

**Tartu Tervishoiu Kõrgkool**  
**Tervisekaitse spetsialisti õppekava**

**Marge Laan**

**SUUKAUDSETE HORMONAALSETE RASESTUMISVASTASTE VAHENDITE  
KASUTAMINE JA TEADLIKKUS NENDE MÕJUST KAHE KÕRGKOOLI  
NAISTUDENGITE PÕHJAL**

**Lõputöö**

**Juhendaja:** Inga Ploomipuu, MSc,  
Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud

**Tartu 2014**

Käesoleva diplomitöö on autor koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite, kirjandusallikate ja muudest allikatest pärinevad andmed on nõuetekohaselt viidatud.

Diplomitöö autori allkiri:.....

Kuupäev “ .....” ..... 20.....a.

Otsus kaitsmisele lubamise kohta

.....  
.....

Juhendaja(d):.....

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

/allkiri/

Kuupäev “ .....” ..... 20.....a.

## KOKKUVÕTE

Käesoleva uuringu eesmärk oli selgitada suukaudsete kontratseptiivide kasutamist naistudengite seas ja kasutajate teadlikkust nende mõjust/kõrvaltoimetest. Tegemist on empiirilise uuringuga, milles osales 282 naistudengit kahest Tartu linna kõrgkoolist.

Hormonaalsed suukaudsed kontratseptiivid (pillid) on nii Eestis kui ka maailmas ühed kõige enim kasutatavad rasestumisvastased vahendid. Nende kasutajate arv tõuseb pidevalt eelkõige pakutava usaldusväärsuse ja kasutamismugavuse tõttu. Samuti on pillid väga laialdaselt kasutusel tervisega seotud pakutavate hüvede, sh. menstruatsiooni vaeguste vähendamise ja tsükli reguleerimise, nahaprobleemide leevendamise pärast. Nagu igal teiselgi ravimil, esinevad ka oraalsetel kontratseptiividel kõrvalmõjusid ja vastunäidustusi. Kõrvalmõjud ilmnevad eriti hästi just pillide puhul suure kasutajatehulga tõttu. On oluline teavitada naisi pillidega kaasnevatest ohtudest mitte ainult arsti/spetsialisti vahendusel vaid ka igapäevaelus, et võimalikult paljud kasutajad neid ohte tajuksid ja võimalusel ennetaksid.

Uurimustulemustest selgus, et mingil eluperioodil on pille rasestumisvastase vahendina kasutanud ligi kolmandik uuritavatest. Selgus, et kõige rohkem otsitakse/leitakse infot rasestumisvastaste vahendite kohta internetist ja sõpradelt. Ligi pooled pillide kasutajatest on tarbimise lõpetanud eelkõige tekkinud kõrvalmõjude tõttu. Seksuaalsel teel levivate haiguste ärahoidmise efektiivseid meetodeid oskasid nimetada peaaegu kõik vastanud.

Võtmesõnad: oraalne kontratseptiiv, rasestumisvastased vahendid, hormonaalsed rasestumisvastased vahendid, kontratseptiivi efektiivsus, kõrvalmõjud.

## **ABSTRACT**

The aim of present study was to clarify the use of oral contraceptives among female students, and users' awareness of their impact/side effects. This is an empirical study involving 282 female students from two colleges in Tartu City.

Hormonal oral contraceptives (the pill) are one of the most widely used contraceptives in Estonia as well as in the world. The number of users increases continuously primarily due to provided easy handling and reliability. Also, the pills are very widely used because of the health-related benefits, including reduction of menstrual disorders and cycle regulation, alleviation of skin problems. Like every other pharmaceuticals, oral contraceptives have multiple side effects and contraindications. It is important to inform women about the dangers of the pill not only by a doctor/specialist, but in everyday life as well. This would help a majority of the users to get a sense of these hazards and if possible prevent them.

The study results showed that nearly one-third of subjects had used the pills as birth control method at some point in their lives. It was also found that women mostly searched information about contraception from friends and the internet. Nearly half of pill users have stopped consumption due to occurred side effects. Almost all of the respondents were able to mention effective methods to prevent sexually transmitted diseases.

**Keywords:** oral contraceptive, birth control methods, hormonal contraceptives, contraceptive efficiency, side effects.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE .....	3
ABSTRACT .....	4
SISUKORD .....	5
SISSEJUHATUS .....	6
1. ÜLEVAADE RASESTUMISVASTASTEST VAHENDITEST .....	8
1.1. Rasestumisvastaste vahendite tüübid ja nende efektiivsus .....	9
1.1.1. Oraalsed hormonaalsed kontratseptiivid .....	9
1.1.2. Muud rasestumisvastased vahendid .....	12
2. RASESTUMISVASTASTE VAHENDITE KASUTAMINE .....	16
2.1. Oraalsete kontratseptiivide kasutamisel esinevate rasestumiste põhjused .....	18
3. INFO SAAMINE RASESTUMISVASTASTE VAHENDITE KOHTA .....	19
3.1. Infoallikad rasestumisvastaste vahendite kohta .....	19
3.2. Müüdid raseduse ärahoidmise ja RVV-te kasutamise kohta .....	20
4. UURIMISTÖÖ METOODIKA .....	22
4.1. Uurimistöö valim .....	22
4.2. Uurimistöö metoodika ja andmete kogumine .....	22
4.3. Uurimistulemused .....	23
5. ARUTELU .....	32
6. JÄRELDUSED .....	36

## ALLIKALOEND

### LISAD

Lisa 1. Ankeet

Lisa 2. Tabel 1

## SISSEJUHATUS

Inimesed on väga erinevad, seetõttu on ka nõudmised rasestumisvastastele vahenditele väga varieeruvad. Ideaalne rasestumisvastane vahend võiks olla 100% efektiivne, kerge meeles pidada (lihtne protseduur), mugav, kergelt taastatav (meetodi peatamiseks pole vaja abi), ohutu (ilma kõrvalnähtudeta – ohtlikud või lihtsalt ebameeldivad). Reaalsuses aga sellist vahendit ei eksisteeri, kuna erinevate meetoditega käivad kaasas omad eelised ja puudused (Guillebaud 2004).

Oraalsete kontratseptiivide (OK) mõju ja nendega kaasnevad ohud on viimaselt ajal meedia vahendusel väga aktuaalseks arutlusteemaks muutunud. Tekkinud on küsimusi, kas rasestumisvastased tabletid on ikka nii ohutud ja turvalised. Oraalne kontratseptiiv lubati turule 1960. aastal Ameerika Ühendriikide Toidu- ja Raviameti (*U.S. Food and Drug Administration, FDA*) poolt, sellest ajast alates on just see rasestumisvastane vahend populaarsust kogunud oma kasutamismugavuse ja efektiivsuse tõttu (Junod ja Marks 2002). Viimastel aastatel on pillid hakanud sisaldama vähem hormone, mille tulemuseks on vähem kõrvalmõjusid (Dominguez 2011). Kuid siiski käivad kontratseptiivsete tablettidega kaasas ka mõned terviseriskid. Õige kasutamise korral on oraalsed kontratseptiivid küll efektiivsed rasestumise vastu, kuid ei kaitse naist suguhaiguste eest (Estrogen ... 2012).

Uurimistöö eesmärk on selgitada suukaudsete kontratseptiivide kasutamist naisüliõpilaste seas ja kasutajate teadlikkust nende mõjust/kõrvaltoimetest.

Sellest eesmärgist lähtuvalt on koostatud ülesanded:

- selgitada suukaudsete rasestumisvastaste vahendite kasutamist naisüliõpilaste hulgas
- kirjeldada suukaudsete rasestumisvastaste vahendite kasutamise ja mittekasutamise põhjuseid
- kirjeldada rasestumisvastaste vahendite kohta käiva info kättesaadavust naistele
- selgitada naisüliõpilaste teadlikkust suukaudsete kontratseptiivide mõjust/kõrvaltoimetest

## **Lühendid ja mõisted**

Düsmenorröa - menstruaatsioonide valulikkus

EE - etinüülöstradiol (sünteetiline östrogeen)

KHK - kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon, so pill, plaaster, tuperõngas

KHK-vaba periood - periood, mil katkestatakse KHK kasutamine ja tekib menstruaatsioonitaoline veritsus (enamasti igal neljandal nädalal)

LNG - levonorgestreel (sünteetiline progestageen e. gestageen e. progestiin)

ME - mestranool (sünteetiline östrogeen)

OK – oraalne kontratseptiiv, suukaudselt manustatav rasestumisvastane vahend

Postkoitaalne kontratseptsioon - seksuaalvahekorra järgselt kasutatavad rasestumisvastased meetodid

RVM – rasestumisvastane meetod

RVV - rasestumisvastane vahend

Seborröa – rohke rasueritus

STLI - seksuaalsel teel levivad infektsioonid

Talidomiid – rasedatele mõeldud hommikuse iivelduse ravim, mis põhjustas lastel sünnidefekte (ravimit müüdi 1950.ndatel aastatel)

Topeltmeetod – kahe efektiivse rasestumisvastase meetodi (nt pill, plaaster, tuperõngas jt hormonaalsed meetodid, samuti emakasisene vahend ja süsteem) koos kasutamine

Trombofiilia - kaasasündinud või omandatud häire, mille korral on tõusnud risk VTE tekkeks

VTE - venoosne trombemboolia

## 1. ÜLEVAADE RASESTUMISVASTASTEST VAHENDITEST

Viimase 50 aasta jooksul on rasestumisvastaseid vahendeid pidevalt arendatud, alates esimesest suukaudsest hormonaalsest kontratseptiivist kuni rasestumisvastase vaginaalse rõngani ja transdermaalse plaastrini (Sitruk-Ware jt 2012). Enovid 10 mg (9.85 mg noretinodreel ja 150 µg mestranool) turustati esmakordselt 1957. aastal kui günekoloogiliste häirete ravim. Juba sel ajal oli teadlaste seas teada ravimi kontratseptiivne toime. Peale 1961. aastat hakkasid ilmuma raportid, et see preparaat võib tekitada tõsiseid, kuid harvaesinevaid, trombootilisi komplikatsioone (trombe), mis oli tingitud kõrgest hormoonisisaldusest pillides. Selleks ajaks oli preparaati kasutanud juba enam kui miljon naist (Junod ja Marks 2002). Esimese pilli preparaat tuli turule USA-s 1960. Aastal - Enovid 5mg. Oraalne kontratseptsioon ei olnud Ameerika Ühendriikides kohe kõigile kättesaadav, 10 aasta möödudes said ka mitte-abielus naised pille kasutama hakata. Euroopasse jõudis esimene hormonaalne rasestumisvastane preparaat 1961. aastal – Anovlar (Dhont 2010, Rabe jt 2011).

40 aastat peale seda kui oraalsed kontratseptiivid võeti kasutusele lääneriikides, lubati madaladoosilised pillid kasutusele võtta ka Jaapanis. Sealne ministeerium plaanis küll juba 1965. aastal heaks kiita kõrgedoosilise suukaudse hormonaalse kontratseptiivi, kuid loobus sellest põhjendades, et pillid toovad kaasa kõlvatuse ja samuti oli hirm kahjulike kõrvalmõjude ees pärast talidomiidi laialdasele kasutamisele järgnenud kõrvalmõjude ilmumist. Põhjuseks toodi veel potentsiaalne seos pillide kasutamise ja sugulisel teel levivate infektsioonide vahel (STLI) ja keskkonnasaaste hormoonjääkidega OK-de kasutajate uriinist (Kihara jt 2001).

Esialgse pilli ja praeguste hormonaalsete kontratseptiivide vahel on tohutu erinevus. Ennekõike iseloomustab seda arengut hormonaalsete annuste vähendamine, uute progestageenide kasutuselevõtt, erinevate östrogeen-progestageen manustamisskeemide väljatöötamine ja varieeruvate manustamisviiside arendamine. Need uuendused olid ajendatud nii konkurentsist erinevate ravimifirmade vahel, kui ka soovist vähendada kõrvalmõjusid. Samuti arenenud teadmistega hormoonmehhanismidest ja tehnika arenguga oli võimalik jälgida, milliseid endokriinseid ja metaboolseid mõjusid OK-d esile toovad (Dhont 2010).



## 1.1. Rasestumisvastaste vahendite tüübid ja nende efektiivsus

Pearli indeks on kõige levinum tehnika rasestumisvastaste meetodite efektiivsuse hindamisel kliinilistes uuringutes. Mida suurem on indeks, seda väiksem on meetodi efektiivsus ja seda suurem võimalus on selle meetodi kasutamisel soovimatult rasestuda. Indeksi määrab planeerimata rasestumiste hulk võrreldes 100 naiseaastaga. Kui näiteks 100 naist kasutavad aasta jooksul ühte meetodit ja 3 neist jääb rasedaks seda meetodit kasutades, siis Pearli indeks on 3. Lisas 2 antud ülevaate (Tabel 1) hinnangud põhinevad mitmetel uuringutel, olenevalt uuringumeetoditest võivad Pearli indeksid varieeruda (WHO 2010). Pearli indeksi arvestamisel näitavad USA-s läbi viidud uuringud tihti kõrgemaid OK-de eksimusmäärasid kui Euroopas tehtud uuringud. Dinger jt (2011) uuringu järgi on selle põhjuseks suurem rasvumine, puudulik preparaadi tarbimine ja vähene arsti raviplaanidest kinnipidamine.

Vahendi efektiivsuse hindamisel eristatakse täiuslikku ja tüüpilist kasutamist. **Täiuslik kasutamine** – meetodi enda efektiivsus ideaalsetes oludes (nt. pillide korrektne manustamine, kuid sellest hoolimata rasestumine). **Tüüpiline kasutamine** – inimese käitumisega seotud asjaolud, mis võivad meetodi efektiivsust vähendada (nt. pilli unustamine või kondoomi ebaõige kasutamine, mis viib rasestumiseni) (Rudd ja Crosby 2010).

### 1.1.1. Oraalsed hormonaalsed kontratseptiivid

Hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid on mitmesuguseid ja nad on erinevate hormoonisisaldustega. Plaastrit, tuperõngast ja pille nimetatakse kombineeritud hormonaalseteks kontratseptiivideks (KHK) ja nad sisaldavad väikes koguses sünteetilisi naissuguhormoone - östrogeeni ja gestageeni (tuntud ka kui progestageen e. progestiin). Kõik kolm meetodit toimivad sarnasel põhimõttel, kuid manustamisviis on erinev. Maksimaalse efektiivsuse tagavad need ainult õige kasutamise korral (Rasestumisvastased meetodid i.a). Raseduse hoiab ära mitme KHK-i faktori koostoime: progestageeni mõjul hakkab keha pärssima munaraku küpsemise ja ovulatsiooni teket; spermatoosidile muutub emakakaela lima paksuks ja läbimatuks; emaka limaskest hoitakse õhukesena, et viljastatud munarakk ei saaks sinna kinnituda (Estrogen and ... 2012). Kui esimeste OK-de östrogeeni sisaldus oli väga kõrge ja kujutasid suurt ohtu tervisele, siis arendustöö käigus on suudetud viia

etinüülöstradioli doos pillides 15 µg-ni. Sellest tulenevalt ei ole efektiivsus langenud, kuna KHK-s tagab põhilise toime progestageen, östrogeeni ülesanne on peamiselt menstruaaltsükli kontroll (Laanpere jt 2012). 2009. aastal turustatud *Qlaira* on esimene OK, millest vabaneb östradioli, mis on samane naise kehas toodetava östrogeeniga (Faculty statement ... 2009). On leitud, et looduses esinevad östrogeen ja progestageen mõjutavad mõne vähitüübi arengut ja kasvu. Kuna rasestumisvastased pillid sisaldavad just neid sünteetilisi naishormoone, siis on teadlased huvitatud, kas esineb seos kontratseptiivide ja vähiriski vahel. Elanikkonna uuringud ei ole olnud järjepidevad. Kuid siiski on leitud, et pillide kasutamisega on vähenenud risk munasarja- ja emaka limaskestast vähi tekkeks. Rinna-, emakakaela- ja maksavähi risk on seevastu tõusnud (Burkman jt 2004).

Suukaudseid rasestumisvastaseid tablette on kahte sorti: pillid, mis sisaldavad erinevatel tasemetel nii östrogeeni kui ka progestageeni ja n-ö minipillid, mis sisaldavad ainult gestageeni. Viimased sobivad just naistele, kes ei saa või ei peaks manustama östrogeeni. Sinna gruppi kuuluvad naised, kes antud hetkel imetavad, üle 35-aastased suitsetajad, 4-6 nädalat peale sünnitust või need, kellel esineb kombineeritud pillidega tugevat migreeni või kõrgem vererõhk. Tablette manustatakse igapäevaselt, jätmata vahele tableti-vaba nädalat nagu kombineeritud pillidele ette nähtud (Zieman 2014). Pillide kasutamisel seostatakse iiveldust, väsimust, turseid, rindade suurenemist ja valulikkust ja emotsionaalsust enne menstruaaltsükli östrogeeni sisaldusega tablettides. Progestageeni sisaldavusega seotakse sellised kõrvalmõjud nagu tupekuivus, kaalutõus, depressioon, libiido langus ja üldine väsimus (Haldre ja Karro 2003).

Kombineeritud oraalsed kontratseptiivid võivad olla monofaasilised, mis tähendab, et östrogeeni ja progestageeni sisaldus kõigis tablettides on võrdne. Mitmefaasilistes tablettides võivad nende sünteetiliste hormoonide sisaldus või suhe varieeruda tsükli erinevates faasides. Eelkõige sobivad KOK-d noortele naistele, kuid tänu hormooniannuste vähendamisele sobivad veel kuni 40-45.aastastele tervetele mittedisruptiivsetele naistele (Ylikorkala ja Kauppila 2003). Südame-veresoonkonna haiguste oht kasvab naistel küll eaga, kuid läbiviidud uuringust järeldub, et suitsetamine OK-de kasutamise ajal suurendab seda ohtu veelgi. Pillidega seostatud suremus kuni 35-aastaste suitsetavate naiste seas on hinnanguliselt 1 juht 100 000 kasutaja kohta igal aastal. Antud näitaja on tunduvalt kõrgem (u. 1 juht 7000 kasutaja

kohta) pille kasutavate üle 35-aastaste naiste seas, kes suitsetavad (Farley jt 1998). Teaduslikult on uuritud oraalsete kontratseptiivide efektiivsuse ja antibiootikumide kasutamise seoseid. Näiteks rifampiin vähendab hormonaalsete kontratseptiivide toimeainete sisaldust veres ja mõjutab seeläbi nende efektiivsust. Selle tõttu soovitatakse antibiootikumikuuri ajal seksuaalvahekorras olles kasutada topelt kaitsemeetodeid (DeRossi ja Hersh 2002).

Hollandis läbiviidud uuringust selgus, et suukaudsed rasestumisvastased vahendid suurendavad venoosse tromboosi tekkeriski viiekordselt võrreldes mittekasutajatega (riskisuhe 5.0, 95% CI 4.2;5.8). Antud risk oli positiivselt seostatud just östrogeeni doosiga pillides (Vlieg jt 2009). Samuti suurendab geenimutatsioonidest põhjustatud pärilik trombofiilia hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite kasutajatel tromboosiriski, seda kõige enam just esimesel kasutusaastal, kui risk suureneb võrreldes järgnevate kasutusaastatega isegi 10 korda (Velthut jt 2008). Lisaks on venoosse trombemboolia (VTE) riskiteguriteks ülekaalulisus, hiljutine operatsioon, pikem lennureis, pindmiste veenide tromboos, rasedus ja vahetu sünnitusjärgne periood (Laanpere jt 2012).

Nassaralla jt (2011) uuringus leiti, et pärast OK-de kasutamise lõpetamist olid uuritud 70 naise menstruaaltsükli biomarkerid muutunud vähemalt kaheks kuuks peale pillide kasutamise lõppu võrreldes kontrollgrupiga (n=70) ja see tulemus võib seletada ajutise viljakuse vähenemist peale OK-de kasutamist. Farrow jt (2002) poolt läbi viidud uuringust leiti, et planeeritud raseduste (n= 8497) seas viljastusid esimese kuue kuuga 74,2% uuritud naistest, teise kuue kuuga 13,9%, kahe ja kolme aastaga 8,5% ja rohkem kui kolme aastaga 3,4% naistest.

Hassan ja Killick (2004) uuring väidab, et pärast pikaajalist pillide kasutamist järgnev viljakus on vähenenud, kuid ainult väga väiksel määral. Uuringus leiti, et viljakuse oluline vähenemine ilmneb pärast kombineeritud pillide, vaskspiraali ja hormoonsüstide kasutamise lõpetamist ja see on mõjutatud ka kasutamise ajast. Võrreldes kondoomi kasutamisega oli rasestumiseks kuluv aeg peale kombineeritud pillide kasutamise lõpetamist 1,7 kordne (pikaajalise kasutamise korral 2 kordne), peale vaskspiraali eemaldamist 1,6 kordne ja peale süstide lõpetamist 3 kordne. Eelnenud tulemustega, nagu pikaajaline pillide kasutamine

vähendaks järgnevat viljakust, ei nõustunud uuring Farrow jt (2002) poolt, mis väitis, et viljakus paranes pärast pikaajalist pillide kasutamist.

Ameerikas läbiviidud uuringu järgi on peamine põhjus OK-de kasutamiseks raseduse vältimine (86%), samas 58% vastanutest on lisanud, et kasutavad pille ka terviseiga seotud hüvede pärast. 14% küsitletutest kasutasid seda meetodit üksnes tervisehüvede tõttu. Üheksa protsenti vastanutest, kes polnud kolme kuu jooksul seksuaalselt aktiivsed, kasutasid antud kontratseptiive ainult nende pakutavate hüvede pärast (Jones 2011). OK-i mitte-kontratseptiivsed hüved on seotud menstruaaltsükliga (väheneb mens.verre hulk, tsükkel regulaarsem, väheneb düsmenorröa), vähenevad liigse rasueritusega seotud probleemid (seborröa, akne) (Laanpere jt 2012). Dhont (2011) kirjeldab, et OK-de kasutamine vähendab oluliselt riski haigestuda munasarja- ja endomeetriumi vähki. Küll aga on pillide ennetav mõju rinnanäärmevähi, endometrioosi, fibroidide, reumatoidartriidi ja jämesoolevähi tekkeks vähem välja toodud ja teatud juhtudel üheselt tõestamata.

### **1.1.2. Muud rasestumisvastased vahendid**

#### **Tuperõngas**

Kombineeritud vaginaalne kontratseptiiv on rasestumisvastane vahend, mis sisaldab nii östrogeeni kui progestageeni. See 54 mm läbimõõduga silikoonist rõngas sisestatakse sügavale tuppe kolmeks nädalaks, sellele järgneb KHK-vaba periood. Sisestatakse uus rõngas, tsükkel hakkab otsast peale. Tuperõngast loetakse kõrge efektiivsusega rasestumisvastaseks vahendiks (RVV), kuid see ei kaitse suguhaiguste eest. Peamisteks kõrvalmõjudeks iiveldus, rindade tundlikkus ja peavalu. Samas on kajastatud, et 10% kasutajatest suureneb tupeärritus ja –eritus võrreldes KOK-ide kasutamisega. Uuringutulemused kinnitavad, et vahendil puudub kahjulik mõju emakakaela ja tupe epiteelkoele (Black ja Kubba 2008).

#### **Transdermaalne plaaster**

Sarnaselt OK-le, sisaldavad ka plaastrid östrogeeni ja progestageeni. Kontratseptiiv kinnitatakse üheks nädalaks kas õlavarre, õla-, selja ülaosa, kõhu- või tuharapiirkonda ja nii kolmel järgneval nädalal, igal algaval nädalal pannakse peale uus plaaster (soovitavalt mitte ühte kohta järjest). Järgneb plaastri-vaba nädal. Mõned naised eelistavad antud

rasestumisvastast vahendit, kuna see ei nõua igapäevast manustamist. Siiski ei soovitata plaastrit kasutada üle 90 kg naistel, kuna preparaadi ebaõnnestumise määr on sel juhul suurem. Korrektsel kasutamisel on plaastri efektiivsus sarnane pillide omale, kuid jällegi ei kaitse sugulisel teel levivate infektsioonide eest (Zieman 2014).

### **Implantaat**

Implantaat paigaldatakse õlavarre siseküljele naha alla. Vahend sisaldab progestageeni, mis imbib kehasse 3 aasta jooksul. See sisestatakse tervishoiutöötaja poolt kasutades kohaliku tuimestust, samamoodi võetakse see ka välja (Contraception 2013). Antud RVV-it loetakse kõrge efektiivsusega vahendite hulka, kuid ei kaitse sugulisel teel levivate haiguste eest. Eestis seda vahendit ei paigaldata, kuna puudub turustamine (2013.a) (Rasestumisvastased meetodid i.a).

### **Emakasisesed rasestumisvastased süsteemid/vahendid**

Hormoonspiraal on emakasisene rasestumisvastane süsteem, mis sisaldab sünteetilist kollaskehahormooni (levonorgestreeli). See on plastikust T-kujuline süsteem, millele on kinnitatud silinder. Spiraali kasutatakse 3-5 aastat, mis oleneb hormoonisisaldusest. Ideaalseks kasutajaks loetakse sünnitanud, kindlat partnerit omav naine. Kõrvalmõjud: määrivad veritsused kasutamise algul, peavalu, depressioon, tursed, nahaprobleemid. Vaskspiraal on samuti T-kujuline vahend, mille horisontaalset osa ümbritseb vaskniit. Et vältida vasktraadi katkemist, lisatakse tihti sellele hõbedat või kulda, mis aga ei mõjuta vahendi toimet ega efektiivsust. Vahend sisestatakse emakasse 3-10 aastaks. Vaske sisaldav emakasisene vahend ei ole sünnitamata naise esmane meetod ja ei sobi kõigile. Tavalised kasutamise katkestamise põhjused on veritsused ja valud, ka spontaanne väljumine. Hormoonspiraali ja vasega emakasisest vahendit peetakse ühtedeks efektiivseimateks. Samas ei kaitse nad STLI-de eest (Ylikorkala ja Kauppila 2003).

### **Progestiinisüstid**

Progestiinil põhinev kontratseptiiv (*Depo-Provera*), mida süstitakse igal kolmandal kuul intramuskulaarse süstena tuhara- või deltalihasesse. Depo-Proveral on rasestumisvastane toime, mis põhineb folliikulite küpsemise ja ovulatsiooni pärssimisel munasarjades. Preparaati peetakse efektiivseks RVV-ks, kuid see ei kaitse STLI-de eest. Sagedasteks

kõrvaltoimeteks peetakse: kaalutõusu, ebaregulaarset ja prognoosimatut vereeritust, suurenenud või vähenenud veritsust menstruatsiooni ajal või ka menstruatsiooni kadumist. Depo-Provera vähendab östrogeneeni ja teiste hormoonide sisaldust organismis, mis võib põhjustada luude hõrenemist. Preparaadi kasutamise lõpetamisel esineb luude mineraalse tiheduse mõnetine taastumine (Pakendi infoleht ... 2014).

### **Postkoitaalne kontratseptsioon ehk SOS-pillid**

Kollaskehahormooni sisaldavaid SOS-pille kasutatakse raseduse vältimiseks pärast kaitsmata vahekorda – RVV-i mittekasutamisel või meetodi ebaõnnestumisel (näiteks kondoomi purunemisel või pilli unustamisel). Kuigi õige kasutamise korral on tegemist väga efektiivse ja ohutu rasestumisvastase vahendiga, ei sobi see vahend kindlasti pidevaks kasutamiseks. Kõrvaltoimed: võib esineda iiveldust, oksendamist, vähest veritsust peale pilli kasutamist. Preparaadi kasutamine on näidustatud kuni 72h peale seksuaalvahekorda, efektiivsus manustatuna 72h jooksul on 98,5% ja 24h jooksul 99,6%. SOS-pillid ei kaitse seksuaalsel teel levivate nakkuste, sh HIVi eest (Laanpere jt 2012).

### **Kondoom (naine ja mees)**

Kondoom on ainuke rasestumisvastane vahend, mis kaitseb STLI-de eest (peale seksist loobumise), ja seda väga efektiivselt. Preservatiivi puudusteks loetakse seda, et see on ainult ühekordseks kasutamiseks, võib vähendada tundlikust ja et sellel on varieeruv, kasutajast sõltuv efektiivsus. Meeste kondoom on tehtud lateksist või polüuretaanist ja on kättesaadav erinevate suuruste, kujude ja maitsetega. Naiste kondoom on samuti valmistatud polüuretaanist. Korrekse kasutamise korral on mõlemad väga efektiivsed RVV-d. Purunemismäär naiste kondoomil on madalam kui meeste kondoomi puhul, kuid libisemismäär (tupe sisse või välja) on meeste kondoomist rohkem kui 5% kõrgem (Black ja Kubba 2008).

### **Spermitsiidid**

Spermitsiidtoode (geel, vaht, kreem, tablett jne.) viiakse tuppe mitte rohkem kui tund aega enne vahekorra algust ja jäetakse paika vähemalt 6-8 tunniks pärast suguühet. Vahendi aktiivsed keemilised koostisosad lõhustavad rakke ja kaitsevad seeläbi rasestumise eest. Soovitatakse kasutada koos kondoomi või pessaariga. Vahend ei kaitse sugulisel teel levivate

infektsioonide eest. Vahendi efektiivsus on 71-82% ja seda ei loeta usaldusväärsete rasestumisvastaste vahendite hulka (Contraception 2013).

### **Kalendermeetod**

Kalendermeetodi põhimõte on ovulatsiooniaja ennustamine ja sellel ajal seksuaalvahekorra hoidumine. Selline nn. loomulik meetod sai võimalikuks alles peale seda, kui avastati ovulatsioon ja paranesid ka teadmised sel alal. Kalendermeetodit kasutavad inimesed tänapäeval enamasti usulistel või muudel põhjustel. Samuti võivad kasutada seda ka paarid, kes mingil põhjusel ajutiselt teisi vahendeid ei saa kasutada. Antud meetod on väga ebausaldusväärne ja ei kaitse STLI-ide eest (Rasestumisvastased meetodid i.a).

### **Katkestatud suguühe**

Väga ebatõhus rasestumisvastane meetod, mis ei paku kaitset ka suguhaiguste vastu. Meetod näeb ette peenise tuppest väljavõtmist enne seemnepurset, et vältida spermatoosidide tuppe sattumist. 2010. aastal avaldatud uuring näitab, et suur osa uuritavatest meestest lekitas liikuvat spermat oma seemnepurske-eelsest vedelikust. See loob planeerimata raseduste riski katkestatud suguühetest ja samuti ka hilinevad kondoomikasutusest (Killick jt 2010).

### **Sterilisatsioon (naine ja mees)**

Tegemist on pöördumatu, kuid kõige efektiivsema rasestumisvastase meetodiga, mille käigus suletakse naisel munajuhad ja mehel seemnejuhad. Steriliseerimine ei mõjuta inimese hormonaalset tasakaalu ja seksuaalsust. Seaduse järgi võib steriliseerida vaid vähemalt 35-aastasest isikut, kolme või enama lapse ema, tervist ohutava raseduse korral jm (Raseduse katkestamise ... 1998).

## 2. RASESTUMISVASTASTE VAHENDITE KASUTAMINE

Naistel kulub umbes 5 aastat oma elust rasedaks jäämisele, rasedaks olemisele ja rasedusjärgsele ajale, samas 30 aastat kulub sellele, et vältida rasedust (Dailard 2000). Ülemaailmne uuring kontratseptiivide kasutamist näitab, et 63% 716 miljonist naistest reproduktiivses eas (15-44.eluaastat) kasutavad rasestumisvastaseid vahendeid. 2012. aasta hinnangu järgi kasutavad 100 miljonit naist RVV-na just pille. Alates 1997. aastast on arenenud riikides nende kasutamise tõus olnud väike, kuid arengumaades on tõus olnud märkimisväärne. Arenenud riikides moodustab pill naistele ja meeste kondoom üldisest kontratseptiivide kasutamisest 50%, samas kui arenguriikides on kõige rohkem kasutatavad naiste sterilisatsioon ja emakasisene süsteem, mis moodustab kogukasutamisest 60%. Vaatamata ohutute ja efektiivsete rasestumisvastaste vahendite kättesaadavusele on terves maailmas väga kõrge soovimatute ja planeerimata raseduste arv – ligi 81 miljonit aastas, mis soodustavad niigi kõrget rahvastikuarvu sel planeedil (Sitruk-Ware jt 2012).

Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuring näitab, et 64% naistest, kes kasutavad rasestumisvastaseid vahendeid, eelistavad pöörduvaid meetodeid, enamasti hormonaalseid vahendeid (pillid, plaaster, tuperõngas, implantaat, süst), emakasiseseid vahendeid ja kondoomi. Ülejäänud toetuvad naiste (26%) või meeste (10%) sterilisatsioonile. Alates 1982. aastast on USA-s kõige populaarsemateks kontratseptiivideks pillid ja naiste sterilisatsioon. Vähem kui 3% reproduktiivses eas ameeriklannadest kasutavad rasestumisvastase vahendina pikatoimelist pöörduvat meetodit, nagu emakasisene süsteem või implantaat. Kõige enam kasutavad pille valgenahalised naised, teismelised ja noorukid, mitte-abiellunud ja vabaabielus naised, lastetud naised ja kõrgkooli lõpetanud. Neli naist viiest on kasutanud mingil eluperioodil rasestumisvastase vahendina pille. Emakasiseseid vahendeid kasutavad rohkem naised vanuses 25-39, vabaabielus või abielus, ravikindlustusega või ilma usulise eelistusega. Umbes 6.2 miljonit naist usaldavad meeste kondoomi, ennekõike levinud teismeliste ja noorukite seas, lasteta või ühe lapsega ja vähemalt kolledžiharidusega naiste seas (Jones 2011). Teine uuring näitab, et ligi pooled planeerimata rasedustest esinevad kontratseptiivide kasutajate hulgas; kusjuures, ainult 5% nendest juhtudest on tingitud õige meetodi ebaõnnestumisest. 43% ettekatsemata rasestumistest on tingitud rasestumisvastaste meetodite ebaõigest ja ebajärjekindlast kasutamisest USA-s (Frost jt 2008).



2012. aasta uuring näitab, et uuritud 147 riigist on OK-d kättesaadavad ainult retseptiga 38% riikidest, ülejäänutes on pillid kättesaadavad ametlikult või mitteametlikult käsimüügist (Wahlin jt 2014). Eestis on hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite kasutamiseks vaja retsepti, mis kirjutatakse välja arsti või ämmaemanda poolt (Rasestumisvastased meetodid i.a). 2012. aastal avaldatud uuringus hinnati meditsiiniliste vastunäidustuste levikut reproduktiiveas naiste hulgas, kes soovisid hakata kasutama KOK-e. Kuigi 70 uuritavat teatasid vastunäidustustest pillide suhtes, siis nendest 24 naisel (34%) kinnitati need kliiniliselt. Kokku uuringus osalenud 1010st naisest, kes soovisid hakata kasutama KOK-e, tuvastati 2,4% naistest potentsiaalsed kliinilised vastunäidustused pillide suhtes. See uuring näitab, et naised hindavad üle riske, mis on seotud suukaudsete hormonaalsete kontratseptiividega. Antud uuring toetab USA-s OK-de kättesaadavust ilma retseptita, mis võiks suurendada ravimi kättesaadavust ja kasutamist suuresti (Xu jt 2014).

Vastavalt 2011. aasta küsitlusele leidsid 62,2% (n=1246) reproduktiiveas ameeriklannadest, et on kindlalt (31,4%) või mõnevõrra (30,9%) OK-de käsimüügis kättesaadavuse poolt (Grossman jt 2013). Samas 2006. aasta telefoniküsitlusest selgus (n=811 naist), et hormonaalsete kontratseptiivide käsimüügi puhul oli naiste meelest kõige levinumaks (83%) mureks teadmine, kas antud meetod on ohutu nende tervisele. 72% küsitletutest uskusid, et otsese ligipääsuga ravimitele kasutaks rohkem naisi meetodit, mis võib ohustada nende tervist (ebakorrekne kasutamine, kõrvalmõjud, mittejälgimine arsti poolt) (Landau 2006). Eestis läbiviidud uuringu tulemused näitavad, et rasedus oli planeerimata 220 vastajal 977 uuritavast (22,7%), eesti keeles vastanutest peaaegu veerandil (20,4%) ja vene keeles vastanutest lausa ligi kolmandikul (30,8%). Mõlema uuringugrupi puhul kehtis seos, et mida kõrgem haridustase, seda väiksem planeerimata raseduse osakaal. Kõige suurem planeerimata raseduste osakaal oli õppurite seas võrreldes teiste tegevusaladega. Samuti leiti, et suitsetamist enne rasedust ja selle ajal esines rohkem vene keeles vastanute seas. Võrreldes kõrgharitudetega oli planeerimata raseduse šanss suurem just algharidusega (OR = 5,04; 95% uv 2,79–9,10) ja keskharidusega (OR = 2,20; 95% uv 1,49–3,25) eesti keeles vastanute hulgas (Lippus jt 2013). Tervise Arengu Instituudi (TAI) 2010. aasta raportist selgub, et umbes 75% 19-24-aastastest ja rohkem kui 50% 25-29-aastastest kasutas viimase vahekorra ajal efektiivset RVM-it. Ligi veerand 19–24-aastasest ning 15% vanemast rühmast ei kasutanud ühtegi meetodit (Trummal jt 2011).

## **2.1. Oraalsete kontratseptiivide kasutamisel esinevate rasestumiste põhjused**

Euroopa seitsmes riigis läbiviidud uuring näitas, et kehamassiindeksil (KMI) ja kaalul oli väikene mõju suukaudse hormonaalse preparaadi efektiivsusele. Kuid samad tulemused ei pruugi üle kanduda teistele rahvustele, nagu näiteks Ameerika Ühendriigid, kus ülekaalulisuse määr on kõrge. Sellest tulenevalt on uuringud teiste rahvastike ja erinevate tunnustega õigustatud. Kontratseptiivide ebaõnnestumise määr leiti olevat oluliselt väiksem naistel üle 30 eluaasta ja samuti ka naistel, kes olid OK-e kasutanud juba pikemat aega. Tulemused peegeldavad tõenäoliselt üldise viljakusmäära langust vananedes (Dinger jt 2009). Samas mitmed uuringud jällegi toetavad hüpoteesi, et suure kehakaalu ja kõrge OK-de ebaõnnestumise määra vahel on positiivne seos (Holt jt 2001). Ameerikas läbiviidud põhjalik analüüs OK-de eksimiste võimalikest põhjustest näitas, et 46,3% planeerimata rasestumistest võis tekitada pilli mittekorrektne manustamine, 21,1% kasutasid samal ajal antibiootikume ja 9,5% teatasid kõhulahtisuse või oksendamise episoodist. Samas uuringus toodi välja, et ülekaalulisust saab vähesel määral seostada pillide efektiivsuse langusega. Seletatud oli seda võimalusega, et OK-d ei pruugi ülekaaluliste naiste puhul olla nii „andestavad“ ebatäiusliku kasutamise korral (Dinger jt 2011).

### **3. INFO SAAMINE RASESTUMISVASTASTE VAHENDITE KOHTA**

#### **3.1. Infoallikad rasestumisvastaste vahendite kohta**

Tänapäeval leiavad inimesed informatsiooni rasestumisvastaste vahendite kohta väga erinevate allikate kaudu: internet, kirjandus, arstid, nõustamiskabinetid, keskused, kool jne. Väga palju materjali seksuaalelu ja rasestumisvastaste vahendite kohta on võimalik leida internetisaitidelt (nt. [www.amor.ee](http://www.amor.ee) ja [www.estl.ee](http://www.estl.ee)) kui ka kõikvõimalikest foorumitest, mille usaldusväärsuses tuleks alati kahelda ja võimalusel otsida abi pädevate spetsialistide käest. TAI uuringu kohaselt ei ole 19-24-aastastest 60% (n=744) ja 25-29-aastastest 48% (n=604) oma elu jooksul kunagi pöördunud rasestumisvastase info või vahendi saamiseks arsti või spetsiaalse asutuse poole. Vanemas vanusegrupis võib see valik tulla asjaolust, et paljud nõustamiskeskused ja seksuaalkliinikud on vanemale grupile tasulised. Sama asja tunnistas 29% (n=663) naistest vanuses 19-29 eluaastat. Info saamiseks pöördus 62% naistest pere- või eriarsti juurde ja 9% nõustamiskeskustesse (Trummal jt 2011).

Seksuaalsuse teemasid ja ka infot efektiivsete rasestumisvastaste vahendite kohta peaks rääkima lastele juba varakult ja mitte pidama seda teemat tabuks. Vanemad kodus üldiselt ei oska nendel teemadel rääkida ja mõtlevad, et küll lapsed koolist/sõprade käest kuulevad. Koolis on see teema jällegi vähesel määral käsitletud ja lapsed ei julge ka võib olla teiste ees küsida, nii jääbki lapsele arusaam, et need teemad ei ole nii olulised ja teadvustamine võib toimuda alles pärast negatiivse kogemuse saamist (kaitseta vahekord – rasestamine, suguhaigus jne.). Kool on suurele osale noorukitele kindlasti esimene koht, kust saadakse infot seksuaalkäitumise kohta. Kui koolis pole julgust küsida nende teemade kohta, siis oleks hea, kui noorukid vähemalt teaksid, kuhu info saamiseks ja murega pöörduda. Põhikooli riikliku ainekava määruse lisa 5 näeb ette, et põhikooli lõpetaja juba mõistab inimese seksuaalsuse olemust ja teab turvalise seksuaalkäitumise põhimõtteid. Õpilane oskab kirjeldada efektiivseid RVM-eid ja teab kuidas hoiduda SLTI-sse nakatumisest. Samuti teab õpilane, kust saab abi ja nõu seksuaaltervise teemade kohta (Põhikooli riiklik ... 2011).

### 3.2. Müüdid raseduse ärahoidmise ja RVV-te kasutamise kohta

Kondoomi leiutasid iidse egiptlased ja nemad hakkasid ka pessaarina kasutama krokodillisõnnikut, mett ja naatriumkarbonaati. 4000 aastat tagasi jõid hiinlannad rasestumisvastase vahendina elavhõbedat. Veel keskajalgi on kasutusel olnud ebatavalisi vahendeid – sidruniviilust tupes kuni kuivatatud ja pulbristatud kopramunanditeni, mida leotati alkoholis ja joodi tõmmisena. Näiteid on mitmeid, kuid põhilisteks tagajärgedeks selliste meetodite puhul jäid siiski infektsioonid ja mürgistused (When crocodile ... i.a). Egiptuses on kirjeldatud veel ravimtaimede ja loomarasva keedetud segu kasutamist, nii suukaudselt kui ka vaginaalselt. Barjäärimeetodina sidrunilõigu jms. kasutamist, mis on aidanud kaasa tänapäevaste pessaaride väljatöötamisele kaasa. Samuti oli populaarne nõuanne Hippokrateselt, kes soovitas peale vahekorda sperma tupest väljutada vee või sõrmede abil. Viimane on kasutusel veel tänapäevalgi (Rasestumisvastaste vahendite ... 2014).

Keskajal ei olnudki peamiseks eesmärgiks tihti raseduse vältimine, vaid suguhaigustest hoidumine. 19.sajandil, kui leiutati kummimaterjalid, hakati ka kondome tegema samadest materjalidest. Erinevalt tänapäevastest ühekordsetest kondoomidest, pesti vanasti kondoomid puhtaks, võiti vaseliiniga ja asetati puukarpi järgmiseks kasutuskorraks (DeNoon 2003). Suurbritannias läbiviidud uuringust selgus, et müüdid rasestumisvastaste vahendite kohta võivad olla laialt levinud. See ei olegi väga üllatav, kuna Britannia on jätkuvalt soovimatute raseduste tasemelt Euroopas esikohal. Uuritavate naiste sõnul on nad kuulnud väga erinevaid meetodeid raseduse vältimiseks – alustades Coca-cola joomisest kuni kananaha kasutamisest kondoomi asemel. Antud uuringust järeldub, et hulk ohtlikke ja tõestamata meetodeid võib kaasaegses Suurbritannias ikka veel eksisteerida. Seahulgas levis ka näiteks väärarusaam selle kohta, et pillid kaitsevad HIV-i nakatumise eest (Chand 2009).

Vastavalt 2012.a Ameerika Ühendriikides koostatud raportile selgub, et igal aastal sünnitab lapse ligikaudu 400,000 teismelist vanuses 15-19 eluaastat. Teismeliste sünnitajate tase USAs püsib jätkuvalt kõige kõrgemal teistest arenenud riikidest. 2004-2008. aastatel läbiviidud uuring näitas, et praktiliselt pooled (50,1%) 15-19-aastastest neidudest ei kasutanud rasestumise ajal mingisugust RVM-it. Kolmandik nendest (31,4%) ei uskunud, et võiksid rasedaks jääda, 23,6% puhul ei soovinud partner vahendit kasutada ja 22,1% vastanutest ei

olnud rasestumise vastu midagi (Prepregnancy Contraceptive ... 2012). Noorte seas levivad populaarsed valearusaamad rasestumise vältimise kohta, mida võidakse tõe pähe uskuda. Arvatakse, et naine ei saa jääda rasedaks oma esimese vahekorra või katkestatud suguühete ajal, peale seksi tuppe loputades või vannis käies. Samas veel kummalisemad müüdid sisaldavad näiteks uskumust, et enne vahekorda piima juues või selle ajal silmi kinni hoides ei jää naine rasedaks (van Lunsen 2013).

## **4. UURIMISTÖÖ METOODIKA**

### **4.1. Uurimistöõ valim**

Ankeedid on täitnud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Kõrgema Kunstikooli naisüliõpilased, antud koolid on töös juhuslikus järjestuses nimetatud koolideks A ja B. Uuringu alustamiseks saadi luba mõlema kooli poolt ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt - luba nr. 230/T-5 12.11.2013. Kasutati mugavusvalimit, kus vabatahtlikult said vastata küsitluse läbiviimise ajal loengus viibinud naisüliõpilased (kool A) ja internetis kaudu kooli sisevõrku kasutanud naistudengid (kool B). Uurimiseks valiti kõrgkoolide üliõpilased, kuna on suurem tõenäosus, et nad on alustanud seksuaalelu ja kasutavad erinevaid rasestumisvastaseid vahendeid. Valimi prognoositav suurus on 300 naisüliõpilast.

### **4.2. Uurimistöõ metoodika ja andmete kogumine**

Ankeete jagas uuringu läbiviija loengu lõpus ise (kool A) ja kogus pärast täidetud ankeedid mapi vahele kokku, et säilitada pärast küsitluse täitmist maksimaalne konfidentsiaalsus. Eelnevalt saadi õppejõult nõusolek külastuseks ja lepiti kokku sobiv aeg ankeedi läbiviimiseks. Ankeedi täitmiseks oli ettenähtud 15-20 minutit, kuid vajadusel arvestati pikema ajaga. Küsimuste tekkimisel said tudengid pöörduda koha peal uuringu teostaja poole. Teise uuritavasse õppeasutusse (kool B), saadeti interneti keskkonnas täidetav küsitlus, mis kohandati vastavalt paberankeedile. Uuringu läbiviimiseks internetis kasutati connect.ee veebipõhise küsitluste keskkonda. Kokku saadi 294 ankeeti, millest viis olid täitmata ja seitset ei olnud võimalik uurimistöös kasutada suures mahus puuduliku täitmise pärast.

Küsitlus koosnes kolmest osast: taustaandmed, rasestumisvastaste vahendite kasutamine ja antibeebipillide kasutamine. Ankeet sisaldas küsimusi ka neile, kes ei olnud veel seksuaalelu alustanud. Ankeedi eeltestimiseks kasutati kümmet isikut, kellel paluti ankeet täita ja hiljem uuriti küsimuste arusaadavust, sihipärasust. Autor tegi paar kohandust ankeedis pärast pilootuuringu läbiviimist. Ankeetküsitlus viidi läbi jaanuarist märtsini 2014. aastal. Saadud andmeid töödeldi programmiga Microsoft Excel 2010 ja seoste leidmiseks kasutati  $\chi^2$ -testi,

kus seost loeti statistiliselt oluliseks, kui  $p < 0.05$ . Ankeetidele vastamine oli anonüümne ja vabatahtlik, neid töötles parooliga kaitstud arvutis ainult uuringu läbiviija. Uurimistöö andmeid ei ole muudetud.

### **4.3. Uurimistulemused**

#### **Üldandmed**

Uuringus osales 294 naisüliõpilast, kelle ankeetküsitlustest edasiseks andmetöötluseks sobis 282 (96,2%), nendest 207 ankeeti (73,4%) koolist A ja 75 (26,6%) ankeeti koolist B. Vastanud olid vanuses 19-56 eluaastat, nende keskmiseks vanuseks oli 23,93 aastat (SD-6,68), mediaan on 22, kvartiilidega 20-25.

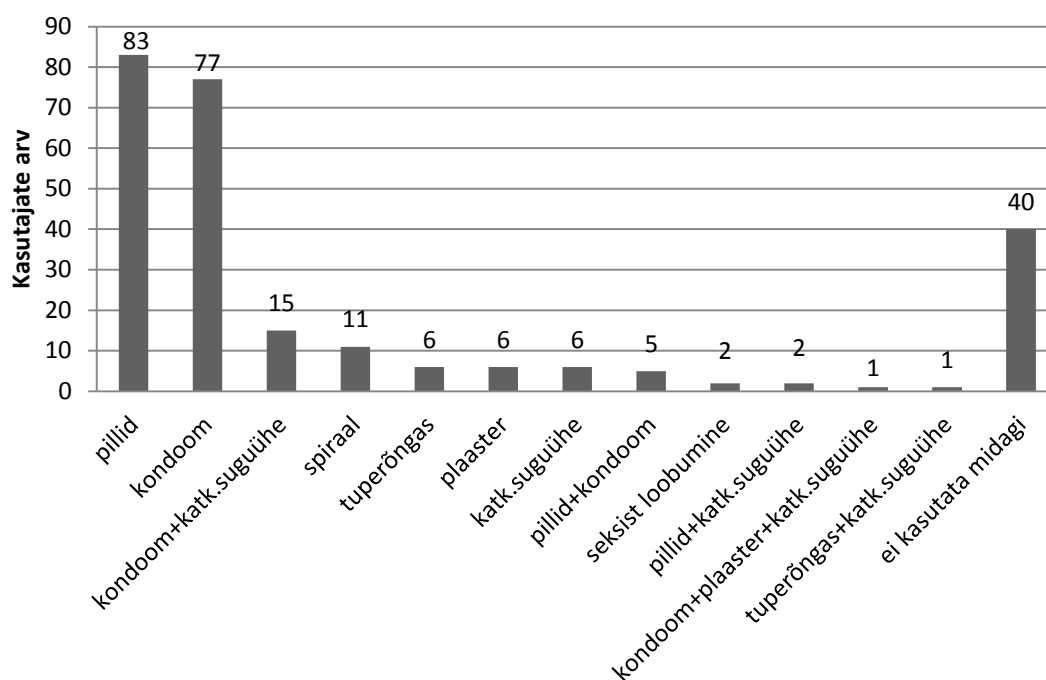
Antud uuringusse märkis eesti rahvuse 240 naistudengit (85,1%), vene rahvuse 41 tudengit (14,5%) ja vastajate seas oli ka üks ukrainlanna. 78,4% vastanutest elab linnas – kokku võetud nii suurema linna, suurema linna asumite/eeslinnade ja väiksema linna vastajad. Maapiirkonnas elas 21,6% küsitletutest. Küsitletutest 5 naist olid rasedad ja 1 imetav ema.

#### **Seksuaalelu alustamine**

Seksuaalelu oli alustanud 254 naist (90,1%) ja kümnendik vastanutest ei olnud vahekorras olnud. Esimese vahekorra vanuse märkis 223 vastanut, keskmiseks vanuseks 16,8 eluaastat (SD-5,63) ja ülejäänud ei osanud täpset vanust öelda.

#### **Rasestumisvastaste meetodite kasutamine**

Rasestumisvastaste meetodite kasutajaid on kokku 255, üks vastaja ei ole alustanud seksuaalelu elamist, kuid arst kirjutas talle pillid akne raviks välja. Kõige enam kasutatakse RVV-na suukaudselt manustatavaid pille 32,5% ja kondoomi (30,2%). Joonisel on välja toodud vastanud naistudengite rasestumisvastaste vahendite eelistused (Joonis 1).



**Joonis 1. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine**

Vahendi eelistamise põhjusele oli võimalik vastata mitme vastusevariandiga, antud küsimusele vastas 215 tudengit. Kasutamismugavust konkreetsel vahendil tunnistas 140 vastajat (65,1%), usaldusvärsust 120 (55,8%) naist. Regulaarne tsükkel oli üheks eelistuspõhjuseks 100-le inimesele, kergesti meeles püsiv vahend oli välja toodud 46 ja odavus 36 vastajal. Muid eelistuspõhjusi oli lisatud 45 ankeedi puhul ja vastused olid väga varieerivad. Mõni vastaja märkis, et eelistab nt. kondoomi, kuna ei taha kasutada/ei sobi hormonaalsed vahendid, kondoomi eelistati samuti veel kindla partneri puudumisel, pille kasutati veel menstruatsioonivaeguste vähendamiseks. Ühel juhul kasutati pille, kuna esinesid polütsüstilised munasarjad ja teisel juhul just kondoomi, sest migreeni korral ei sobinud östrogeen. Pillide kasutajate seas (n=83) eelistati neid eelkõige just kasutamismugavuse (80,7%), usaldusvärsuse (69,9%) ja regulaarse menstruaaltsükli (25,2%) tõttu. Üks vastaja oli toonud välja põhjuse, et „ei pea kasutama kondoomi“ ja teine leidis, et „ei usalda muud kui pille“.

### **STLI-sse haigestumise vältimine**

STLI-de vältimise efektiivseid meetodeid pidi nimetama ise punktiirile eelnenud küsimuse põhjal. Koolis B osati nimetada suuremal määral efektiivseid suguhaiguste vältimise



meetodeid kui koolis B ( $p=0,04$ ). Kõigist ankeedi täitjatest ( $n=282$ ) 248 naist (87,9%) vastasid, et selleks vahendiks on ainult kondoomi kasutamine ja/või seksist loobumine. Kondoomi ja mingit muud vahendit oli mainitud 22 ankeedil, sh. tuperõngast mainis 11 (3,9%) küsitletut. Neist vastanutest 6 küsitletut kirjutasid, et OK-d aitavad ära hoida haigestumist suguhaigustesse. Teisteks efektiivseteks vahenditeks oli pakutud nt. spermiitsiidid, pillid, spiraal ja ühe ankeedi puhul ka iga-aastast arstlikku läbivaatust. Kolmele ankeedile oli märgitud, et sellist vahendit ei ole olemas ja 8 inimest jättis küsimusele vastamata. Vastamata jätnute seas oli 2 seksuaalelu mitte-elavat ja 6 üle 36-aastast naist.

### **Topelt-meetodid ja kaitseta vahekord**

Topelt rasestumisvastast vahendit on kasutanud/kasutab üle kolmandiku seksuaalelu alustanutest (39,4%) ja üks vastaja märkis, et ei ole kunagi ühtegi meetodit kasutanud. Peale kondoomi/pilli on topelt-meetodina märgitud veel spiraal/preservatiiv. Seksuaalelu alustanutest on rasestumisvastast vahendit kasutades rasestunud 13 naist (5,1%). Rasestunutest neli vastanut on märkinud, et rasestusid pille kasutades ja kolm nendest ei olnud tarbinud pille korrapäraselt.

Kõigist seksuaalelu alustanutest ( $n=254$ ) märkis 41 vastanut, et on olnud täiesti kaitseta vahekorras ühe korra. Peaaegu pooled (48,8%) uuritavatest on olnud kaitseta vahekorras rohkem kui ühe korra. Seksuaalelu alustanud naistest 35% märkisid, et pole kunagi kaitseta vahekorras olnud. Sellest järeldub, et uuritavatest on kaitseta vahekorras olnud 165 naist. Peamisteks põhjusteks on välja toodud, et polnud hetkel käepärast (32,7%), ei pidanud vajalikuks (37%) ja 29,7% vastas, et ei mõelnud selle peale vahekorra eel/ajal. Muudeks põhjusteks oli märgitud nt. soov rasestuda ( $n=12$ ), kindel partner ( $n=9$ ), unustas pilli ( $n=2$ ), partner keelitas ( $n=2$ ), alkohol, lihtsalt, katkestatud suguühe, kondoom purunes või oli ebamugav, noor ja rumal. Üks vastajatest märkis juurde, et „*tahtsid mehega vaadata, mis saatus toob*“ ja teine märkis, et „*sos-pill oli ju olemas*“. Kaitseta vahekorras olnutest 38 (23%) ( $n=165$ ) märkisid, et nad on rasestunud, kuna ei kasutanud rasestumisvastaseid vahendeid. Eesti rahvusest naised, kes olid rasestunud kaitseta vahekorras, moodustasid kõigist vahekorras olnutest ligi 13%, samas kui vene rahvusest naised moodustasid ligi 2%. Nende hulgas oli 11 eesti rahvusest naist, kes märkisid juurde, et ei kasutanud vahendit, kuna soovisid rasestuda.

### **Kondoomiga seksi mugavus**

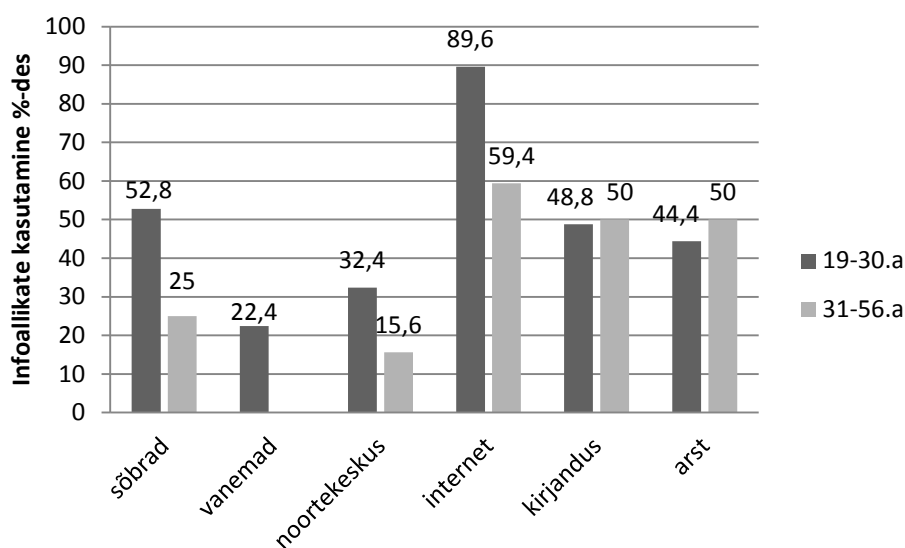
Kõikidest küsimusele vastajatest (n=254), leidis 67 naist (26,3%), et seks kondoomiga on ebamugav ja 93 naist leidsid, et see on mõnikord ebamugav. Eitavalt vastas antud küsimusele ligikaudu kolmandik (33,5%) ja 4 vastajat tunnistas seksi kondoomiga paremaks kui ilma. 2% vastanutest ei olnud vahekorras kondoomi kasutanud.

### **Kes maksab vahendi eest ja kuidas hinnatakse vahendi ja info kättesaadavust**

Kõige sagedamini märgiti vahendi eest maksjaks ennast ja partnerit koos (42,9%), järgmisena märgiti ainult ennast (35%), partnerit (16,5%) ja vanemaid märkis 11 vastanut (4,3%). Rasestumisvastaste vahendite kättesaadavust küsiti kõigi uuringus osalejate käest (n=282) viiepalli-süsteemi põhjal. Viie palliga ehk RVV-te väga hästi kättesaadavaks märkis 190 naist (67,4%), 71 naist (25,2%) märkis kättesaadavuse 4-ga, vastanutest 17 hindasid kättesaadavust 3-ga, 2 inimest märkisid vastuse 2 palliga ja väga halvasti kättesaadavaks ehk ühe palliga märkis samuti 2 naist. Info kättesaadavust hindas piisavaks 179 inimest (63,5%) ja rohkem infot RVV-te kohta soovis saada 103 vastanut. Teise valikuvариandile lisati juurde, et „*infot on palju, kuid ei oska leida kõige usaldusväärsemat ülesse*“. Koolide vahel statistilist erinevust vahendi kättesaadavuse puhul ei leitud. Küll aga leiti väike statistiline erinevus koolide vahel info kättesaadavuse kohta, kus kool A hindas seda paremini leitavaks (p=0,466).

### **Infoallikad rasestumisvastaste vahendite kohta**

Infoallikate leidmise kohta vastasid kõik ankeeti täitnud (n=282), võimalik oli valida mitu vastusevarianti. Ankeetide täitjatest 243 (86,2%) vastasid, et leiavad infot interneti kaudu, sõprade kaudu saavad infot 140 (49,6%) naist, kirjandusallikatest 138 (48,9%), arstilt 127 vastanut, erinevaid keskusi mainis infoallikana 86 inimest ja info saamist vanematelt märkis 56 uuritavat. Muude valikute alla oli mainitud: kool (n=24), ravimiinfo, telekas, seotud õpingutega ja foorumid. Joonis 2 on välja toodud infoallikate jagunemine kahe vanusegrupi järgi, kus 19-30.aastased (n=250) ja 31-56.aastased (n=32). Statistiliselt olulisi erinevusi infoallikate ja elukoha vahel ei leitud. Rohkem saavad 19.-30.aastased naised infot RVV-te kohta sõpradelt (p=0.003) ja vanematelt (p=0,003).



**Joonis 2. Informatsiooniallikate jagunemine naiste vanusegruppide kaupa.**

### **Põhjused pillide kasutamise lõpetamiseks**

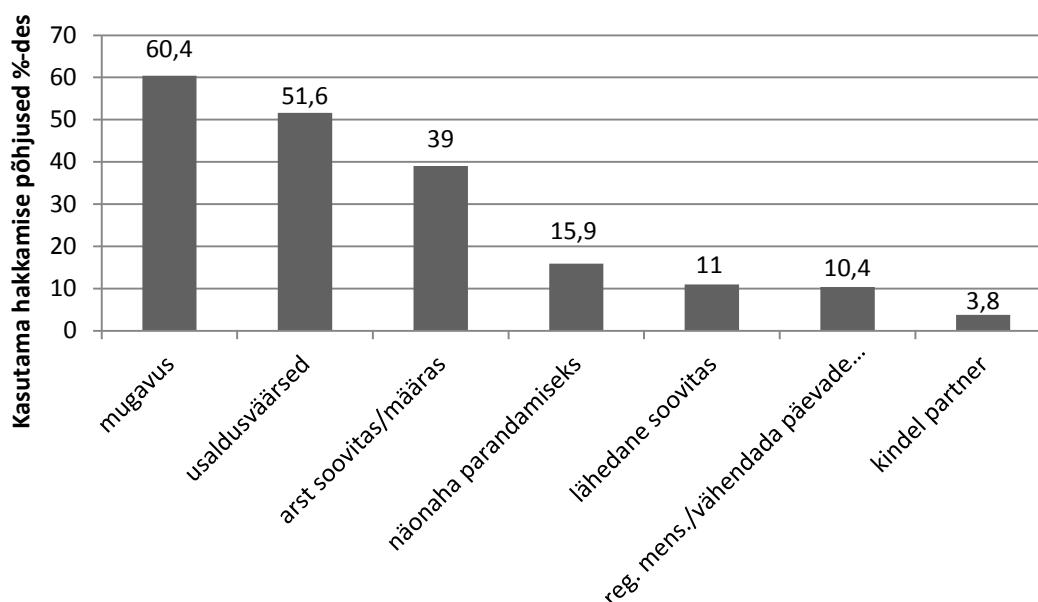
OK kasutamise seotud küsimustele on vastanud 182 naist, kes kasutavad või on kasutanud suukaudseid kontratseptiive. Nendest 86 kasutavad hetkel pille. Erinevatel põhjustel on 96 naist kasutamise lõpetanud. 41 vastanut (42,7%) tõid pillide kasutamise lõpetamise põhjuseks välja kõrvalmõjude tekkimise, 15-l oli soov rasestuda (15,6%), kindla partneri puudumise tõid põhjuseks (14,6%) ja 7 naist tõid põhjuseks sagedase unustamise manustamisel. Neli inimest eelistavad kasutada kondoomi/plaastrit, 3 vastanut „*lihtsalt ei tahtnud enam pille*“ ja 3 pidasid ennast „*liiga vanaks*“, et kasutada. Samuti märkis üks vastaja, et on „*hetkel pausil pillidest*“, teisel „*tekkis peale sünnitust spiraali kasutamise võimalus*“ ja kolmas „*lõpetas rinnaga toitmise ajaks kasutamise*“ ja märkis veel lisaks, et „*unustas tihti õigel ajal manustamise*“. Põhjuste hulka oli samuti toodud „*akne tekkimine*“, „*ohud kasutamisel*“ ja „*rasestusin kasutamise ajal*“.

### **Pillide kasutamine**

Erinevaid kasutatavaid preparaate nimetati mitmeid. Küsimusele vastasid kõik naised, kes kasutavad või on kasutanud rasestumisvastaseid tablette. Uuringu järgi oli antud valimis kõige rohkem kasutatud Yasminelle't - 45 naist (24,7%), Jeanine'i 18 (9,9%), seejärel oli YAZ'i kasutanuid 17 (9,3%), Gesyt'il'i 15 (8,2%), Novynette'i 13 vastanut (7,1%), Jasmine'i 11 naist (6%) ja Lindynette'i 10 naist (5,5%). Konkreetset nime, mida kasutatakse/kasutati, ei osanud öelda 28 küsitletavat.

Uuringu ajal kasutajate hulgas (n=86) oli kuni ühe aasta pille kasutanud 18 naist, 1-2 aastat kasutanuid 17, 2-4 aastat kasutanuid oli 26, 4-6 aastat kasutanud 17 naist, 6-8 aastat kasutanud 3 naist ja üle 8 aasta pille tarbinuid 8. Nende seas, kes olid juba pillide kasutamise lõpetanud (n=96), oli kuni ühe aasta kasutanuid 37, 1-2 aastat kasutas 18 naist, 2-4 aastat tarbis pille 21 vastanut, 4-6 aastat manustas pille 9 naist, 6-8 aastat 3 vastanut ja 8 naist oli pille tarbinud üle 8 aasta.

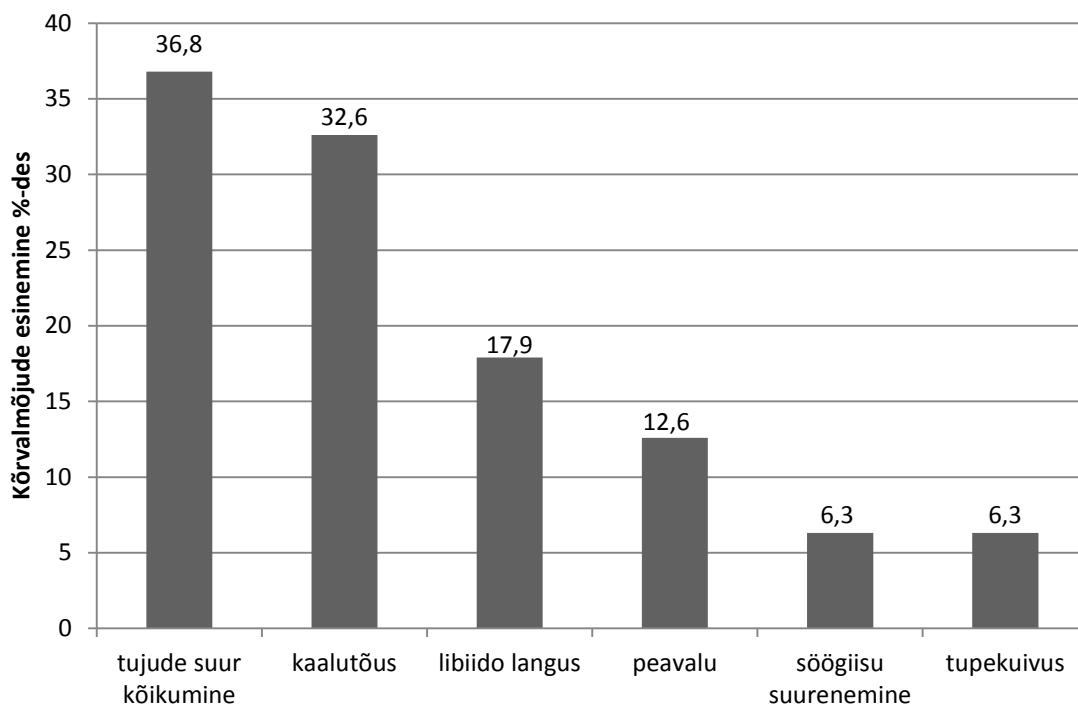
Pillide kasutamise alustamise põhjustele vastas 182 naist ja võimalik oli valida mitut vastusevarianti. Pillide kasutamise põhjuseks oli enamasti mugavus ja usaldusväärsus, täpsemad tulemused on välja toodud (Joonis 3). Pillide kasutamist oli 20-le naisele soovitanud lähedane inimene, kelleks märgiti ema, sõbrannat või partnerit.



**Joonis 3. Põhjusted, miks on hakatud pille kasutama.**

Rahulolu pillide kasutamisel sai märkida 5-palli süsteemis, kus 1 tähistas täielikku rahulolematust ja 5 märkis kõrget rahulolu. Küsimusele vastasid kõik (n=182), kes on kunagi kasutanud/ hetkel kasutavad pille. Rahulolematust 1-ga märkis 13 vastanut (7,1%), 2 palliga vastas 14 naist (7,7%), keskmist rahulolu e. 3-palliga märkis 32 naist, 4-palliga 62 vastanut (34,1%) ja 5-pallilist rahulolu tunnistas 61 naist (33,5%).

Kõrvalmõjude esinemist kirjeldas 95 naist (n=182). Esinenud kõrvalmõjusid võis küsitluses välja tuua mitmeid. Kõige sagedasemad kasutaja enda poolt märgitud kõrvalised mõjud olid: tujude suur kõikumine, kaalutõus, libiido langus ja peavalu. (Joonis 4) on välja toodud kõige sagedamini kasutajate poolt kirjeldatud kõrvalmõjude esinemist. Tabelist on välja jäetud harvemini esinenud kõrvalmõjud, mida märgiti 45-l korral. Halva enesetunde kasutamise ajal märkis 5 naist, rindade tundlikust koges 5 kasutanut, nõrgenenud immuunsust 4 vastajat, iiveldust oli samuti mainitud 4-l korral ja tekkinud turseid jäsemetes kirjeldas 4 vastanut. Samuti toodi välja migreeni ägenemist, näonaha halvenemist, närvilisust, alakõhu valulikkust, vahemäärimist, rinnapiima vähesust, raskusi rasedumisega ja kaalukaotust. Rindade suurenemist märkis ankeeti 4 naist ja näonaha parenemist 5 naist. Kõrvalmõjusid ei ole tajunud või ei ole täheldanud 87 kasutajat (47,8%). Hetkel pille kasutavatest (n=86) märkis 54 naist, et ei ole märganud pillide kasutamisest tekkinud kõrvalmõjusid. 84,4% neist märkis, et kõrvaltoimed olid negatiivsed ja ülejäänud märkisid need positiivseteks. Kõikidest hetkel kasutajatest ja kasutamise lõpetanutest märkas suuri kehakaalu kõikumisi pillide tarbimise algusajal/peale lõppu 54 naist (29,7%).



**Joonis 4. Kõrvalmõjude esinemine pillide kasutamise ajal.**

### **Suitsetamine ja trombi esinemine**

Pillide kasutamise ajal suitsetas/suitsetab ligi veerand vastanutest (26,4%). Trombi esinemist on välja toodud kahel korral: ühel juhul oli põhjuseks toodud veenilaiend ja teisel korral oli põhjuseks toodud pillid. Eelnevalt olid veel kaks vastanut märkinud, et nad on varasemalt pille kasutanud, kuid geneetilise trombiohu pärast nad enam ei kasuta ja arst neid sellest ei teavitanud.

### **Muud ravimid koos pillide kasutamisega**

Pillidega koos kasutas erinevaid ravimeid 20 naist. Ära olid märgitud: migreeni ravimiseks - triptaan, L-türoksiin (kilpnäärme häire korral), antidepressandid ja -psühhootikumid, psoriaasiravim, nahahaigustega seoses, südamerohud (raud, b-vitamiin), Nexium (gastroreflukshaiguse korral), Metforal (veresuhkru langetamiseks – diabeet). Ei ole teada, kas antud ravimid mõjutavad hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite mõju.

### **Pillide korrapärase kasutamine ja rasestumine**

Korrapärase manustamise kohta vastasid kõik uuritavad (n=182), kes on tarbinud/tarbivad suukaudseid kontratseptiive. Pillide manustamist korrapäraselt märkis 89 naist (48,9%), Mõnel korral eksinud, unustanud oli 78 vastajat (42,9%) ja mitmel korral segaduse tekkimist ja unustamist tunnistas 15 kasutajat (8,2%). Rasestumist pillide kasutamise ajal märkis 4 vastanut (2,2%).

### **Pillide kasutamise lõpetamine ja püüd rasestuda**

Hetkel kasutab pille 86 naist (47,2%) ja pillide kasutamise on lõpetanud 96 naist. Kõigist kasutamise lõpetanutest on 34 naist (18,7%) üritanud hiljem rasestuda ja 62 (33,5%) ei ole seda üritanud. (Tabelis 2) on välja toodud need 34 naist, kes on üritanud peale pillide kasutamise lõpetamist rasestuda. Antud küsimuse puuduseks oli, et ei küsitud lisaks, kas rasestumise püüd õnnestus või mitte. Mõned vastajad lisasid ajale juurde kas õnnestus või mitte, kuid osad ei pruukinud seda teha. Samuti võis ainult ajalise ühiku märkimine tähistada ka seda, et siamaani proovitakse ja ei ole veel õnnestunud. Tulemustest selgub, et 11-l naisel 34st ei ole õnnestunud rasestuda ühe aasta jooksul, kuigi nad on seda planeerinud.

Aeg rasestumiseni	Õnnestus	Ei ole teada
<1 a	22	1
1 - 2 a	2	3
>2 - 3 a	1	1
>3 - 4 a	-	1
>4 - 5 a	2	-
>5 - 6 a	-	-
>8 a	-	1

**Tabel 2. Rasestumine pärast pillide kasutamise lõpetamist.**

## 5. ARUTELU

Antud uuringus on käsitletud kahe kõrgkooli naisüliõpilaste seas rasestumisvastaste vahendite kasutamist ja selle kaudu ka nende teadlikkust rasestumisvastaste vahendite efektiivsusest ja mõjudest. Junod ja Marks (2002) järgi, on oraalsed kontratseptiivid maailmas nii laialt kasutusel just oma kasutamismugavuse ja efektiivsuse pärast. Hinnanguliselt 100 miljonit naist üle maailma kasutab rasestumisvastase vahendina pille (Sitruk-Ware jt 2012). Nagu igal ravimil, kaasneb ka pillidega kasutamisega erinevaid kõrvalmõjusid, mida on üritatud nende turustamisest saati minimaliseerida eelkõige östrogeeni doosi vähendades. Sünteetilise naissuguhormooni – östrogeeni sisaldust on tänaseks antud tablettides vähendatud lausa 10 korda, see ei ole mõjutanud pillide efektiivsust, vaid oluliselt vähendanud tervistkahjustavate kõrvalmõjude teket (Laanpere jt 2012).

Elukohta analüüsid pandi kokku suurem linn, suurema linna asumid/eeslinnad ja väiksem linn, kuna tulemusi sisestades leiti, et nii on otstarbekam. Antud uuringust selgub, et seksuaalelu alustanudest kasutab antud hetkel efektiivseid meetodeid ligi 82% vastanutest. Trummal jt (2011) järgi kasutasid ligi 65% 19-29-aastastest noortest viimase vahekorra ajal efektiivseid RVM-eid. Uuringute valimid küll erinesid, kuid võrreldes käesolevast uuringust samuti ainult 19-29-aastased, saadi efektiivsete RVM-te kasutamiseks 87,3%. Samas võib selline tulemus ka peegeldada meditsiinikoolist vastajate või just naisterahvaste kõrgemat teadlikkust tõhusate meetodite kohta. Rasestumisvastaseid meetodeid kasutavatest naistest (n=255) manustas uurimistöö läbiviimise ajal 32,5% pille ja 30,2% kasutas kondoomi, mis olid antud valimi puhul kõige populaarsemad valikud. Sitruk-Ware jt (2012) märkisid samuti oma ülemaailmses uuringus, et arenenud riikides moodustab pillide ja meeste kondoomi kasutamine 50% üldisest kontratseptiivide kasutamisest.

USA-s läbiviidud uuringust selgus, et neli naist viiest on oma elu mingil perioodil kasutanud rasestumisvastase vahendina pille (Jones 2011). Käesolevast uuringust selgus, et mingil eluperioodil on pille RVV-na kasutanud ligi kolmandik. Samas oli suur hulk neid naisi, kes ei kasutanud hetkel RVV-t (n=254st 15,7%). Viis neist olid hetkel rasedad, lisaks oli mitmel korral märgitud, et hetkel seksuaalpartner puudub või pole pikka aja jooksul vahekorras olnud. Samuti oli mitmel korral lisatud, et ei kasuta hetkel vahendit, kuna on soov rasestuda.



Kuid mõnel korral võidi rasestumissoov jätta märkimata ja see võis olla põhjus, miks ei kasutatud vahekorras kaitsevahendit. Paar vastanut tõid välja, et on liiga vanad ja et kas naise või partner ei soovi enam suguelu elada ja ei sellest järelduvalt ei ole enam vajadust kontratseptsiooni järgi.

Efektiivset topelt-meetodit kasutas antud hetkel 6 naist ja mingil põhjusel on kasutanud veel 92 naist. Antud tulemus ei pruugi näidata usaldamatust ühe vahendi suhtes, sest mõned vastajad olid lisanud, et kasutasid topelt-meetodit hormonaalpreparaadi esimese kasutusnädala ajal. Lisanduvad siia veel juurde naised, kellel on olnud juhupartner ja STLI-de vältimiseks on kasutatud kondoomi. Black ja Kubba (2008) järgi aitab sugulisel teel levivatesse infektsioonidesse haigestumise 100% ära hoida ainult seksist loobumine. Ainukesed vahendid, mis STLI-de eest kaitsevad on kondoomid – nii meeste kui naiste omad (tõsi küll, meeste oma natuke efektiivsemalt). Kui 87,9% käesoleva uuringule vastajatest nimetasid ainult kondoomi efektiivseks vahendiks, siis 22 vastajat olid kondoomile juurde veel lisanud kõikvõimalikke variante. Kusjuures nendest 11 naist märkis STLI-sse haigestumise vältimiseks efektiivse vahendina tuperõnga. Selline teadmine võib tuleneda RVM-te kohta levivate müütide kaudu või ei olnud vastajad päris kindlad, millisel põhimõttel üks või teine rasestumisvastane vahend töötab. Küsimusele jättis vastamata 8 inimest, kellest 2 olid 19.-20. aastased suguelu mitte alustanud ja 7 naist, kes olid üle 35. aastased ja suguelu alustanud. Kool B võis küsimusele efektiivsete STLI-de vältimise kohta paremini vastata, kuna nemad täitsid ankeeti internetikeskkonnas, kool A tegi seda loengu lõpus õpperuumis.

Rasestumisvastaseid vahendeid kasutades rasestus kokku 13 naist. Kahjuks ei ole võimalik välja tuua, milliseid meetodeid kasutades need naised rasestusid. Kuna ankeedis ei olnud vastavat küsimust. Antud küsimuse juures peab arvestama seda, et RVV eksimussagedus sõltub nii vahendi enda efektiivsusest kui ka kasutajast endast (Rabe jt 2011). Kaitseta vahekorda oli ühe või mitmeid kordi astunud 165 naist: kellest 12 tõid välja plaani rasestuda ja 47 vastanut ei pidanud RVV-t vahekorra ajal vajalikuks. Põhjuseks võib olla, et nad plaanisidki rasedust, aga ei toonud seda eraldi välja või uskusid nad mõne müüdi põhjal, et antud vahekorras ei oleks nad rasestunud. Kaheksa inimest tõid välja, et ei kasutanud vahekorras kaitset, kuna neil oli kindel partner. Sel moel vastajad võisid vältida püsiva partneriga küll suguhaigustesse haigestumist, kuid rasestumist mitte.

Rasestumisvastaste vahendite kättesaadavust võidakse hinnata kehvasti seetõttu, et hormonaalsete vahendite jaoks on Eestis tarvis arstilt retsepti ja see võib tunduda neile tülikas. Info kättesaadavust hinnatakse heaks, kuid lisati juurde, et erinevaid müüte kasutamise kohta liigub palju ringi. Info hulka hinnati piisavaks, kuid mainiti, et usaldusväärset infot on raske leida. Vastavalt TAI uuringule selgus, et 29% 19-29-aastastest noortest ei ole oma elu jooksul kunagi pöördunud rasestumisvastase info või vahendi saamiseks arsti või spetsiaalse asutuse poole (Trummal jt 2011). Käesolevast uuringust selgus, et info saamiseks ei ole arsti või konkreetse asutuse poole pöördunud ligi pooled vastajaist. Põhjuseks võib olla uuritavate enda seisukohalt olevad head teadmised antud valdkonnas või näiteks hetkel kasutatava vahendi efektiivsus ja probleemide/kõrvalmõjude puudumine kasutamisel. Seos, et nooremad saavad rohkem infot vanemate ja sõprade käest on igati loogiline. Räägitakse omavahel seksuaalsuse teemadel rohkem (uus, huvitav, teadmatus) ja üritavad vanemad ka rohkem harida noori.

Pillide kasutamise lõpetamise põhjused olid väga erinevad. Enamjaolt toodi välja tekkinud kõrvalmõjud just põhjuseks, miks lõpetati antud vahendi kasutamine. Kindlasti ei saa väita, et antud enesetunde näitajad ja tekkinud terviseprobleemid olid põhjustatud kindlasti just pillide kasutamisest. Need tulemused näitavad antud kasutajate teadlikkust pillide kõrvalmõjude kohta ja nende põhjal edasiste valikute tegemist. Ameerikas läbiviidud uuring näitas, et 86% naistest kasutab pille peamiselt raseduse vältimiseks ja sealhulgas 58% eelistavad pille ka terviseiga seotud hüvede tõttu (Jones 2011). Antud uuringus toodi kasutamispõhjus sealhulgas tervisehüvede tõttu välja ligi kolmandiku vastajate poolt ja kellegi soovitusel (arst, ema, partner) hakati pille kasutama peaaegu pooltel kordadel. Kusjuures hetkel pillide kasutajatest ligi kolmandik märkis, et nad on märganud negatiivseid tekkinud kõrvalmõjusid. Kasutamine võib jätkuda just suure usalduse ja mugavuse tõttu või ei ole tekkinud kõrvalmõjud nii häirivad, et kasutamist lõpetada.

Pillide kasutamisega jäädigi hästi rahule ennekõike siis, kui ei oldud kõrvalmõjusid välja toodud või need olid minimaalsed. Hetkel pillide kasutajatest suitsetas 22 naist, kõik nad on vanuses kuni 26 eluaastat. Tromboosi esinemist oli märkinud kaks uuritavat – ühel juhul oli arst kinnitanud seost pillidega ja teisel juhul oli tegemist veenilaiendiga 44-aastaselt naisel. Antud küsimuse juurest võib leida uuringu puuduseks selle, et ei oldud küsitud

tromboositeket ka lähisugulaste (vanemad, lapsed, õed-vennad) seas. Trombitekke ohu oli välja toonud neli küsitletut, kes märkisid, et arst ei teavitanud/teavitas tekkinud ohust või esines küsitletul Leideni mutatsioon.

Kõigist pillide kasutajatest märkis neli küsitletut, et on rasestunud kasutades rasestumisvastase vahendina hormonaalset kontratseptiivi. Antud rasestumised võivad olla mõjutatud kas pilli enda tõhususest või tüüpilisest kasutamisest, kus võidakse vigu teha manustamisel (unustatakse, tekib segadus jne). Pillide kasutamise lõpetamise ja rasestumise püüdluste vahel ei saa kindlaid järeldusi teha, kuna ankeedist tulenevalt ei oldud küsitud fakti, kas pärast hormonaalsete kontratseptiivide kasutamise lõppu rasestumine õnnestus või mitte. Väljatoodud aja järgi ei ole rasestumise õnnestumise kohta järeldusi võimalik teha, kuna väljatoodud aja lõppedes ei pruukinud naine rasestuda (nt. vastusesse toodud 8 aastat, mis võib tähendada ka, et naine on niikaua üritanud, kuid pole veel õnnestunud rasestuda). Samas saab sellest tulemusest järeldada, et kolmandikul rasestuda soovinud ja eelnevalt pille kasutanud naistest on viljastumisega probleeme. Tingitud võib olla see nii mehe, naise kui ka mõlema probleemidest (vanus, geneetilised põhjused, seemnerakkude kvaliteet ja arv, munajuhade ja emaka limaskesta kahjustused, eluviisid jne).

Antud uuringu tugevuseks võib lugeda valimi suuruse ja kahe erineva taustaga kooli hõlmamise tulemuse mitmekesistamiseks. Uuringu puuduseks võiks lugeda võib olla liiga pikka ankeeti suhteliselt väiksemahulise töö tarbeks. Ankeedis oleks kaitseta vahekorras olemise kohta võinud olla ka eraldi küsimus planeerimata ja planeeritud raseduse kohta. Väga keeruline oli klassifitseerida kaitseta vahekorda, kas see oli niimoodi otsustatud rasestumissoovi pärast või toimus juhuslikult ja etteplaneerimatult. Rasestumisvastaste vahendite kasutamise põhjenduste juures oleks võinud olla ka eraldi variant rasestumissoovi kohta. Kuna mõned vahendi mittekasutamise põhjused jäid põhjendamata ja võib olla ei osatud lapsesoovi siinkohal eraldi välja tuua. Tromboositekkimist uuriti ainult indiviidi enda puhul, teha oleks võinud seda lähisugulaste seas, sest seal oleks võib olla rohkem tulemusi saanud.

## 6. JÄRELDUSED

- Kõige populaarsemateks rasestumisvastasteks vahenditeks seksuaalelu alustanutest olid kondoom ja hormonaalsed suukaudsed kontratseptiivid ehk pillid. Käesolevast uuringust selgus, et mingil eluperioodil on pille RVV-na kasutanud ligi kolmandik uuritutest.
- Suukaudse rasestumisvastase meetodi kasutamise peamiseks põhjusteks toodi välja kasutamismugavus, usaldusväärsus ja menstruaaltsükli regulaarsus. Ligi pooled pillide kasutajatest on tarbimise lõpetanud eelkõige tekkinud kõrvalmõjude tõttu.
- Kõige rohkem otsitakse/leitakse infot rasestumisvastaste vahendite kohta internetist ja sõpradelt.
- Ligi veerand küsitletutest, kes uuringu ajal pille kasutasid, tõid välja negatiivsete kõrvalmõjude tekkimise.

## ALLIKALOEND

Black, K., Kubba, A. (2008). Non-oral contraception. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. Vol. 18 (12), p.324-329. Elsevier inc.

Burkman, R., Schlesselman, JJ., Ziemann, M. (2004). Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 190(4 Suppl):S5-22.

Centers for Disease Control and Prevention. (last review 2013). Contraception. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/Contraception.htm> (01.04.2014).

Centers for Disease Control and Prevention. Prepregnancy Contraceptive Use Among Teens with Unintended Pregnancies Resulting in Live Births — Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004–2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*; 61:25-29.

Chand, S. (2009). Contraception myths 'widespread'. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8238789.stm> (24.03.2014).

Dailard, C. (2000). Fulfilling the Promise: Public Policy and U.S. Family Planning Clinics. The Alan Guttmacher Institute. <http://www.guttmacher.org/pubs/fulfill.pdf> (10.04.2014).

DeNoon, D. (2003). Birth Control Timeline. WebMD Feature. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=52188> (20.04.2014).

DeRossi, S. S., Hersh, E. V. (2002). Antibiotics and oral contraceptives. *Dental Clinics of North America*: 653–664. USA: Elsevier Science.

Dhont, M. (2010). History of oral contraception. *The European journal of contraception & reproductive health care*. Dec;15 Suppl 2:S12-8 doi: 10.3109/13625187.2010.513071.

Dhont, M. (2011). Non-contraceptive benefits of oral contraceptives. *Open Access Journal of Contraception*. (2), p 119–126 <http://dx.doi.org/10.2147/OAJC.S14246>.

Dinger, J.C., Cronin, M., Möhner, S., (2009). Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*: 201:263.e1-9. Elsevier Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.03.017>.

Dinger, J., Do Minh, T., Buttman, N., Bardenheuer, K. (2011). Effectiveness of Oral Contraceptive Pills in a Large U.S. Cohort Comparing Progestogen and Regimen. *Obstetrics & Gynecology*: 2011;117(1) p33-40. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820095a2.

Dominguez, L. (2011). Birth control pills. *Healthy Woman*.  
<http://www.healthywomen.org/condition/birth-control-pills#hc-tab-1> (24.03.2014).

Estrogen and Progestin (Oral Contraceptives). (2012). Medline Plus.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a601050.html> (24.03.2014).

Faculty statement from the clinical effectiveness unit. The estradiol valerate/dienogest combined pill, Qlaira. (2009). Faculty of Sexual and Reproductive Health care. Clinical Effectiveness Unit. [http://www.fsrh.org/pdfs/CEU\\_Qlaira.pdf](http://www.fsrh.org/pdfs/CEU_Qlaira.pdf) (25.04.2014).

Farley, T. M. M., Meirik, O., Chang, C. L., Poulter, N. R. (1998). Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk. *The Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 52: p.775–785

Farrow, A., Hull, M. G. R., Northstone, K., Taylor, H., Ford, W. C. L., Goulding, J. (2002). Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. *Human Reproduction* 17(10): 2754-2761. UK: Oxford University Press. doi: 10.1093/humrep/17.10.2754.

Frost, J. J., Darroch, J. E., Remez, L. (2008). Improving contraceptive use in the United States, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, No. 1. <http://www.guttmacher.org/pubs/2008/05/09/ImprovingContraceptiveUse.pdf> (10.05.2014).

Grossman, D., Grindlay, K., Li, R., Potter, J. E., Trussell, J., Blanchard, K. (2013). Interest in over-the-counter access to oral contraceptives among women in the United States. *Contraception* 88 (Issue 4), p. 544–552. Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.04.005>.

Guillebaud, J. (2004). Contraception: Your questions answered. Fourth edition. UK: Churchill, Livingstone.

Haldre, K., Karro, H. (2003). Suukaudne hormonaalne kontratsepsioon. Juhend perearstile. <http://www.ut.ee/ARNS/kontratsepsiooni%20juhend%20eesti.pdf> (04.05.2014).

Hassan, M. A. M., Killick, S. R. (2004). Is previous use of hormonal contraception associated with a detrimental effect on subsequent fecundity? *Human Reproduction*. 19(2)p.344-351. doi: 10.1093/humrep/deh058

Holt, V. L., Cushing-Haugen, K. L., Daling, J. R. (2001). Body Weight and Risk of Oral Contraceptive Failure. *Obstetrics & Gynecology*: 99(5),p 820–827.

Jones, R. K. (2011). Beyond Birth Control: The Overlooked Benefits Of Oral Contraceptive Pills. New York: Guttmacher Institute. <http://www.guttmacher.org/pubs/Beyond-Birth-Control.pdf> (15.04.2014).

Junod, S. W., Marks, L. (2002). Women's Trials: The Approval of the First Oral Contraceptive Pill in the United States and Great Britain. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol. 57,p 117-160. UK: Oxford University Press.

Kihara, M. O., Kramer, J. S., Bain, D., Kihara, M., Mandel, J. (2001). Knowledge of and Attitudes Toward the Pill: Results of a National Survey in Japan. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33(3):123–127.

Killick, S. R., Leary, C., Trussell, J., Guthrie, K. A. (2010). Sperm content of pre-ejaculatory fluid. *Human Fertility*: Vol. 14, No. 1: 48–52. UK: Cambridge. doi: 10.3109/14647273.2010.520798.

Kontratsepsioon. Rasestumisvastaste vahendite ajalugu. Eelajaloost kuni Rooma impeeriumini (kuni aasta 50). (i.a). <http://www.meelespea.net/ee/kontratsepsioon/ajalugu/1> (21.04.2014).

Laanpere, M., Part, K., Karro, H. (2012). E-kursuse "Praktiline kontratsepsioon" materjalid. Tartu: Tartu Ülikool. [http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/27861/praktil\\_kontratsepsioon.pdf?sequence=1](http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/27861/praktil_kontratsepsioon.pdf?sequence=1) (25.04.2014).

Landau, S. C., Tapias, M. P., McGhee, B. T. (2006). Birth control within reach: a national survey on women's attitudes toward and interest in pharmacy access to hormonal contraception. *Contraception* 74: 463 – 470. Elsevier Inc. doi:10.1016/j.contraception.2006.07.006.

Lippus, H., Laanpere, M., Tuisk, T., Karro, H. (2013). Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst*: 92(5):253–260.

Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. (2010). World Health Organization (WHO). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1) (10.04.2014).

Nassaralla, C. L., Stanford, S. J., Daly, D., Schneider, M., Schliep, K. C., Fehring, R. (2011). Characteristics of the Menstrual Cycle After Discontinuation of Oral Contraceptives. *Journal of Women's Health*, Vol. 20(2) DOI: 10.1089/jwh.2010.2001.



Pakendi infoleht: teave kasutajale. Depo-Provera 150 mg/ml, süstesuspensioon. (viimati kooskõlastatud märts 2014). [http://koodikeskus.ravimiamet.ee/Data/PIL/PIL\\_1009213.pdf](http://koodikeskus.ravimiamet.ee/Data/PIL/PIL_1009213.pdf) (05.05.2014).

Põhikooli riiklik õppekava. Lisa nr 5. (2011). Riigi Teataja.

Rudd, M., Crosby, L. (2010). IHS National Pharmacy & Therapeutics Committee Drug Class Review: Oral Contraceptives. <http://www.ihs.gov/nptc/documents/NPTC%20Oral%20Contraceptive%20Review.pdf> (01.03.2014).

Rabe, T., Goeckenjan, M., Ahrendt, H.-J., Crosignani, P. G., Dinger, J. C., Mueck, A. O., Lohr, P. A., Creinin, M. D., Sabatini, R., Strowitzki, T. (2011). Oral Contraceptive Pills: Combinations, Dosages and the Rationale behind 50 Years of Oral Hormonal Contraceptive Development. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*, (Special Issue 1): 58–128.

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. (1998). Riigi Teataja.

Rasestumisvastased meetodid. (i.a). Eesti Seksuaaltervise Liit. [http://www.amor.ee/Rasestumisvastased\\_meetodid#](http://www.amor.ee/Rasestumisvastased_meetodid#) (20.04.2014).

Sitruk-Ware, R., Nath, A., Mishell, Jr., D., R. (2012). Contraception technology: past, present and future. *Contraception*. Vol. 87 (3) p 319–330. Elsevier. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.002.

Zieman, M. (last reviewed 2014). Patient information: Hormonal methods of birth control (Beyond the Basics). UpToDate. [http://www.uptodate.com/contents/hormonal-methods-of-birth-control-beyond-the-basics?source=search\\_result&search=contraceptives&selectedTitle=1~67](http://www.uptodate.com/contents/hormonal-methods-of-birth-control-beyond-the-basics?source=search_result&search=contraceptives&selectedTitle=1~67) (30.04.2014).

Trummal, A., Glušková, N., Murd, M. (2011). HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Uuringuraport 2010. TAI. Tallinn: Ajakirjade kirjastus AS.

van Lunsen, R., H., W. (2013). Myths and misconceptions about sex and con(tra)ception. Briggs, P., Kovacs, G., Guillebaud, J. (Ed.-s.). Contraception. A Casebook from Menarche to Menopause. Cambridge University Press, New York.

Velthut, A., Rull, K., Lend, A. K., Salumets, A. (2008). Pärilik trombofiilia: riskid, diagnostika ja ravi. *Eesti Arst*; 87(9): 621–627.

Vlieg, A. van H., Helmerhorst, F. M., Vandenbroucke, J. P., Doggen, C. J. M., Rosendaal, F. R. (2009). The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *The BMJ*. ;339:b2921 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2921>.

Wahlin, B., Grindlay, K., Grossman, D. (2014). Should Oral Contraceptives Be Available Over the Counter? *FDLI's Food and Drug Policy Forum*. Volume 4(3).

When crocodile dung was contraception. (i.a). MailOnline. <http://www.dailymail.co.uk/tvshowbiz/article-12540/When-crocodile-dung-contraception.html> (25.04.2014).

Xu, H., Eisenberg, D. L., Madden, T. (2014). Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 210:210.e1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.11.023>.

Ylikorkala, O., Kauppila, A. (toim.) (2003). Sünnitusabi ja günekoloogia. Tallinn: AS Medicina.

**Ankeetküsitlus**

Lugupeetud küsimustiku vastaja!

Mina olen Tartu Tervishoiu Kõrgkooli tervisekaitse spetsialisti õppekava III kursuse tudeng Marge Laan ja kirjutan lõputööd, kus uuritakse antibeebipillide kasutamist ja teadlikkust tudengite seas. Minu lõputöö üheks osaks on küsitlus, mille viin läbi kahes Tartu kõrgkoolis – Tartu Kõrgem Kunstikool ja Tartu Tervishoiu Kõrgkool. Olen väga tänulik, kui vastate ausalt ja nii nagu teemast arvate.

Küsimustele vastamine võtab aega ~ 15 minutit. Küsimustiku vastused on anonüümsed ja hävitatakse pärast töötlust. Uuringus osalemine on vabatahtlik, küsitluse täitmisega nõustub uuritav uuringus osalema.

Aitäh!

Kool: .....

Tänane kuupäev .... / .... / 201..a.

Valikvastuste puhul tehke rist(id) sobivatesse kastikestesse!

**A – Taustaandmed****A1. Kui vana Te olete:**

.....

**A2. Mis rahvusest Te olete:**

.....

**A3. Teie elukoht:**

- Suurem linn (nt. Tallinn, Tartu, Pärnu)
- Suurema linna asumid/eeslinnad (nt. Ihaste, Viimsi, Rae)
- Väiksem linn (Elva, Põlva, Rapla)
- Maapiirkond

**A4. Kas Te olete:**

- Rase
- Rinnaga toitev
- Mitte kumbagi

## **B – Rasestumisvastaste vahendite kasutamine**

### **B1. Kui vanalt alustasite seksuaalelu elamist?**

- Palun kirjutage punktiirjoonele, kui vana Te siis olite: .....
- Ei mäleta täpselt
- Pole veel seksuaalelu alustanud (jätkake edasi küsimusega B4, siis B12 – B14)

### **B2. Kas Te kasutate hetkel mingit rasestumisvastast vahendit? Millist?**

- Antibeebipillid
- Katkestatud suguuhe
- Kondoom
- Plaaster
- Seksist loobumine
- SOS-pillid
- Spiraal
- Steriliseerimine
- Tuperõngas
- Muu, palun täpsustage:  
.....
- Ei kasuta üldse midagi (jätkake edasi küsimusega B4)

### **B3. Miks eelistad just seda rasestumisvastast vahendit?**

- Kasutamismugavus
- Usaldusväarsus
- Kerge meeles pidada
- Regulaarne tsükkel
- Odavus
- Muu, palun täpsustage:  
.....

**B4. Millised rasestumisvastased vahendid (vt. küsimust B2) aitavad ära hoida haigestumise sugulisel teel levivatesse haigustesse? (Nimeta need! )**

.....  
.....

**B5. Kas Te olete kasutanud/kasutate kahte rasestumisvastast vahendit korraga?**

- Jah, kasutan/olen kasutanud pille ja samal ajal ka kondoomi
- Ei, leian, et ühest piisab
- Muu:

.....

**B6. Kas Te olete rasestunud, samal ajal kasutades rasestumisvastaseid vahendeid?**

- Jah
- Ei

**B7. Kas olete kunagi olnud täiesti kaitseta vahekorras?**

- Jah, ühe korra (jätkake edasi küsimusega B8)
- Jah, mitu korda (jätkake edasi küsimusega B8)
- Ei, mitte kunagi (jätkake edasi küsimusega B10)

**B8. Miks selline olukord juhtus?**

- Polnud raha kaitsevahendi jaoks
- Polnud hetkel käepärast
- Ei pidanud vajalikuks
- Polnud aega/ei mõelnud selle peale
- Muu, palun täpsustage:

.....

**B9. Olete kunagi rasestunud, kuna ei kasutanud vahekorra ajal kaitsevahendit?**

- Jah
- Ei

**B10. Kas Teie arvates on kondoomiga seks ebamugav?**

- Jah
- Jah, mõnikord küll
- Ei
- Tegelikult on see parem
- Ei ole proovinud

**B11. Kes maksab rasestumisvastaste vahendite eest?**

- Mina ise
- Poiss-sõber
- Vanemad
- Mina ja poiss-sõber kordamööda
- Muu, palun täpsustage:

.....

**B12. Kuidas hindate rasestumisvastaste vahendite kättesaadavust? (Tõmmake sobivaimale numbrile ring ümber)**

**Väga halvasti kättesaadavad**    1    2    3    4    5    **Väga hästi kättesaadavad**

**B13. Kas Te sooviksite, et rasestumisvastaste vahendite kohta oleks rohkem infot kättesaadaval?**

- Jah, võiks küll olla
- Ei, infot on piisavalt
- Muu:

.....

**B14. Millistest allikatest otsite/kuulete informatsiooni rasestumisvastaste vahendite kohta?**

- Sõprade käest
- Vanemate käest
- tekeskusest
- Internetist
- Kirjandusest
- Perearsti käest
- Muu, palun täpsustage:

.....



## C – Antibeebipillide kasutamine

Edasine osa on nende vastajate jaoks, kes kasutavad hetkel või on kunagi antibeebipille kasutanud. Kui Te hetkel enam ei kasuta, siis palun vastake küsimustele nii nagu need oleksid minevikus. Palume lisaks vastata siia, millisel põhjusel Te enam pille ei kasuta

.....

### C1. Missuguseid pille Te hetkel kasutate?

- Logest
- Jasmine
- Gesytil
- Yasminelle
- Jeanine
- Femoden
- YAZ
- Diane 35
- Harmonet
- Muu, palun täpsustage:

.....

- Kasutan küll, kui hetkel nime ei mäleta

### C2. Kui kaua olete pille kasutanud?

- kuni 1 aasta
- 1 – 2 aastat
- 2 – 4 aastat
- 4 – 6 aastat
- 6 – 8 aastat
- üle 8 aasta

### C3. Miks hakkasite pille kasutama?

- |  |  |                |
|--|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Mugavus               | <input type="checkbox"/> Tundus            | kõige          |
| <input type="checkbox"/> Arst soovitas         |  | usaldusväärsem |
| <input type="checkbox"/> Näonaha parandamiseks | <input type="checkbox"/> Sõbranna soovitas |                |
| <input type="checkbox"/> Ema soovitas          | <input type="checkbox"/> Muu, täpsusta:    |                |

.....

**C4. Kuidas olete üldiselt rahule jäänud pillide kasutamisega? (Tõmmake õigele numbrile ring ümber)**

**Ei ole üldse rahul**      1      2      3      4      5      **Väga rahul**

**C5. Kas olete täheldanud mingisuguseid kõrvalmõjusid pille kasutades? Kui jah, siis milliseid?**

- Ei ole
- Jah, palun täpsustage:

.....

**C6. Kas Te suitsetate?**

- Jah
- Ei

**C7. Kas Teil on esinenud tromboosi?**

- Kui jah, kas oskate öelda ka põhjuse:

.....

- Jah, aga põhjust ei tea
- Ei ole esinenud

**C8. Kas olete täheldanud suuri kehakaalu kõikumisi pillide tarbimise algusajal/peale lõppu?**

- Ei
- Jah

**C9. Kas tarvitate regulaarselt ka mingeid muid ravimeid? Milliseid?**

.....

**C10. Kas manustate pille korrapäraselt ja nii nagu infolehel kirjas?**

- Jah, alati
- Ei, paar korda on sassi läinud või ununenud
- Ei, mitmeid kordi on tekkinud segadus või ununenud

**C11. Kas olete rasestunud ajal, mil kasutasite pille?**

- Ei
- Jah
- Pole kindel, kuna täpselt rasestusin

**C12. Kas olete pärast pillide kasutamise lõpetamist üritanud rasestuda?**

- Jah (edasi küsimusega C13)
- Ei
- Ei ole lõpetanud kasutamist

**C13. Juhul kui olete peale kasutamist püüdnud rasestuda, siis kui kaua?**

.....  
.....

Ma väga tänan Teid vastamast!

Tabel 1.

## Pearli indeks erinevate RVM täiusliku ja tüüpilise kasutamise korral.

RVM	Täiuslik kasutamine	Tüüpiline kasutamine
<b>Steriliseerimine</b>		
Mehe steriliseerimine	0,1	0,15
Naise steriliseerimine	0,5	0,5
<b>ESV</b>		
Emakasisene hormonaalne süsteem ( <i>Mirena</i> )	0,2	0,2
Vaske sisaldav emakasisene vahend (vaskspiraal)	0,6	0,8
<b>Hormonaalsed meetodid</b>		
Progesterooni sisaldavad implantaadid*	0,05	0,05
Süstiv progesterooni sisaldav depoopreparaat ( <i>Depo-Provera</i> )	3	0,3
Minipillid (ainult progestageen) ( <i>Cerazette</i> )	0,3	8
<b>KHK</b>		
Pill (östrogeen/progestageen)	0,3	8
Nahakaudne plaaster	0,3	8
Tuperõngas	0,3	8
<b>Kondoomid<sup>1</sup></b>		
Meeste	2	15
Naiste	5	21
Füsioloogiline meetod (kalender, temp, ovulatsioon)	1-9	25
Katkestatud suguühe	4	27
Spermitsiid (geel, vaht, kreem, kile)	18	29
Ei kasuta ühtegi meetodit	85	85

\* ei ole Eestis saadaval

<sup>1</sup> kasutamine ilma spermitsiidita

(WHO 2010, Rabe jt 2011, Rudd ja Crosby 2010).