

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused ja seosed vägivalla kogemusega Eesti naiste tervise 2004., 2014. ja 2024. aasta uuringus

Magistritöö rahvatervishoius

Maria Haavik

Juhendajad: **Made Laanpere, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi naistekliiniku seksuaaltervise uuringute keskuse kaasprofessor, Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku vanemarst-õppejõud**

Kai Part, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi naistekliiniku seksuaaltervise uuringute keskuse kaasprofessor, Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku vanemarst-õppejõud

Tartu 2026

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 25.05.2026 lubada väitekirj terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kärt Allvee, MSc, Tervise Arengu Instituut, Raseduse Infosüsteemi juht

Kaitsmine: 05.06.2026

Sisukord

Sisukord.....	3
Kasutatud lühendid.....	5
Lühikokkuvõte.....	6
1. Sissejuhatus	7
2. Kirjanduse ülevaade	8
2.1 Mõisted	8
2.2 Raseduse katkestamine Eestis	9
2.2.1 Raseduse katkestamise kohta andmete kogumine Eestis	9
2.2.2 Raseduse katkestamise epidemioloogilised näitajad	9
2.2.3 Raseduse katkestamisega seotud seadusandlus Eestis.....	12
2.3 Raseduse katkestamise tervishoiuteenus ja sellega rahulolu Eestis	12
2.4 Raseduse katkestamine maailmas.....	13
2.4.1 Ebaturvaline raseduse katkestamine kui rahvatervise probleem	14
2.4.2 Raseduse katkestamine kui naiste inimõiguste küsimus	14
2.5 Raseduse katkestamise meetodid.....	14
2.6 Raseduse katkestamise põhjused	15
2.6.1 Raseduse katkestamisega seotud enesehinnangulised põhjused	15
2.7 Raseduse katkestamisega seotud tegurid.....	16
2.7.1 Sotsiaalmajanduslikud tegurid.....	16
2.7.2 Rasestumisvastaste meetodite kasutamine	17
2.7.3 Vägivalla kogemine	18
2.7.4 Esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkus	19
3. Eesmärgid.....	20
4. Materjal ja metoodika.....	21
4.1 Andmestik.....	21

4.2	Valimi moodustamine	22
4.3	Andmeanalüüsis kasutatud tunnused	25
4.4	Andmeanalüüs.....	26
5.	Tulemused.....	28
5.1	Uuritavate iseloomustus sotsiaalmajanduslike tunnuste järgi.....	28
5.2	Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused	32
5.3	Vägivalla kogemine ja mittesoovitud esimene seksuaalvahekord.....	35
6.	Arutelu	38
7.	Järeldused ja ettepanekud	43
8.	Kasutatud kirjandus	44
	Summary	49
	Tänuavaldus	51
	<i>Curriculum vitae</i>	52
	Lisad.....	53

Kasutatud lühendid

AOR – kohandatud šansisuhe (*adjusted odds ratio*)

CI – usaldusvahemik (*confidence interval*)

MTO – Maailma Terviseorganisatsioon

OR – šansi suhe (*odds ratio*)

RI – Raseduse Infosüsteem

RVM – rasestumisvastane meetod

TAI – Tervise Arengu Instituut

SV – seksuaalvägivald

Lühikokkuvõte

Magistritöö eesmärk oli uurida ja võrrelda naiste enesehinnangulisi raseduse katkestamise põhjuseid ajaperioodidel 1995–2004, 2005–2014 ja 2015–2024 ning analüüsida vägivalla kogemuse ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse seoseid raseduse katkestamisega. Töö põhines Eesti naiste tervise uuringu 2004., 2014. ja 2024. uuringuaasta andmetel. Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste analüüsimiseks kaasati uuringusse 1805 vastajat. Hindamaks seoseid vägivalla kogemuse ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse vahel jaotati vastajad vastavalt raseduse katkestamise kogemuse alusel kahte rühma. Andmeanalüüsis kasutati 2468 naise andmeid ning viidi läbi logistiline regressioonanalüüs, mille tulemusena arvutati kohandatud šansisuhted (*AOR*) koos 95% usaldusvahemikega.

Eesti Raseduse Infosüsteemi andmetel on raseduse katkestamiste arv ja abortiivsuskordaja pidevalt langenud, mida kinnitavad ka magistritöö aluseks olnud Eesti naiste tervise uuringud. Tulemused näitasid, et raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused on mitmekesised. Kõigil ajaperioodidel olid sagedasemad põhjused seotud ebakindla või probleemse paarisuhtega (kuni 33,8%), tajutud valmisoleku puudumisega lapse kasvatamiseks (kuni 29,4%) ning majanduslike teguritega (kuni 27%). Ajas vähenesid eelkõige noore vanusega seotud põhjused nagu lapsehoiu abi puudumine (18,7%-lt 2,6%-ni), ajapuudus (16%-lt 4,8%-ni) ja pooleliolevad õpingud (20,3%-lt 11,2%-ni), samas kui majanduslikud põhjused püsisid stabiilsed.

Vägivalla kogemus oli seotud suurema šansiga raseduse katkestamiseks kõigi kolme vägivalla liigi korral - vaimne: *AOR* 1,49 (95% *CI* 1,26–1,77), kehaline: *AOR* 1,42 (95% *CI* 1,21–1,68) ja seksuaalne: *AOR* 1,41 (95% *CI* 1,18–1,68). Samuti oli mittesoovitud esimene seksuaalvahekord seotud suurema raseduse katkestamise šansiga (*AOR* 1,51 (95% *CI* 1,21–1,88)).

Magistritöö tulemused näitasid, et raseduse katkestamise põhjused on mitmekesised ning seotud peamiselt isikliku valmisoleku, paarisuhte ja majanduslike teguritega. Samuti selgus, et vägivallakogemus ja mittesoovitud esimene seksuaalvahekord on seotud suurema raseduse katkestamise šansiga. Tulemused rõhutavad vajadust ka edaspidi toetada patsientide autonoomiat nende reproduktiivtervist puudutavates otsustes, parandada vägivalla varajast märkamist terviseteenuste pakkumisel ning tugevdada seksuaalharidust ja jätkata noortele ja vägivalla ohvritele mõeldud seksuaaltervise teenuste pakkumist.

1. Sissejuhatus

Eestis praegu kehtiv raseduse katkestamist reguleeriv seadus võeti vastu 1998. aastal. Selle kohaselt on naisel õigus omal soovil rasedust katkestada, kui see on kestnud vähem kui 12 nädalat. Meditsiinilise näidustuse korral on võimalik rasedust katkestada kuni 22. rasedusnädalani. Seadus sätestab ka, et naise rasedust võib katkestada üksnes tema enda soovil ja keegi ei tohi mõjutada ega sundida naist oma rasedust katkestama. Raseduse katkestamise sooviavaldus peab olema vormistatud kirjalikult ning rasedust võib katkestada üksnes naistearst. (1)

Raseduste katkestamiste statistikat kogus tervishoiuasutustelt alates 1994. aastast Eesti Abordiregister (2). Selle järglane on Raseduse Infosüsteem (RI), mida haldab Tervise Arengu Instituut (TAI) ja mis hõlmab nii eelmise nimetusega meditsiinilist sünniregistrit kui raseduse katkestamise registrit (3). Eestis on raseduse katkestamiste arv järjepidevalt alates 1990ndate algusest langenud, samuti on langenud nii abortiivsuskordaja kui ka abordimäär (4). Kuni 2005. aastani oli Eestis ainuke raseduse katkestamise meetod kirurgiline. Alates 2005. aastast on laialdaselt võimalik ka medikamentoosne raseduse katkestamine (5). Aastal 2024 teostati juba üle 94% raseduse katkestamistest medikamentoosselt (6).

Varasemalt on raseduse katkestamise põhjuseid uuritud nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid uurimismeetodeid kasutades. Valdavalt on leitud, et raseduse katkestamise otsust mõjutavad paljud tegurid, sealhulgas majanduslik olukord, haridustase ja paarisuhted. Samuti on uuritud vägivalla kogemuse mõju naiste reproduktiivtervisele. On leitud, et lähisuhte- ja seksuaalvägivald võivad suurendada soovimatute raseduste ja seeläbi ka raseduse katkestamise tõenäosust. (7–11)

Ka Eestis läbiviidud uuringu "Eesti naiste tervis 2004" põhjal leiti seoseid vägivalla kogemuse ja raseduse katkestamise vahel (12). Magistr töö eesmärk oli uurida raseduse katkestamise enesehinnangulisi põhjusi ja nende muutust perioodil 1995–2024 ning seoseid vägivalla ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse ning raseduse katkestamise vahel. Selle töö uudsus seisneb raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste mitme ajaperioodi võrdlevas analüüsis, mis võimaldab hinnata raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste muutumist ajas. Lisaks käsitletakse töös vägivalla kogemuse ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse seoseid raseduse katkestamisega, mida on siiani Eestis vähe uuritud.

2. Kirjanduse ülevaade

Kirjanduse ülevaates käsitletakse raseduse katkestamisesuundumusi ja taustsüsteemi Eestis ja mujal maailmas, raseduse katkestamisega seotud seadust ning raseduse katkestamise tervishoiuteenusest Eestis. Lisaks käsitletakse raseduse katkestamise enesehinnangulisi põhjusi ning sotsiaalmajanduslike tegurite, vägivallaga kogemise ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse seost raseduse katkestamisega varasemas teemakohases kirjanduses.

2.1 Mõisted

Järgnevalt on toodud mõistete seletused, mida antud töös kasutati.

Indutseeritud abort on vähem kui 12 nädalat kestnud raseduse katkestamine naise omal soovil või kauem kui 12 ja vähem kui 22 nädalat kestnud raseduse katkestamine naise või loote meditsiinilise näidustuse tõttu.

Medikamentoosne raseduse katkestamine on raseduse katkestamine farmakoloogiliste ainete abil.

Kirurgiline raseduse katkestamine on raseduskoe eemaldamine emakaõõnest vaakumaspiratsiooniga või muu kirurgilise meetodi teel.

Abortiivsuskordaja on indutseeritud abortide arv 1000 viljakas eas (15–49 eluaastat) naise kohta.

Abordimäär on indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta.

Summaarne sündimuskordaja on keskmine eeldatav elussündide arv naise kohta elu jooksul.

2.2 Raseduse katkestamine Eestis

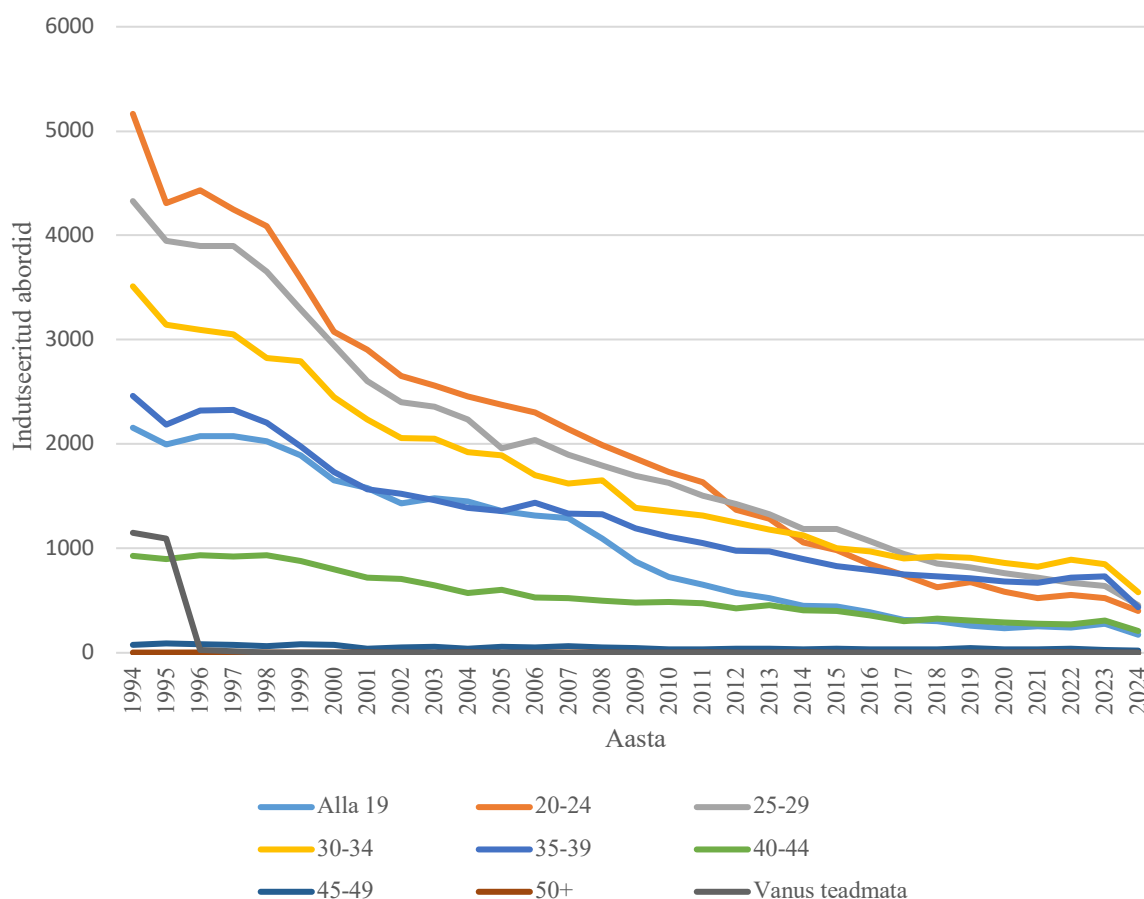
2.2.1 Raseduse katkestamise kohta andmete kogumine Eestis

Raseduste katkestamiste statistikat kogutakse tervishoiuasutustelt alates 1994. aastast (2). Eesti Abordiregister tegutses aastatel 1996–2016 ja kogus andmeid raseduste katkestamiste kohta (2). Praegu on see andmekogu Raseduse Infosüsteemi (RI) osa, mida haldab Tervise Arengu Instituut (TAI) ja mis hõlmab nii meditsiinilist sünniregistrit kui raseduse katkestamise registrit (3). RI-s toimub andmete sisestamine, kontrollimine ja täpsustamine (koostöös tervishoiuasutuse ja rahvastikuregistriga), andmetöötlus ja andmete säilitamine (13). Andmeid kogutakse ühetaoliselt kõigis tervishoiuasutustes, seetõttu on Eestis raseduse katkestamistest hea ülevaade vastupidiselt paljudele riikidele Euroopas ja maailmas (14). Andmetega saab tutvuda Eesti statistika andmebaasis või tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis, RI-le saab teha ka täiendavaid andmepäringuid (3, 15, 16). Kirjanduse ülevaates on kasutatud RI andmeid raseduse katkestamise epidemioloogiliste näitajate aegridade arvjooniste koostamisel ning täiendavalt tehti ka andmepäring RI-le. Magistritöö autor küsis andmepäringu raames lisaks RI-lt, milline oli ajaperioodidel enne 1995, 1995–2004, 2005–2014 ja 2015–2024 omal soovil raseduse katkestanud naiste keskmine vanus, andmepäringu tulemusi kasutati töö aruteluosas (17).

2.2.2 Raseduse katkestamise epidemioloogilised näitajad

Eestis on raseduse katkestamiste arv järjepidevalt alates 1990ndate aastate algusest langenud kõigis vanuserühmades. Kui 1994. aastal teostati kokku 19 784 raseduse katkestamist, siis 2024. aastaks oli see number langenud 2277-ni. Indutseeritud aborti muutust vanuserühmade kaupa perioodil 1994–2024 illustreerib joonis 1. (4)

Jooniselt 1 on näha, et aastal 2024 on vanuserühmas 30–34 indutseeritud raseduse katkestamisi kõige rohkem, kuid erinevused vanuserühmade vahel on väikesed.

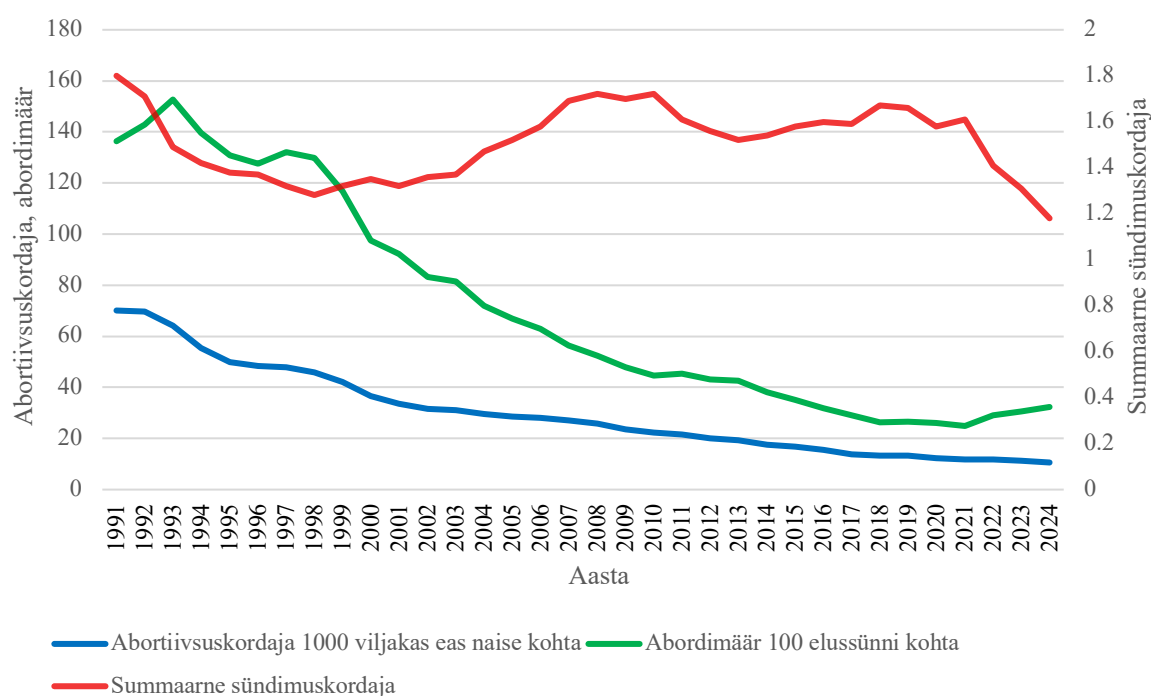


Joonis 1. Indutseeritud abortide arv vanuserühmade kaupa aastatel 1994–2024 Eestis (4).

Abortiivsuskordaja, abordimäära ja sündimuse vanuskordaja muutusi illustreerib joonis 2. **Abortiivsuskordaja** (indutseeritud abortide arv 1000 viljakas eas naise kohta, s.o. vanuses 15–49 eluaastat) on viimase 30 aasta jooksul samuti olnud pidevas langustrendis (16). Abortiivsuskordaja on perioodil 1991–2023 vähenenud pea seitse korda (vastavalt 70,1 ja 11,4) ja oli 2024. aastal jätkuvalt languses (10,6) (joonis 2) (18–19). Abortiivsuskordaja Eestis on praegu võrreldav Põhjamaadega (21).

Joonisel 2 on näidatud, et langenud on ka **abordimäär** (indutseeritud abortide arv elussündide kohta aastas). Kui 2024. aastal oli abordimäär 32,3 – st oli 32 aborti 100 elussünni kohta, siis 2004. aastal 72 ja enne 2000. aastat ületas abortide arv sünnituste arvu. Kui 1990ndatel oli sünde vähem kui aborte, siis alates 2000. aastast on sünde juba rohkem kui aborte ja praegu on ühe abordi kohta umbes 3 sündi. (19, 20)

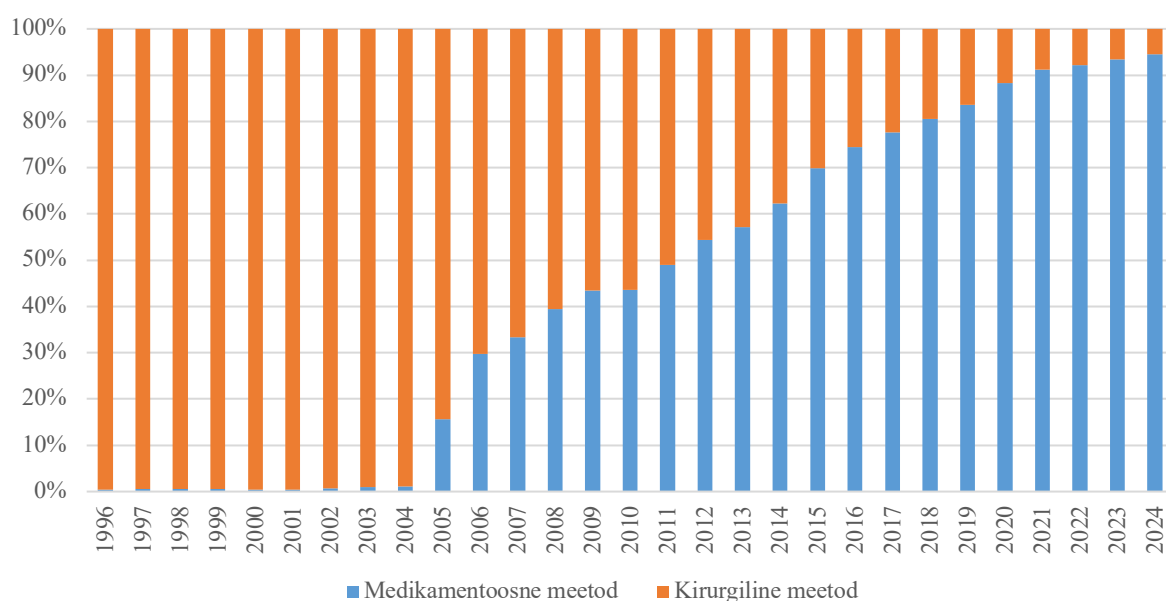
Joonisel 2 on ka näha, et abortiivsuskordaja ja abordimäära langusest sõltumatult on **summaarne sündimuskordaja** olnud stabiilsel tasemel kuni viimaste aastateni, mis viitab, et raseduse katkestamisega seotud tegurid võivad erineda sünnituse omadest (19, 20).



Joonis 2. Abortiivsuskordaja, abordimäär ja summaarne sündimuskordaja aastatel 1991–2024 Eestis (19, 20).

Eestis teostati 2024. aastal kokku 3160 indutseeritud raseduse katkestamist, millest 2981 olid medikamentoossed ja 175 kirurgilised. Pärast medikamentoosse aborti kasutuselevõttu on selle osakaal kiiresti kasvanud (5, 6, 22).

Raseduse katkestamise meetodite osakaalu perioodil 1996–2024 illustreerib joonis 3.



Joonis 3. Raseduse katkestamise meetodite osakaal aastatel 1996–2024 Eestis (6, 22).

2.2.3 Raseduse katkestamisega seotud seadusandlus Eestis

Eestis reguleerib raseduse katkestamist 1998. aastal vastu võetud „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus“, mille kohaselt on naisel õigus omal soovil rasedus katkestada, kui rasedus on kestnud kuni 12 nädalat, ning meditsiinilisel näidustusel kuni 22. rasedusnädalani. Seadus sätestab, et raseduse katkestamine on lubatud üksnes naise enda soovil ning naist ei tohi selle otsuse tegemisel mõjutada ega sundida. Samuti peab raseduse katkestamise soov olema vormistatud kirjalikult ning protseduuri võib läbi viia ainult naistearst. (1)

Raseduse katkestamisega seotud andmed esitatakse vastavalt RI põhimäärusele ka RI-le, mille vastutav töötleja on Tervise Arengu Instituut. RI-d peetakse raseduse kulgemise, katkemise ja katkestamise ning ema ja vastsündinu haigestumuse ja suremuse analüüsimiseks, tervishoiuteenuste korraldamiseks, tervisepoliitika väljatöötamiseks, diagnostika ja ravi käsitlemise hindamiseks ning statistika ja teadusliku uurimistöö, sealhulgas epidemioloogiliste uuringute tegemiseks. (13)

2.3 Raseduse katkestamise tervishoiuteenus ja sellega rahulolu Eestis

Raseduse katkestamine on tervishoiuteenus, mille puhul rakendub Eestis patsiendi omaosalus. Omaosaluse määrad on kehtestatud Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu alusel ning avaldatud Tervisekassa veebilehel. 2026. aastal on tehisabordi omaosalus 30% teenuse koguhinnast, mis on 60,29 eurot ning medikamentoosse abordi omaosalus 50%, mis on 24,29 eurot. (23)

Raseduse katkestamist reguleerivas seaduses on välja toodud tervishoiutöötaja kohustus rasedust katkestavat naist nõustada (1). Eesti naiste tervise uuringu 2024. aasta andmetel olid peaaegu 70% vastajatest rahul või pigem rahul selgitustega, mida neile pakuti enne raseduse katkestamist. Selgitused tähendasid, et neile anti eelnevalt teavet protseduuri, meetodite, võimalike riskide ja tüsistuste kohta. Ka olid nad samavõrra rahul või pigem rahul tervishoiutöötaja poolse kohtlemisega viimase raseduse katkestamise ajal. Suurem osa vastanutest kinnitas ka, et olid saanud rasestumisvastaste vahendite osas nõustamist enne ja/või pärast raseduse katkestamist. RVM kohta nõustamist saanute hulk on suurenenud: kui 2004. aastal oli nõustamist saanud enne või pärast raseduse katkestamist 22% vastanutest, siis 2014. aastal 68% ja 2024. aastal juba 80% rasedust katkestanud vastanutest. (24)

Eestis 2025. aastal samade andmete põhjal avaldatud analüüs järeldas, et tuginedes eelpoolmainitule, hinnatakse abordiga kaasnevat nõustamist pigem kõrgelt ja enamik naisi saab nõustamist RVM osas. Järeldati, et teadmised patsientide rahulolu kohta raseduse katkestamise tervishoiuteenusega toetavad seni tehtud tervishoiupoliitilisi otsuseid. (18)

2.4 Raseduse katkestamine maailmas

Maailmas lõppeb igast kümnest rasedusest kolm ja igast soovimatust rasedusest kuus indutseeritud abordiga (25). Raseduse katkestamiste arv ja suhtarvud on alates 1990ndatest aastatest olnud maailmas kõikjal languses, eriti silmatorkav on see olnud Ida-Euroopa riikides (26). Ajakiri *The Lancet* avaldas 2020. aastal uuringu MTO ja *Guttmacheri* Instituudi andmete põhjal, kus leiti, et aastatel 2015–2019 toimus maailmas igal aastal ligikaudu 73 miljonit aborti, mis vastab 39 abordile 1000 viljakas eas naise kohta (26).

Raseduse katkestamise tervishoiuteenus pole kõikjal maailmas naistele kättesaadav. Nii on Ameerika Ühendriikides turvalisele raseduse katkestamisele praegu piiratud. Roe vs. Wade kohtulahendi tühistamine 2022. aastal eemaldas Ameerika Ühendriikides abordivabaduse föderaalse kaitse ning andis osariikidele õiguse kehtestada aborti lubamise või keelamise tingimused. *Guttmacheri* Instituudi andmed näitavad, et mitmes osariigis on kehtestatud täielik abordikeeld või ranged piirangud ning riigis on kujunenud olukord, kus ligipääs abordile sõltub elukohast. (27, 28)

Enamikes Euroopa riikides on raseduse katkestamine omal soovil lubatud. Erandiks on Poola ja Malta, kus see on lubatud ainult siis, kui see ohustab tõsiselt naise tervist. Prantsusmaal muudeti 2024. aastal põhiseadust ja lisati sinna abort kui naistele garanteeritud vabadus, mis tähendab, et seda õigust kaitstakse riiklikul tasemel. Dokumendis rõhutatakse ka, et ligipääs ohutule abordile on oluline osa naiste tervisest. (29, 30)

Ka Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee 2008. aasta resolutsioonis rõhutatakse, et liikmesriigid peavad tagama naistele ligipääsu turvalisele ja seaduslikule abordile ning kõrvaldama seda piiravad takistused (31).

Euroopa tasandil on aborti kättesaadavuse küsimus pälvinud hiljuti suuremat tähelepanu Euroopa kodanikualgatus *„My Voice, My Choice: For Safe and Accessible Abortion“* kaudu, mille käigus koguti üle 1,1 miljoni toetusallkirja eesmärgiga parandada ligipääsu turvalisele abordile kogu Euroopa Liidus. Algatus rõhutab vajadust vähendada ebavõrdsust aborti tervishoiuteenusele ligipääsus, sh võimaldada piiriülest ligipääsu ja toetada

abordi tervishoiuteenuse rahastamist. See rahvaalgatus peegeldab laiemat käsitlust abordist kui rahvatervise ja sotsiaalse õigluse küsimusest. (32)

2.4.1 Ebaturvaline raseduse katkestamine kui rahvatervise probleem

On varasemalt leitud, et turvaliselt läbiviidud abort on naise tervisele ohutum kui sünnitus (33). Maailmas ainult 55% raseduse katkestamistest on turvalised – see tähendab, et protseduuri teostab kvalifitseeritud meditsiinitöötaja, kasutades nõuetekohaseid meetodeid ja järgides meditsiinasutustele kehtivaid standardeid (18). Kuna umbes 25 miljonil naisel maailmas pole ligipääsu turvalisele abordile kas geograafilistel, seaduslikel, hariduslikel või mõnedel muudel põhjustel, siis on mitteturvalistes tingimustes teostatud raseduse katkestamine maailmas endiselt oluline rahvatervise probleem (18).

2.4.2 Raseduse katkestamine kui naiste inimõiguste küsimus

Raseduse katkestamise õigus on ka inimõiguste ja soolise võrdõiguslikkuse garantii. Turvalise raseduse katkestamise protseduuri kättesaadavus tähendab naiste põhiõiguste – sealhulgas õigus elule, tervisele ja privaatsusele – austamist ja kaitsmist. Halb ligipääs turvalisele raseduse katkestamise tervishoiuteenusele võib piirata naiste võimalusi omandada haridust ning vähendada nende võimet saavutada meestega võrdväärne töötasu. Sellest tulenevalt on seadused, mis käsitlevad raseduse katkestamisega seonduvat olulised nii naiste inimõiguste kaitsmisel kui ka sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisel. (18, 25)

2.5 Raseduse katkestamise meetodid

Tänapäeval on võimalik rasedust katkestada nii medikamentoosse kui kirurgilise meetodiga. Medikamentoosse raseduse katkestamise korral kasutatakse kõige sagedamini kombinatsiooni mifepristooni ja misoprostooliga, mille toimemehhanism põhineb hormonaalsete ja prostaglandiinide vahendatud protsesside koostoimel. Mifepristooni ja misoprostooli koostoime võimaldab efektiivset raseduse katkestamist, mille kulg sarnaneb raseduse iseeneslikule katkemisele. (25)

Kirurgiline raseduse katkestamine hõlmab raseduskoe eemaldamist emakaõõnest instrumentaalselt ning peamisteks meetoditeks on vaakumaspiratsioon. Protseduur viiakse läbi valutustatuna, enamikel juhtudel lühiajalises narkoosis. (25)

2.6 Raseduse katkestamise põhjused

2.6.1 Raseduse katkestamisega seotud enesehinnangulised põhjused

Raseduse katkestamise põhjuseid on varasemalt uuritud peamiselt läbilõikeuuringute ja küsitluste kaudu, kus põhjused on eneseraporteeritud (7–9). Lisaks on tehtud kvalitatiivseid uuringuid, kus andmeid kogutakse süvaintervjuude abil (10).

Norras 2005. aastal avaldatud prospektiivses uuringus analüüsiti tervishoiuasutusse pöördunud 18–45-aastaste naiste (n=80) raseduse katkestamise enesehinnangulisi põhjuseid. Valida sai 25 võimaliku põhjuse hulgast ja peamiste põhjustena toodi välja pooleliolev hariduse omandamine, lapsesaamissoovi puudumine, majanduslikud põhjused ja ka partneri soov hetkel last mitte saada. (34)

Ameerika Ühendriikides 2014. aastal läbiviidud longituuduuringus (n=954) leiti, et 31% naistest, kes pöördusid raseduse katkestamiseks 30 tervishoiuasutuse poole ajavahemikul 2008–2010, märkis raseduse katkestamise põhjuseks peamiselt partneriga seotud põhjused ja probleemse suhte. Samas uuringus toodi välja ka raseduse katkestamise põhjusena partneri vägivaldne käitumine. (7)

Samal küsimustikul põhineb 2013. aastal Ameerika Ühendriikides avaldatud uuring, kus uuriti naiste enesehinnangulisi raseduse katkestamise põhjuseid. Leiti, et 40% uuritavatest (n=954) märkis raseduse katkestamise põhjusteks majanduslikud raskused, 36% tõi välja vale ajastuse lapse saamiseks ja 31% märkis raseduse katkestamise motiiviks partneriga seotud põhjused. Partnerit puudutavateks põhjusteks nimetati halba suhet, toe puudumist, lapsesaamissoovi puudumist ja asjaolu, et partner oli vägivaldne. Nimetati ka survet perekonna poolt, mis moodustas 5% raseduse katkestamise enesehinnangulistest põhjustest. (8)

Hiljutes, 2023. aastal Rootsis läbiviidud läbilõikelises küsitlusuuringus, analüüsiti 623 naise põhjuseid raseduse katkestamiseks, ning põhjused olid suures plaanis sarnased eelnevalt kirjeldatud uuringute tulemustega. Kõige suurema osakaalu (27%) moodustasid majanduslikud põhjused, järgnes soov rohkem lapsi mitte saada (25%) ja põhjus, et suhe on liiga varajases staadiumis (24%). Nii ebakindlat paarisuhet kui ka liiga noort vanust tõi välja 17% vastajatest. (9)

2011. aastal ajakirjas *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* avaldati kvalitatiivne uuring, kus leiti, et raseduse katkestamine ei olnud täielikult uuringus osalenud naiste enda otsus (n= 21). Uuringus leiti, et raseduse katkestamise põhjus oli seotud survega partneri poolt. (10)

2.7 Raseduse katkestamisega seotud tegurid

2.7.1 Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Vanus

Ameerika Ühendriikides 2017. aastal avaldatud uuringus leiti, et vanuserühmade võrdluses moodustasid 20–24-aastased naised suurima osa raseduse katkestajatest ning neil oli ka kõrgeim abortiivsuskordaja (28 aborti 1000 naise kohta) (35).

Taanis 2008. aastal avaldatud uuringus leiti tugev seos vanuse ja raseduse katkestamise vahel. Teismelistel (vanus alla 19 eluaasta) oli abordi tegemise šanss 29,6 korda kõrgem kui vanuserühmas 25–29 eluaastat. (36)

Seega raseduse katkestamise riskiteguriks on noor vanus.

Haridus

Soomes 2015. aastal avaldatud uuringus selgus, et šanss rasedust katkestada oli tugevas seoses naiste haridustasemega. Kõige suurem šanss abordi tegemiseks oli kõikides kohortides põhiharidusega naistel. Tulenevalt sellest võib väita, et kõrgem haridustase on oluliseks kaitsvaks teguriks soovimatu raseduse ja abordi suhtes. Samuti väidetakse uuringus, et haridustasemest tulenevad erinevused raseduse katkestamise tõenäosuses võivad osaliselt olla tingitud sellest, et kõrgema haridusega naistel on parem ligipääs pereplaneerimisega seotud teenustele. (37)

Elukoht

Hiinas 2026. aastal avaldatud 7361 uuritavaga läbiviidud uuring leidis, et linnas ja maal elavate naiste vahel ei olnud statistiliselt olulist erinevust varasema raseduse katkestamise tõenäosuses (38). Küll aga leiti 2026. aastal avaldatud 34 uuringul põhinevas süstemaatilises ülevaates, mis hõlmas 373 424 uuritavat, et linnas elamine on korduvate raseduse katkestamiste riskitegur (39).

Perekonnaseis

Taanis 2008. aastal avaldatud uuringu kohaselt mõjutab perekonnaseis olulisel määral abordi tegemise šanssi. Tulemuste tõlgendamisel leiti, et vallalistel naistel oli 39,1 korda suurem šanss raseduse katkestamiseks kui partneriga kooselus oleval naisel. (36)

2024. aastal RI andmete kohaselt katkestasid omal soovil rasedust kõige enam vabaabielus olevad naised (40).

Rahvus

Soomes 2018. aastal läbi viidud uuringus leiti, et vanuserühmas 18–29 eluaastat oli vene päritolu naiste seas raseduse katkestamise esinemissagedus kõrgem kui Soome naiste seas (vastavalt 20,0% ja 7,7%) (41).

Samuti on uuritud seoseid rahvusega Lõuna-Euroopas. Hispaanias 2016. aastal tehtud uuringu tulemused näitasid, et immigrantidest naistel oli oluliselt kõrgem tõenäosus indutseeritud abordiks võrreldes Hispaania päritolu naistega. Kõige kõrgem risk esines Sahara-taguse Aafrika päritolu naiste seas, kelle raseduse katkestamise levimus oli üle 8 korra kõrgem kui hispaania päritolu naiste seas. (42)

Majanduslik olukord

Hiljuti Inglismaal ja Madalmaades tehtud läbilõikelises küsitlusuuringus leiti, et suurem šanss rasedust katkestada oli majanduslikes raskustes olevatel naistel. Uuringus osales 164 naist 5-st kliinikust Inglismaalt ja Madalmaadest. Osalejad tõid välja ka raskused aborti protseduuri eest tasumisel. Selgus, et aborti eest maksmiseks pidi naine müüma maha midagi väärtuslikku või lükkama edasi muude kulude tasumise. (43)

Ka Eestis on uuritud sotsiaalmajandusliku tausta ja raseduse katkestamise seoseid. 2014. aastal avaldatud uuringu põhjal võib väita, et ebasoodsam sotsiaalmajanduslik olukord on seotud suurema korduvate raseduse katkestamiste šansiga. (44)

2.7.2 Rasestumisvastaste meetodite kasutamine

Eestis 2014. aastal avaldatud abordiregistri andmetel kordusabortide uurimiseks teostatud uuringu tulemustest selgus, et pea kaks kolmandikku naistest, kes on teinud rohkem kui ühel korral aborti, ei ole kasutanud rasestumisvastast vahendit enne oma esimest ja ka järgnevat raseduse katkestamist. Samas uuringus leiti ka, kõige sagedamini ebaõnnestunud rasestumisvastane meetod, mida oli kasutatud enne raseduse katkestamist oli kondoom ning see tulemus on kooskõlas varasemalt avaldatud tulemustega. (44)

Rootsis 2023. aastal tehtud uuringus leiti, et rasedust katkestanud naiste seas 26% ei kasutanud ühtegi rasestumisvastast vahendit 12 kuu jooksul enne raseduse katkestamist. Samast uuringust selgus ka, et kondoom oli kõige levinum enne aborti kasutatud rasestumisvastane vahend, millele järgnesid lühitoimelised pöörduvad rasestumisvastased vahendid ja katkestatud

suguühe. Enimmainitud põhjusteks, miks rasestumisvastaseid vahendeid ei kasutatud, oli lootus, et rasestumist ei toimu, lisandus negatiivne kogemus seoses rasestumisvastaste vahendite kasutamisega ja ka asjaolu, et seksuaalvahekord ei olnud planeeritud. (45)

2.7.3 Vägivalla kogemine

MTO defineerib vägivalda järgmiselt: „Vägivald on kas tegelik või potentsiaalne füüsilise jõu või võimu tahtlik kasutamine või sellega ähvardamine, mis on suunatud enda, teise isiku või rühma või kogukonna vastu, ning mis kas põhjustab või millel on suur tõenäosus põhjustada vigastusi, surma, psühholoogilist kahju, arenguhäireid või ilmajäetust.“ Sama raport jagab vägivalla kolmeks kategooriaks selle toimepanija järgi: enese vastu suunatud, inimestevaheline või kollektiivne; ning neljaks täiendavaks kategooriaks vägivalla olemuse järgi: füüsiline, seksuaalne, psühholoogiline või ilmajäetust või hooletusse jätmist hõlmav. (47)

Paarisuhtevägivald on füüsiline, seksuaalne või psühholoogiline kahju, mida põhjustab praegune või endine partner või abikaasa. Seda tüüpi vägivald võib esineda nii hetero- kui samasoolises suhtes ega eelda tingimata seksuaalsuhet. Kuigi ka naised võivad olla vägivaldsed oma meessoost partnerite suhtes ning vägivalda võib esineda ka mees-mees ja naine-naine suhtes, on üldiselt teada, et paarisuhtevägivalda peamine koormus maailmas langeb naistele ja sagedamini on toimepanijaks mehed. (46)

Eestis varem läbiviidud uuringu põhjal leiti, et paarisuhtevägivald partneri poolt oli statistiliselt oluliselt seotud mitmete raseduste katkestamisega (*AOR* 1.72). Selle uuringu andmed pärinesid 2004. aasta Eesti naiste tervise uuringust, kus analüüsiti 16–44-aastaste naiste ($n=1966$) vastuseid. Samas uuringus leiti ka, et vastajad, kes olid kogenud paarisuhtevägivalda, oleksid valinud suurema tõenäosusega rasestumise korral raseduse katkestamise võrreldes nende naistega, kes partneripoolset vägivalda kogenud ei olnud (26,2% vs 22,1%). (12)

Ka hiljuti avaldatud süstemaatiline ülevaade, mis hõlmas 34 uuringus 373 424 naist, tõi välja, et korduvate raseduse katkestamiste üheks riskiteguriks paljude teiste tegurite seas nagu vanem iga, madalam haridustase, elamine linnas, rasestumisvastaste vahendite ebakorrektna kasutamine, oli partneri poolt põhjustatud vägivald (39).

Ka Eestis läbiviidud uuring leidis seose, mille kohaselt täiskasvanueas vägivalla kogenud naistel oli suurem šanss planeerimata raseduseks (48).

Austraalias 2025. aastal tehtud kohortuuringus, milles kasutati läbilõikelise küsitluse andmeid ($n=1966$) leiti seoseid paarisuhtevägivalda ja raseduse katkestamise vahel. Selles uuringus toodi välja, et kokkupuude paarisuhtevägivallaga suurendab oluliselt tõenäosust

kogeda sunnitud seksi, endometrioosi, viljatust, raseduse katkemist ning raseduse katkestamist. (11)

Ka Põhjamaades tehtud uuringud on leidnud seoseid vägivalda kogemise ja raseduse katkestamise vahel. Rootsis 2023. aastal tehtud uuring leidis, et naistel, kes olid viimase 12 kuu jooksul kogenud füüsilist, vaimset või seksuaalset vägivalda, oli 2,37 korda suurem šanss kuuluda naiste hulka, kellel on olnud mitu raseduse katkestamist (vähemalt 2), võrreldes nendega, kes ei olnud vägivalda kogenud. (49)

2.7.4 Esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkus

Eesti naiste tervise uuringu 2024. aasta aruandest selgub, et 16–59-aastaste vastajate esimese seksuaalvahekorra mediaanvanus oli 17 aastat, partneri mediaanvanus 20 aastat ning enamik vastajatest (83,4%) soovis olla esimeses seksuaalvahekorras. Samas toob uuringuaruanne välja asjaolu, et 16% vastajatest ei soovinud oma esimest seksuaalvahekorda. (24)

Ka Ameerika Ühendriikides 2019. aastal toimunud läbilõikelises uuringus leiti, et raseduse katkestamise ja seksuaalvahekorra vabatahtlikkuse vahel on seos. Tulemustes toodi välja, et võrreldes naistega, kelle esimene seksuaalvahekord oli vabatahtlik, oli pealesurutud seksuaalvahekorda kogenud naistel poolteist korda suurem tõenäosus raseduse katkestamiseks. (50)

3. Eesmärgid

Magistritöö eesmärk oli võrrelda naiste enesehinnangulisi raseduse katkestamise põhjuseid ajaperioodidel 1995–2004, 2005–2014 ja 2015–2024 ning analüüsida, kas vägivalla kogemine ja esimese seksuaalvahekorra vabatahtlikkus on seotud raseduse katkestamise kogemusega.

4. Materjal ja metoodika

4.1 Andmestik

Magistritöö põhineb rahvastikupõhise läbilõikelise Eesti naiste tervise uuringu kolme uuringuaasta (2004, 2014, 2024) andmetel. Uuringuga kogutakse andmeid naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise näitajate kohta, mida riiklik statistika ei kogu. (24, 51, 52)

2004. uuringuaastal oli valimialus rahvastikuregister. Uuringu jaoks koostati kihitatud juhuvalim Eesti naisrahvastikust, hõlmates vanuserühmi 16–25, 26–35 ja 36–44 eluaastat. Valimi suurus oli 5190 naist, vastavalt 2515, 1240 ja 1435 isikut vanuserühmade kaupa. Kokku saadeti kahe postitusringiga välja 5190 küsimustikku, neist 3472 eesti- ja 1718 venekeelset. Anonüümsuse tagamiseks lisati küsimustikule märgistatud lisaümbrik (koos koodiga), mille küsimustiku täitja saatis tagasi täidetud küsimustikust eraldi. Nii ei olnud võimalik vastaja andmeid tema täidetud küsimustikuga kokku viia. Soovi korral oli vastajatel võimalus vahetada küsimustik teise keeleversiooni vastu. Küsimustike saatmine ja tagastamine toimus 2004. aasta teisel poolel ning 2005. aasta alguses. Kokku 5087 potentsiaalsest vastajast ei tagastanud 2335 vastajat küsimustikku ja 13 keeldus osalemast. Lõplikus valimis oli 2672 vastaja andmed, analüüsist jäeti välja 12 teadmata vanusega ja 51 üle 44-aastase vastaja andmed ja vastamismäär oli 54%. (51)

2014. uuringuaastal kasutati valimi moodustamisel sarnast metoodikat. Märtsis 2014 saadeti kolme postitusringiga välja 5233 küsimustikku, neist 3811 eesti- ja 1422 venekeelset. Sarnaselt 2004. aasta uuringuga kasutati ka 2014. aasta uuringus anonüümsuse tagamiseks lisaümbrikku (koos koodiga), mille küsimustiku täitja saatis tagasi eraldi täidetud küsimustikust. Elektroonilise küsimustiku täitmise korral saatis vastaja neile eraldatud individuaalse elektroonilise koodi eraldi küsimustikust, mistõttu ei olnud võimalik kokku viia vastaja andmeid tema täidetud küsimustikuga. Vastajatel oli soovi korral võimalus saada küsimustik teises keeles. Lisaks oli võimalik küsimustele vastata veebi teel. Veebi teel tagastas küsimustiku 21,5% osalejatest ja paberil 78,5% . Lõplikus valimis oli 2413 vastajat ja vastamismäär oli 47%. Uuringul oli Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus 226/T-7 (19.06.2013). (52)

Viimasel uuringuaastal laiendati vastajate vanust 59. eluaastani. Rahvastikuregistrist taotleti vanuse alusel kihitatud juhuvalim naistest vanuserühmades 16–17, 18–24, 25–39, 40–49 ja 50–59 aastat. Küsimustik koostati varasemate, 2004. ja 2014. aastal kasutatud küsimustike põhjal, kuid lisati küsimused menstruatsioonide, üleminekuea ja *COVID-19* pandeemia mõju kohta. Küsimustik sisaldas 113 valikvastusega küsimust. Küsimustiku koostamiseks, küsitluse

läbiviimiseks ja andmete haldamiseks kasutati rakendust *REDCap* (*Research Electronic Data Capture*) – turvalist veebipõhist platvormi teaduslike küsitluste ja andmebaaside loomiseks ning haldamiseks. Uuringusse kutsuti perioodil 24.01–04.05.2024 (kutse uuringusse ja kaks meeldetuletust), vastatud küsimustikud pseudonümiseeriti, pärast uuringuperioodi lõppu küsimustik suleti *REDCapis* ja uuringu valimisse kuuluvate inimeste meiliaadressid kustutati. Valimi suurus oli 12456 vastajat. Andmete puhastamise käigus eemaldati küsimustikud, millel puudus teave vanuse kohta ($n=125$), kus vanus ületas 59 aastat ($n=2$) või kus vastati ainult sotsiaaldemograafilistele küsimustele ($n=814$). Samuti jäeti analüüsist välja need küsimustikud, kus oli vastatud vähem kui viiele küsimusele ($n=34$). Lõplikus valimis oli 5443 naist ja vastamismäär oli 44%. Uuringul on Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr 384/T-3 (20.11.2023). (24)

4.2 Valimi moodustamine

Magistritöö põhineb Eesti naiste tervise uuringu 2004., 2014. ja 2024. uuringuaasta andmetel.

Et hinnata raseduse katkestamise enesehinnangulisi põhjuseid ajaperioodide lõikes, moodustati ajaperioodid 1995–2004, 2005–2014 ja 2015–2024. Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste analüüsimiseks kasutati kõigi kolme uuringuaasta andmeid. 2004. uuringuaasta andmetest kasutati magistritöös abordikogemusega vastajaid vanuses 18–24 aastat, kuna küsimustikus ei olnud küsimust viimase raseduse katkestamise aja kohta. Seetõttu eeldati, et selle vanuserühma vastajate reproduktiivvajalugu langeb suurema tõenäosusega perioodi 1995–2004, mis võimaldab osaliselt kompenseerida ajainfo puudumist. 2014. uuringuaasta andmetest kasutati abordikogemusega vastajaid vanuses 18–44 aastat ning 2024. uuringuaasta andmetest kasutati vanuserühma 18–59 aastat. Vanuserühmade valik põhines uuringuaastatel küsitletud vastajate vanuserühmadel ja kaalutlusel, et vastaja viimane raseduse katkestamine langeks ühte kolmest vaadeldavast ajaperioodist. Alla 18-aastased jäeti analüüsist välja, kuna selles vanuses abordikogemusega vastajate arv valimis oli väike. Uuringuaastal 2004. oli see arv 4, 2014. aastal 14 ja 2024. aastal 6. (24, 51, 52)

Andmeanalüüsi kaasati 2024. uuringuaastal kõik raseduse katkestamise kogemusega naised vanuses 18–59 eluaastat, kes olid vastanud küsimusele (Lisa 3) viimase raseduse katkestamise põhjuse kohta (24). Uuringuaastal 2014 kaasati andmeanalüüsi samuti kõik raseduse katkestamise kogemusega naised vanuses 18–44 eluaastat, kes olid vastanud küsimusele viimase raseduse katkestamise põhjuse kohta (Lisa 2). Sarnaselt 2014. ja 2024. uuringuaastale kaasati ka 2004. aasta uuringu puhul andmeanalüüsi vastajad, kes olid vastanud

küsimusele viimase raseduse katkestamise põhjuse kohta (Lisa 1). Kuna 2004. aastal puudus küsimustikus küsimus viimase raseduse katkestamise aja kohta, siis kasutati analüüsis vaid 18–24-aastaste vastajate andmeid, sest vaid selles vanuses vastajate viimase raseduse katkestamise aeg sai langeda ajaperioodi 1995–2004. (24, 51, 52)

Vastajatelt küsiti viimase raseduse katkestamise aja kohta järgmiselt: 2024. uuringuaastal sai vastata küsimusele. „*Millal toimus viimane raseduse katkestamine omal soovil?*”, vastusevariandid olid: 1) vähem kui aasta tagasi; 2) 1–5 aastat tagasi; 3) 6–10 aastat tagasi; 4) 11–20 aastat tagasi; 5) üle 20 aasta tagasi (24). 2014. uuringuaastal oli viimase raseduse katkestamise aja kohta küsimus „*Millal oli Teie viimane raseduse katkestamine?*”, vastusevariandid olid: 1) vähem kui aasta tagasi; 2) 1–5 aastat tagasi; 3) 6–10 aastat tagasi; 4) 11–20 aastat tagasi; 5) üle 20 aasta tagasi (52). 2004. uuringuaastal puudus küsimus viimase raseduse katkestamise aja kohta (51).

Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste kohta küsiti järgmiselt: 2004. uuringuaastal oli küsimuseks „*Milline oli viimase raseduse katkestamise põhjus (võite valida mitu vastust)?*”, 2014. uuringuaastal „*Milline oli viimase raseduse katkestamise põhjus? Võite valida mitu vastust*” ning 2024. uuringuaastal „*Milline oli viimase omal soovil raseduse katkestamise põhjus? Võib märkida mitu vastust.*” (24, 51, 52)

Selleks, et raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused oleksid kolme uuringuaasta vahel võrreldavad, tuvastati 15 vastusevarianti, mis olid kõigi uuringulainete võrdluses samad. 2004. uuringuaasta küsimustikust kaasati kõik vastusevariandid. 2014. uuringuaastast jäeti välja vastus „*partner oli vägivaldne*“, kuna seda 2004. uuringuaastal küsimustikus ei olnud. 2024. uuringuaasta küsimustikust jäeti samal põhjusel välja „*minu või minu pereliikme terviseprobleem*” ja „*olin mures maailma turvalisuse pärast (sõjaohht, COVID-pandeemia, kliimamuutused*“. 2024. ja 2014. uuringuaastate küsimustikes liideti vastused – „*loobusin rasedusest partneri surve*” ja „*loobusin rasedusest vanemate surve*” – kokku üheks põhjuseks „*loobusin rasedusest partneri või vanemate surve*“, kuna 2004. uuringuaastal olid need põhjused ühe vastusevariandina sõnastatud. (24, 51, 52)

Vägivallakogemuse ja raseduse katkestamise vahelise seoses uurimiseks kasutati 2024. uuringuaasta andmeid. Vägivalla kogemust hinnati vaimse, kehalise ja seksuaalse väärkohtlemise küsimuste järgi, kus vastaja sai valida, kas seda oli kogetud lapseas, täiskasvanueas või nii lapse kui täiskasvanuna: „*Kas olete kogenud väärkohtlemist lapseas (nooremata kui 18-aastaselt) või täiskasvanuna (18-aastaselt ja vanemana)?*”). (24)

Vaimset väärkohtlemist hinnati kolme küsimusega:

1. „Kas Te olete kogenud pidevalt korduvat ja pikemat aega kestvat allasurutust, alandamist ja häbistamist?”

2. „Kas Te olete kogenud, et keegi ähvarduse või jõuga püüab süstemaatiliselt Teie kokkupuuteid teistega piirata või täielikult kontrollida, mida Te tohite või ei tohi teha?”

3. „Kas Te olete elanud hirmus, sest Teid on süstemaatiliselt ja pikema aja jooksul ähvardatud või püütud vigastada Teid või kedagi Teie lähedastest?”

Kehalist väärkohtlemist hinnati kolme küsimusega:

1. „Kas keegi on Teid löönud, lahtise käega näkku või vastu Teie tahtmist Teid tugevalt kinni hoidnud?”

2. „Kas keegi on Teid rusika või kõva esemega löönud, jalaga löönud, jõuliselt tõuganud, peksnud või teinud muud sarnast?”

3. „Kas Te olete kogenud, et keegi ohustab Teie elu, näiteks kägistamiskatse, noa või muu relva näitamise või mõne muu sarnase käitumise tõttu?”

Seksuaalset väärkohtlemist hinnati nelja küsimusega:

1. „Kas keegi on vastu Teie tahtmist puudutanud „seksuaalselt“ Teie kehaosi, mis pole suguelundid, või sundinud Teid oma kehaosi „seksuaalselt“ puudutama?”

2. „Kas Teid on kunagi mingil moel seksuaalselt alandatud, näiteks sunnitud vastu Teie tahtmist pornograafilist filmi või midagi sarnast vaatama, sunnitud Teid osalema pornograafilises filmis või muus sarnases, sunnitud oma keha alasti näitama või kellegi teise alasti keha vaatama?”

3. „Kas keegi on vastu Teie tahtmist puudutanud Teie suguelundeid, kasutanud Teie keha seksuaalse rahulduse saamiseks või sundinud Teid kellegi teise suguelundeid puudutama?”

4. „Kas keegi on vastu Teie tahtmist pannud oma peenise Teie tuppe, suhu või pärakusse või püüdnud panna eset või mõnda muud kehaosa Teie tuppe, suhu või pärakusse?”

Esimese seksuaalvahekorra soovimise/ mittesovimise ja raseduse katkestamise kogemuse vahelise seose hindamiseks küsiti: „Mõeldes tagasi oma esimesele seksuaalvahekorrale, kuivõrd Te ise soovisite olla seksuaalvahekorras?”. Vastata sai seitsme vastusevariandi vahel: 1) soovisin väga; 2) soovisin teatud määral; 3) ei soovinud, kuid ma nõustusin veenmise peale; 4) ei soovinud, kuid teised (keegi muu kui mu partner) survestasid mind; 5) ei soovinud, kuid mu partner survestas mind; 6) ei soovinud, kuid mu partner sundis mind ähvardustega; 7) ei soovinud, kuid mu partner sundis mind vägivaldselt. Vastusevariandid jagati kahte rühma: „soovisin” ja „ei soovinud”, millest esimesse kuulusid: 1) soovisin väga; 2) soovisin teatud määral; ning teise rühma kuulusid: 3) ei soovinud, kuid ma nõustusin

veenmise peale; 4) ei soovinud, kuid teised (keegi muu kui mu partner) survestasid mind; 5) ei soovinud, kuid mu partner survestas mind; 6) ei soovinud, kuid mu partner sundis mind ähvardustega; 7) ei soovinud, kuid mu partner sundis mind vägivaldselt. (24)

4.3 Andmeanalüüsis kasutatud tunnused

Järgnevalt on esitatud andmeanalüüsis kasutatud tunnused.

Vanus. 2004. aasta uuringus oli küsimus: „*Mis aastal Te olete sündinud?*“, 2014. ja 2024. aasta uuringus: „*Teie vanus*“. (24, 51, 52)

Elukoht. 2004. aasta uuringus oli küsimus: „*Kus Te elate?*“ ja vastusevariantideks: 1) Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve või Narva; 2) väikelinn või asula; 3) maapiirkond. 2014. aasta uuringud oli vastav küsimus: „*Kus Te elate?*“ ja vastusevariandid: 1) Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva; 2) muu linn või linnaline asula; 3) maa-asula (maapiirkond). 2024. aasta uuringus: „*Kus Te elate (enamikel päevadel nädalas)?*“ ja vastusevariantideks: 1) suuremas linnas: Tallinn, Tartu, Narva, Pärnu, Kohtla-Järve; 2) mõnes muus linnas; 3) suurema linna äärses külas, alevis või alevikus; 4) maapiirkonna külas, alevis või alevikus; 5) elan alaliselt välismaal. Vastuste lihtsamaks võrdlemiseks moodustati kolm elukoha kategooriat: suurlinn, väikelinn/asula ja maapiirkond. (24, 51, 52)

Emakeel. 2004. uuringuaasta küsimustikus oli vastavaks küsimuseks: „*Teie emakeel*“ ja vastaja sai märkida oma emakeele. 2014. uuringuaasta küsimustikus oli emakeele küsimuseks: „*Milline on Teie emakeel?*“ ja vastusevariandid olid: 1) eesti; 2) vene; 3) muu. 2024. uuringuaastal oli küsimus: „*Milline on Teie emakeel?*“ ja vastusevariandid olid: 1) eesti; 2) vene; 3) muu. Moodustati kolm võrreldavat kategooriat: eesti, vene ja muu. (24, 51, 52)

Haridustase. Haridustaset mõõdeti lõpetatud kõrgeima haridustaseme järgi. 2004. uuringuaastal küsiti hariduse kohta küsimuses nr 9. „*Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?*“, vastusevariandid: 1) põhiharidus või vähem; 2) keskharidus; 3) keskeriharidus; 4) rakenduslik kõrgharidus; 5) ülikooliharidus; 6) teaduskraad. 2014. uuringuaastal oli selleks küsimuseks nr 6. „*Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?*“, vastusevariandid: 1) põhiharidus või vähem; 2) keskharidus; kutsekeskharidus (keskeriharidus); 3) rakenduslik kõrgharidus; 4) kõrgharidus (bakalaureusekraad); 5) teaduskraad (magistri- või doktorikraad) ning 2024. uuringuaastal küsimus nr A6. „*Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?*“, vastusevariandid: 1) põhiharidus või vähem; 2) keskharidus; kutsekeskharidus (kutseeriharidus); 3) rakenduslik kõrgharidus; 4) bakalaureusekraad; 5) magistrikraad või sellega võrdsustatud kraad; 6) doktorikraad. Vastusevariantidest moodustati kolm võrreldavat

kategooriat: põhiharidus, kuhu kuulusid põhiharidus või vähem; keskharidus, kuhu kuulusid keskharidus, rakenduslik kõrgharidus ja kutsekeskharidus ning kõrgharidus, kuhu kuulusid ülikooliharidus, teaduskraad, kõrgharidus (bakalaureusekraad), teaduskraad (magistri- või doktorikraad), bakalaureusekraad, magistrikraad või sellega võrdsustatud kraad ja doktorikraad. (24, 51, 52)

Majanduslik olukord. Majanduslikku olukorda hinnati küsimusega, mis peegeldas võimalikke raskusi arvete maksmisel. 2004. uuringuaastal oli majandusliku olukorra hindamiseks küsimus: „*Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, kütte jne)?*” ja vastusevariandid olid: 1) alati; 2) sageli; 3) mõnikord; 4) harva; 5) mitte kunagi. 2014. uuringuaastal küsiti: „*Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, kütte, telefon, laen, liising jne)?*”, vastata sai sama viie vastusevariandi vahel: 1) alati; 2) sageli; 3) mõnikord; 4) harva; 5) mitte kunagi. 2024. uuringuaastal oli küsimus: „*Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, kütte, telefon, laen, liising jne)?*” ja vastata sai sarnaselt eelmiste uuringuaastatega: 1) alati; 2) sageli; 3) mõnikord; 4) harva; 5) mitte kunagi. Võrreldavuse lihtsustamiseks moodustati vastusevariantidest kaks gruppi „jah” ja „ei”, kusjuures „jah” gruppi kuulusid vastusevariandid „alati” ja „sageli” ning „ei” gruppi kuulusid vastusevariandid „mõnikord”, „harva” ja „mitte kunagi”. (24, 51, 52)

4.4 Andmeanalüüs

Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste uurimiseks kaasati andmeanalüüsi kõigi kolme uuringuaasta raseduse katkestamise kogemusega naised, kes olid märkinud viimase raseduse katkestamise põhjuse ja kuulusid uuringuvalimisse (2004. aastal 18–24-, 2014. aastal 18–44- ja 2024. aastal 18–59- aastased vastajad). Kolme uuringuaasta peale kaasati analüüsi kokku 7276 naist. Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste küsimusele ei vastanud 2004. aasta uuringus 912 naist, 2014. aasta uuringus 1282 naist ja 2024. aasta uuringus 3207 naist. Vähemalt ühele raseduse katkestamise enesehinnangulise põhjuse küsimusele vastas kokku 1875 naist. Neist jäeti analüüsist välja veel 70 naist, kuna puudus info abordi toimumise aja kohta. Seetõttu kaasati raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste lõppanalüüsi 1805 naist. Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste uurimiseks kaasati kõik 15 vastusevarianti ja need grupeeriti. Väljavalitud enesehinnangulised põhjused ja grupeeritud põhjused on näha lisades 4 ja 5.

Vägivalla ja raseduse katkestamise vahelise seose hindamiseks kaasati andmeanalüüsi kõik 18–59-aastased naised 2024. aasta uuringust, kellel oli raseduse katkestamise kogemus ja kes olid vastanud vähemalt ühele vägivallaga seotud küsimusele „jah, lapsena“, „jah,

täiskasvanuna“ või „jah, nii lapsena kui täiskasvanuna“, ning võrdluseks ka need, kellel raseduse katkestamise kogemus puudus. Vägivalla kogemise erinevad ajad (lapsena, täiskasvanuna, nii lapsena kui täiskasvanuna) liideti kokku, kuna sooviti uurida üldiselt igas eluetapis kogetud vägivalla seost raseduse katkestamisega. Esimese seksuaalvahekorra soovimise/ mittesovimise hindamiseks kaasati andmeanalüüsi kõik 18–59-aastased naised, ning kes olid vastanud vastavale küsimusele.

Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi *RStudio*, versioon 2026.01.1+403. Koodide genereerimisel ja keerukamate võõrkeelsete väljendite tõlkimisel kasutati tehisintellekti *ChatGPT* (OpenAI, 2026) abi. Tehisintellekti kasutamine piirdus tehnilise toega ning tehisintellekt ei osalenud töö sisuliste otsuste tegemisel ega asendanud autori iseseisvat analüüsi. Tabelite ja jooniste koostamiseks kasutati *Microsoft Excel* programmi. Uuritavate tunnuste kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid koos absoluutarvude (n) ja suhteliste sagedustega (%). Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste ja uuringuaastate vaheliste erinevuste hindamiseks kasutati *Fisheri* testi, sotsiaalmajanduslike tunnuste ja raseduse katkestamise kogemuse vaheliste erinevuste hindamiseks kasutati *Pearsoni* χ^2 -testi. *Pearsoni* χ^2 -testi arvutamisel jäeti analüüsist välja „vastamata“ väärtused. Samuti kasutati *Pearsoni* χ^2 -testi vägivallakogemuste ja raseduse katkestamise kogemuse vaheliste seoste hindamiseks. Statistilise olulisuse nivooks loeti $p < 0,05$.

Logistilise regressioonianalüüsi abil hinnati, kuidas vaimse, kehalise ja seksuaalse vägivalla kogemine ja esimese seksuaalvahekorra mittesovimine oli seotud raseduse katkestamisega. Sõltuvaks tunnuseks oli raseduse katkestamise kogemuse olemasolu või selle puudumine. Kirjeldavateks tunnusteks olid vanus, emakeel, elukoht, haridustase ja majanduslik olukord, vaimse, kehalise ja seksuaalse vägivalla kogemus ning esimese seksuaalvahekorra soovimine või mittesovimine. Iga vägivalla liigi kohta koostati eraldi logistilise regressioonianalüüsi mudel. Mudelis arvutati nii kohandamata kui kõigile mudelis kasutatud tunnustele kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega. Olulisuse nivooks võeti 0,05. Logistilise regressioonianalüüsi algvalim koosnes 4525 uuritavast vanuses 18–59 aastat. Kohandamata mudelist jäeti välja 1849 uuritavat, kes olid jätanud vastamata küsimusele raseduse katkestamise kohta. Kohandamata mudelisse kaasati 2676 uuritavat. Kohandatud mudelist jäeti täiendavalt välja 91 uuritavat, kelle kohta puudusid andmed vähemalt ühe vägivallatunnuse kohta ja 117 uuritavat, kelle kohta puudusid andmed vähemalt ühe sotsiaaldemograafilise tunnuse kohta (vanus, emakeel, elukoht, haridustase või raskused arvete maksmisel). Lõplikku kohandatud regressioonianalüüsi kaasati 2468 uuritavat. Kohandatud OR väärtus 1 tähistab võrdlusrühma.

5. Tulemused

Raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste uurimiseks kaasati andmeanalüüsi 1805 uuritavat. Vägivalla kogemise ja raseduse katkestamise vahelise seose ning esimese seksuaalvahekorra mittesoovimise ja raseduse katkestamise vahelise seose uurimiseks kaasati logistilisse regressioonanalüüsi 2468 uuritavat. Kuna regressioonanalüüsis kasutati mitut tausttunnust, kaasati analüüsi ainult täielike andmetega vastajad.

5.1 Uuritavate iseloomustus sotsiaalmajanduslike tunnuste järgi

Tabel 1 kirjeldab uuritavate sotsiaalmajanduslike tunnuste jaotust kolmel uuringuaastal raseduse katkestamise kogemuse järgi. Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised seosed raseduse katkestamise kogemuse ja uuritavate tunnuste vahel ($p < 0,05$). Analüüsitavas valimisse võetud naiste vanus oli uuringuaastate lõikes erinev. 2004. uuringuaastal kuulusid valimisse 18–24-aastased naised, 2014. uuringuaastal 18–44-aastased naised ja 2024. uuringuaastal 18–59-aastased naised. Vanuserühmade lõikes ilmnes statistiliselt oluline erinevus nii 2014. kui ka 2024. aastal (mõlemal juhul $p < 0,001$). Mõlemal uuringuaastal suurenes raseduse katkestamise kogemuse osakaal vanuse kasvades. 2014. aastal oli raseduse katkestamise kogemus 18–24-aastaste seas 7,6%, 25–34-aastaste seas 25,0% ja 35–44-aastaste seas 48,4%. 2024. aastal olid vastavad osakaalud 3,1%, 13,0%, 28,5% ja 49,2% 45–59-aastaste seas. Nooremates vanuserühmades esines sagedamini vastajaid, kellel raseduse katkestamise kogemus puudus. Haridustaseme järgi esines statistiliselt oluline erinevus kõigil uuringuaastatel. 2004. aastal oli raseduse katkestamise kogemus põhiharidusega vastajate seas 13,2%, keskhariidusega vastajate seas 15,1% ning kõrghariidusega vastajate seas 13,3%. 2014. aastal suurenes raseduse katkestamise kogemuse osakaal keskhariidusega vastajate seas 29,2%-ni ning kõrghariidusega vastajate seas 22,4%-ni, samal ajal kui põhiharidusega vastajate seas oli vastav osakaal 12,5%. Sarnane tendents ilmnes ka 2024. aastal, mil raseduse katkestamise kogemus esines kõige sagedamini keskhariidusega vastajate seas (32,1%), järgnesid kõrghariidusega (27,2%) ja põhiharidusega vastajad (18,0%). Emakeele lõikes ei ilmnenu 2004. aastal statistiliselt olulist erinevust rasedust katkestanud ja mittekatkestanud vastajate seas ($p = 0,707$). Statistiliselt oluline erinevus ilmnes 2014. aastal ($p = 0,002$) ja 2024. aastal ($p = 0,012$): kui 2014. aastal oli raseduse katkestamise kogemust vene emakeelega vastajate seas rohkem (30,4%) kui eesti emakeelega vastajate seas (22,2%), siis 2024. aastal oli erinevus vähenenud (vastavalt 31,4% ja 28,6%). Elukoha järgi statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenu ühelgi uuringuaastal (2004: $p = 0,840$; 2014: $p = 0,670$; 2024: $p = 0,085$). Kõigis

elukoharühmades moodustasid suurema osa vastajatest need, kellel aborti kogemus puudus. Raskused arvete maksmisel ei olnud 2004. aastal statistiliselt oluliselt seotud raseduse katkestamise kogemusega ($p = 0,103$), kuid statistiliselt oluline erinevus ilmnes 2014. ($p = 0,008$) ja 2024. aastal ($p < 0,001$). Kui 2014. aastal oli raseduse katkestamise kogemus 32,6%-l majanduslikes raskustes olevatest vastajatest ning 23,1%-l vastajatest, kellel raskusi ei olnud, siis 2024. aastal suurenes erinevus veelgi – raseduse katkestamise kogemus oli 38,4%-l majanduslikes raskustes vastajatest võrreldes 28,5%-ga nende seas, kellel raskusi ei olnud. Kõigil uuringuaastatel oli raseduse katkestamise kogemusega vastajate osakaal suurem nende seas, kellel puudusid raskused arvete maksmisel. Kokkuvõttes on tabelist 1 näha, et raseduse katkestamise kogemus oli sagedasem vanemates vanuserühmades, keskharidusega vastajate seas ning 2014. ja 2024. aastal ka vene emakeelega ja majanduslikes raskustes vastajate seas. Elukoha järgi statistiliselt olulisi erinevusi uuringuaastate lõikes ei täheldatud.

Tabel 1. Sotsiaalmajanduslikud tunnused rasedust katkestanud ja mittekatkestanud vastajatel (n, %) Eesti naiste tervise uuringu 2004. (18–24-aastased), 2014. (18–44-aastased) ja 2024. uuringuaasta andmetel (18–59-aastased vastajad), n = 7276

2004 (n = 1068)			2014 (n = 1683)			2024 (n = 4525)			
Raseduse katkestamine									
Tunnus	Ei	Jah	p	Ei	Jah	p	Ei	Jah	p
Vanus (eluaastat)			–			<0,001			<0,001
18-24	912 (85,4)	156 (14,6)		679 (92,4)	56 (7,6)		944 (96,6)	30 (3,1)	
25-34	–	–		365 (75,0)	122 (25,0)		627 (87,0)	94 (13,0)	
35-44	–	–		238 (51,6)	223 (48,4)		685 (71,5)	273 (28,5)	
45-59	–	–		–	–		951 (50,8)	921 (49,2)	
Lõpetatud haridustase			0,032			<0,001			<0,001
Põhiharidus	178 (86,6)	27 (13,2)		343 (87,5)	49 (12,5)		341 (82,0)	75 (18,0)	
Keskharidus	664 (84,9)	118 (15,1)		618 (70,8)	255 (29,2)		1694 (67,9)	801 (32,1)	
Kõrgharidus	65 (86,7)	10 (13,3)		318 (77,6)	92 (22,4)		1148 (72,8)	429 (27,2)	
Vastamata	5 (83,3)	1 (16,7)		3 (37,5)	5 (62,5)		24 (64,9)	13 (35,1)	
Emakeel			0,707			0,002			0,012
Eesti	649 (85,4)	111 (14,6)		1024 (77,8)	292 (22,2)		2620 (71,4)	1050 (28,6)	
Vene	259 (85,1)	45 (14,8)		245 (69,6)	107 (30,4)		553 (68,6)	253 (31,4)	
Muu	4 (100,0)	0 (0,0)		13 (86,7)	2 (13,3)		8 (66,7)	4 (33,3)	
Vastamata	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		26 (70,3)	11 (29,7)	
Elukoht			0,840			0,670			0,085
Suurlinn	543 (85,5)	92 (14,5)		720 (77,1)	214 (22,9)		2189 (73,9)	775 (26,1)	
Väikelinn/asula	255 (85,9)	42 (14,1)		304 (75,4)	99 (24,6)		367 (65,7)	192 (34,3)	
Maapiirkond	108 (83,7)	21 (16,3)		252 (75,0)	84 (25,0)		530 (63,8)	301 (36,2)	
Alaliselt välismaal							107 (72,8)	40 (27,2)	
Vastamata	6 (85,7)	1 (14,3)		6 (60,0)	4 (40,0)		14 (58,3)	10 (41,7)	

(tabel 1 jätkub teisel lehel)

Tabel 1. (jätk) Sotsiaalmajanduslikud tunnused rasedust katkestanud ja mittekatkestanud vastajatel (n, %) Eesti naiste tervise uuringu 2004. (18–24-aastased), 2014. (18–44-aastased) ja 2024. uuringuaasta andmetel (18–59-aastased vastajad), n = 7276

2004 (n = 1068)			2014 (n = 1683)			2024 (n = 4525)			
Raseduse katkestamine									
Tunnus	Ei	Jah	<i>p</i>	Ei	Jah	<i>p</i>	Ei	Jah	<i>p</i>
Raskused arvete maksmisel			0,103	0,008			<0,001		
Ei	718 (85,6)	121 (14,4)		1145 (76,9)	344 (23,1)		2972 (71,5)	1183 (28,5)	
Jah	134 (80,2)	33 (19,8)		116 (67,4)	56 (32,6)		204 (61,6)	127 (38,4)	
Vastamata	60 (96,8)	2 (3,2)		21 (95,5)	1 (4,5)		31 (79,5)	8 (20,5)	

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$

5.2 Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused

Järgnevalt kirjeldatakse tabelis 2 ja joonisel 4 raseduse katkestamise enesehinnangulisi põhjuseid võrdlevalt vaadeldud ajaperioodidel. Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised erinevused raseduse katkestamise põhjuste esinemissageduses ajaperioodide lõikes ($p < 0,05$). Kahel esimesel võrreldaval perioodil, st 1995–2004 ja 2005–2014, märgiti kõige sagedamini (kolmandiku vastajate hinnangul) raseduse katkestamise põhjuseks, et paarisuhe oli ebakindel või selles olid probleemid, järgnesid majanduslikud põhjused ja vähene tajutud valmisolek vastutada lapse kasvatamise eest (neljandik vastanutest). Kõige vähem nendel ajaperioodidel märgiti, et ei olnud aega lapse jaoks (vastavalt 16,5% ja 3,6%), olukord tööl ei võimaldanud, (vastavalt 17,1% ja 3,6%), ei tahetud ohustada paarisuhet veel ühe lapse ilmaletulekuga (vastavalt 18,7% ja 3,6%) ja lapsehoidmise abi puudus (vastavalt 18,7% ja 3,6%).

Viimasel vaadeldud ajaperioodil (2015–2024) oli sarnaselt kahe eelmise perioodiga sagedasemad märgitud põhjused paarisuhtega seotud ebakindlus või probleemid (kolmandik vastajatest), järgnesid valmisoleku puudumine vastutada lapse kasvatamise eest (29,4%) ja lisaks veel soov mitte saada last selle partneriga (20,1%). Sellel ajaperioodil märgiti kõige harvem põhjuseks seda, et ei olnud abi lapsehoidmisel (2,6%).

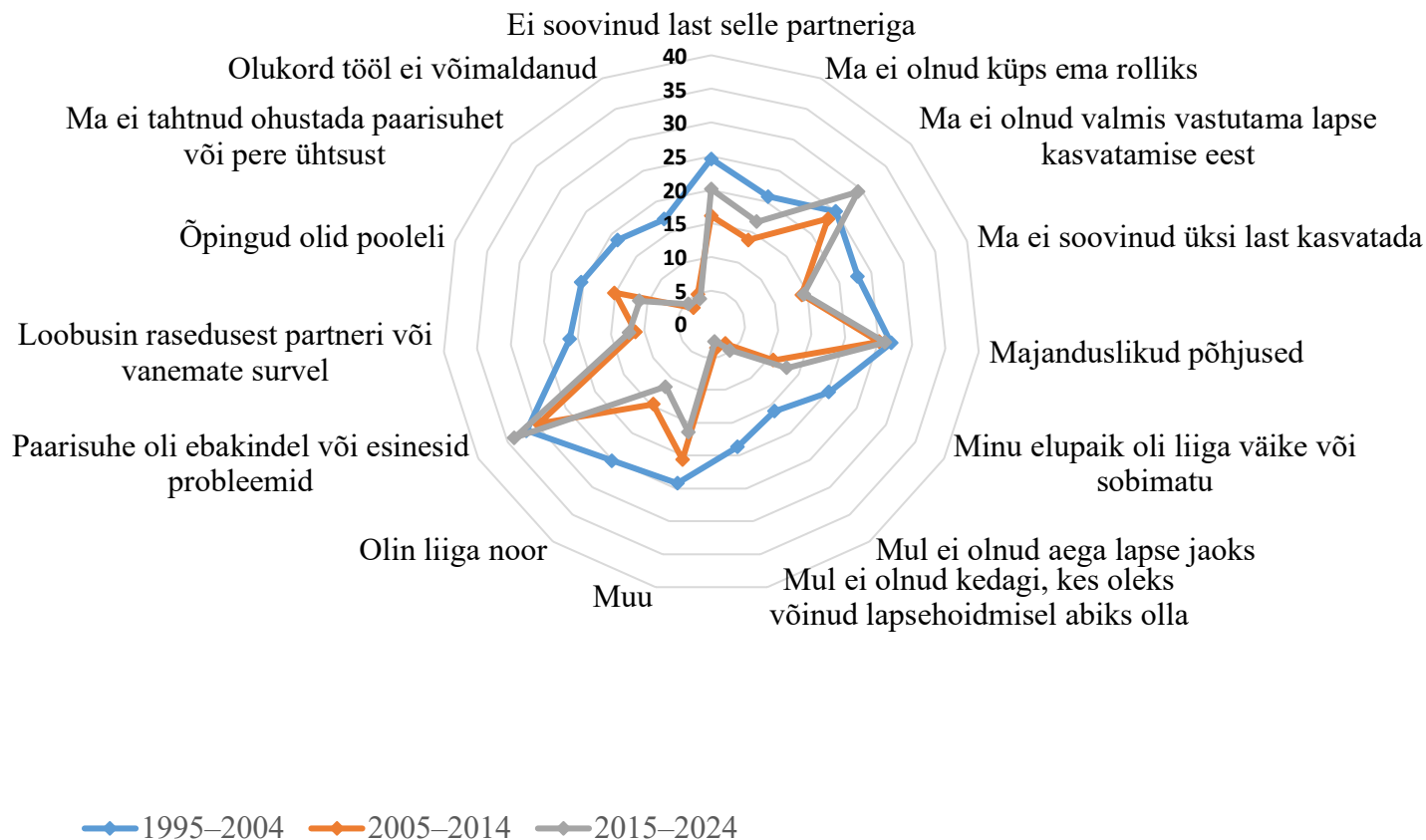
Kolm enesehinnangulist raseduse katkestamise põhjust, mis vaadeldud ajaperioodil ei muutunud, olid tajutud ebakindel või probleemne paarisuhe, isikliku valmisoleku puudumine vastutada lapse kasvatamise eest ja majanduslikud põhjused. Ajaperioodide võrdluses vähenesid sageduselt sellised põhjused nagu vanemate või partneri surve (21%-lt 12%-ni), soov mitte ohustada paarisuhet veel ühe lapse ilmaletulekuga (19%-lt 5%-ni), soovimatus üksi last kasvatada (23%-lt 15%-ni), enda noorus (25%-lt 12%-ni), aja puudumine lapse kasvatamiseks (16% -lt 5%-ni), pooleliolevad õpingud (20%-lt 11%-ni), sobiva elupaiga puudumine (20%-lt 13%-ni), lapsehoiu abi puudumine (19%-lt 3%-ni) ja olukord tööl (17%-lt 4%-ni).

Tabel 2. Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused* (n, %) ajaperioodide võrdluses Eesti naiste tervise uuringu 2004. (18–24-aastased), 2014. (18–44-aastased) ja 2024. uuringuaasta andmetel (18–59-aastased vastajad), n = 1805

Põhjus	1995–2004	2005–2014	2015–2024	p
Ei soovinud last selle partneriga	236 (24,6%)	93 (16,1%)	54 (20,1%)	<0,001
Ma ei soovinud üksi last kasvatada	220 (22,9%)	82 (14,2%)	39 (14,5%)	<0,001
Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid	304 (31,7%)	171 (29,6%)	91 (33,8%)	0,442
Loobusin rasedusest partneri või vanemate surve	203 (21,2%)	65 (11,3%)	33 (12,3%)	<0,001
Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse ilmaletulekuga	179 (18,7%)	21 (3,6%)	12 (4,5%)	<0,001
Ma ei olnud küps ema rolliks	199 (20,8%)	79 (13,7%)	45 (16,7%)	0,002
Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise eest	240 (25,0%)	135 (23,4%)	79 (29,4%)	0,177
Mul ei olnud aega lapse jaoks	153 (16,0%)	21 (3,6%)	13 (4,8%)	<0,001
Olin liiga noor	241 (25,1%)	85 (14,7%)	31 (11,5%)	<0,001
Õpingud olid pooleli	195 (20,3%)	87 (15,1%)	30 (11,2%)	<0,001
Majanduslikud põhjused	258 (26,9%)	145 (25,1%)	70 (26,0%)	0,745
Minu elupaik oli liiga väike/sobimatu ja ma ei olnud võimeline muretsema suuremat/sobivamat	194 (20,2%)	62 (10,7%)	35 (13,0%)	<0,001
Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks olla	179 (18,7%)	21 (3,6%)	7 (2,6%)	<0,001
Muu	232 (24,2%)	119 (20,6%)	44 (16,4%)	0,015
Olukord tööl ei võimaldanud	164 (17,1%)	28 (4,9%)	11 (4,1%)	<0,001

*Vastajatel oli võimalik valida mitu vastusevarianti.

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$



Joonis 4. Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused (%) ajaperioodide võrdluses kolmes Eesti naiste tervise uuringus (n=1805).

Raseduse katkestamise enesehinnangulistest põhjustest üldisema ülevaate saamiseks grupeeriti põhjused nelja rühma: 1) partnersuhtega, 2) isikliku küpsuse ja valmisolekuga seotud, 3) majanduslikud ja elukorralduslikud ning 4) muud põhjused. Kõige sagedamini kõigil ajaperioodidel ühtviisi märgiti partnersuhtega seotud põhjuseid. Isikliku küpsuse ja valmisolekuga seotud põhjused olid teisel kohal ja selle grupi põhjuste osakaal esimese ja kolmanda ajaperioodi võrdluses vähenes. Majanduslikud ja elukorralduslikud põhjused olid sageduselt kolmandal kohal ja ajaperioodide võrdluses vähenemistendentsiga. Lisaks veel muud põhjused moodustasid kõikidel ajaperioodidel olulise osa aborti enesehinnangulistest põhjustest. Grupeeritud põhjused koos muutustega ajaperioodide vältel on toodud tabelis 3. Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised erinevused raseduse katkestamise põhjuste gruppide esinemissageduses ajaperioodide lõikes ($p < 0,05$).

Tabel 3. Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused* (n, %) ajaperioodide võrdluses Eesti naiste tervise uuringu 2004. (18–24-aastased), 2014. (18–44-aastased) ja 2024. uuringuaasta andmetel (18–59-aastased vastajad), n = 1805

Põhjus	1995–2004	2005–2014	2015–2024	p
Partnersuhtega seonduvad põhjused	530 (55,3%)	313 (54,2%)	151 (56,1%)	0,865
Isikliku küpsuse ja valmisolekuga seotud põhjused	439 (45,8%)	193 (33,4%)	100 (37,2%)	<0,001
Majanduslikud ja elukorralduslikud põhjused	369 (38,5%)	174 (30,2%)	84 (31,2%)	0,002
Muud põhjused	287 (29,9%)	146 (25,3%)	55 (20,4%)	0,004

*Vastajatel oli võimalik valida mitu vastusevarianti

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$

5.3 Vägivalla kogemine ja mittesoovitud esimene seksuaalvahekord

Vaimse, kehalise ja seksuaalse vägivalla kogemuse ja mittesoovitud esimese seksuaalvahekorra jaotust raseduse katkestamise kogemuse lõikes 18–59-aastaste vastajate seas illustreerib tabel 4. Paksus kirjas on tähistatud statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$). Vaimset vägivallada oli mõlemas grupis kogenud umbes kolmandik vastajatest, kehalist vägivallada pisut alla poolte ning seksuaalset vägivallada ka umbes kolmandik vastajatest. Kõigi kolme vägivallaliigi kogemus oli sagedasem nende seas, kellel oli raseduse katkestamise kogemus. Soovimatut esimest seksuaalvahekorda oli kogenud üle 15% vastajatest ning selle osakaal oli pea kaks korda kõrgem abordikogemusega vastajate hulgas.

Tabel 4. Vaimse, kehalise ja seksuaalse vägivalda ning esimene seksuaalvahekorra soovimise või mittesovimise jaotus rasedust katkestanud ja mittekatkestanud 18–59-aastaste naiste seas Eesti naiste tervise uuringus 2024. aastal, (n = 4525)

Tunnus	Raseduse katkestamine		Kokku (n = 4525)	p
	Jah (n = 1318)	Ei (n = 3207)		
Vaimne vägivald				<0,001
Ei	845 (64,1)	2020 (63,0)	2865 (63,3)	
Jah	423 (32,1)	953 (29,7)	1376 (30,4)	
Vastamata	50 (3,8)	234 (7,3)	284 (6,3)	
Kehaline vägivald				<0,001
Ei	629 (47,7)	1717 (53,5)	2346 (51,8)	
Jah	642 (48,7)	1259 (39,3)	1901 (42,0)	
Vastamata	47 (3,6)	231 (7,2)	278 (6,2)	
Seksuaalne vägivald				<0,001
Ei	807 (61,2)	1947 (60,7)	2754 (60,9)	
Jah	463 (35,1)	1027 (32,0)	1490 (32,9)	
Vastamata	48 (3,7)	233 (7,3)	281 (6,2)	
Esimene seksuaalvahekord				<0,001
Soovitud	1005 (76,3)	2472 (77,1)	3477 (76,8)	
Mittesovitud	281 (21,3)	404 (12,6)	685 (15,2)	
Vastamata	32 (2,4)	331 (10,3)	363 (8,0)	

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$

Logistilise regressioonanalüüsi tulemused näitasid, et vaimse, kehalise ja seksuaalse vägivalda kogemus mistahes eluperioodil oli seotud suurema raseduse katkestamise šansiga võrreldes nendega, kes vägivalda ei olnud kogenud. Samuti oli mittesovitud esimene seksuaalvahekord seotud suurema raseduse katkestamise šansiga. Kõik seosed püsisid ka pärast kohandamist vanusele, emakeelele, elukohale, haridustasemele ja arvete maksmisega seotud raskustele. Tulemused on esitatud tabelis 5. Paksus kirjas on esitatud statistiliselt olulised tulemused kohandatud mudelis.

Tabel 5. Raseduse katkestamise šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (*95% CI*) erinevate vägivallaliikide ja esimese seksuaalvahekorra soovimise või mittesovimise lõikes 18–59-aastastel vastajatel Eesti naiste tervise uuringus 2024. aastal, n = 2468

Tunnus	Kohandamata <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	Kohandatud* <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
Vaimne vägivald		
Ei	1	1
Jah	1,43 (1,22–1,67)	1,49 (1,26–1,77)
Kehaline vägivald		
Ei	1	1
Jah	1,45 (1,24–1,69)	1,42 (1,21–1,68)
Seksuaalne vägivald		
Ei	1	1
Jah	1,34 (1,14–1,58)	1,41 (1,18–1,68)
Esimene seksuaalvahekord		
Soovitud	1	1
Mittesovitud	1,83 (1,48–2,26)	1,51 (1,21–1,88)

* Kohandatud vanusele, haridusele, emakeelele, elukohale ja raskustele arvete maksmisel.

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$

6. Arutelu

Magistritöö tulemustest ilmnes, et naiste enesehinnangulised raseduse katkestamise põhjused ajaperioodidel 1995–2004, 2005–2014 ja 2015–2024 olid isiklikud ja mitmekesised. Ajas ei muutunud ebakindla või probleemse paarisuhtega, lapsesaamiseks valmisolekuga seotud ja majanduslikud põhjused, samas vähenesid peamiselt noore eaga seotud põhjused. Füüsilise, vaimse ja seksuaalvägivalla kogemine ja soovimatu esmasseksuaalvahekord olid seotud suurema tõenäosusega raseduse katkestamiseks.

Raseduse katkestamise põhjuste mitmekesisus viitab sellele, et ei ole olemas ühte universaalset põhjust, miks naised rasedusi katkestavad ja seda kinnitavad ka mitmed varasemad uuringud (9, 34). Lisaks pakutud vastusevariantidele valis suur osa vastajatest ka „muud“ põhjused, mis näitab, et lisaks uuringus küsitud 15 põhjusele on veel muid personaalseid põhjuseid, mis raseduse katkestamise otsust mõjutada võivad. Mitmekesised ja isiklikud põhjused, sealhulgas tunnetatud küpsusega seotud, viitavad vajadusele austada naiste vajadusi ja valikuid, ka abordiga seotud tervishoiuteenuste osutamisel.

Uuringuperioodide võrdluses olid kõige sagedasemad ja ajas samasugusena püsivad põhjused seotud tajutud ebakindla paarisuhtega, majanduslike kaalutlustega ja isikliku valmisoleku puudumisega vastutada lapse kasvatamise eest. Varasemates uuringutes on leitud samuti, et rasedust katkestati, kuna esinesid probleemid paarisuhtes (7). Samuti on eelnevates uuringutes leitud, et raseduse katkestamise põhjused on sageli seotud probleemidega paarisuhtes, sealhulgas olukordadega, kus puudub soov lapsi saada või ei peeta aega sobivaks, mis peegeldab ka valmisoleku puudumist lapse kasvatamise eest vastutuse võtmiseks (53). Paarisuhete ebakindluse märkimine raseduse katkestamise põhjusena viitab, et paarisuhte kvaliteet ja stabiilsus mängivad olulist rolli raseduse jätkamise või katkestamise otsuses. Sellest tulenevalt on oluline toetada ühiskondlikke ja hariduslikke meetmeid, mis edendavad soolist võrdõiguslikkust ning turvaliste ja toetavate paarisuhete kujunemist, et planeerimata raseduse korral tunneksid naised end kindlamalt rasedust jätkama. Majanduslikke kaalutlusi on raseduse katkestamise põhjusena välja toodud nii Eestis kui välismaal läbiviidud uuringutes (44, 8). Majanduslik toimetulek on paljude naiste jaoks olnud oluline, kuigi mitte peamine põhjus läbi aegade, mistõttu on võimalik mõelda, kuidas vähendada majanduslikku ebavõrdsust, töö- ja pereelu ühitamise võimalusi ning ligipääsu eluasemele ja lastehoiuteenustele.

Põhjused, mis on ajas vähenenud, on seotud peamiselt tajutud noore vanusega. Noort vanust raseduse katkestamise enesehinnangulise põhjusena on välja toodud ka hiljutises Rootsis läbiviidud uuringus (9). Noore vanusega seotud põhjuste tihedal märkimisel esimesel

uuringuperioodil mängib rolli ka asjaolu, et magistritöös kasutati esimesest uuringuaastast vaid nooremat vanuserühma ja viimasel uuringuaastal laiendati vastajate vanust kuni 59. eluaastani ning see võib uuringuperioodide otsest võrdlemist piirata, sealhulgas just vanusest tingitud raseduse katkestamise põhjuste osas. Teiseks, magistritöö autori koostatud RI andmepäringu järgi on rasedust katkestavate naiste vanus ajas tõusnud (17), millega võib põhjendada, et vanusega seotud põhjused ongi ajas langenud. Teismeliste ja noorte osakaalu vähenemist rasedust katkestavate naiste hulgas võib seostada RVM hea kättesaadavusega, näiteks Eestis kehtib paljudele retseptiravimitele, sealhulgas rasestumisvastastele vahenditele, Tervisekassa 50% soodustus (54). Samuti on võimalik minna naistearsti juurde ilma saatekirjata ja noortele on kättesaadavad tasuta seksuaaltervise teenused noorte nõustamiskeskuste näol (55, 66). Sealjuures on Eesti uuringud näidanud, et seksuaalharidus ja rasestumisvastaste vahendite parem kättesaadavus on seotud teismeliste raseduste vähenemisega: seksuaalhariduse saanud noored kasutasid oluliselt sagedamini tõhusaid rasestumisvastaseid meetodeid ning nende tegurite koosmõjul on olnud oluline roll teismeliste raseduste ennetamisel Eestis (56). Need tervishoiumeetmed on olnud olulised teismeliste ja noorte soovimatute raseduste vähendamisel ning nende järjepidev tagamine ja arendamine on vajalik.

Magistritöö tulemused näitasid, et vägivalla kogemine on seotud raseduse katkestamisega. MTO andmetel põhjustab vägivald mitmeid tõsiseid tervisekahjusid, sealhulgas füüsilisi vigastusi, vaimse tervise häireid ning seksuaal- ja reproduktiivtervise probleeme, suurendades muuhulgas soovimatu raseduse, raseduse katkestamise ja rasedustüsistuste riski (57). On teada ka, et seksuaalvägivalla kogemus on seotud riskantse tervisekäitumisega, sealhulgas suitsetamise, alkoholi ja narkootikumide tarvitamisega. Ka uuringutes on leitud, et SV suurendab sugulisel teel levivate nakkuste riski nii otseselt kui ka kaudselt, olles seotud riskantse seksuaalkäitumisega, sealhulgas rasestumisvastaste vahendite mittekasutamisega (58). Vägivalla kogemine, eriti paarisuhtevägivald, on seotud suurema raseduse katkestamise šansiga ning mõjutab seega naiste reproduktiivtervisega seotud valikuid (11, 39). Sarnaseid seoseid toetab ka Eestis varem läbiviidud uuring (12). Seetõttu vajavad paarisuhtevägivallas elavad naised hoolikat nõustamist soovimatu raseduse ennetuseks ja eelistatud on partnerist sõltumatud meetodid (67).

Eesti paistab rahvusvahelises võrdluses silma suure suhtevägivalla levimusega. Eestis oli pannud naiste suhtes kehalise vägivalla toime kõige sagedamini pereliige (58%) – see on palju rohkem kui EL-is keskmiselt (30%). Eestis langevad naised vägivalla ohvriks kõige sagedamini kodus (64%) – EL-is keskmiselt 35%. Samal ajal on Eestis viimatisest füüsilise

vägivalla intsidendist politseisse teatamise tase (13%) Euroopa madalaim (EL-is keskmiselt 30%). (59)

Rahvusvaheline uuring rasedatel, milles osales ka Eesti, leidis, et vägivalla kogemus on seotud suurema planeerimata raseduse riskiga (*OR* 1,41 95% *CI* 1,13–1,76), kusjuures hiljuti kogetud vägivald suurendas riski enam kui kahekordselt (*OR* 2,03 95% *CI* 1,45–2,84) (60).

Soovimatu esmasseksuaalvahekorra kohta on varasemas kirjanduses leitud, et sunnitud esimese seksuaalvahekorraga naistel esines sagedamini soovimatut rasedust (30,1% vs 18,9%) ja raseduse katkestamist (24,1% vs 17,3%) ning 6,5% naistest koges esimest seksuaalvahekorda sunniviisiliselt (50). Samuti on teada, et Eesti seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste patsientidest 15,2% ei ole enne kogetud seksuaalvägivalda varasemalt olnud seksuaalvahekorras, mis tähendab, et nende esimene seksuaalvahekord oligi SV (65).

Teades kogetud vägivalla märkimisväärselt negatiivset mõju naiste tervisele, on oluline vägivalla toimumist ennetada ja selle toimumise järgseid kahjusid vähendada. Seksuaalhariduse lisamine kooliprogrammi tugevdab positiivsete hoiakute kujunemist juba varasemas eas ja seda toetab ka Eestis läbiviidud uuring, mis leidis, et enamik noori soovis seksuaalhariduse teemade käsitlemist koolis (61). See omakorda tähendab, et noortel on huvi seksuaalhariduse vastu ja see on vajalik ja mõjus vahend vägivalda ja kahjulikke soostereotüüpe vaidlustavate hoiakute kujundamisel juba noores vanuses.

Eestis on loodud noorte nõustamiskeskuste võrgustik, mis pakub noortele tasuta seksuaaltervise teenust (69). On teada, et neid külastanud noored kasutasid enam tõhusaid rasestumisvastaseid vahendeid kui teisi teenusepakkujaid külastanud noored (69). Noorte nõustamiskeskuste kaudu võimalik seega nii parandada noorte kontratseptsioonikasutust kui ka märgata paarisuhtevägivalla all kannatavaid noori. Vägivallast tingitud kahjude vähendamisel on oluline roll toetavatel teenustel. Näiteks on Eestis olemas alates 2016. aastast seksuaalvägivalla kriisiabikeskused, kus muu abi hulgas pakutakse seksuaalvägivalla üleelanutele tasuta postkoitaalset kontratseptsiooni soovimatu raseduse ärahoidmiseks, kogutakse vajalik tõendusmaterjal võimaliku kuriteo uurimise tarbeks ning toetatakse üleelanut psühholoogilise abiga (62).

Vägivald võib olla ka majanduslik. Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudi definitsiooni kohaselt on majanduslik vägivald rahakasutuse kontrollimine ning ohvri ähvardamine majanduslikest vahenditest ilmajätmisega, samuti võimaldavad kontrollmehhanismid hõlmata ka ohvri ligipääsu takistamist tervishoiuteenustele (63). Majanduslik vägivald on üks lähisuhtevägivalla vorme, mille kaudu kontrollitakse ohvri ligipääsu ressurssidele ning mis võib süvendada teiste vägivallavormide mõju, eriti vaimse

tervise ja majandusliku toimetuleku osas (64). Uuringu tulemused näitasid, et raseduse katkestamise kogemus oli sagedasem majanduslikes raskustes vastajate seas ning et vägivallakogemusega naistel oli suurem tõenäosus raseduse katkestamiseks (64). Teades, et vägivalda kogevad naised on tihti ka majanduslikus kitsikuses, on Eestis kehtiv raseduse katkestamisega seotud tervishoiuteenuse omaosalus ebaõiglane just vägivallakogemusega naiste suhtes ja see võib piirata tegelikku ligipääsu teenusele. Naiste tervise huvides peab raseduse katkestamine olema turvaline ja saadaval tervishoiuteenusena, ilma täiendavate (rahaliste) piiranguteta (32).

Käesoleva töö tugevusteks on suur rahvastikupõhine valim ning asjaolu, et varem pole Eestis uuritud abordi enesehinnangulisi põhjusi ja seoseid kogetud vägivallaga. Töö tugevuseks on ka kolme uuringulaine võrdlev analüüs, mis võimaldas uurida raseduse katkestamise enesehinnanguliste põhjuste võimalikke muutusi 30 aasta jooksul.

Uuringu piiranguks on asjaolu, et uuringuperioodide otsest võrreldavust piirab 2004. uuringuaasta andmetest vaid noorema vanuserühma ja 2024. uuringuaasta andmetes kuni 59-aastaste vastajate hõlmamine. Seda asjaolu arvestati ka tulemuste tõlgendamisel. Uuring põhineb enesehinnangulistel andmetel, mistõttu võib esineda alaraporteerimist. Tagasiulatuvate andmete raporteerimisel võib kaasneda meenutusnihe. Ka varasemast kirjandusest on leitud, et meenutusnihke võimalus esineb, kui vastajatelt kogutakse retrospektiivselt eneseraporteeritud informatsiooni (70).

Läbilõikeline uuringukavand ei võimalda teha järeldusi põhjuslike seoste kohta. Samuti ei võimalda kasutatud andmestik täpsemini hinnata vägivalla toimumise aega ja kestust. Analüüsis ei olnud võimalik eristada ühekordselt ja korduvalt rasedust katkestanud vastajaid, mistõttu võisid nende kahe rühma vahelised tervisekäitumuslikud erinevused arvesse võtmata jääda. Varasemates uuringutes on leitud, et vägivallakogemus võib olla tugevamalt seotud mitme raseduse katkestamisega (12). Esimese seksuaalvahekorra mittesoovimise kategooriasse koondati mitu erinevat vastusevarianti, mis peegeldasid mittesoovimist alates kogetud survest kuni vägivallani, see võis vähendada erinevate kogemuste erinevuste esiletoomist. Regressioonianalüüsis kasutati ainult täielike andmetega vastajaid, mistõttu vähenes analüüsi kaasatud valim 4525-lt 2468 inimeseni, mis võis mõjutada tulemuste üldistatavust. Pole teada, miks 1849 vastajat otsustas mitte vastata raseduse katkestamist puudutavale küsimusele ning 590 inimest jättis vastamata ka vägivallakogemusi puudutavatele küsimustele. Võib vaid oletada, et ka rahvastikupõhises uuringus on abordi ja vägivalla teema vastajate jaoks tundlik. Varasemates uuringutes on samuti leitud, et abort on tundlik ja stigmatiseeritud teema, mille puhul esineb uuringutes ulatuslikku alaraporteerimist (68).

Uuringu piiranguna võib veel välja tuua uuringulainete vastamismäära 44–53%, mistõttu ei saa välistada valikunihke võimalust.

7. Järeldused ja ettepanekud

1. Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused on mitmekesised ja ajas osaliselt muutunud, kuid peamiselt seotud isikliku küpsuse ja valmisolekuga, paarisuhte ning majanduslike teguritega. Sellest tulenevalt ei ole võimalik välja tuua üht domineerivat raseduse katkestamise põhjust, vaid tegemist on individuaalse valikuga. Seetõttu on jätkuvalt oluline tagada naistele vaba juurdepääs raseduse katkestamise tervishoiuteenusele ja pakkuda patsiendi autonoomias ja vajadustest lähtuvat nõustamist.
2. Nii füüsilise, vaimse kui seksuaalse vägivalla kogemine suurendab soovimatu raseduse ja raseduse katkestamise riski. Seetõttu tuleb pöörata senisest suuremat tähelepanu tervishoiutöötajate teadlikkusele vägivalla mõjust reproduktiivtervisele ning vägivallakogemusega naiste varajasele märkamisele tervishoiuteenuste pakkumisel. Tervishoiutöötajatel, kes märkavad paarisuhtevägivalda, tuleb teadvustada rasestumisest hoidumise nõustamise eripärasid, sealhulgas tutvustada ka partnerist sõltumatuid rasestumisvastaseid meetodeid. Jätkata tuleb spetsialiseeritud tervishoiuteenuste pakkumist vägivalla ohvritele.
3. Soovimatu esimene seksuaalvahekord (mida koges uuringus 15% vastajatest) suurendab raseduse katkestamise riski. Seetõttu tuleb tugevdada kõiki meetmeid, sealhulgas kooli seksuaalharidust ja noortele mõeldud seksuaaltervise teenuseid, mis kaitsevad noori soovimatu seksuaalvahekorra eest ja suurendavad nende võimekust vältendada oma seksuaalset nõusolekut.

8. Kasutatud kirjandus

1. Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus, 25.11.1998. RT I 1998, 107, 1765.
2. Tervise Arengu Instituut. Eesti meditsiiniline sünniregister 1992–2016; Eesti abordiregister 1996–2016. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2017.
3. Tervise Arengu Instituut. Raseduse infosüsteem. [15.04.2025]
(<https://www.tai.ee/et/terviseandmed/registrid/raseduse-infosusteem>)
4. Statistikaamet. Indutseeritud abordid naise vanuse ja varasemate elussündide arvu järgi (RV18). [15.04.2025]
(https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikusundmused__abordid/RV18)
5. Paju K, Vaas P. Raseduse katkestamine Eestis. *Perearst* 2025;74–78.
6. Tervise Arengu Instituut. Raseduse katkestamised (RK31). [01.04.2025]
(https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__03Abordid/RK31.px/)
7. Chibber KS, Biggs MA, Roberts SCM, et al. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues* 2014;24:e131–8.
8. Biggs MA, Gould H, Foster DG. Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Womens Health* 2013;13:29.
9. Makenzius M, Obern C, Tydén T, et al. Women's decision-making related to induced abortion – a cross sectional study during a period of Covid-19 pandemic in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2023;28:44–50.
10. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011;43:103–9.
11. East L, Terry D, Viljoen B, et al. Intimate partner violence and sexual and reproductive health outcomes of women: An Australian population cohort study. *Sex Reprod Healthc* 2025;44:101100.
12. Laanpere M, Ringmets I, Part K, et al. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health* 2013;23:688–93.
13. Raseduse infosüsteemi põhimäärus, 21.08.2025. RT I 2025, 7.
14. 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.

15. Statistikaamet. Raseduse katkemised ja katkestamised (abordid). [25.04.2025]
(https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikusundmused__abordid)
16. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [21.04.2025]
(<https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/>)
17. Tervise Arengu Instituut. Raseduse infosüsteem. Infopäring 25.03.2026
18. Tõniste G, Part K, Ringmets I. Raseduse katkestamise suundumused ja naiste kogemused seoses raseduse katkestamise tervishoiuteenusega Eestis. Eesti Arst 2025;104:515–25.
19. Statistikaamet. Indutseeritud abordid naise rahvuse järgi (RV1731). [15.04.2025]
(https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikusundmused__abordid/RV1731)
20. Statistikaamet. Sünnimusenäitajad (RV033). [21.04.2025]
(https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV033)
21. Haldre K, Rahu M, Allvee K, et al. Trends in teenage delivery and abortion rates in Estonia over more than two decades: a nationwide register-based study. Eur J Public Health 2021;31:790–6.
22. Tervise Arengu Instituut. Raseduse katkemise/katkestamise meetod katkestamise liigi ja tervishoiuteenuse osutaja maakonna järgi (RK30). [15.04.2025]
(https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__03Abordid/RK30.px/)
23. Tervisekassa. Tervishoiuteenuste omaosalus. [15.04.2025]
(<https://www.tervisekassa.ee/tervishoiuteenuste-omaosalus>)
24. Part K, Laanpere M, Ringmets I, et al. Eesti naiste tervis 2024: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2025.
25. Eesti Naistearstide Selts. Raseduse katkestamine: ravijuhend. 2024.
26. 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:e1152–61.
27. Coen-Sanchez K, Ebenso B, El-Mowafi IM, et al. Repercussions of overturning Roe v. Wade for women across systems and beyond borders. Reprod Health 2022;19:184.
28. Guttmacher Institute. US abortion policies and access after Roe. [30.04.2025]
(<https://states.guttmacher.org/policies/>)
29. Fiala C. Access to abortion: a constitutional right. Lancet Public Health 2024;9:e207.
30. Center for Reproductive Rights. What is the global gag rule? [30.04.2025]
(<https://reproductiverights.org/resources/what-is-the-global-gag-rule/>)

31. Council of Europe. Access to safe and legal abortion in Europe. [30.04.2025]
(<https://pace.coe.int/en/files/17638/html>)
32. European Citizens' Initiative. My Voice, My Choice: for safe and accessible abortion.
[30.04.2025]
(https://citizens-initiative.europa.eu/my-voice-my-choice-safe-and-accessible-abortion_en)
33. Klein K. Legaalne kordusabort ja seda mõjutavad tegurid Eestis 2012–2016: registripõhine uuring [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.
34. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, et al. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:36–43.
35. Jones RK, Jerman J. Population group abortion rates and lifetime incidence of abortion: United States, 2008–2014. *Am J Public Health* 2017;107:1904–9.
36. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health* 2008;18:144–9.
37. Väisänen H. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults in Finland. *Popul Stud (NY)* 2015;69:373–88.
38. Ou Y, Chokkakula S, Chong S, et al. Trends and factors associated with previous induced abortions among young women in Foshan, China: insights from a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open* 2026;16:e097686.
39. Paredes DB, Sachs-Guedj N, Crofts VL, et al. Repeat induced abortion: what are the risk factors? A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2026;318:114895.
40. Tervise Arengu Instituut. Indutseeritud abordid naise perekonnaseisu ja elukoha järgi (RK61). [23.04.2025]
(https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__03Abordid/RK61.px/)
41. Jokela S, Lilja E, Kinnunen TI, et al. Births and induced abortions among women of Russian, Somali and Kurdish origin, and the general population in Finland: comparison of self-reported and register data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:296.
42. Rodriguez-Alvarez E, Borrell LN, González-Rábago Y, et al. Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *Int J Public Health* 2016;61:829–36.
43. Wollum A, De Zordo S, Zanini G, et al. Barriers and delays in access to abortion care: a cross-sectional study of people traveling to obtain care in England and the Netherlands from European countries where abortion is legal on broad grounds. *Reprod Health* 2024;21:7.

44. Laanpere M, Ringmets I, Part K, et al. Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion. *BMC Womens Health* 2014;14:81.
45. Niemeyer Hultstrand J, Törnroos E, Tydén T, et al. Contraceptive use among women seeking an early induced abortion in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2023;102:1496–504.
46. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, et al. Violence: a glossary. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:676–80.
47. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
(<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7f4af28a-c1a9-411b-bf85-2c75c74e1069/content>)
48. Lippus H, Laanpere M, Tuisk T, et al. Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst* 2013;92:253–60.
49. Obern C, Ekstrand Ragnar M, Tydén T, et al. Multiple induced abortions: implications for counselling and contraceptive services from a multi-centre cross-sectional study in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2023;28:119–24.
50. Hawks L, Woolhandler S, Himmelstein DU, et al. Association between forced sexual initiation and health outcomes among US women. *JAMA Intern Med* 2019;179:1551–8.
51. Part K, Laanpere M, Rahu K, et al. Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2007.
52. Lippus H, Laanpere M, Part K, et al. Eesti naiste tervis 2014: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Tartu; 2015.
53. Beumer WY, Reilingh AYAM, Dalmijn E, et al. Motivations for abortion or continuation of an unwanted pregnancy: a scoping review of the global literature. *Perspect Sex Reprod Health* 2025;57:45–62.
54. Tervisekassa. Ravimite kompenseerimine. [30.04.2025]
(<https://tervisekassa.ee/ravimite-kompenseerimine>)
55. Tervisekassa. Noorte seksuaaltervisealane nõustamine. [30.04.2025]
(<https://tervisekassa.ee/inimesele/haiguste-ennetus/noorte-seksuaaltervisealane-noustamine>)
56. Part K. Sexual health of young people in Estonia: knowledge, attitudes and behaviour [dissertation]. Tartu: University of Tartu; 2015.
57. World Health Organization. Violence against women. [15.04.2025]
(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>)
58. Lippus H, Laanpere M, Part K, et al. What do we know about the impact of sexual violence on health and health behaviour of women in Estonia? *BMC Public Health* 2020;20:1897.

59. European Union Agency for Fundamental Rights. Crime, safety and victims' rights: fundamental rights survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-crime-safety-victims-rights_en.pdf)
60. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse: a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:120.
61. Part K, Larm A, Lõhmus L, et al. Seksuaalharidus koolis ja selle seosed õpilaste teadmiste ja hoiakutega: noorte seksuaaltervise uuringu tulemused. *Eesti Arst* 2024;103:234–46.
62. Tartu Ülikooli seksuaaltervise uuringute keskus. Seksuaalvägivald. [30.04.2025] (<https://sisu.ut.ee/suk/seksuaalvagivald/>)
63. European Institute for Gender Equality. [30.04.2025] (https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1229?language_content_entity=en)
64. Mellar BM, Fanslow JL, Gulliver PJ, et al. Economic abuse by an intimate partner and its associations with women's socioeconomic status and mental health. *J Interpers Violence* 2024;39:4415–37.
65. Viitamees I. Seksuaalvägivald kriisiabikeskused Eestis aastatel 2016–2023 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2023.
66. Tervisekassa. Eriarstiabi. [20.05.2026] (<https://tervisekassa.ee/eriarstiabi>)
67. Miller E, Jordan B, Levenson R, Silverman JG. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* 2010;81:457–9.
68. Mueller J, Kirstein M, VandeVusse A, et al. Improving abortion underreporting in the USA: a cognitive interview study. *Cult Health Sex* 2023;25(1):126–41.
69. 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* 2016;21(2):132–40.
70. Raphael K. Recall bias: a proposal for assessment and control. *Int J Epidemiol* 1987;16(2):167–70.

Self-reported reasons for induced abortion and their association with experiences of violence in the Estonian Women's Health Study in 2004, 2014, and 2024

Maria Haavik

Summary

The aim of this master's thesis was to examine and compare women's self-reported reasons for induced abortion across three time periods (1995–2004, 2005–2014, and 2015–2024) and to analyse the associations between experiences of violence, the voluntariness of first sexual intercourse, and abortion. The study was based on the data from the Estonian Women's Health Surveys conducted in 2004, 2014, and 2024. A total of 1,805 respondents were included in the analysis of self-reported reasons for abortion. To assess the associations between violence, voluntariness of first sexual intercourse, and abortion experience, respondents were divided into two groups based on whether they had experienced abortion. Logistic regression analysis was conducted on data from 2,468 women, and adjusted odds ratios (AOR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated.

According to data from the Estonian Pregnancy Register, the number of abortions and the abortion rate have steadily declined over time, which is also reflected in the survey data used in this study. The results showed that reasons for abortion are diverse. Across all time periods, the most frequently reported reasons were related to an unstable or problematic relationship (up to 33.8%), lack of readiness to raise a child (up to 29.4%), and economical factors (up to 27%). Over time, practical reasons decreased, including lack of childcare support (from 18.7% to 2.6%), lack of time (from 16% to 4.8%), and ongoing studies (from 20.3% to 11.2%), while economic reasons remained stable.

Experiences of violence were associated with higher odds of abortion across all types of violence: psychological (AOR 1.49; 95% CI 1.26–1.77), physical (AOR 1.42; 95% CI 1.21–1.68), and sexual (AOR 1.41; 95% CI 1.18–1.68). Additionally, a non-voluntary first sexual intercourse was associated with increased odds of abortion (AOR 1.51; 95% CI 1.21–1.88).

In conclusion, the results of this master's thesis demonstrated that the reasons for induced abortion are diverse and primarily related to personal readiness, relationship-related factors, and economic circumstances. As the decision to terminate a pregnancy is highly individual, it is important to ensure women's free access to abortion services and provide patient-centred counselling based on women's autonomy and individual needs. The findings also showed that experiences of violence and an unwanted first sexual intercourse were associated with higher odds of induced abortion, highlighting the need to improve the early

identification of violence in healthcare services, strengthen sexuality education, and support youth-friendly sexual health services.

Tänuavaldus

Soovin siiralt tänada oma juhendajaid Made Laanperet ja Kai Parti pühendumuse, juhendamise, abi ja koostöö eest kogu magistritöö kirjutamise vältel. Samuti soovin tänada biostatistik Inge Ringmetsa kasulike nõuannete jagamise eest andmeanalüüsil ja ideid ning tähelepanekuid magistritöö tabelite vormistamisel. Tänusõnad lähevad ka minu tööandjale paindliku tööaja võimaldamise eest ning perekonnale toetuse, julgustamise ja abi eest.

Curriculum vitae

Üldandmed

Ees- ja perekonnanimi:	Maria Haavik
Sünniaeg ja -koht:	02.10.1988, Kuressaare, Eesti Vabariik
Kodakondsus:	Eesti
E-post:	maria.haavik@ut.ee

Haridus

09.2024 –	Tartu Ülikool, Meditsiiniteaduste valdkond, Rahvatervishoid, <i>MSc</i>
08.2011–07.2013	Tallinna Tehnikaülikool, Matemaatika- loodusteaduskond, Geenitehnoloogia <i>MSc</i> (lõpetamata)
08.2008–06.2011	Tallinna Tehnikaülikool, Matemaatika-loodusteaduskond Geenitehnoloogia <i>BSc</i>
08.2000–06.2008	Rocca al Mare Kool, üldkeskharidus

Keelteoskus

Eesti keel	emakeel
Inglise keel	C2
Saksa keel	C1
Vene keel	B1

Töökogemus

02.2025–	AmberCell Solutions UAB, piirkonnajuht
11.2021–01.2025	Linus Medical OÜ, tootespetsialist
06.2021–09.2021	AS Semetron, laboritoodete müügijuht
08.2019–06.2021	InBio OÜ, arendusjuht
07.2012–08.2019	AS Surgitech, tootejuht

Kuupäev: 28.04.2026

Lisad

Lisa 1. 2004. uuringuaasta küsimuse nr 62. „*Milline oli viimase raseduse katkestamise põhjus (võite valida mitu vastust)?*” vastusevariandid

Vastuse nr	Vastusevariant
1	Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise eest
2	Ma ei soovinud üksi last kasvatada
3	Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse ilmaletulekuga
4	Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid
5	Ei soovinud last selle partneriga
6	Loobusin rasedusest partneri või vanemate surve
7	Majanduslikud põhjused Minu elamine (korter) oli liiga väike ja ma ei olnud võimeline muretsema
8	suuremat
9	Õpingud olid pooleli
10	Olukord tööl ei võimaldanud
11	Ma ei olnud küps ema rolliks
12	Olin liiga noor
13	Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks olla
14	Mul ei olnud aega lapse jaoks
15	Muu

Lisa 2. 2014. uuringuaasta küsimuse nr 64. „*Milline oli viimase raseduse katkestamise põhjus?*
Võite valida mitu vastust” vastusevariandid

Vastuse nr	Vastusevariant
1	Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise eest
2	Ma ei soovinud üksi last kasvatada
3	Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse ilmaletulekuga
4	Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid
5	Partner oli vägivaldne
6	Ei soovinud last selle partneriga
7	Loobusin rasedusest partneri surve
8	Loobusin rasedusest vanemate surve
9	Majanduslikud põhjused
10	Minu elupaik oli liiga väike/sobimatu ja ma ei olnud võimeline muretsema suuremat
11	Õpingud olid pooleli
12	Olukord tööl ei võimaldanud
13	Ma ei olnud küps ema rolliks
14	Olin liiga noor
15	Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks olla
16	Mul ei olnud aega lapse jaoks
17	Muu

Lisa 3. 2024. uuringuaasta küsimuse nr D11. „*Milline oli viimase omal soovil raseduse katkestamise põhjus? Võib märkida mitu vastust.*” vastusevariandid

Vastuse nr	Vastusevariant
	Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise
1	eest
2	Ma ei soovinud üksi last kasvatada
	Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse
3	ilmaletulekuga
4	Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid
5	Partner oli vägivaldne
6	Ei soovinud last selle partneriga
7	Loobusin rasedusest partneri surve
8	Loobusin rasedusest vanemate surve
9	Majanduslikud põhjused
	Minu elupaik oli liiga väike/sobimatu ja ma ei olnud võimeline muretsema
10	suuremat/sobivamat
11	Õpingud olid pooleli
12	Olukord tööl ei võimaldanud
13	Ma ei olnud küps ema rolliks
14	Olin liiga noor
	Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks
15	olla
16	Mul ei olnud aega lapse jaoks
	Minu või minu pere liikme
17	tervisprobleem
	Olin mures maailma turvalisuse pärast (sõjaoht, COVID-pandeemia,
19	kliimamuutused)
20	Muu

Lisa 4. 2004., 2014. ja 2024. uuringuaastate 15 väljaalitud raseduse katkestamise enesehinnangulist põhjust

Nr	Põhjus
1	Ei soovinud last selle partneriga
2	Ma ei olnud küps ema rolliks
3	Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise eest
4	Ma ei soovinud üksi last kasvatada
5	Majanduslikud põhjused
6	Minu elupaik oli liiga väike/sobimatu ja ma ei olnud võimeline muretsema suuremat/sobivamat
7	Mul ei olnud aega lapse jaoks
8	Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks olla
9	Muu
10	Olin liiga noor
11	Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid
12	Loobusin rasedusest partneri või vanemate surve
13	Õpingud olid pooleli
14	Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse ilmaletulekuga
15	Olukord tööl ei võimaldanud

Lisa 5. Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused grupeeritult 2004., 2014. ja 2024. uuringuaasta 15 peamisest põhjusest

Grupp/põhjus

Partnersuhtega seonduvad

põhjused

Ei soovinud last selle partneriga

Ma ei soovinud üksi last kasvatada

Paarisuhe oli ebakindel või esinesid probleemid

Loobusin rasedusest partneri või vanemate surve

Ma ei tahtnud ohustada paarisuhet või pere ühtsust veel ühe lapse ilmaletulekuga

Isikliku küpsuse ja valmisolekuga

seotud põhjused

Ma ei olnud küps ema rolliks

Ma ei olnud valmis vastutama lapse kasvatamise eest

Mul ei olnud aega lapse jaoks

Olin liiga noor

Õpingud olid pooleli

Majanduslikud ja

elukorralduslikud põhjused

Majanduslikud põhjused

Minu elupaik oli liiga väike/sobimatu ja ma ei olnud võimeline muretsema suuremat/sobivamat

Mul ei olnud kedagi, kes oleks võinud lapsehoidmisel abiks olla

Muud põhjused

Muu

Olukord tööl ei võimaldanud

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Maria Haavik

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Raseduse katkestamise enesehinnangulised põhjused ja seosed vägivalla kogemusega Eesti naiste tervise 2004., 2014. ja 2024. uuringus”, mille juhendajad on Made Laanpere ja Kai Part reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Maria Haavik

25.05.2026