

**Tartu Ülikool**  
**Peremeditsiini ja rahvatervishoiu**  
**instituut**

**VILJATUS JA VILJATUSE TÕTTU ARSTILE PÖÖRDUMINE**  
**NING SELLEGA SEOTUD TEGURID EESTIS AASTATEL**  
**2004 JA 2014**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Liis Sildnik**

**Juhendajad: Helle Karro, PhD, Tartu Ülikool,**  
**kliinilise meditsiini instituut, professor**  
**Inge Ringmets, MSc, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja**  
**rahvatervishoiu instituut, biostatistika lektor**

**Tartu 2017**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2017 lubada väitekirjale terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kristiina Rull, MD, PhD, Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, Kliinilise meditsiini instituut, sünnitusabi ja günekoloogia dotsent; SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Tartu Ülikooli kliinikumi naistekliinik, arst-õppejõud sünnitusabi ja günekoloogia erialal

Kaitsmine: 14.06.2017

## SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID.....	4
LÜHIKOKKUVÕTE .....	5
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE .....	8
2.1. Viljatuse määratlus.....	8
2.2. Viljatuse levimus.....	9
2.3. Viljatusega seotud tegurid.....	9
2.4. Viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördumine.....	11
2.5. Viljatuse psühhosotsiaalsed tagajärjed.....	12
2.6. Viljatusravi kättesaadavus Eestis .....	13
3. TÖÖ EESMÄRGID .....	15
4. METOODIKA.....	16
4.1. Andmestik ja valimi moodustamine.....	16
4.2. Töös kasutatavad tunnused.....	17
4.3. Andmeanalüüs.....	19
5. TULEMUSED.....	21
5.1. Viljatuse levimus.....	21
5.2. Viljatuse ning viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegurid .....	22
5.3. Viljatuse seos erinevate teguritega.....	25
5.4. Viljatuse tõttu arstile pöördumine .....	27
5.5. Viljatuse tõttu arstile pöördumise seosed erinevate teguritega .....	28
6. ARUTELU .....	30
7. JÄRELDUSED .....	34
8. KASUTATUD KIRJANDUS .....	35
SUMMARY .....	39
TÄNUAVALDUS.....	40
CURRICULUM VITAE .....	41
LISAD.....	42
Lisa 1. Töös kasutatud küsimused 2004. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust .....	42
Lisa 2. Töös kasutatud küsimused 2014. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust .....	44

## KASUTATUD LÜHENDID

AOR	kohandatud šansside suhe ( <i>adjusted odds ratio</i> )
CI	usaldusvahemik ( <i>confidence interval</i> )
IVF	kehaväline viljastamine ( <i>in vitro fertilisation</i> )
KMI	kehamassiindeks
n	uuritavate arv
OR	šansside suhe ( <i>odds ratio</i> )
p-väärtus	olulisuse tõenäosus ( <i>p-value</i> )
SRT	seksuaal- ja reproduktiivtervis
STLI	sugulisel teel levivad haigused (seksuaalsel teel levivad infektsioonid)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon ( <i>World Health Organization</i> )

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärk oli hinnata viljatuse levimust ning analüüsida viljatuse ja viljatuse tõttu ravile pöördumisega seotud tegureid. Magistritöö põhines Eesti Naiste Terviseuuringu 2004. ja 2014. aasta andmetel.

Töös kasutatud valim koosnes 20–44-aastastest seksuaalvahekorras olnud naistest ning kokku analüüsiti 3307 viljatuse küsimusele vastanu andmeid. Esitati kahe uuringuaasta viljatuse kaalutud levimused ning viljatuse tõttu arstile pöördumise kaalutud levimused koos 95% usaldusvahemikega (95% CI). Logistilise regressiooni abil leiti viljatuse esinemise ja viljatuse tõttu arstile pöördumise šansside suhted valitud sotsiaaldemograafiliste, tervist ning riskikäitumist kirjeldavate teguritega.

Aastal 2004 oli kaalutud viljatuse levimus 19,3% (95% CI 17,5–21,1) ja 2014. aastal 20,2% (95% CI 17,9–22,5). Kõige enam olid viljatust raporteerinud mõlemal uuringuaastal 40–44-aastased naised (2004. aastal 25% ja 2014. aastal 29%) ning kõige vähem 20–24-aastased naised. Kui üle 35-aastaste naiste seas oli levimus 2014. aastal veidi suurem kui 2004. aastal, siis alla 34-aastaste seas hoopis väiksem. Siiski ei olnud viljatuse levimuse erinevus kahel uuringuaastal üheski vanuserühmas statistiliselt oluline.

Viljatuse esinemine oli seotud vanuse, emakeele, hariduse, tervise enesehinnangu, kehamassiindeksi, sugulisel teel levivate haiguste, suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega. Suurem šans viljatuse esinemiseks oli vanematel, muu emakeelega, madalama haridusega, halvema tervise enesehinnanguga, rasvunud, suitsetavatel ja sageli purjus olekuni alkoholi tarvitavatel naistel.

Elu jooksul viljatuse tõttu arstile pöördumise kaalutud levimus oli 2004. aastal 40,5% (95% CI 35,3–45,7) ja 2014. aastal 65,9% (95% CI 59,7–72,1). Kõikides vanuserühmades oli 2014. aastal viljatuse tõttu arstile pöördunud naised rohkem kui 2004. aastal. Üle 30-aastaste naiste hulgas oli see erinevus statistiliselt oluline. Viljatuse tõttu arstile pöördumine oli 2004. aastal statistiliselt oluliselt seotud vanuse, perekonnaseisu ja sündinud laste arvuga. Viljatuse tõttu arstile pöördumise šans oli suurem vanemate, kooselus olevate ning bioloogiliste lasteta naiste hulgas. 2014. aasta andmete põhjal oli viljatuse tõttu arstile pöördumine oluliselt seotud vaid perekonnaseisuga.

## 1. SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) defineerib reproduktiivtervise mõistet kui täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte vaid haiguste puudumist ja reproduktiivsüsteemi talitluse nõrkust. See tähendab, et hea reproduktiivtervise olemasolul on inimestel võimalus elada rahuldustpakkuvat ja turvalist seksuaalelu ning suutlikkus saada lapsi ning seejuures olla vabad otsustama, kas, millal ja kui palju lapsi saada (1).

Reproduktiivtervise definitsioonist järeldub, et lapsesaamine on üks põhiõigustest. Paraku ei ole võimalik tagada, et kõigil, kes soovivad, on võimalik bioloogilisi lapsi saada. Võimetus lapsi saada ei tähenda, et naine on lastetu. Lastetuse mõistet aga saab defineerida lähtudes erinevatest aspektidest ning ühtset määratlust ei ole. Viljaka ea (15–49 eluaastat) möödumisel saab kinnitada lõplikku lastetust (*permanent childlessness*). Kasutusel on veel mõisted nagu soovimatu lastetus (*involuntary childlessness*) ja oludest tingitud lastetus (*childlessness by circumstances*). Esimesel juhul lapsi küll soovitakse, aga neid ei õnnestu näiteks enda või partneri tervisega seotud põhjustel saada. Teise mõiste puhul on lastetus seotud asjaoludega, et pole leitud sobivat partnerit või on elu lihtsalt läinud nii, et lapsi ei ole. Vähem on neid naisi, kelle teadlik valik on lapsi mitte saada ning kes on omal soovil lastetud (*voluntary childlessness*) (2).

Ühiskonnas, mis väärtustab emadust ja laste-kesksust, on suhtumine lastetutesse naistesse, endiselt vastandav – on emad ja on teised naised. Kuigi feminism on muutnud ühiskonna suhtumist naistesse ja emadusse, on sageli levinud stereotüübid lastetute naiste kohta, justkui oleksid mitte omal soovil lastetud naised depressiivsed ja eluga rahulolematud, samas kui omal soovil lastetud naised on portreeritud kui isekate, ebaküpsede, mittenaiselike ning normaalsusest kõrvalekalduvatena (2).

Eestis on avalikult enda viljatuse teemal kirjutanud Maarja Kangro (3, 4). Ta püüab lahti mõtestada lapsesaamise soovi ning ühiskonna suhtumist lastetutesse naistesse. Näidetena toob ta maailmas avalikkuse tähelepanu pälvinud viljatusprobleemidega naiste suitsiidijuhtumeid ning kirjeldab ka enda kogetud negatiivseid tundeid. Ta kirjutab: „Inimesed, kes on jäänud lasteta, ilma et nad seda oleksid soovinud, tunnevad end sotsiaalselt väljaarvatutena – mitte ainult traditsioonilises ühiskonnas, vaid ka praeguses, üha laste-kesksemas lääne kultuuris.“ Aina enam tekib maailmas erinevaid tugirühmi – nii nende naiste ja perede jaoks, kes ei ole enda soovil lastetud kui ka neid, kus pühitsetakse lastevabadust. Paraku aga ei mõisteta seda vabadust ühiskonna tasandil alati ühtemoodi. On Eestiski ilmunud artikleid ja sõnavõtte, mis keskenduvad pigem rahvuskehandi taastootmisele, mitte indiviidi õnnele või õnnetusele (3).

Nii 2004. kui 2014. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust selgub, et Eesti naised soovivad lapsi rohkem, kui neil tegelikult sünnib. Põhjused, miks naised ei soovi lapsi saada, varieeruvad vanuserühmiti. Vanuserühmas 18–24 aastat vastati enim, et soovitakse lõpetada õpingud ning leida kindel elu- ja töökoht. Teistes vanuserühmades oli kõige sagedasemaks põhjuseks, et pole kohatud sellist partnerit, kellega lapsi saada. Samuti toodi välja majandusliku toimetuleku olulisust ning ka ebaõnnestumist saada oma laps (5, 6).

On uuritud viljatuse mõju nii meeste kui naiste vaimsele tervisele ja leitud, et viljatus on krooniline stressor, mille üle on viljatutel paaridel vähe kontrolli. Kontrolli puudumine, ebakindlus ning korduv ebaõnnestumise kogemus on emotsionaalselt kurnav ja põhjustab sotsiaalset isolatsiooni, mõjutades seeläbi inimsuhteid lähedastega (7–9).

On spekulieritud, et Eestis võib olla ligikaudu 15 000–20 000 viljatut paari (10, 11). Täpne hinnang viljatuse levimusele puudub. Esimesed rahvastikupõhised uuringud, kus viljatust käsitleti, viidi läbi aastatel 2004 ja 2014 (5, 6).

Naise viljatust põhjustavate geneetiliste tegurite kõrval on teiste riskiteguritena kirjeldatud vanust, haridustaset, kehakaalu, suitsetamist ja alkoholi tarvitamist, aga ka psühholoogilisi tegureid ja sugulisel teel levivate haiguste põdemist (7). Riskitegurite käsitlemine on oluline, kuna aitab tõsta inimeste teadlikkust viljatusprobleemi põhjustest ning annab võimaluse neid tegureid enda elus jälgida.

On leitud, et viljatuse tõttu ravile pöördumist võib mõjutada nii naise rahaline seis, kooselus olemine, laste arv, suhtumine ja teadlikkus viljatusravisse, varasem kokkupuude meditsiinipersonaliga ning usk viljatusravi toimimisse. Viljatusravile pöördumisega seotud tegurite uurimine annab teadmise, kuidas paremini tagada võrdsed võimalused viljatusravi kättesaadavuseks (12).

Käesoleva magistritöö eesmärk oli hinnata 2004. ja 2014. aastal viljatuse levimust Eestis 20–44-aastaste naiste seas ja kirjeldada viljatuse ning viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegureid.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### 2.1. Viljatuse määratlus

Viljatuse kohta on kasutusel mitmeid erinevaid määratlusi. Seni, kuni puudub ühtne viljatuse määratlus, on keeruline võrrelda viljatuse levimust nii ajas kui geograafiliselt ning see raskendab otsustusprotsesse nii viljatusravi pakkujatele kui ka poliitilistele otsustajatele.

Olulisi määratlemise kriteeriume on mitmeid – kui pikka aega võetakse arvesse rasestumiseks, rasestumisvastaste vahendite vältimist, ravile pöördumist või arstlikult kinnitatud diagnoosi. Tuleb ka eristada, kas uuritakse viljatuse perioodide esinemist elu jooksul (*lifetime prevalence of infertility*) või viljatuse esinemist küsitluse ajal (*current infertility*).

Viljatuse jaguneb primaarseks ehk esmaseks ja sekundaarseks ehk teiseseks viljatuseks. Esmane viljatuse on naistel, kellel ei ole varasemalt olnud elussünde, nad kas ei ole võimelised rasestuma või rasedust kandma elussünnini. Teisene viljatuse on naistel, kellel varasemalt on olnud elussünde, kuid ei ole pärast seda õnnestunud rasestuda või rasedust kanda elussünnini.

Sõltuvalt sellest, kas kirjeldatakse viljatuse probleemi kliinilise, demograafilise või epidemioloogilise definitsiooni järgi, on kasutusel erinevad lähenemised viljatuse mõistele. Viljatuse kliinilise definitsiooni järgi on viljatuse reproduktiivsüsteemi haigus kui regulaarseks seksuaalelu ja kaitsmata seksuaalvahekorra puhul esineb naissoost partneril võimetus rasestuda 12 kuu jooksul. Viljatuse epidemioloogilise definitsiooni järgi on viljatuse reproduktiivses eas naiste võimetus rasestuda või kanda rasedust lõpuni kaheaastase perioodi jooksul, mil pole püütud rasedust vältida (13). Kliinilises definitsioonis kasutatakse 12-kuulist ajaperioodi, kuna eesmärgiks on võimalikult kiire ravi, samas kui pikema ajaperioodi kasutamine epidemioloogilises uuringus on valepositiivsete tulemuste vältimise eesmärgil (14). Kliinilisele ja epidemioloogilisele definitsioonile vastandatakse viljatuse demograafilist definitsiooni (15). Viljatuse demograafilise definitsiooni järgi on viljatuse viljakas eas olevate naiste võimetus rasestuda või kanda rasedust lõpuni viieaastase perioodi jooksul, mil pole püütud rasedust vältida (13, 16). Lisaks on demograafilise definitsiooni järgi kasutusel mõiste infekunditeet, mis tähendab võimetust saada elavaid järglasi mitmeaastase proovimise tulemusel, mil pole püütud rasedust vältida (16). Kuna demograafilised hinnangud põhinevad pikemate ajaperioodide vaatluste tulemusel, siis on mõningatel juhtudel soovitatud kasutada ka seitsmeaastast uuringuperioodi (14).

Käsitledes viljatust on oluline mõista, kas on vaadeldud esmast või teisest viljatust, millist määratlust on kasutatud, kelle hulgas viljatust määrati ning kui pikka ajaperioodi vaadeldi.

## 2.2. Viljatuse levimus

Viljatuse levimus võib suuresti varieeruda tingituna erinevatest uuringumeetoditest. Valimisse sattunute taust (abielunaised või kõik naised) ning viljatuse mõõdetav väljund (rasestumine või elussünd) on olulised tegurid viljatuse levimuse hindamisel.

Väljund sõltub sellest, kas soovitakse näidata infertiilsuse, steriilsuse, infekunditeedi või lastetuse levimust (15).

25 rahvastikupõhise uuringu andmetel on arenenud riikides kogunud 3,5% kuni 16,7% abielus või paarisuhtes olevatest 20–44-aastastest naistest elu jooksul vähemalt 12 kuu pikkust viljatusperioodi. Vähem arenenud riikides on viljatusperioode kogunud 6,9% kuni 9,3% vastanutest. Levimuse mediaan on 9%. Viljatuse tõttu arstile pöördumise levimust hinnatakse selles uuringus arenenud maades olevat keskmiselt 56,1% ja vähem arenenud maades 51,2%. Arvestades rahvastiku arvu, on uuringu järgi maailmas umbes 72,4 miljonit naist kogunud elu jooksul viljatusperioode ning nendest 40,5 miljonit pöörduvad viljatuse tõttu ravile. Uuringutest selgub ka, et viljatuse levimus on arenenud ja vähem arenenud riikide vahel sarnasem kui varasemalt leitud (17).

2010. aasta andmetel on primaarse viljatuse levimus maailmas 20–44-aastaste naiste seas 1,9%, lääneriikides aga ligikaudu 3-6%. Sekundaarse viljatuse levimus oli 2010. aastal maailmas 10,5%, lääneriikides aga ligikaudu 2-10%. Vaadeldi 6-aastast ajaperioodi (18).

Võrreldes 1990. ja 2010. aasta viljatuse levimusi metaanalüüsis, selgub, et viljatuse levimus ei ole kahe dekaadi jooksul regioniti muutunud, kuid rahvastiku kasvu tõttu on viljatusega kokku puutunud paaride absoluutarv tõusnud 42 miljonilt 48,5 miljonile. Levimus on kõrgeim Lõuna-Aasias, SubSahara Aafrikas, Põhja-Aafrikas, Lähis-Idas, Ida- ja Kesk-Euroopas ja Kesk-Aasias (18).

## 2.3. Viljatusega seotud tegurid

Viljatus võib olla tingitud nii naise- kui mehepoolsetest põhjustest. Ligikaudu 61% viljatuse põhjustest arvatakse tulenevat naisepoolsetest põhjustest ning 21% mehepoolsetest põhjustest. Umbes 18% põhjustest jääb ebaselgeks (19).

Viljatuse põhjused võivad olla nii geneetilised kui mittegeneetilised. Mittegeneetilised tegurid arvatakse olevat 90% juhtudel naise ning 85% juhtudel mehe viljatuse põhjuseks (20).

Riskiteguritena on kirjeldatud vanust, haridustaset, kehakaalu, sugulisel teel levivate haiguste põdemist, suitsetamist ja alkoholi tarvitamist, aga ka psühholoogilisi tegureid (7).

Meeste puhul lisanduvad veel füüsilised riskitegurid nagu ekspositsioon liigsele testosteroonile, kiiritusele ning kuumusele (21).

Vanus on oluline tegur viljatuse esinemisel. Mitmed uuringud on näidanud, et naised alahindavad vanuse mõju viljatusele (22) ning ülehindavad viljatusravi võimalusi sõltumata vanusest (23). Viljakus ning võime sünnitada elus laps langeb oluliselt pärast 35. eluaastat (24). Suurbritannias 2003. aastal läbi viidud uuringus leiti, et üle 35-aastase naise võimekus rasestuda kaheaastase perioodi jooksul on 2,2 korda vähem tõenäolisem kui alla 25-aastasel naisel (25). Ka mehe vanuse tõus on seotud vähenenud spermamahu, spermatoosidide liikuvuse ja muutunud välimusega (26). Prantsusmaal läbi viidud uuringu põhjal väheneb meeste spermatoosidide kontsentratsioon iga aasta kohta 3,7% (27). Eestis läbiviidud uuringu kohaselt ei ole mehe vanus viljatuse otsene põhjus, vaid on seotud psühholoogiliste põhjustega ning elustiilist tulenevate riskiteguritega (26).

On leitud, et erineva haridustasemega naised raporteerivad viljatust erineval määral. Kõrgema haridustaseme ning suurema viljatuse levimuse ning viljatuse tõttu arstile pöördumise vahelisi seoseid on leidnud mitmed uuringud (28, 29).

Nii kehamassiindeks (KMI) alla 19 kui üle 25 mõjutab naise hormonaalset tasakaalu ning võib põhjustada ovulatsioonihäireid. Ülekaalu peetakse ka oluliseks riskiteguriks rasedusdiabeeti ning kõrgvererõhktõppe haigestumisel (30). Ka ülekaaluliste meeste puhul on leitud, et neil on suurem risk viljatuse esinemiseks võrreldes normaalkaalus meestega (31).

Nii meeste kui naiste viljatuse riskiteguriteks peetakse samuti sugulisel teel levivaid haigusi (STLI). Arvatakse, et need haigused põhjustavad põletikulisi protsesse suguteedes, mille tagajärjeks meeste seas on vähenenud spermatoosidide liikuvus ja elujõud ning naiste seas munajuhade kahjustused, mille tagajärjeks võib olla viljatus (28, 31). Meeste puhul peetakse oluliseks viljatuse põhjustajaks veel ka prostatiiti ehk eesnäärmepõletikku (32).

Uuringud on tõestanud, et suitsetamine, sealjuures ka passiivne suitsetamine, mõjub negatiivselt rasedaks jäämisele, pikendades aega, mil naine rasestub. Naiste hulgas on leitud seos suitsetamise ning suurenenud arvu emakaväliste raseduste ning sekundaarse viljatusega (30). Suitsetavate meeste ja viljatuse languse seos on erinevate uuringute põhjal vastuoluline, kuid siiski on mitmetes uuringutes välja toodud suitsetamise negatiivne mõju spermakvaliteedile (26, 32).

Info alkoholi tarbimise mõjust naise viljakusele on vastuoluline. Kuigi alkoholi tarbimise risk on ebaselge, ei ole alkohol soovitatav naistele, kes planeerivad rasedust (30).

Psühholoogilisi tegureid peetakse nii naiste kui meeste reproduktiivsüsteemi mõjutamisel oluliseks, kuna igasugune stress mõjutab nii autonoomset närvisüsteemi kui ka endokriin- ja immuunsüsteemi (30).

## 2.4. Viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördumine

Erinevate allikate põhjal pöördub viljatuse tõttu arsti vastuvõtule arenenud riikides keskmiselt 56,1% ning vähem arenenud riikides 51,2% viljatust kogenud paaridest (17). Suurbritannias läbi viidud uuringu põhjal otsib viljatuseprobleemi esinemisel abi 57,3% 16–74-aastastest naistest ja 53,2% sama vanadest meestest (29). Sotsioloog David Mechanic on käsitlenud abi otsimise (*help seeking behaviour*) teooriat ning rõhutab individuaalsete erinevuste olulisust mõistmisel, miks mõned inimesed soovivad abi otsida ning mõned mitte. Haiguse määratlus ning sellesse suhtumine põhineb kultuurilistel arusaamistel, seega on ühiskonnal tähtis roll abi otsimise teoorias (34).

Soomes läbi viidud uuringu põhjal leiti, et naised, kes olid kogenud viljatust ning ei otsinud abi, olid noored, madalama haridustasemega ning olid proovinud rasestuda vähem aega kui need naised, kes ravile pöördusid (35). Näiteks pöördus Soomes 57% vähemalt 12 kuu pikkust viljatuseperioodi kogenud 25–64-aastastest naistest arsti vastuvõtule. Soomes, Taanis ja Islandil on arstile pöördumine sarnasel tasemel, USAga võrreldes pöörduetakse viljatuseravile viis korda enam (28). Nendes USA osariikides, kus viljatuseravi kompenseeritakse osaliselt või täielikult, oli ravile pöördujaid rohkem (36). 2005. aasta USA ülevaate põhjal on inimeste otsus viljatuse tõttu ravile pöörduda seotud nii nende parema rahalise seisuga, kooseluse olemisega, väiksema laste arvuga, parema suhtumisega ning teadlikkusega viljatuseravisse, varasema kokkupuutega meditsiinipersonaliga ning usuga viljatuseravi toimimisse (12).

Lisaks oleneb palju isiklikust motivatsioonist ja sotsiaalsest survest. Isikliku motivatsiooni tõstab eesmärgi omamine, näiteks soov saada kindel arv lapsi, mille nimel soovitakse ravile pöörduda. Kartus diagnoosi ees mõjub arstile pöördumisel negatiivselt – soovides mitte saada kinnitust diagnoosile, lükatakse uuringute tegemist edasi. Sotsiaalne surve, mida tekitavad sõbrad ja perekonnaliikmed, aga ka ühiskond laiemalt, võib samuti mõjuda nii ravi soodustavalt kui pärssivalt. Positiivse surve ajendil pöörduvad patsiendid sageli ravi saama olles juba ära otsustanud, milliseid protseduure soovitakse. Negatiivse surve alla kuulub ka stigmatiseerimine (12).

## 2.5. Viljatuse psühhosotsiaalsed tagajärjed

Kuna on levinud arusaam, et lapsevanemaks olemine on miski, mis kuulub eelkõige naise rolli juurde, on arvatud, et ka viljatuse psühhosotsiaalsed tagajärjed mõjutavad enam naisi kui mehi. Vanemates uuringutes viidatakse, et meeste identiteeti ning heaolu mõjutavad pigem tööalased kui kodused kogemused. Seetõttu on viljatuse psühhosotsiaalseid tagajärgi uuritud rohkem naiste kui meeste seas. Hollandis läbi viidud uuringus vaadati lastetute paaride sugudevahelist suhtedünaamikat ning leiti, et nii nais- kui meessoost lasteta partnerid tajuvad positiivseid kogemusi ning partneri toetust sarnaselt – antud leid on kooskõlas tänapäevase võrdõiguslikuma maailmapildiga. Üllatuslikult nähtus uuringust aga, et suhtes esinevad konfliktid mõjutavad enam mehi kui naisi. Ühe võimaliku seletusena arvatakse, et naiste suurem sotsiaalne võrgustik ei pane neid sõltuma vaid partnersuhtest. Meeste puhul arvatakse partnersuhtel olevat suurem roll, seega mõjutavad partnersuhte negatiivsed kogemused mehi rohkem (37).

Lone Schmidt on oma 2006. aastal kaitstud doktoritöös käsitlenud viljatusega kaasnevaid psühhosotsiaalseid tagajärgi ning uurinud viljatusega toimetulekut (*coping behaviour*). Ta võrdleb toimetulekut nii sugude kui ka erinevate sotsiaalsete klasside vahel. Toimetulekut võib kirjeldada positiivselt, kui enda tundeid väljendatakse ning soovitakse nõuandeid hakkamasaamiseks, seda peetakse aktiivseks probleemiga tegelemiseks (*active confronting coping*). Ka probleemi teadlik mõtestamine (*meaning-based coping*) on probleemile positiivselt lähenemine, kuna probleemi olemasolu tõttu nähakse võimalust enesearenguks ning vaadeldakse seda positiivses valguses. Aktiivne vältimistaktika (*active-avoidance coping*) ja passiivne vältimistaktika (*passive-avoidance coping*) põhinevad mõlemad vältimisel. Aktiivse taktika puhul on pigem tegudega vältimine, mis tähendab seltskonnast lahkumist või asendustegevuste otsimist, kui keegi räägib rasedusest ja lastest. Passiivse taktika puhul on vältimine mõtlemise tasandil, kuna loodetakse, et juhtub ime või et parim, mida teha saab, on ootamine. Madalama sotsiaalmajandusliku taustaga inimesed tegelesid rohkem probleemi aktiivse lahendamisega, samas kui kõrgema sotsiaalmajandusliku taustaga inimesed kasutasid rohkem aktiivset vältimistaktikat. Nii nais- kui meessoost uuringus osalejad hindasid enda viljatusest tulenevat stressi kõrgemalt, kui neil olid kõrged ootused patsiendikesksele viljatusravile. Nad hindasid kõrgelt professionaalse psühholoogilise nõustamise vajadust ning kavatsesid seda ka ise kasutada. Sarnased hinnangud mõlema soo seas mõjutasid positiivselt kooselu ning üheskoos probleemide lahendamise soovi. Naised

hindasid positiivseks igasuguse psühholoogilise nõustamise mõju, mehed aga vaid tugigruppide olemasolu (38).

## **2.6. Viljatusravi kättesaadavus Eestis**

Viljatusravi võimalused Eestis on muutunud aja jooksul kättesaadavamaks. Kehavälist viljastamist (IVF) ja embrüo siirdamist teostatakse Eestis alates 1994. aastast. Lisaks kasutatakse viljatuse raviks ovulatsiooni stimuleerimist ning kirurgilist ravi (39).

Eestis on kunstlikult lubatud viljastada täisealist kuni 50-aastast teovõimelist naist. Ravikuludid on riigieelarvest osaliselt hüvitatud alates 2006. aastast kuni 40-aastastele naistele. Varem pidi kogu protseduuri eest naine ise maksma. Kuni 2008. aastani kompenseeriti maksimaalselt 3 IVF tsüklit, pärast seda piiranguid tsüklite arvule ei ole. 2008. aastast kompenseerib Eesti Haigekassa kunstliku viljastamise protseduure täies ulatuses kuni 40-aastastele naistele, kui neil on meditsiiniline näidustus kehaväliseks viljastamiseks ja/või embrüosiirdamiseks. Samuti tasub haigekassa kunstliku viljastamisega seotud uuringute ja analüüside eest, mis on kantud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu (40). Ravikindlustuse puudumisel on ravi tasuline (39). Lisaks saavad kuni 40-aastased (k.a) ravikindlustatud naised haigekassast taotleda IVF ravimite loetellu kinnitatud ravimite hüvitist, mis on välja ostetud 90 päeva jooksul enne protseduuri osutamist (41).

Eestis võib teenust pidada ka geograafiliselt hästi kättesaadavaks, kuna 2017. aastal on Eesti Haigekassaga kunstliku viljastamise teenuse osutamise lepingu sõlminud viis tervishoiuteenuse osutajat, neist kolm asuvad Tallinnas ja kaks Tartus (42).

Aastatel 2005–2011 läbisid Eesti Haigekassa tasutud 7933 IVFi ja 9255 embrüosiirdamise protseduuri kokku 4445 naist. Vaadeldud ajavahemikul on nii IVFi kui ka embrüosiirdamise protseduuride arv kolmekordistunud. Protseduuride efektiivsus – rasedusmäär 41% ja sünnitamis määr 29% – on võrreldes teiste Euroopa riikidega samuti väga heal tasemel. Lisavõimalusena muudab teenuse naistele veelgi kättesaadavamaks sugurakkude doonorluse võimaldamine (43).

IVF-lastel osakaal kõikidest elussündidest on aastate jooksul märkimisväärselt kasvanud. Esimene kehavälise viljastamise abil eostatud laps sündis Eestis 1995. aastal. 2006. aastal moodustasid Eesti Meditsiiniline Sünniregistri andmetel IVF-lapsed 0,9% elussündidest. 2013. aastal registreeriti 13 931 elussündi, neist 2,9% sündis IVF protseduuri tulemusena. 2015. aastal sündis 25 IVF last enam kui 2014. aastal, moodustades kõigist elussündidest 2,7% (44).

Võrreldes paljude teiste Euroopa riikidega, on Eestis väga vähe seaduslikke piiranguid IVF protseduuri teostamiseks ja Eestis hüvitatakse naisele suures mahus viljatusravi kulud (42, 44). Prantsusmaal, kus 2014. aasta andmetel on Euroopa Liidu kõrgeim summaarne sündimuskordaja ning IVF lapsed moodustasid 2014. aastal ligikaudu 3,1% kõikidest elussündidest, on protseduuride teostamisel perekonnaseisust ning seksuaalsest orientatsioonist tulenevad piirangud (46).

### 3. TÖÖ EESMÄRGID

Käesoleva magistritöö eesmärk oli hinnata 2004. ja 2014. aastal viljatuse levimust 20–44-aastaste naiste seas ja kirjeldada viljatuse ning viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegureid Eestis.

Alaesmärgid olid:

1. kirjeldada viljatuse levimust 2004. ja 2014. aastal nii kogu valimis kui vanuserühmiti;
2. analüüsida viljatusega seotud sotsiaaldemograafilisi, tervist ning riskikäitumist kirjeldavaid tegureid;
3. kirjeldada viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördumist nii kogu valimis kui vanuserühmiti;
4. uurida, millised sotsiaaldemograafilised ja majanduslikku toimetulekut peegeldavad tegurid on seotud viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördumisega 2004. ja 2014. aastal.

## 4. METOODIKA

### 4.1. Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhines Eesti Naiste Terviseuuringu raames 2004. ja 2014. aastal kogutud andmetel. Uuringute peamine eesmärk oli hinnata Eesti viljakas eas naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist (SRT). Uuringud andsid teavet 16–44-aastaste naiste SRT näitajate kohta, mida rutiinselt ei koguta – rasestumisvastaste vahendite kasutamine, viljatuse ja lähisuhtevägivalla levimus, seksuaaltervise teenuste kasutamine jms. Uuringutel on olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba 107/65 (26.08.2002) ja 226/T-7 (19.06.2013) vastavalt aastatele 2004 ja 2014 (5, 6).

Kahe aasta võrdluse võimaldamiseks kasutati valimi koostamisel sarnast metoodikat. Uuringu valimialus oli mõlemal juhul rahvastikuregister, kust võeti vanuse järgi kihitatud juhuvalim naisrahvastikust. Kihtide suuruse arvutamisel kasutati varasematest uuringutest andmeid vastamismäära ning seksuaalkogemusega naiste osakaalu kohta vanuserühmiti. 2004. aastal võeti valimisse 2515 naist vanuses 16–25, 1240 naist vanuses 26–35 ning 1435 naist vanuses 36–44. 2014. aastal moodustus valim 2112 naisest vanuses 16–17, 1144 naisest vanuses 18–24, 993 naisest vanuses 25–34 ning 984 naisest vanuses 35–44 (5, 6).

2004. aastal oli valimi suurus 5190 – 3472 eesti ja 1718 vene emakeelega naist. Andmeid koguti kahe postitusega. Koju saadetud infolehe ja küsimustiku keel (kas eesti või vene) valiti naise nime põhjal. Vastamismäär oli 53,8% (5).

2014. aastal oli valimi suurus 5233 – 3811 eesti ja 1422 vene emakeelega naist. Andmeid koguti kolme postitusega ning võimalik oli ka täita elektrooniline küsimustik internetis. Koju saadetud infolehe ja küsimustiku keel (kas eesti või vene) valiti sarnaselt 2004. aastale naise nime põhjal. Vastamismäär oli 47,0%. Eestikeelsetest küsimustikest oli 21,5% täidetud elektrooniliselt, venekeelsetest 16,6% (6).

2004. aasta uuringus oli andmeanalüüsiks sobivalt täidetud küsimustikke kokku 2672. Neist 2172 olid täitnud naised vanuses 20–44 ning nendest 2077 oli olnud seksuaalvahekorras. Magistritöö andmeanalüüsi kaasati neist 2054, kes olid vastanud viljatuse küsimusele.

2014. aasta uuringus oli andmeanalüüsiks sobivalt täidetud küsimustikke kokku 2413. Neist 1338 olid täitnud naised vanuses 20–44 ning nendest 1289 oli olnud seksuaalvahekorras. Selle töö andmeanalüüsi kaasati 1253, kes olid vastanud viljatuse küsimusele.

Viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegurite väljaselgitamiseks analüüsiti viljatust kogunud naisi, kes olid vastanud viljatusprobleemiga arsti vastuvõtule pöördumise küsimusele: 2004. aastal 368 ning 2014. aastal 228 naist.

#### **4.2. Töös kasutatavad tunnused**

Töös kasutatakse viljatuse ja viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegurite väljaselgitamiseks järgnevaid tunnuseid: vanus, perekonnaseis, emakeel, elukoht, haridus, raskused arvete maksmisega, tervise enesehinnang, suitsetamine, alkoholi tarvitamine, narkootikumide tarvitamine, kehamassiindeks, sugulisel teel levivad haigused, elussündide arv.

Viljatusperioodide esinemise küsimus oli Eesti Naiste Terviseuuringus sõnastatud „Kas Teil on olnud elus perioode, mil Te olete soovinud rasestuda, kuid see pole regulaarse seksuaalelu korral õnnestunud ühe aasta (12 kuu) jooksul?“ (lisa 1, küsimus 64; lisa 2, küsimus 67). Vastusevariandid olid „jah“ ja „ei“. Käesolevas töös tõlgendasime viljatusperioodide esinemise raporteerimist kui viljatuse kogemist.

Viljatusravile pöördumise küsimus oli 2004. aasta Eesti Naiste Terviseuuringus sõnastatud „Kas Teid on uuritud ja/või ravitud võimaliku viljatuse suhtes?“ (lisa 1, küsimus 65). Vastusevariandid „jah, viimati aastal ...“ või „ei“. 2014. aasta uuringus oli küsimus sõnastatud „Kas Te olete viljatuse tõttu pöördunud arsti vastuvõtule?“ (lisa 2, küsimus 69). Vastusevariandid olid „jah“ ja „ei“. Kuigi küsimus oli kahel uuringuaastal veidi erinevalt sõnastatud, saame eristada viljatuse tõttu arstile pöördujad ja mitte pöördujad. Selles magistrیتöös tõlgendasime arstile pöördumist kui abi otsimist, mitte ravi saamist.

2004. aastal on vastajad märkinud küsimustikus sünniaasta ning selle põhjal arvutati vanus küsitluse läbiviimise aasta järgi (lisa 1, küsimus 1). 2014. aastal märkisid vastajad oma vanuse täisaastates (lisa 2, küsimus 1). Andmeanalüüsiks moodustati 5 vanuserühma: 20–24, 25–29, 30–34, 35–39 ja 40–44.

2004. aastal said vastajad kirjutada emakeele vaba vastusena (lisa 1, küsimus 5), 2014. aastal aga valida vastusevariantide „eesti“, „vene“ või „muu“ vahel (lisa 2, küsimus 3). Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati vastajad emakeele alusel kahte rühma: „eesti“ ja „muu“. Muu emakeelega naistest oli 2004. aastal 97,4% ja 2014. aastal 98,5% vene emakeelega.

Perekonnaseisu määratlemiseks said vastajad küsimustikus märkida vastavalt: „abielus“, „vabas kooselus“, „lahutatud“, „eraldi elav“, „lesk“, „vallaline“ (lisa 1, küsimus 2; lisa 2

küsimus 2). Andmeanalüüsiks rühmitati vastajad perekonnaseisu alusel kahte rühma: „kooselus“, kuhu kuulusid abielus ja vabas kooselus naised, ning „mitte kooselus“, kuhu kuulusid kõik ülejäänud.

Haridust puudutav küsimus uurib kõrgeimat lõpetatud haridustaset ning küsimuse vastusevariandid olid: „põhiharidus või vähem“, „keskharidus“, „kutsekeskharidus“, „rakenduslik kõrgharidus“, „kõrgharidus“, „teaduskraad“ (lisa 1, küsimus 9; lisa 2, küsimus 6). Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati haridustasemed kolmeks: „põhiharidus või vähem“, „keskharidus“ (keskharidus ja kutsekeskharidus) ning „kõrgharidus“ (rakenduslik kõrgharidus, kõrgharidus, teaduskraad).

Elukohana said vastajad märkida “Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla-Järve/Narva”, “muu linn” või “maa-asula” (lisa 1, küsimus 7a; lisa 2, küsimus 5).

Küsimusele „Kas Teil on raskusi arvete maksmisega?“ vastamiseks olid vastusevariandid: „alati“, „sageli“, „mõnikord“, „harva“, „mitte kunagi” (lisa 1, küsimus 16; lisa 2, küsimus 12). Andmeanalüüsiks rühmitati vastusevariandid neljaks: „alati/sageli“, „mõnikord“, „harva“, „mitte kunagi”.

Tervise enesehinnangu tunnus muudeti käesoleva töö andmeanalüüsiks kaheväärtuseliseks: „hea“, mis hõlmas vastuseid „hea“, ja „väga hea“ ning „halb“, mis hõlmab vastuseid „ei hea ega halb“, „halb“, „väga halb” (lisa 1, küsimus 94; lisa 2, küsimus 101).

Küsimusele „Kas Te olete suitsetanud viimase aasta (12 kuu) jooksul vähemalt ühe sigareti, e-sigareti, sigari või piibutäie päevas?“ olid 2014. aasta uuringu vastusevariandid järgmised: “ei”, “ei, varem olen”, “jah, suitsetan iga päev”, “jah, suitsetan aeg-ajalt” (lisa 2, küsimus 106). 2004. aasta vastusevariandid olid sarnased: „ei ole“, „varem, kuid mitte praegu“, „suitsetan igapäevaselt“, „suitsetan periooditi“ (lisa 1, küsimus 104). Andmeanalüüsiks rühmitati vastusevariandid “ei” ja “ei, varem olen/varem, kuid mitte praegu“ vastuseks „ei suitseta“ ning „suitsetan igapäevaselt“, „suitsetan periooditi/aeg-ajalt“ vastuseks „jah, suitsetan“.

Alkoholi tarvitamise küsimuse „Kui sageli Te joote ennast alkoholist purju?“ vastusevariandid olid: “iga päev”, “nädalas paar korda”, “kord nädalas”, “kuus paar korda”, “kord kuus”, “kord paari kuu järel”, “3-4 korda aastas”, “1–2 korda aastas või veelgi harvem“, “mitte kunagi” (lisa 1, küsimus 105; lisa 2, küsimus 107). Andmeanalüüsiks rühmitati vastusevariandid „iga päev“ ja „nädalas paar korda“ vastuseks „iga päev/sageli“, vastusevariandid „kord nädalas“, „kuus paar korda” vastuseks „mõnikord“, vastusevariandid „kord kuus“, „kord paari kuu järel“, „3-4 korda aastas“, „1–2 korda aastas või veelgi harvem“ vastuseks „harva“ ning vastusevarianti „mitte kunagi“ kasutati muutumatul kujul.

Narkootikumide tarvitamise tunnusel puudus 2004. aasta uuringus sagedus, võimalikeks vastusevariantideks olid vaid „ei“, „jah, süstitavaid“ ning „jah, muul moel manustatavaid“ (lisa 1, küsimus 106). Andmeanalüüsiks rühmitati tunnus kaheks „ei“ ja „jah“. 2014. aasta uuringu vastusevariandid olid „ei“, „jah, üks kord“, „jah, mõned korrad“, „jah, sageli“ (lisa 2, küsimus 108). Vastusevariantidest „jah, mõned korrad“, „jah, sageli“, „üks kord“ moodustati uus rühm „jah“.

Kehamassiindeks saadi kehakaalu (kg) jagamisel pikkuse (m) ruuduga (lisa 1, küsimused 97-98; lisa 2, küsimused 98-99). KMI alusel moodustati neli rühma: „alakaalus (KMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>)“, „normaalkaalus (KMI 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>)“, „ülekaalus (KMI 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>)“ ja „rasvunud (KMI ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>)“.

Sugulisel teel levivate haiguste esinemise küsimustele vastamisel said uuringus osalejad märkida vastusevariandiks „jah“, „ei“ või „ei tea/ei ole testinud“. Andmeanalüüsiks rühmitati vastusevariandid „ei“ ja „ei tea/ei ole testinud“ vastuseks „ei“ ning ülejäänud vastajad vastuseks „jah“ (lisa 1, küsimus 68; lisa 2, küsimus 109). Antud töös loodi sugulisel teel levivate haiguste tunnus STLI klamüdioosi ning gonorröa küsimusele antud vastuste põhjal.

Elussündide arv määrati sünnituse ja selle lõppe kaudu (lisa 1, küsimused 49–50; lisa 2, küsimused 41 ja 43).

### **4.3. Andmeanalüüs**

Viljatuse levimuse kirjeldamiseks üldkogumis arvutati kaalutud levimusmäär mõlemal uuringuaastal. Disainikaalud leiti kummalgi uuringuaastal kihiti, iga vastava vanuserühma Eesti naisrahvastiku suurus jagati selle kihi valimi suurusega. Levimusmääradele arvutati ka 95% usaldusvahemik (95% CI). Samuti arvutati viljatuse tõttu arstile pöördumise kaalutud levimus ja 95% CI.

Viljatuse ja viljatuse tõttu arstile pöördumise levimuse kirjeldamiseks vanuserühmiti arvutati levimusmäärad koos 95% CI. Tulemused esitati tulpdiaagrammidena. Levimusmäärade võrdlemiseks vanuserühmades 2004. ja 2014. aastal kasutati Z-testi ning olulisuse nivoo korrigeerimiseks rakendati Bonferroni parandust. Kuna võrdlusi teostati viies vanuserühmas, siis iga üksiku testi korral võeti olulisuse tõenäosuseks 0,01.

Sotsiaalmajanduslike, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnuste esitamiseks kasutati sagedusi ja suhtelisi sagedusi (%). Nende tunnust jaotuste erinevuse testimiseks kahel uuringuaastal kasutati hii-ruut testi. Statistilise olulisuse nivooks võeti 0,05. Testimisel jäeti välja need naised, kelle vastus oli teadmata.

Seoste hindamiseks viljatuse ja viljatuse tõttu arstile pöördumise ning nendega seotud sotsiaalmajanduslike, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnuste vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Logistilise regressioonanalüüsi mudelitesse kaasati ainult nende naiste andmed, kes olid vastanud kõigile mudelisse võetud tunnustele. Esitati kohandamata ja kohandatud šansside suhted ning 95% CI.

Viljatuse seost sotsiaaldemograafiliste, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnustega analüüsiti kahe aasta andmete põhjal. Uuringuaasta kaasati sõltumatu tunnuseks mudelisse.

Viljatuse tõttu arstile pöördumise seost sotsiaaldemograafiliste ja majanduslikku toimetulekut peegeldavate tunnustega analüüsiti kahel uuringuaastal eraldi, kuna viljatusravi kättesaadavus oli neil aastatel väga erinev. Kui 2004. aastal pidi naine ravi eest ise tasuma, siis 2014. aastal kompenseerib ravikindlustuseelarvest naise viljatusravi Eesti Haigekassa.

Andmeanalüüsi tegemiseks kasutati statistikaprogrammi Stata 11.2. Joonised tehti programmiga Microsoft Excel.

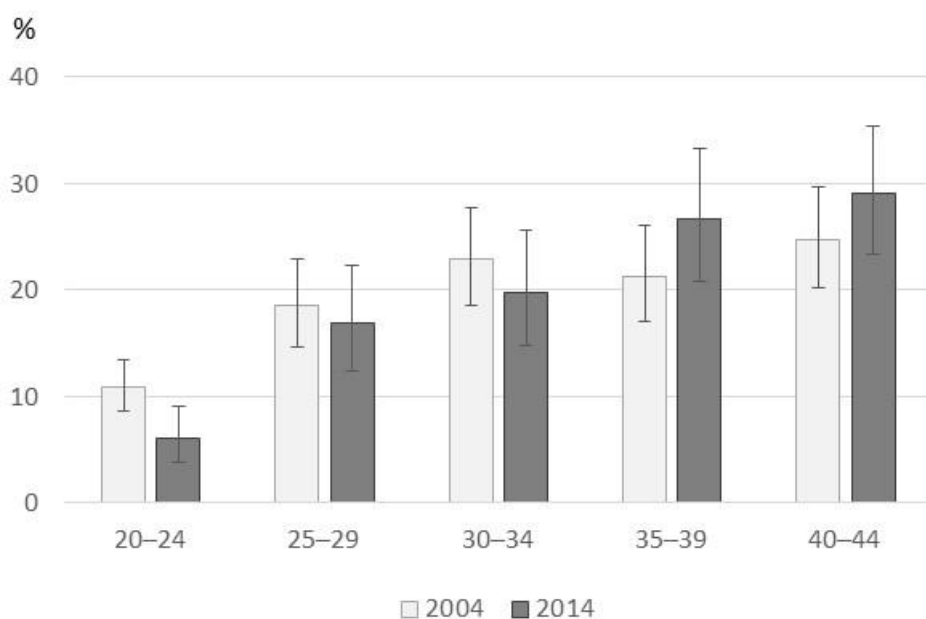
## 5. TULEMUSED

### 5.1. Viljatuse levimus

Magistritöö andmeanalüüsi kaasati 2004. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust 2054 ning 2014. aasta uuringust 1253 20–44-aastast naist, kes olid olnud elu jooksul seksuaalvahekorras.

Kaalutud viljatuse levimus oli 2004. aastal 20–44-aastaste seksuaalvahekorras olnud naiste seas 19,3% (95% CI 17,5–21,1) ja 2014. aastal 20,2% (95% CI 17,9–22,5). Viljatuse levimus 2004. ja 2014. aastal ei erine statistiliselt oluliselt.

Viljatuse levimus koos 95% CI vanuserühmade lõikes on toodud joonisel 1. Nii 2004. kui ka 2014. aasta andmetel olid kõige enam viljatust raporteerinud 40–44-aastased naised, kellest 2004. aastal 25% ning 2014. aastal 29% olid kogenud elu jooksul viljatust. Kõige vähem olid elu jooksul viljatust kogenud 20–24-aastased naised, 2004. aastal 11% ja 2014. aastal 5%. Kui üle 35-aastaste seas oli levimus 2014. aastal veidi suurenenud, siis 20–34-aastaste seas hoopis vähenenud võrreldes 2004. aastaga. Üheski vanuserühmas statistiliselt olulist erinevust viljatuse levimuses kahe uuringuaasta vahel ei olnud.



**Joonis 1.** Viljatuse levimus (% ja 95% CI) 20–44 aastaste seksuaalvahekorras olnud naiste hulgas 2004. ja 2014. aastal, Eesti Naiste Terviseuuring 2004 ja 2014.

## 5.2. Viljatuse ning viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegurid

Tabelist 1 nähtub, et magistritöö valimid kahel uuringuaastal erinevad statistiliselt oluliselt pea kõigi taustatunnuste lõikes, v.a STLI ja suitsetamise osas. Kolmandik naistest 2004. aastal ja veidi enam kui veerand 2014. aastal olid noorimas vanuserühmas ehk 20–24-aastased. 40–44-aastaseid naisi oli 2004. aastal 16,8% ning 2014. aastal 18,7%. 2014. aastal oli eesti keelt emakeelena rääkivate vastajate osakaal 7% suurem kui 2004. aastal, vastavalt 77,8% ja 70,5%. Mitte kooselus olevate naiste osakaal oli 2014. aastal väiksem kui 2004. aastal, olles vastavalt 24,5% ja 29,9%. Suur erinevus kahel uuringuaastal oli hariduses ja raskustes arvete maksmisega. Kõrgharidusega naisi oli 2014. aastal 45,6% võrreldes 2004. aasta 25,0%. Raskusi arvete maksmisel ei ole kunagi olnud 40,1% naistest 2014. aastal võrreldes 23,5%-ga 2004. aastal.

2014. aastal hindavad naised oma tervist veidi halvemini kui 2004. aastal. Normaal- ning ülekaalus naiste osakaal on kahel uuringuaastal sarnane, kuid 2014. aastal on rohkem rasvunud ning vähem alakaalulisi naisi. STLI (klamüdioos ja gonorröa) levimus on jäänud 10 aastaga samale tasemele, olles ligikaudu 20%. Veidi vähenenud on sünnitanud naiste osakaal, 2004. aastal oli vähemalt 1 elusa lapse sünnitanud naisi 63,3%, 2014. aastal aga 58,6%.

Kui suitsetamine on jäänud 10 aastaga samaks, kas igapäevaselt või aeg-ajalt suitsetab ligikaudu 31% naistest, siis alkoholi tarvitamine on vähenenud. 2014. aastal on pea 2 korda rohkem naisi, kes pole 12 kuu jooksul mitte kunagi purjus olnud kuni enda üle kontrolli kaotamiseni (2014. aastal 54,1% ja 2004. aastal 26,9%). Narkootikume on vähemalt ühel korral tarvitanud 2014. aastal 28,4% naistest, mis on ligikaudu 2 korda rohkem kui 2004. aastal.

**Tabel 1.** Sotsiaaldemograafiliste, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnuste jaotus (n ja %) kahel uuringuaastal 20–44-aastaste seksuaalkogemusega naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2004 ja 2014

Tunnus	2004	2014	p-väärtus
	n=2054	n=1253	
<b>Vanuserühm</b>			0,026
20–24	683 (33,3)	349 (27,9)	
25–29	357 (17,4)	237 (18,9)	
30–34	341 (16,6)	227 (18,1)	
35–39	329 (16,0)	206 (16,4)	
40–44	344 (16,8)	234 (18,7)	
<b>Emakeel</b>			<0,001
Eesti	1447 (70,5)	975 (77,8)	
Muu	603 (29,4)	270 (21,6)	
Vastamata	4 (0,2)	8 (0,6)	
<b>Perekonnaseis</b>			0,001
Kooselus	1433 (69,8)	938 (74,9)	
Ei ole kooselus	614 (29,9)	307 (24,5)	
Vastamata	7 (0,3)	8 (0,6)	
<b>Elukoht</b>			0,002
Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla-Järve/Narva	1159 (56,4)	735 (58,7)	
Muu linn	565 (27,5)	283 (22,6)	
Maa-asula	316 (15,4)	230 (18,4)	
Vastamata	14 (0,7)	5 (0,4)	
<b>Haridus</b>			<0,001
Põhi/vähem	105 (5,1)	84 (6,7)	
Kesk/eri	1429 (69,6)	591 (47,2)	
Kõrg/rakendus	513 (25,0)	571 (45,6)	
Vastamata	7 (0,3)	7 (0,6)	
<b>Raskused arвете maksmisega</b>			<0,001
Mitte kunagi	483 (23,5)	502 (40,1)	
Harva	577 (28,1)	364 (29,1)	
Mõnikord	602 (29,3)	260 (20,8)	
Alati/sageli	369 (18,0)	122 (9,7)	
Vastamata	23 (1,1)	5 (0,4)	
<b>Tervise enesehinnang</b>			<0,001
Väga hea/hea	673 (32,8)	304 (24,3)	
Ei hea ega halb/halb/väga halb	1378 (67,1)	941 (75,1)	
Vastamata	3 (0,2)	8 (0,6)	

**Tabel 1. (jätk)** Sotsiaaldemograafiliste, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnuste jaotus (n ja %) kahel uuringuaastal 20–44-aastaste seksuaalkogemusega naiste seas, Eesti Naiste Terviseuuring 2004 ja 2014

Tunnus	2004	2014	p-väärtus
	n=2054	n=1253	
<b>KMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>			0,005
Alakaalus (< 18,5)	175 (8,5)	73 (5,8)	
Normaalkaalus (18,5–24,9)	1374 (66,9)	832 (66,4)	
Ülekaalus (25,0–29,9)	346 (16,9)	220 (17,6)	
Rasvunud (≥ 30,0)	139 (6,8)	113 (9,0)	
Vastamata	20 (1,0)	15 (1,2)	
<b>STLI</b>			0,611
Ei	1638 (79,8)	990 (79,0)	
Jah	416 (20,3)	263 (21,0)	
<b>Elussündide arv</b>			0,009
0	752 (36,6)	514 (41,0)	
1 ja rohkem	1301 (63,3)	734 (58,6)	
Vastamata	1 (0,1)	5 (0,4)	
<b>Suitsetamine</b>			0,699
Ei	1397 (68,0)	854 (68,2)	
Jah	649 (31,6)	385 (30,7)	
Vastamata	8 (0,4)	14 (1,1)	
<b>Alkoholi tarvitamine purjus olekuni</b>			<0,001
Mitte kunagi	553 (26,9)	678 (54,1)	
Harva	1268 (61,7)	499 (39,8)	
Mõnikord	207 (10,1)	61 (4,9)	
Iga päev/sageli	13 (0,6)	7 (0,6)	
Vastamata	13 (0,6)	8 (0,6)	
<b>Narkootikumide tarvitamine</b>			<0,001
Ei	1749 (85,2)	885 (70,6)	
Jah	296 (14,4)	356 (28,4)	
Vastamata	9 (0,4)	12 (1,0)	

### 5.3. Viljatuse seos erinevate teguritega

Viljatusega seotud teguritena analüüsiti järgmisi sotsiaaldemograafilisi, terviseiga seotud ning riskikäitumist kirjeldavaid tunnuseid: vanus, rahvus, haridus, tervise enesehinnang, KMI, STLI, suitsetamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine. Kuna kasutati kahe uuringuaasta andmeid, võeti ka aasta seoste analüüsimisel arvesse. Seoseid kirjeldavad šansside suhted on toodud tabelis 2.

Kõikidel vanuserühmadel alates 25–29-aastastest oli 2,3–3,5 korda suurem šanss viljatuse esinemiseks kui 20–24-aastastel. Muu emakeelega vastajatel oli 1,4 (95% CI 1,2–1,7) korda suurem šanss viljatuse esinemiseks kui eesti emakeelega vastajatel. Võrreldes põhi- või madalama haridusega naistega, on keskharidusega naistel ligikaudu 2 korda väiksem šanss (AOR 0,5; 95% CI 0,4–0,8) ning kõrgharidusega naistel 2,5 korda väiksem šanss (AOR 0,4; 95% CI 0,3–0,6) viljatuse esinemiseks. Võrreldes hea või väga hea terviseiga naistega, oli ei hea ega halva või halvema tervise enesehinnanguga naistel 1,4 (95% CI 1,2–1,8) korda suurem šanss viljatuse esinemiseks. Sageli alkoholist purju joonud naistel oli 2,6 (95% CI 1,0–6,7) korda suurem šanss viljatuseks võrreldes mitte kunagi purju joonud naistega. Igapäevaselt või aeg-ajalt suitsetavate naiste šanss viljatuse esinemiseks oli 1,4 (95% CI 1,2–1,8) korda suurem kui naistel, kes ei suitseta. Narkootikumide tarvitamise ja viljatuse vahel statistiliselt olulist seost ei ilmnunud. STLI põdemine tõstis šanssi viljatuseks 1,5 (95% CI 1,2–1,8) korda võrreldes nendega, kes STLI põdenud ei olnud. Rasvunudel oli 1,7 (95% CI 1,2–2,3) korda suurem šanss viljatuse esinemiseks kui normaalkaalulistel naistel. Samas ei olnud olulist erinevust viljatuse esinemises ülekaalulistel ja normaalkaalulistel naistel.

**Tabel 2.** Viljatuse esinemise seos sotsiaaldemograafiliste, tervist ja riskikäitumist kirjeldavate tunnustega 20–44-aastaste seksuaalkogemusega Eesti naiste hulgas, Eesti Naiste Tervise-uuring 2004 ja 2014 (paksus kirjas märgitud tulemused, kus  $p < 0,05$ )

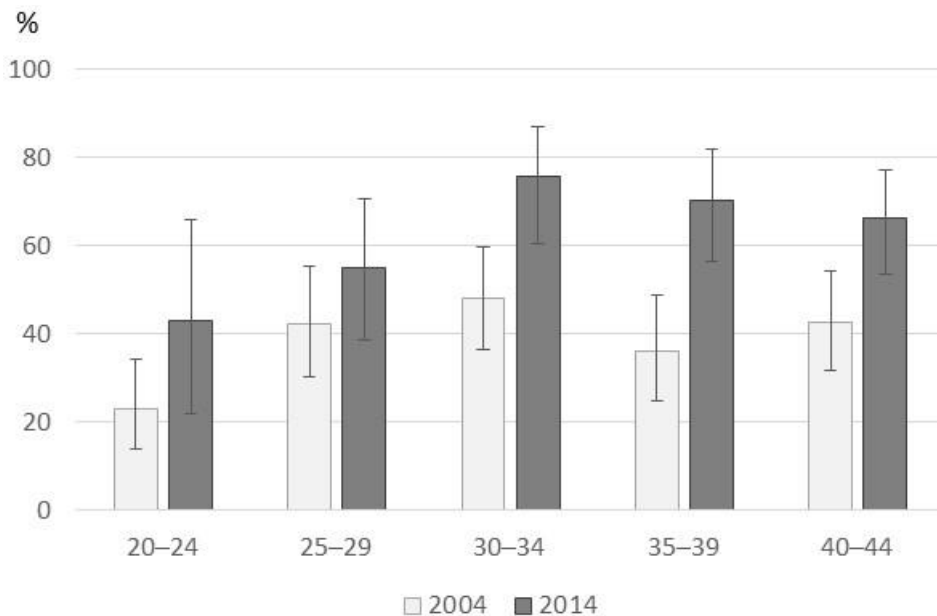
<b>Tunnus</b>	<b>Viljatuse %</b>	<b>OR (95% CI)</b>	<b>AOR (95% CI)*</b>
<b>Uuringuaasta</b>			
2004	19,3	1	1
2014	20,2	1,0 (0,8–1,2)	1,0 (0,8–1,2)
<b>Vanuserühm</b>			
20–24	9,2	1	1
25–29	17,9	<b>2,3 (1,7–3,1)</b>	<b>2,3 (1,7–3,2)</b>
30–34	21,7	<b>2,8 (2,1–3,8)</b>	<b>2,9 (2,1–4,0)</b>
35–39	23,4	<b>3,1 (2,3–4,2)</b>	<b>3,1 (2,3–4,3)</b>
40–44	26,5	<b>3,6 (2,7–4,8)</b>	<b>3,5 (2,5–4,8)</b>
<b>Emakeel</b>			
Eesti	16,1	1	1
Muu	23,9	<b>1,6 (1,3–2,0)</b>	<b>1,4 (1,2–1,7)</b>
<b>Haridus</b>			
Põhi/vähem	30,7	1	1
Kesk	18,8	<b>0,5 (0,4–0,7)</b>	<b>0,5 (0,4–0,8)</b>
Kõrg	14,9	<b>0,4 (0,3–0,6)</b>	<b>0,4 (0,3–0,6)</b>
<b>Tervise enesehinnang</b>			
Väga hea/hea	15,3	1	1
Ei hea ega halb/halb/väga halb	25,1	<b>1,9 (1,5–2,2)</b>	<b>1,4 (1,2–1,8)</b>
<b>KMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
Normaalkaalus (18,5–24,9)	16,7	1	1
Alakaalus (< 18,5)	14,5	0,9 (0,6–1,3)	1,0 (0,7–1,5)
Ülekaalus (25,0–29,9)	19,8	1,2 (1,1–1,6)	0,9 (0,7–1,2)
Rasvunud ( $\geq 30,0$ )	31,8	<b>2,3 (1,7–3,1)</b>	<b>1,7 (1,2–2,3)</b>
<b>STLI</b>			
Ei	16,5	1	1
Jah	24,9	<b>1,7 (1,4–2,1)</b>	<b>1,5 (1,2–1,8)</b>
<b>Suitsetamine</b>			
Ei	16,0	1	1
Jah	23,0	<b>1,6 (1,3–1,9)</b>	<b>1,4 (1,2–1,8)</b>
<b>Alkoholi tarvitamine purjus olekuni</b>			
Mitte kunagi	19,9	1	1
Harva	17,7	0,9 (0,7–1,0)	0,9 (0,8–1,2)
Mõnikord	13,1	0,6 (0,4–0,9)	0,7 (0,4–1,0)
Sageli	40,0	<b>2,7 (1,1–6,7)</b>	<b>2,6 (1,0–6,7)</b>
<b>Narkootikumide tarvitamine</b>			
Ei	18,5	1	1
Jah	16,9	0,9 (0,7–1,1)	1,1 (0,9–1,5)

\* Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele.

#### 5.4. Viljatuse tõttu arstile pöördumine

Valimis oli 2004. aastal 373 ning 2014. aastal 229 naist, kes olid elu jooksul kogenud viljatust. Selle probleemiga arsti vastuvõtule pöördumise küsimusele vastas 368 naist 2004. aastal ning 228 naist 2014. aastal. Viljatuse tõttu arstile pöördumise kaalutud levimus 2004. aasta andmete põhjal oli 40,5% (95% CI 35,3–45,7) ja 2014. aastal 65,9% (95% CI 59,7–72,0).

Viljatuse tõttu arstile pöördumise levimus vanuserühmiti on toodud joonisel 2. Nii 2004. kui 2014. aastal oli kõige rohkem viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördunuid 30–34-aastaste seas, vastavalt 48% ja 76%. Viljatuse tõttu arstile pöördumine on statistiliselt oluliselt kasvanud 30-aastaste ja vanemate hulgas 2014. aastal võrreldes 2004. aastaga.



**Joonis 2.** Viljatuse tõttu arstile pöördumise levimus (% ja 95% CI) 20–44-aastaste viljatust kogenud naiste hulgas 2004. ja 2014. aastal, Eesti Naiste Terviseuuring 2004 ja 2014.

## 5.5. Viljatuse tõttu arstile pöördumise seosed erinevate teguritega

Viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud teguritena analüüsiti järgmiseid tunnuseid: vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis, elukoht, raskused arvete maksmisega ning elusalt sünnitatud laste arv. Viljatuse tõttu arstile pöördumise seosed sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tunnustega on toodud tabelis 3.

Võrreldes vanuserühmaga 20–24, oli mõlemal uuringuaastal vanemates vanuserühmades oluliselt suurem šans ravile pöörduda. Kooselus olevatel naistel oli 2004. aastal 2,2 (95% CI 1,2–3,9) korda ning 2014. aastal 7,3 (95% CI 2,9–18,2) korda suurem šans pöörduda viljatuse tõttu arstile võrreldes nendega, kes ei olnud kooselus. Vähemalt ühe lapse sünnitanud naised pöördusid viljatuse tõttu arstile statistiliselt oluliselt vähem võrreldes naistega, kellel bioloogilisi lapsi ei olnud (2004. aastal AOR 0,3; 95% CI 0,2–0,6 ja 2014. aastal AOR 0,9; 95% CI 0,4–1,9). Viljatuse tõttu arstile pöördumisega ei olnud kõiki valitud sotsiaaldemograafilisi ja -majanduslikke, tervisega seotud ning riskikäitumist kirjeldavaid tunnuseid arvesse võttes kummalgi uuringuaastal statistiliselt oluliselt seotud emakeel, elukoht, haridus ja raskused arvete maksmisega.

**Tabel 3.** Viljatuse tõttu arstile pöördumise seosed sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tunnustega 20–44-aastaste naiste seas, kes on kogenud viljatust, Eesti Naiste Terviseuring 2004 ja 2014 (paksus kirjas märgitud tulemused, kus  $p < 0,05$ )

Tunnus	2004		2014	
	OR (95% CI)	AOR (95% CI)*	OR (95% CI)	AOR (95% CI)*
<b>Vanuserühm</b>				
20–24	1	1	1	1
25–29	<b>2,4 (1,2–5,0)</b>	<b>3,2 (1,4–7,3)</b>	1,6 (0,6–4,7)	0,7 (0,2–2,6)
30–34	<b>3,0 (1,5–6,1)</b>	<b>3,7 (1,6–8,5)</b>	<b>4 (1,3–12,0)</b>	1,8 (0,5–7,2)
35–39	1,9 (0,9–4,0)	<b>2,9 (1,2–7,1)</b>	<b>3,3 (1,1–9,4)</b>	1,8 (0,5–6,4)
40–44	<b>2,4 (1,2–4,7)</b>	<b>4,3 (1,8–10,3)</b>	2,7 (1,1–7,3)	1,5 (0,4–5,4)
<b>Emakeel</b>				
Eesti	1	1	1	1
Muu	0,9 (0,6–1,4)	0,8 (0,5–1,4)	1,1 (0,6–2,0)	1,5 (0,7–3,2)
<b>Perekonnaseis</b>				
Ei ole kooselus	1	1	1	1
Kooselus	<b>2,1 (1,2–3,5)</b>	<b>2,2 (1,2–3,9)</b>	<b>6,7 (2,9–15,4)</b>	<b>7,3 (2,9–18,2)</b>
<b>Elukoht</b>				
Tallinn/Tartu/Pärnu/Kohtla-Järve/Narva	1	1	1	1
Muu linn või linnaline asula	1,1 (0,7–1,8)	1,2 (0,7–2,0)	1,1 (0,6–2,1)	1,2 (0,6–2,6)
Maa-asula (maapiirkond)	<b>0,5 (0,3–1,0)</b>	0,5 (0,2–1,1)	1,6 (0,8–3,3)	1,9 (0,8–4,4)
<b>Haridus</b>				
Põhi/vähem	1	1	1	1
Kesk/eri	<b>5,1 (1,7–14,8)</b>	2,9 (0,9–9,1)	1,5 (0,6–3,7)	1,7 (0,6–5,0)
Kõrg/rakendus	<b>6,0 (1,9–19,1)</b>	3,1 (0,9–10,8)	2,3 (0,9–5,9)	2,4 (0,7–7,9)
<b>Raskused arvete maksmisega</b>				
Mitte kunagi	1	1	1	1
Harva	0,8 (0,4–1,4)	0,8 (0,4–1,4)	0,9 (0,5–1,9)	1,1 (0,5–2,4)
Mõnikord	0,8 (0,5–1,5)	0,9 (0,5–1,8)	0,8 (0,4–1,7)	1,3 (0,6–3,1)
Alati/sageli	<b>0,5 (0,2–0,9)</b>	0,8 (0,4–1,6)	0,7 (0,3–1,7)	1,2 (0,4–3,5)
<b>Elussüde</b>				
0	1	1	1	1
1 ja rohkem	<b>0,5 (0,3–0,8)</b>	<b>0,3 (0,2–0,6)</b>	1,6 (0,9–2,9)	0,9 (0,4–1,9)

\* Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele.

## 6. ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärk oli hinnata viljatuse levimust Eestis 2004. ja 2014. aastal 20–44-aastaste naiste seas ning analüüsida viljatuse ja viljatuse tõttu arstile pöördumisega seotud tegureid.

Magistritöö tulemustest nähtus, et viljatuse levimus Eestis ei ole kümne aasta jooksul oluliselt muutunud, 2004. aastal oli see 20–44-aastaste seksuaalvahekorras olnud naiste seas 19,3% ja 2014. aastal 20,2%. Teiste rahvastikupõhiste uuringute andmetel on arenenud riikides viljatust elu jooksul kogunud 3,5% kuni 16,7% abielus või paarisuhtes olevatest 20–44-aastastest naistest ning vähem arenenud riikides 6,9% kuni 9,3% vastanutest (17). Magistritöö tulemustest lähtuvalt võib tõdeda, et Eesti naised raporteerivad viljatuse esinemist mõnevõrra rohkem.

On üldteada, et viljakus väheneb vanusega. Uurimistöö tulemused näitasid sama tendentsi, šanss viljatuseks suurenes vanuse kasvades. Kui 25–29-aastastel oli šanss viljatuse esinemiseks võrreldes 20–24-aastastega 2,3 korda suurem, siis 40–44-aastaste naiste šanss viljatuseks oli 3,5 korda suurem. Saadud tulemusi kinnitas ka Uus-Meremaal läbi viidud populatsioonipõhine uuring, kus leiti, et naiste võime saada elusaid järglasi väheneb oluliselt peale 35. eluaastat (24).

Tööst nähtus, et muu emakeelega vastajatel oli statistiliselt oluliselt suurem šanss viljatuse esinemiseks kui eesti emakeelega vastajatel. See võib olla seotud erineva tervisekäitumise, sotsiaalmajanduslike tegurite ja kultuuritaustaga.

Soomes ning Suurbritannias läbi viidud rahvastikupõhistes uuringutes on leitud, et kõrgem haridustase on viljatuse riskitegur (28, 29). Üllatuslikult on aga käesoleva töö raames ilmnenud, et Eestis olid tulemused vastupidised. Kesk- ja kõrgharidusega naistel oli oluliselt väiksem šanss viljatuse esinemiseks võrreldes põhi- või madalama haridusega naistega. Käesolev töö ei võimaldanud vastata küsimusele, millest see tuleneb, aga on võimalik, et kõrgem haridustase viitab paremale tervisekäitumisele.

Võrreldes hea tervisega naistega, oli ei hea ega halva või halvema tervise enesehinnanguga naistel 1,4 korda suurem šanss viljatuse esinemiseks. Selle uuringu põhjal ei olnud võimalik hinnata, kas tervis oli hinnatud halvaks viljatuse tõttu või vastupidi. Viljatuse mõju naiste vaimsele tervisele kinnitasid aga mitmed uuringud (25, 46).

Sageli end alkoholist purju joonud naiste šanss viljatuse esinemiseks oli 2,6 korda suurem kui naistel, kes ei olnud end kunagi enese üle kontrolli kaotamiseni purju joonud. Kuigi alkoholi tarvitamise mõju on erinevates uuringutes viljatusega seoses jäänud vastuoluliseks (30) või pigem statistiliselt mitteoluliseks (48), toetas käesolev töö siiski seose

esinemist alkoholi tarvitamise ja viljatuse vahel. Suitsetavate naiste šanss oli 1,4 korda suurem kui viimase 12 kuu jooksul mitte suitsetanud naiste hulgas. Suitsetamine, ka passiivne suitsetamine, on tõestatud riskitegur, mis pikendab rasestumise aega ning suurendab võimalusi emakaväliseks raseduseks (30).

Narkootikumide tarvitamisel viljatusega statistiliselt olulist seost ei ilmnenud. Ka teiste riikide uuringutes, mis viljatuse tegureid käsitlevad, pole välja toodud narkootikumide riski. 2014. aastal oli Eesti Euroopas esimesel kohal üleannustest tingitud suremusega (113 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) (49), seega probleem ühiskonnas on märgatav. Siiski on võimalik, et kuna narkootikumide tarvitajate hulk meie valimis oli väike, ei avaldunud probleemi olulisus viljatuse vaatepunktist. Samuti käsitleti selles töös narkootikumide tarvitamist kaheväärtuselisena – kas oldi tarvitanud või ei. Võimalik, et kui võetaks arvesse narkootikumide tarvitamise sagedust, ilmneks seos viljakusega erinevalt.

Uuringust nähtub, et klamüdioosi ja gonorröad põdenud naistel on šanss viljatuseks 1,5 korda suurem kui nendel naistel, kes neid haigusi põdenud ei ole. 2004. ja 2014. aasta andmete põhjal ei ole STLI levimus Eestis vähenenud. Samas näiteks sugulisel teel levivad klamüüdiahaigused on Eestis 15–44-aastaste hulgas alates aastast 2005 järjest vähenenud (50). Suurbritannia uuringust ilmnes, et ligikaudu 45% tubaarse viljatuse juhtudest on seotud klamüdioosi põdemisega (51). STLI ja viljakuse seos ilmnes ka Soomes läbi viidud rahvastikupõhises uuringus kus selgus, et klamüdioosi leviku vähenemisega vähenes ka tubaarse viljatuse levimus (28).

Rasvunudel ( $KMI \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ ) oli oluliselt suurem šanss viljatuse esinemiseks kui normaalkaalus naistel ( $KMI 18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$ ). Ehkki nii ala- kui ülekaalu ( $KMI < 18,5$  ja  $25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ ) seostatakse reproduktiivsüsteemi häiretega (30), ei erinenud statistiliselt oluliselt käesoleva töö analüüsis normaalkaaluliste ja ala- või ülekaaluliste viljatuse esinemise šanss.

Käesoleva töö tulemustest nähtus, et 2004. aastal oli viljatuse levimus 40,5% ning 2014. aastal 65,9%. Võrreldes kahe noorema vanuserühmaga, on üle 30-aastastel naistel statistiliselt oluliselt suurem šanss ravile pöörduda. Uuringus osalenud naiste kohta on vaid teada, kas nad olid või ei olnud viljatuseprobleemiga arsti vastuvõtule pöördunud, aga ei olnud teada nende vanus pöördumisel ega ka vanus viljatuseperioodi esinemisel. Võttes arvesse, et 2015. aastal oli esmasünnitajate keskmine vanus Eestis 29,6-aastat (46), siis arsti vastuvõtule pöördumise šanss suureneb alates 30ndatest eluaastatest. USA-s ravile pöördujate profiili uurides leiti, et keskmine vanus naiste seas, millal nad ravile pöördusid ning viljatuse diagnoosi said oli 35,1 aastat (48).

Perekonnaseis oli statistiliselt oluliselt seotud viljatuse tõttu arstile pöördumisega nii aastal 2004 kui 2014. Suurbritannias läbi viidud rahvastikupõhine uuring kinnitab, sarnaselt Eestile, kooselus elavate naiste suuremat pöördumist võrreldes naistega, kes ei ole püsisuhtes ning ei ela partneriga koos (29).

Maapiirkonnas elavate naiste šanss viljatuse tõttu ravile pöörduda oli 2004. aastal 2 korda väiksem kui ühes viiest Eesti suurimast linnast elavatel naistel. 2014. aastal oli olukord vastupidine – maapiirkondades elavatel naistel oli arstile pöördumise šanss 1,9 korda suurem võrreldes Tallinnas, Tartus, Pärnus, Kohtla-Järvel või Narvas elavate naistega. Seos osutus aga statistiliselt ebaoluliseks. Seose seletuseks võib ehk pidada valglinnastumist ning eestlaste suurenevat huvi kolida maale elama.

Mitte eesti keelt emakeelena rääkivate naiste šanss viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöörduda oli 2004. aastal 1,3 korda väiksem kui eesti keelt emakeelena rääkivate naiste seas, kuid see ei olnud statistiliselt oluline seos. Samuti ei olnud seos statistiliselt oluline 2014. aastal, kuid muud keelt emakeelena rääkivate naiste šanss oli 1,5 korda suurem kui eesti keelt emakeelena rääkivate naiste seas. Võib arvata, et 2014. aastal oli muukeelne info viljatusravi kohta kättesaadavam kui 2004. aastal.

2004. aastal oli vastavalt kohandamata mudelile kesk- ja kõrgharidusega naistel 5–6 korda suurem šanss pöörduda viljatuse tõttu ravile võrreldes põhiharidusega naistega. Seosed muutusid kohandatud mudelis ebaolulisteks. 2014. aastal oli olukord sarnane – pigem pöördusid ravile kesk- ja kõrgharidusega naised, kuid seos hariduse ja viljatuse tõttu arstile pöördumise vahel jäi statistiliselt ebaoluliseks. FINRISK 2002 uuringu põhjal oli Soome tulemus sarnane Eesti kahe uuringuaasta tulemusele (28). Viljatuse tõttu arstile pöördumist on uuritud ka Suurbritannias, kus seostati viljatusravile pöördumist tugevalt sotsiaalmajanduslike teguritega ning peeti seetõttu samuti pigem kõrgemalt haritud naistele omaseks (29).

Viljatuse tõttu arstile pöördumise ja majandusliku toimetuleku vahel (raskustega arvete maksmisel) ei leitud statistiliselt olulist seost. Kuna viljatusravi toetatakse riiklikult alates 2006. aastast (40), siis tõenäoliselt on see mõjutanud ravile pöördumist, ent käesolevas töös seose statistiline olulisus kadus pärast kohandamist, mis viitab tegurite koosmõjule.

Olgugi, et statistiliselt oluline oli tulemus vaid 2004. aastal, nähtub käesoleva uuringu tulemustest, et naised, kellel juba on vähemalt üks laps, pöörduvad viljatuse tõttu arstile vähem võrreldes naistega, kellel bioloogilisi lapsi ei ole. Ka varasemad uuringud toetavad bioloogiliste lasteta naiste arstile pöördumise tendentsi sarnaselt Eestile (12, 29).

Töö puuduseks võib pidada, et Eesti Naiste Terviseuuring on läbilõikeline küsitlusuuring, kus küsimustele vastamise täpsust ei ole võimalik kontrollida ning andmetes võib esineda alaja ülehinnanguid. Samuti ei saa seda tüüpi uuringuga analüüsida põhjuslikke seoseid.

Töö tugevuseks võib pidada valimi rahvastikupõhisust. Seni pole Eestis rahvastikupõhiselt andmeid kogutud, et viljatust ja viljatuse tõttu arsti vastuvõtule pöördumist hinnata. Võrdluse võimaldamiseks kasutati 2014. aastal valimi koostamisel sarnast meetodikat nagu 2004. aasta uuringus.

## 7. JÄRELDUSED

Käesoleva magistritöö tulemuste põhjal on võimalik teha järgmisi järeldusi:

- 1) Viljatust oli esinenud igal viiendal 20–44-aastasel naisel ning see ei olnud oluliselt muutunud kahe uuringuaasta võrdluses. Üle 35-aastaste hulgas oli viljatuse levimus mõnevõrra suurem 2014. aastal võrreldes 2004. aastaga, kuid statistiliselt olulist erinevust kahe uuringuaasta vahel ei esinenud üheski vanuserühmas.
- 2) Viljatuse esinemine oli oluliselt seotud vanuse, emakeele, hariduse, tervise enesehinnangu, rasvumise, STLI (klamüdioosi või gonorröa) põdemise, suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega. Viljatust esines rohkem vanematel naistel võrreldes 20–24-aastastega, muu emakeelega naistel võrreldes eesti emakeelega naistega, keskmise või halvema tervise enesehinnanguga naistel võrreldes hea või väga hea tervise enesehinnanguga naistega, rasvunud naistel võrreldes normaalkaalulistega, STLI põdenud naistel võrreldes nendega, kes ei ole põdenud, suitsetavatel naistel võrreldes mittedsuitsetajatega ning sageli kuni purjus olekuni alkoholi tarvitavatel naistel võrreldes mitte kunagi end purju joonud naistega. Seos haridusega oli vastupidine varasemates uuringutes leitud, selles töös osutus kesk- või kõrgharidus viljatuse kaitseteguriks, rohkem viljatust esines põhi- või madalama haridusega naistel. Ei leitud statistiliselt olulist seost narkootikumide tarvitamisega. Leitud seoste põhjal võib järeldada, et tuleks tähelepanu pöörata viljatusega seotud riskikäitumisele.
- 3) Viljatuse tõttu arstile pöördunud oli 2014. aastal oluliselt rohkem kui 2004. aastal – 66% vs 41%. Kõigis vanuserühmades oli viljatuse tõttu arstile pöördunute osakaal kasvanud, üle 30-aastaste hulgas oli erinevus kahel uuringuaastal ka statistiliselt oluline. Kuna viljatusravi kättesaadavus on 10 aastaga märkimisväärselt paranenud, siis otsitakse abi sõltumata vanusest jm sotsiaaldemograafilistest ning -majanduslikest näitajatest. Kuna 2014. aastal kompenseeris kuni 40-aastaste naiste viljatuse ravi Eesti Haigekassa ja 2004. aastal haigekassapoolset kompensatsiooni ei olnud, siis see võib vähemalt osaliselt seletada 1,6-kordset kasvu ning võime järeldada, et viljatusravi toetamine on oluline ja tõenäoliselt suurendab teenuste võrdset kättesaadavust.
- 4) Viljatuse tõttu arstile pöördumine oli 2004. aastal oluliselt seotud vanuse, perekonnaseisu ja bioloogiliste laste omamisega, 2014. aastal aga ainult perekonnaseisuga. Mõlemal uuringuaastal oli kooselus naiste hulgas oluliselt rohkem viljatuse tõttu arstile pöördujaid võrreldes nendega, kes ei olnud kooselus.

## 8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. WHO. Reproductive health. [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)
2. Letherby G. Childless and bereft?: Stereotypes and realities in relation to “voluntary” and “involuntary” childlessness and womanhood. *Sociol Inq.* 2002;72(1):7–20.
3. Maarja Kangro: oma jama – teistsugune vaade emadusele - Arvamus. Postimees 09. mai 2016 <http://arvamus.postimees.ee/3686545/maarja-kangro-oma-jama-teistsugune-vaade-emadusele>
4. Kangro M. Klaaslaps. Tallinn:Nähtamatu ahv; 2016.
5. Part K, Laanpere M, Rahu K, Haldre K, Rahu M, Karro H. Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uurimisaruanne. 2007.
6. Lippus H, Laanpere M, Part K, Ringmets I, Rahu M, Haldre K, Allvee K, Karro H. Eesti Naiste Tervis 2014: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. 2015.
7. Fertility Europe. Fertility Matters. [http://maia-asso.org/doc/FertilityMatters\\_FertilityEurope.pdf](http://maia-asso.org/doc/FertilityMatters_FertilityEurope.pdf)
8. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2986–94.
9. Schmidt L. Psychosocial Consequences of Infertility and Treatment. In: *Reproductive Endocrinology and Infertility*. New York, NY: Springer New York; 2010 p. 93–100.
10. Haller-Kikkatalo K, Sarapik A. Autoimmuunsus ja naise viljatus I. Soodumus autoimmuunsete reaktsioonide tekkeks. *Eesti Arst.* 2009;88(1):14–9.
11. Aive Kalinina KM. Autoantikehade osa naiseviljatuse tekkes. *Eesti Arst* 2003; 82(3):172–6.
12. White L, McQuillan J, Greil AL. Explaining disparities in treatment seeking: The case of infertility. *Fertil Steril.* 2006;85(4):853–7.
13. WHO. Infertility definitions and terminology. WHO. 2016 <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
14. Larsen U. Research on infertility: Which definition should we use? *Fertil Steril.* 2005;83(4):846–52.
15. Gurunath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility-a systematic review of prevalence studies. *Hum Reprod Update.* 2011;17(5):575–88.
16. Rutstein SO, Shah IH. Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. DHS

Comparative Reports 9. DHS Comp Reports. 2004;9:13–50.

17. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506–12.
18. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys.
19. Spira A. Epidemiology of human reproduction. *Hum Reprod.* 1986;1(2):111–5.
20. Varb K, Mikelsaar R, Lissitsina J. Abielupaaride infertiilsuse tsütogeneetilised põhjused. *Eesti Arst.* 2004;83(1):1–15.
21. CDC. Infertility. Reproductive Health. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/>
22. Gossett DR, Bhatt S, Bailey SC, Nayak S. What Do Healthy Women Know About the Consequences of Delayed Childbearing? *J Health Commun.* 2013;18:118–28.
23. Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod.* 2004;19(7):1548–53.
24. Van Roode T, Dickson NP, Righarts AA, Gillett WR. Cumulative incidence of infertility in a New Zealand birth cohort to age 38 by sex and the relationship with family formation. *Fertil Steril.* 2014;103(4):1053–8.
25. Hassan MAM, Killick SR. Effect of male age on fertility: Evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertil Steril.* 2003;79(3):1520–7.
26. Ausmees K. Reproductive function in middle-aged males: Associations with prostate, lifestyle and couple infertility status [doktoritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli arstiteaduskond; 2014.
27. Auger J, Kunstmann JM, Czyglik F, Jouannet P. Decline in Semen Quality among Fertile Men in Paris during the Past 20 Years. *N Engl J Med.* 1995;332(5):281–5.
28. Terävä AN, Gissler M, Hemminki E, Luoto R. Infertility and the use of infertility treatments in Finland: Prevalence and socio-demographic determinants 1992-2004. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;136(1):61–6.
29. Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Hum Reprod.* 2016;31(9):2108–18.2016;31(9):2108–18.
30. Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The changing prevalence of infertility. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;123(2):4–8.
31. Nguyen RHN, Wilcox AJ, Skjærven R, Baird DD. Men's body mass index and infertility. *Hum Reprod.* 2007;22(9):2488–93.

32. Brookings C, Goldmeier D, Sadeghi-Nejad H. Sexually transmitted infections and sexual function in relation to male fertility. *Korean J Urol.* 2013;54(3):149–56.
33. Mostafa T. Cigarette smoking and male infertility. Vol. 1, *Journal of Advanced Research.* 2010. p. 179–86.
34. Mechanic D. *Medical Sociology.* Vol. 15, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* 2001. p. 9530-34.
35. Malin M, Hemminki E, Raikkonen O, Sihvo S, Perala ML. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Soc Sci Med.* 2001;53(1):123–33.
36. Jain T, Hornstein MD. Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. *Fertil Steril.* 2005;84(1):221–3.
37. Keizer R, Ivanova K. (2015) What's a (Childless) Man Without a Woman? In: Kreyenfeld M, Konietzka D, eds. *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences.* 1st ed. Rostock: Springer; 2017. p. 313–30.
38. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull.* 2006;53:390–417.
39. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu, 29.12.2016. RT I 2016, 13,157.
40. Eesti Sotsiaalministeerium. Viljatusravi toetamise rakenduskava 2007-2010. Tallinn; 2007. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/145/1/ViljatusraviArengukavaAruanne2007.pdf>
41. Eesti Haigekassa. Kunstliku viljastamisega seotud ravimihüvitus. <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/rahalised-huvitised/kunstliku-viljastamisega-seotud-ravimihuvitis>
42. Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa lepingupartnerid 2017. <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingu>
43. Tonsiver T, Ehrenberg A, Ringmets I, Lepik K, Saare K, Kiiwet R-A. Kehaväline viljastamine Eestis: efektiivsus ja kulud. *Eesti Arst.* 2014;93(3):143–50.
44. Tervise Arengu Instituut. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992-2015. 2016 [https://intra.tai.ee//images/prints/documents/148111070862\\_Kogumik 2016 \(EMSR 1992-2015, AR 1996-2015\).pdf](https://intra.tai.ee//images/prints/documents/148111070862_Kogumik%202016%20(EMSR%201992-2015,%20AR%201996-2015).pdf)
45. Tervise Arengu Instituut. Diagnostika ja ravimenetlused. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Tervishoiuteenused/04Diagnostika/04Diagnostika.asp>
46. A policy audit on fertility. Analysis of 9 EU Countries. 2017. ESHRE.

47. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod.* 2009 Nov 1;24(11):2810–20.
48. Farland LV, Collier ARY, Correia KF, Grodstein F, Chavarro JE, Rich-Edwards J, et al. Who receives a medical evaluation for infertility in the United States? *Fertil Steril.* 2016;105(5):1274–80.
49. Euroopa uimastiprobleemide aruanne. Suundumused ja arengud 2016.  
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ETN.pdf>
50. Tervise Arengu Instituut. Valitud nakkushaiguste registreeritud juhtude arv ja kordaja 100 000 elaniku kohta soo ja vanuserühma järgi.  
[http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus\\_\\_02Nakkushaigused/NH02.px/?rxid=758f3f12-9be8-4a07-9378-062a97aa74c8](http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus__02Nakkushaigused/NH02.px/?rxid=758f3f12-9be8-4a07-9378-062a97aa74c8)
51. Price MJ, Ades A, Welton NJ, Macleod J, Turner K, Simms I, et al. How Much Tubal Factor Infertility Is Caused by Chlamydia? Estimates Based on Serological Evidence Corrected for Sensitivity and Specificity. *Sex Transm Dis.* 2012;39(8):608–13.

## SUMMARY

### **The prevalence of infertility and help-seeking, factors associated with it in Estonia in 2004 and 2014**

The aims of the master's thesis were to describe the prevalence of female infertility and help-seeking, to analyse how are the socioeconomic factors, health-related factors and risk behaviour factors associated with infertility and help-seeking among Estonian 20–44-years old women.

This study was based on the population-based cross-sectional Estonian Women's Health Surveys in 2004 and 2014. The data of 3307 women aged 20–44 who have had a sexual intercourse and had no missing values for the questions about infertility were analysed, 2054 women from year 2004 and 1253 women from year 2014. Weighted prevalence and 95% confidence interval (95% CI) of infertility and help-seeking were calculated. Logistic regression analysis was used to assess associations between infertility or help-seeking and selected factors. Odds ratios (OR) and adjusted OR (AOR) were presented with 95% CI.

The prevalence of infertility has not changed significantly over a decade. In 2004, the prevalence of infertility was 19,3% (95% CI 17,5–21,1) and in 2014 20,2% (95% CI 17,9–22,5). Infertility was statistically significantly associated with age, mother language, education, self-rated health, smoking, consuming alcohol, sexually transmitted diseases and body mass index. The odds for infertility were significantly higher for older women, for those who spoke other language than Estonian as mother tongue, for women with lower education, for women who estimated their health as average or worse, for obese women, for women who had experienced sexually transmitted diseases, for women who smoked and for women who consumed often alcohol until being drunk.

The prevalence of help-seeking because of infertility was 40,5% (95% CI 35,3–45,7) in 2004 and 65,9% (95% CI 59,7–72,1) in 2014. The odds to seek help were significantly higher for older women, for cohabiting women, for those who had not yet had a biological child in 2004. In 2014, the odds to seek help were significantly higher only for cohabiting women.

## **TÄNUAVALDUS**

Täna väga oma juhendajaid Helle Karrot ja Inge Ringmetsa pühendatud aja ning põhjalike kommentaaride ja nõuannete eest magistritöö koostamisel.

Olen tänulik oma perele ja sõpradele toetuse, mõistmise ning julgustamise eest.

## CURRICULUM VITAE

Ees- ja perekonnanimi: Liis Sildnik

Sünniaeg: 26.04.1989

E-mail: liis.sildnik@gmail.com

### Haridus:

- 2015–... Tartu Ülikool, magistriõpe, rahvatervishoid
- 2010–2015 Tartu Ülikool, BA, sotsioloogia, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika
- 2008–2009 Tallinna Ülikool, bakalaureuseõpe, riigiteadused
- 2005–2008 Noarootsi Gümnaasium, keskharidus

### Keelteoskus:

- Eesti keel– emakeel
- Inglise keel– suurepärane nii kirjas kui kõnes
- Rootsi keel– suurepärane nii kirjas kui kõnes

Kuupäev: 30.05.2017

## LISAD

### Lisa 1. Töös kasutatud küsimused 2004. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust

64. Kas Teil on olnud elus perioode, mil Te olete üritanud rasestuda, kuid see pole regulaarse suguelu korral õnnestunud ühe aasta jooksul?

1 jah

2 ei (siirduge 66b. küsimuse juurde)

65. Kas Teid on uuritud ja/või ravitud võimaliku viljatuse suhtes?

1 jah, viimati aastal \_\_\_\_\_

2 ei (siirduge 66. küsimuse juurde)

1. Mis aastal Te olete sündinud ? 19 \_\_\_\_\_

2. Praegusel hetkel olete (võib valida mitu vastust):

1 abielus

2 vabaabielus

3 lahutatud

4 elate eraldi

5 lesk

6 üksik

5. Teie emakeel: \_\_\_\_\_

7a. Kus Te elate?

1 Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve või Narva

2 väikelinn või asula

3 maapiirkond

9. Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?

1 põhiharidus või vähem

2 keskharidus

3 keskeriharidus

4 rakenduslik kõrgharidus

5 ülikooliharidus

6 teaduskraad

16. Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, kütte jne):

1 alati

2 sageli

3 mõnikord

4 harva

5 mitte kunagi

40. Mitu korda Te olete olnud rase (kirjutage 0, kui Te ei ole rase olnud)? \_\_\_\_\_

68. Kas Teil on esinenud järgmisi suguteede haigusi (palun vastake igale küsimusele ja tõmmake õige vastuse numbrile ring ümber)?

	<i>jah</i>	<i>ei</i>	<i>ei tea</i>
1 suguelundite herpes	1	3	2
2 kondüloomid/ papilloomiviirus	1	3	2
3 klamüdioos	1	3	2
5 gonorröa e. tripper	1	3	2
6 süüfilis	1	3	2
7 HIV/AIDS	1	3	2
8 trihhomonoos	1	3	2

94. Kuidas Te hindate praegu oma tervist?

- 1 väga hea
- 2 hea
- 3 ei hea ega halb
- 4 halb
- 5 väga halb

97. Kui pikk Te olete? \_\_\_\_\_ cm

98. Kui palju Te kaalute (mitterasedana)? \_\_\_\_\_ kg

104. Kas Te olete suitsetanud vähemalt 1 sigareti, sigari või piibutäie päevas ühe aasta jooksul?

- 1 ei ole
- 2 varem, kuid mitte praegu
- 3 suitsetan igapäevaselt
- 4 suitsetan periooditi

105. Kui sageli Te joote ennast alkoholist purju?

- 1 iga päev
- 2 paar korda nädalas
- 3 kord nädalas
- 4 paar korda kuus
- 5 kord kuus
- 6 kord kahe kuu tagant
- 7 3–4 korda aastas
- 8 kord aastas või veelgi harvem
- 9 mitte kunagi

106. Kas Te olete kunagi kasutanud narkootilisi aineid või narkootikume?

- 1 ei
- 2 jah, süstitavaid
- 3 jah, muul moel manustatavaid

## Lisa 2. Töös kasutatud küsimused 2014. aasta Eesti Naiste Terviseuuringust

67. Kas Teil on olnud elus perioode, mil Te olete soovinud rasestuda, kuid see pole regulaarse seksuaalelu korral õnnestunud ühe aasta (12 kuu) jooksul?

1 jah

2 ei (palun siirduge 77. küsimuse juurde)

69. Kas Te olete viljatuse tõttu pöördunud arsti vastuvõtule?

1 jah (palun siirduge 71. küsimuse juurde)

2 ei

1. Teie vanus \_\_\_\_\_ aastat

2. Milline on Teie perekonnaseis?

1 abielus

2 vabas kooselus

3 lahutatud

4 eraldi elav (abielus, kuid ei ela koos)

5 lesk

6 vallaline

3. Milline on Teie emakeel?

1 eesti

2 vene

3 muu (palun kirjutage) \_\_\_\_\_

5. Kus Te elate?

1 Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva

2 muu linn või linnaline asula

3 maa-asula (maapiirkond)

6. Milline on Teie lõpetatud kõrgeim haridustase?

1 põhiharidus või vähem

2 keskharidus, kutsekeskharidus (keskeriharidus)

3 rakenduslik kõrgharidus

4 kõrgharidus (bakalaureusekraad)

5 teaduskraad (magistri- või doktorikraad)

12. Kas Teil on raskusi arvete maksmisega (majapidamiskulud, elekter, küte, telefon, laen, liising jne)?

1 alati

2 sageli

3 mõnikord

4 harva

5 mitte kunagi

48. Kas Teil on olnud varasemalt rasedusi?

1 jah (märkige arv) \_\_\_\_\_

2 ei (palun siirduge 53. küsimuse juurde)

49. Millega need rasedused lõppesid?

Sünnitusega

1 jah (märkige arv) \_\_\_\_\_

2 ei

Iseenesliku raseduse katkemisega

1 jah (märkige arv) \_\_\_\_\_

2 ei

Abordiga (raseduse katkestamisega)

1jah (märkige arv) \_\_\_\_\_

2 ei

Emakavälise rasedusega

1 jah (märkige arv) \_\_\_\_\_

2 ei

98. Kui pikk Te olete? \_\_\_\_\_ cm

99. Kui palju Te kaalute (mitterasedana)? \_\_\_\_\_ kg

101. Kuidas Te hindate praegu oma tervist?

1 väga hea

2 hea

3 ei hea ega halb

4 halb

5 väga halb

106. Kas Te olete suitsetanud viimase aasta (12 kuu) jooksul vähemalt ühe sigareti, e-sigareti, sigari või piibutäie päevas?

1 ei ole

2 ei ole, kuid olen varem suitsetanud

3 jah, suitsetan iga päev

4 jah, suitsetan aeg-ajalt

107. Kui sageli Te olete joonud end alkoholist purju viimase aasta (12 kuu) jooksul (nii, et kaotate kontrolli enda üle)?

1 iga päev

2 paar korda nädalas

3 kord nädalas

4 paar korda kuus

5 kord kuus

6 kord kahe kuu tagant

7 3–4 korda aastas

8 1–2 korda aastas või veelgi harvem  
9 mitte kunagi

108. Kas Te olete kunagi kasutanud narkootilisi aineid (narkootikume)?

1 ei  
2 jah, ühel korral  
3 jah, mõnel korral  
4 jah, sageli

109. Kas Teil on kunagi olnud järgmisi haigusi? Palun vastake igale küsimusele tõmmates sobiva vastuse numbrile ring ümber.

	<i>ei</i>	<i>jah</i>	<i>ei tea/ei ole testinud</i>
suguelundite herpes	1	2	3
kondüloomid suguelunditel	1	2	3
klamüdioos	1	2	3
gonorröa e. tripper	1	2	3
süüfilis	1	2	3
HIV/AIDS	1	2	3
trihhomonias	1	2	3

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, LIIS SILDNIK (sünd. 26.04.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose "Viljatus ja viljatuse tõttu arstile pöördumine ning sellega seotud tegurid Eestis aastatel 2004 ja 2014", mille juhendajad on Helle Karro ja Inge Ringmets,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 30. mai 2017