenud ning alates

2000. aastast esineb indutseeritud aborte vähem kui elussünni kohta: 1992. a oli abordimäär 143,3 ja 2001. a 92,4 (8). Soomes püsis abordimäär 1990ndatel 15–19 piires, olles 2000. a 19,1 (20). Rootsisis oli abordimäär 1999. aastal 34,8 ja Taanis 24,6 (21).

Abordimäära iseloomustatakse nn Ida-Euroopa ja Lääne-Euroopa muistri järgi. Esimese puhul abordimäär suureneb naise vanusega, peegeldades seda, et abort on kasutusel kui pereplaneerimise meetod. Teisel juhul on abordimäär enamasti U-kujuline: suurim naistel vanuses alla 20 ja üle 35 aasta (11).

1996–2001 oli abortiivuskordaja suurim Ida-Virumaal ning väiksem Hiiumaal ja Saaremaal. Abordimäär on samuti suurim Ida-Virumaal – 2001. a 120,6 (1997. a isegi 201,4) ning väiksem Hiiumaal ja Saaremaal (8).

Tähelepanu väärib suur ja peaaegu muutumatuna püsiv kordusabortide sagedus Eestis: 1996.–2001. aasta abordipatsientidest ligikaudu 68% katkestas teise või enama raseduse (8). Soomes seevastu oli 1997. aastal kordusaborte 30% (15). Kordusabortide põhjusi on ilmselt mitu, üks olulisemaid abordineelse ja -järgse nõustamise madal tase.

Vaadeldava kümnendi jooksul on spontaanabortide sagedus peaaegu kaks korda suurenenud: 1992. a oli see 9,2% ja 2001. a 17,1% kõigist abortidest (6–8). Soomes on see alates 1987. aastast püsitud peaaegu muutumatuna 10% piires (20). Ei ole selge, mis on muutuse põhjuseks – kas naiste terviseprobleemid (seksuaalsel teel levivate haiguste sagedam esinemine, eelnenud indutseeritud abordid vms), raseduse katkemiste registreerimine või tervishoiupoliitilised otsused (alates 1994. aastast on naise soovil raseduse katkestamine tasuline, v.a meditsiinilistel näidustustel). Spontaanabortide kajastamist mõjutavate, ilmselt meditsiiniväliste põhjuste äärmuslikem näide on Leedu, kus 2001. a moodustasid Taurage maakonnas spontaanabordid 57,7% kõigist abortidest (22).

Tabel 1. Legaalselt indutseeritud abordid Eestis 1992–2001 (8–10)

Aasta	Kõik naised	Vanuserühm kuni 19 a	%
1992	25803	2931	11,4
1993	23284	2660	11,4
1994	19784	2160	10,9
1995	17671	1996	11,3
1996	16887	2079	12,3
1997	16615	2071	12,5
1998	15798	2027	12,8
1999	14503	1891	13,0
2000	12745	1651	13,0
2001	11656	1581	13,6

Teismeliste osatähtsus abordipatsientide hulgas on viimasel kümnendil pisut suurenenud: 1992. a 11,4% ja 2001. a 13,6% (vt tabel 1). See muutus lähendab meid arenenud maadele, kus aborti teevad pigem noored vallalised tütarlapsed kui juba perekonna loonud püsisuhtes naised.

Sünnitused ja sünnitajate vanus

Sündimus on viimasel kümnendil oluliselt vähenenud. Kõige väiksem oli see 1998. aastal, mil summaarne sündimuskordaja oli 1,27 ja sündimuse erikordaja 1000 fertiilses eas naise kohta 35,1. Alates 1999. aastast on suurenenud nii sündide üldarv kui ka sündimuskordajad: 2001. a oli sünde kokku 12 690 (1992. a 18 191), summaarne sündimuskordaja oli 1,33 ja sündimuse erikordaja 36,8. Sündimuse erikordaja oli väikseim Ida-Virumaal ja Tallinnas, suurim Hiiu-, Jõgeva- ja Valgamaal (8).

1990. aastatel suurenes peaaegu 1,5 aasta võrra nii esmassünnitajate keskmine vanus (1992. a 22,7 aastat ja 2001. a 24,1 aastat) kui sünnitajate keskmine vanus (1992. a 25,5 aastat ja 2001. a 27,1 aastat). Kõige enam oli sünnitajaid vanuses 20–24 aastat. 2001. a oli aga nii 20–24- ja 25–29-aastaste vanuserühmas sünnitajaid praktiliselt võrdselt (8). Aastatel 1990–1999 oli aga Soomes, Taanis, Rootsis, Norras ja Islandil enamik sünnitajaid 25–29-aastased (21).

Sünnitajatest pisut enam kui pooltel (1992. a 57,2% ja 2001. a 52,9%) ei esinenud anamneesis raseduse katkestamisi. Veerand sünnitajatest olid eelnevalt raseduse katkestanud ühel, veerand kahel või enamal korral (8).

Tabel 2. Sünnituste arv Eestis 1992–2001 (6, 8)

Aasta	Kõik naised	Vanuserühm kuni 19 a	%
1992	18031	2637	14,6
1993	15107	2239	14,8
1994	14025	2015	14,4
1995	13340	1832	13,7
1996	13109	1727	13,2
1997	12491	1512	12,1
1998	12075	1345	11,1
1999	12333	1316	10,7
2000	12983	1307	10,1
2001	12539	1228	9,8

Teismeliste osatähtsus sünnitajate seas viimasel kümnendil vähenes: 1992. a 14,6% ja 2001. a 9,8% (vt tabel 2). On leitud, et varases nooruses emaks saamine pole arenenud maades, sh Põhjamaades, sotsiaalseks normiks. Teismeliste sünnitajate arv on pöördvõrdelises seoses ühiskonna rikkuse astmega (v.a USA) (11).

E.-M. Tiit (5) on leidnud, et 1990ndate teisel poolel asetleidnud demograafilised muutused Eestis (sündimuse vähenemine, sünnitajate keskmise vanuse ja abieluväliste sündide osatähtsuse kasv) on sarnased nende protsessidega, mis toimusid eelmise sajandi lõpukümnenditel kogu Euroopas. Sündimuse vähenemine algas 1960. aastate keskel ja peatus 1980. aastate alguses allpool taastetasel. Mõni aeg pärast sündimuse vähenemise algust hakkas sünnitajate keskmine vanus ja abieluväliste sündide osatähtsus kasvama. Sündimuse vähenemisele järgnes sündimuskordaja mõõdukas kasv, mis enamiku riikide puhul ei jõudnud taastetasemeni. Seega, Eesti puhul võib loota, et pärast sündide edasilükkamise perioodi lõppu, kui sünnitajate keskmine vanus on tõusnud Põhja-Euroopa maade tasemele, sündimus stabiliseerub, omandades naabermaades oleva taseme ja jäädes üldiselt laineliselt võnkuma.

Kirjandus

1. Eesti Pere- ja Sünnimisuuring. Standardtabelid. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus; 1995.
2. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R. Eesti Terviseuuring. Tabelid. Tallinn: EKMI; 1999.
3. Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Helsinki: Wernen Söderström OY; 2001.
4. Papp K, Part K, Tõrik S. Noorsoouuring KISS. Tartu: 2001.
5. Tiit E-M, Käärik E, Tellmann A. Eesti elanike seksuaal- ja reproduktiivkäitumine. Uurimisprojekti lõpparuanne. Tartu: 2001.
6. Tellmann A, Karro H, Serkina V. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–1999. Eesti Abordiregister 1996–1999. Tallinn: EKMI; 2001.
7. Tellmann A, Karro H, Serkina V. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2000. Eesti Abordiregister 1996–2000. Tallinn: EKMI; 2001.
8. Tellmann A, Karro H, Serkina V. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2001. Eesti Abordiregister 1996–2001. Tallinn: EKMI; 2002.
9. Eesti tervishoiustatistika 1992–1999. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2000.
10. Karro H. Reproductive health and pregnancy outcome in Estonia: association with different factors. Dissertationes medicinae universitatis Tartuensis 57. Tartu: Tartu Ülikool; 1999.
11. Kosunen E. Adolescent reproductive health in Finland: oral contraception, pregnancies and abortions from the 1980s to the 1990s. Academic dissertation. Tampere: University of Tampere; 1996.
12. Kontula O, Haavio-Mannila E. Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland, 1971–1992. Aldershot: Dartmouth Publishing Company; 1995.
13. Strasburger VC, Brown RT. Adolescent medicine: a practical guide. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
14. Eesti tervishoiustatistika 2000–2001. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2002.
15. Lottes I, Kontula O, eds. New views on sexual health: the case of Finland. Helsinki: The Population Research Institute – The Family Federation of Finland; 2000.
16. David HP. Abortion in Europe: a public health perspective. Paper prepared for the WHO/UNFPA/IPPF Meeting “From Abortion to Contraception”. Tbilisi: 1990.
17. Ketting E, Visser AP. Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. Patient Educ Couns 1994;23:161–71.
18. Gissler M, Ritvanen A, Rasimus A, Vuori E. Did the recession affect reproductive health? Helsinki: Stakes; 2002. <http://www.stakes.fi/dialogi/english02/14.htm>
19. Family planning in Finland up to the Year 2000 City Network in Finland. <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/arkisto/perhesuunnittelu/famplan.htm>
20. Gissler M, Vuori E, Rasimus A, Ritvanen A. Lisääntymistilastot 2000. Statistikkiraport. Helsinki: STAKES; 2002.
21. Nordic/Baltic health statistics 1999. Copenhagen: NOMESCO; 2000.
22. Lithuanian Health Information Centre. <http://www.lsic.lt/html/en/lhic.htm>

Summary

Some reproductive health indicators of women in Estonia, 1992 - 2001

During the last decade major socioeconomic changes took place in Estonia. At the same time, many reproductive and sexual health indicators changed abruptly: beginning of sexual life started in a younger age, the number of induced abortions and deliveries, as well as teenage pregnancies decreased rapidly; availability of contraceptive methods improved, and their usage increased. Mean maternal age and age at the first birth increased. Increasingly, more children received sexual education at school.

However, much less contraception is used in the first sexual intercourse compared with the other developed countries. Sexually active people use poorly reliable methods of contraception e.g. *coitus interruptus* and rhythm method, several times more often.

Statistics on different contraceptive methods is not systematically collected. Nor has enough research been conducted on the needs of sexual and reproductive health of people, as well as on their knowledge and attitudes. In 1998, the quality of the database of the Estonian Abortion Registry deteriorated, since inclusion of the woman's personal identification data was not any more permitted.

Different aspects of sexual and reproductive health and rights are closely interrelated while their level is reflected by the sexual and reproductive health statistics of women.

kai.haldre@kliinikum.ee