

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKU
SEKSUAALKÄITUMINE: EESTI TERVISEUURING 1996,
2006

Magistritöö rahvatervishoius

Hedi Liivlaid

Juhendaja:

**Anneli Uusküla MD, MS, PhD, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut,
epidemioloogia ja biostatistika õppetooli professor**

Tartu 2011

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 13.05.2011 lubada väitekirja terviseteaduste magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Dr Made Laanpere MD, Tartu Ülikooli naistekliinik, sünnitusabi ja günekoloogia assistent

Kaitsmine: 7.juunil 2011.a

Magistriõpinguid ja magistritöö valmimist toetas Norra Finantsmehhanismi grant EE0016 Tartu Ülikooli tervishoiu instituudile projekti „Epidemioloogia õpe ja terviseinfo analüüs“ teostamiseks.



SISUKORD

SISUKORD	3
KASUTATUD LÜHENDID	4
LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
2.1 Seksuaalkäitumise trendid maailmas.....	7
2.2 Riskeeriv seksuaalkäitumine ja selle tagajärjed	8
2.3 Seksuaalkäitumist mõjutavad tegurid.....	9
2.4 Seksuaalkäitumist puudutavad uuringud Eestis	11
2.4.1 TKU 2000, 2002, 2004, 2006;2008.....	11
2.4.2 Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine.....	12
2.4.3 HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas 2003, 2005, 2007.....	13
2.4.4 Noorsoouuring KISS 1994, 1999.	14
3. TÖÖ EESMÄRGID.....	15
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	16
4.1 Andmestik.....	16
4.2 Töös kasutatavad tunnused.....	18
4.3 Andmeanalüüs	20
5. TULEMUSED	22
5.1 Uuritavate üldiseloostus	22
5.2 Seksuaalkäitumine	23
5.3 Riskeeriv seksuaalkäitumine	26
5.3.1 Juhusuhete esinemine	26
5.3.2 Juhusuhetes kondoomi kasutamine	27
5.4 Sotsiaal-demograafiliste tegurite mõju riskeerivale seksuaalkäitumisele	28
6. ARUTELU	30
7. JÄRELDUSED	34
8. KASUTATUD KIRJANDUS	35
SUMMARY	38
TÄNUAVALDUSED.....	39
LISAD	40

KASUTATUD LÜHENDID

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (ingl acquired immunodeficiency syndrome)
AOR	kohandatud šansisuhe (ingl adjusted odds ratio)
ETeU	Eesti terviseuuring
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (ingl human immunodeficiency virus)
KISS	küpsemine, inimsuhted, sõbrad, seksuaalsus.
OR	šansisuhe (ingl odds ratio)
p	olulisuse tõenäosus (ingl p-value)
POR	levimusmäärade šansisuhe (ingl prevalence odds ratio)
RSV	rasestumisvastane vahend
SD	standardviga (ingl <i>standard error</i>)
STLI	sugulisel teel levivad infektsioonid (ingl sexually transmitted infection)
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKU	Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
UV	usaldusvahemik (ingl confidence interval, CI)
vs	versus

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuritakse Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumist. Töö eesmärk on (1) kirjeldada täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumist 1996. ja 2006. a ETeU andmetel, (2) võrrelda riskeeriva seksuaalkäitumise levimust 1996. ja 2006. a ning (3) selgitada seoseid riskeeriva seksuaalkäitumise ja sotsiaal-demograafiliste tegurite vahel ETeU 2006 andmetel.

1996. a ETeU-s küsitleti 15–79 ja 2006. a 15–84 aastaseid Eesti alalisi elanikke. Küsitlusmeetodiks oli näost-näku intervjuu. Valimi moodustamisel kasutati kihitatud süstemaatilist valikut soo, elukoha ja vanuse alusel. 1996. a oli respondente 4711, 2006. a 6434. Käesoleva magistritöö analüüsi hõlmati üksnes need vastajad, kes olid kunagi olnud seksuaalvahekorras — 1996. a 2441 naist ja 1994 meest, 2006. a vastavalt 3195 ja 2939.

Töös analüüsitakse 1996. a ja 2006. a vastanute seksuaalkäitumist iseloomustavaid näitajaid: vanus ja RSV-de kasutamine esimesel seksuaalvahekorra, seksuaalne aktiivsus ja RSV-de kasutamine viimasel neljal nädalal, juhusuhete esinemine viimase 12 kuu jooksul ja neis kondoomi kasutamine, seksuaalvahekorra esinemine samasoolise isikuga, seksuaalse väärkohtlemise kogemus ja seksi müümine või ostmine raha eest. Riskeeriva seksuaalkäitumise hindamisel kasutati kahte näitajat: juhuslike seksuaalvahekordade esinemine küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul ja neis kondoomi kasutamine.

Uuringu tulemustest selgus, et viimasel sajandil on keskmine vanus esimesel seksuaalvahekorral nihkunud naistel 4,6 (SD 0,16) ja meestel 3,8 (SD 0,15) aastat nooremisse ikka. Seksuaalvahekordade arvus olulisi muutusi toimunud ei olnud. Esimesel seksuaalvahekorral kasutasid 2006. a respondendid 1996. a respondentidest rohkem kui kaks korda enam rases-tumisvastaseid vahendeid. Riskeeriva seksuaalkäitumise levimus on võrreldes 1996. a 2006. a mõlema soo puhul langenud: juhusuhete risk oli 39% madalam (AOR=0,61; 95% UV 0,53–0,71), 2006. a juhusuhetes oli alati kondoomi kasutamise šanss 3,88 (AOR=3,88; UV 2,83–5,32) korda kõrgem. Leiti, et riskeeriv seksuaalkäitumine mõõdetuna juhusuhetes kondoomi mittekasutamisenä oli seotud vanuse, perekonnaseisu ja tavategevusalaga. Kondoomi mittekasutamise šanss oli suurem vanemates vanuserühmades, lahutatud/lahus elavate/lesked ja mittetöötavate respondentide seas.

1. SISSEJUHATUS

Reproduktiiv- ja seksuaalervis on omavahel tihedalt seotud ning neid ei saa lahutada inimõiguste kontekstist. Reproduktiivervis ja -käitumine on seotud inimese sotsiaalse staatusega ja seega võimalusega omada vastavat informatsiooni, haridust ning vastavalt sellele teha teadlikke valikuid oma seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimustes. Viimane hõlmab endas traditsioonilist lähenemist (ohutu rasedus ja sünnitus, terve laps) kui ka tänapäevast lähenemist (1).

Seksuaalkäitumine ei ole ainult bioloogilise tähtsusega, sel on täita ka sotsiaalne roll. See ei ole üksnes inimsoo jätkamiseks ja säilitamiseks, vaid see on oluline käitumuslik tegur, mis mõjutab perekonna kujunemist ja püsima jäämist, samuti on see individuaalse psühholoogilise heaolu oluline komponent, kuid ka mitmete sotsiaalsete probleemide osa, näiteks inimese immuunpuudulikkuse viiruse (HIV) levik. Seetõttu on tähtis pöörata tähelepanu seksuaalkäitumise uurimisele, eriti riskeeriva seksuaalkäitumise vaatenurgast (2).

Peale taasiseseisvumist on Eestis toimunud mitmeid muutusi haridussüsteemis ja tervishoiuteenuste valdkonnas, mille mõju hindamine elanike seksuaalkäitumisele- ja tervisele on olulise tähtsusega. Alates 1996. aastast muutus koolides kohustuslikuks inimeseõpetus, mille raames käsitleti ka seksuaalhariduse teemasid; Eesti Haigekassa soodusravimite loetellu lisati hormonaalsed rasestumisvastased vahendid; SOS-pillid on apteegist ilma arsti retseptita kättesaadavad; paranenud on seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste kättesaadavus ja valik (3). Taasiseseisvumise järgselt on Eestis toimunud ka mitmeid märkimisväärseid sotsiaal-majanduslikke muutusi (elanikkonna ümberasustamine (4), tööpuudus (5), elanikkonna haridustaseme paranemine (6). Olulisena võib välja tuua 2000. a alguse saanud HIV epideemiline levik süstivate narkomaanide ja nende seksuaalpartnerite seas (7) ning abortide arvu vähenemise (8).

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumist, analüüsida riskeeriva seksuaalkäitumise muutusi rahvastikus ning sellega seotuid sotsiaal-demograafilisi tegureid Eesti terviseuuringute 1996 ja 2006 andmetel.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1 Seksuaalkäitumise trendid maailmas

Viimastel aastakümnetele on läbi viidud palju teadusuuringuid, mille eesmärk on olnud analüüsida inimeste seksuaalkäitumist. Uuringute tulemused näitavad, et 20. sajandil on inimeste seksuaalkäitumise mustrid ja suhtumine seksuaalkäitumisega seonduvasse oluliselt muutunud (9–11). Muutused võivad olla tingitud mitmetest põhjustest. Olulise mõjurina võib välja tuua hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite (RSV) kasutusele võtu (12) ja kondoomi laialdase kättesaadavuse (13). 2002. a seisuga oli suukaudseid RSV-sid kasutanud pool miljardit naist, kasutajaid oli sel hetkel 100 miljonit (12). Los Angelese piirkondlikus koolis olid kondoomid ühe aasta jooksul õpilastele vabalt kättesaadavad. Selle aja jooksul tõusis kondoomi kasutamine noormeeste seas 37%-lt 50%-ni, naiste käitumises märkimisväärsed muutusi ei toimunud (13). Inimeste seksuaalkäitumise muutumises on olulisel kohal ka inimeste teadlikkuse tõus seksuaalkäitumisest ja sellega seonduvast. Eestis läbiviidud uuring HIV/AIDS-i teemaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas näitab, et noorte teadmised on paranenud. Korrektheid teadmisi sugulisel teel levivate infektsioonide (STLI) vältimise meetoditest omas 2003. a 44% 15–24 aastastest respondentidest, 2005. a oli teadjate hulk tõusnud 51%-le (14).

Rootsis küsitleti neljal erineval ajahetkel 70 aastaseid inimesi. Uuringu tulemused näitasid, et hilisemates sünnikohortides on seksuaalelu elamise levimus kõrgem kui vanemates sünnikohortides. Samuti oli hilisematel sünnikohortidel positiivsem suhtumine seksuaalteemadesse ja nende seksuaalelu pakkus neile suuremat rahuldust. (15).

Kaye Wellings võttis vaatluse alla 59 riigi elanike seksuaalkäitumist puudutavate uuringute andmed, et kirjeldada maailmas levivaid seksuaalkäitumise mustreid. Uuringute andmed näitavad, et eri piirkondade ning naiste ja meeste seksuaalkäitumine on märkimisväärselt mitmekesine. Nimetatud süstemaatilise ülevaate artikli tulemused ei kinnita universaalset seksuaalelu alustamise vanuse nihkumist varasemasse ikka. Mõnedes arengumaades (Uganda, Nigeeria, Etioopia) on naiste puhul suund pigem vastupidine. Seksuaalelu alustamise vanus sõltub suuresti soost. Ajavahemikul hilised 70-ndad kuni hilised 90-ndad püsis naiste osakaal, kes alustasid seksuaalelu enne 15. eluaastat stabiilsena või vähenes. Meeste osakaal jäi samaks või suurenes. Mõnedes arenenud maades (Norra, Prantsusmaa, Suurbritannia) on siiski seksuaalelu alustamine enne 15. eluaastat sagenenud, kuid tõus ei ole olnud märkimisväärne. Samuti ei ole neis riikides varajane seksuaalelu alustamine nii palju levinud kui arengumaades (9). Prantsusmaal on 30 aasta jooksul naiste puhul keskmine vanus

esimese seksuaalvahekorra ajal nihkunud 4 aasta võrra nooremisse ikka, meeste puhul 1 aasta võrra (11).

Domineeriv muster kõigis uuritavates riikides on abiellumisea nihkumine vanemasse ikka. Suuri muutusi partnerite arvus toimunud ei ole, enamusel uuritavatest on viimasel ajal olnud üks partner. Mitme seksuaalpartneri olemasolu on enam iseloomulik vastanutele arenenud riikides, kus partnerite rohkusega paistavad silma mehed (9). Näiteks Prantsusmaa meestel on 2006.a andmetel elu jooksul keskmiselt 11,6 partnerit, kuid naistel 4,4. Samas partnerite arvu suurenemine on toimunud naiste seas. 1970. aastal oli Prantsusmaa naistel elu jooksul keskmiselt 1,8 ja meestel 11,8 partnerit (11). Kaye Wellingsi arvates võib süstemaatiline erinevus meeste ja naiste poolt registreeritud partnerite arvus olla tingitud uuringutes avalduva nihkega. Mehed võisid partnerite arvuga liialdada ning naised öelda väiksema partnerite arvu kui see tegelikult on (9). Urija Brown on oma uurimustega jõudnud järeldusele, et mehed hindavad oma seksuaalpartnerite arvu ligikaudselt ehk siis kasutavad nn ülespoole ümar-damist, kuid naised loendavad neid (16).

Kondoomi kasutamine seksuaalvahekorras on samuti kõigis riikides tõusnud, kuid kondoomi kasutuse levimus arengumaades on siiski tunduvalt madalam kui arenenud maades (9). Inglismaal uuriti 16–44 aastaseid mehi ja naisi. Seksuaalselt aktiivsete 16–24 aastaste inglise meeste ja naiste seas tõusis kondoomi kasutamine 10 aasta jooksul üle 20%: 1990. a kasutas kondoomi 61% meestest ning 2000 a. 82%, naistel tõusis kondoomi kasutamine 42%-lt 63%-le. Vanemates vanuserühmades oli kondoomi kasutamine samuti tõusnud, kuid see jäi 10% piiridesse (10). Märkimisväärselt on tõusnud ka rasestumisvastaste vahendite kasutamine esimese seksuaalvahekorra ajal. Kui 1990. a kasutas umbes 80% naistest ja 70% meestest rasestumisvastast vahendit (välja arvatud kondoom) esimesel seksuaalvahekorral, siis 2005. a olid näitajad mõlema soo puhul tõusnud üle 90%. Kondoomi kasutamine esimese suguakti ajal on tõusnud 62%-lt 82%-ni (11).

2.2 Riskeeriv seksuaalkäitumine ja selle tagajärjed

Mõistet riskeeriv seksuaalkäitumine kasutatakse väga laialdaselt, kuid selle mõiste sisu ei ole alati selgesti ära määratletud. Mõistel puudub ühtne definitsioon (17). Riskeeriva seksuaalkäitumise ühe kaudse mõõdikuna kasutatakse sageli sugulisel teel levivate infektsioonide esinemise hindamist, kas siis objektiivselt — testides STLI-de suhtes või subjektiivselt — uuritavate ütluste põhised (18, 19).

STLI ja nende põdemise tagajärjed on oluline rahvatervise probleem (20). Seksuaalsel teel levib üle 30 erineva haigustekitaja. Enamasti on nende poolt ohustatud seksuaalselt aktiivsed inimesed, kuid kaitstud ei ole ka imikud ja seksuaalselt mitteaktiivsed inimesed. STLI-de üle kandumine võib toimuda emalt lapsele raseduse ja sünnituse jooksul, verekomponentide ülekandmisel, kudede siirdamisel, kokkupuutel infektsiooni sisaldava vere või kehavedelikega (21). Riski nakatuda STLI-desse on seostatud noores eas seksuaalelu alustamise, partnerite rohkusega elu jooksul, paralleelsuhetega (19, 22), tundmatu partneriga seksuaalvahekorra, riskeeriva käitumisega partneritega (juhusuhteid omav ja neis kaitsevahendit mitte kasutav), mõnede seksuaalpraktikatega (nt analvahekord, kuiv seks — tupe kuivatamine tampooniga enne seksuaalvahekorda). STLI-desse nakatumise riski mõjutab ka seksuaalvahekordade sagedus ja ajastus (nt seksuaalvahekord menstruatsiooni ajal) (23).

On levinud arusaam, et üksnes HIV on rahvatervise probleem ja seetõttu on teiste STLI-de ennetamine ning tõrje jäänud tahaplaanile. Tegelikult on ka teiste STLI-de levimus suureks probleemiks (20). Arengumaades moodustavad STLI-d suure osa haigus- ja suremuskoormusest. Seksuaalsel teel levivad haigustekitajad võivad põhjustada ägedaid ja kroonilisi infektsioone, mis võivad viia viljatuse, maksakahjustuse, raseduse katkemise, emakavälise raseduse, emakakaela vähi ja teiste paikmete vähini (25). STLI-d võivad viia enneaegse suremuseni nii täiskasvanutel kui ka imikutel (21). Imikutel võib vanemate STLI põdemine põhjustada ka pimedust (24). Teadusuuringud on näidanud, et neil, kes on kunagi põdenud STLI on suurem oht nakatuda HI-viirusesse (21). STLI-ga kaasuva genitaaltrakti põletiku korral on põletikuliste rakkude arv suguteedes suurenenud ja see soodustab HIV-viirusega nakatumist (25). Seega on oluline pöörata tähelepanu riskeeriva seksuaalkäitumise vähendamisele, sest see määrab suuresti ära, milliseks kujuneb HI-viiruse levik üldrahvastikus (26).

2.3 Seksuaalkäitumist mõjutavad tegurid

Teaduslikud uuringud on näidanud, et erinevused elanikkonna tervisenäitajates ei ole juhuslikud ja geneetiline eelsoodumus ei ole piisav põhjendus miks osad inimesed haigestuvad ja teised mitte (välja arvatud geneetiliselt päritavate haiguste puhul) (27). Erinevused tervisenäitajates tulenevad majanduslikest, sotsiaalsetest ja demograafilistest tingimustest, milles inimesed elavad. Eksisteerib seaduspärasus, et tervisenäitajatele on iseloomulik sotsiaalne astmelisus — mida kõrgem on inimese sotsiaalne positsioon, seda paremad tervisenäitajad tal on (28).

Vaatamata laialdastele ennetustöödele levivad HIV ja teised STLI-d ikkagi teatud elanikkonna gruppides rohkem (27). STLI epideemia levik on mõjutatud nii haigustekitajate enda kui ka ühiskondlikest muutustest (29). Infektsioonide levimus võib erinev olla soo, rassi/rahvuse, hariduse, sissetuleku, vanuse, keskkondlike tegurite ja seksuaalse orientatsiooni mõjutustel (27, 29). 2007. aastal diagnoositi kaks kolmandikku uutest HIV juhtudest meestel ja neist pooled olid diagnoositud homoseksuaalsetel meestel. (30); CL Satterwhite jõudis oma uuringus samale järeldusele, et meeste seas on STLI haigestumus kõrgem (31). Ameerika 2009. aasta STLI raportist on näha, et suur osa STLI haiguskoormusest on homoseksuaalsete meeste kanda (32). On leitud, et mustanahaliste seas on STLI levimus mitmeid kordi suurem kui valgenahaliste hulgas (30, 32); madalasissetulekuga mustanahaliste homoseksuaalsete meeste käitumine on riskeerivam, mistõttu on neil suurem oht nakatuda STLI kui suurema sissetulekuga mustanahalistel homoseksuaalsetele meestel (27); madala haridustasemega HIV-sse nakatunud inimeste haiguse ravi tulemused on kehvemad kui haritumatel inimestel, võimalik, et seoses madalamate teadmistega haigusest ja seetõttu ei pruugi nad mõista ravi olulisust (33). STLI levimus on kõige kõrgem noorema elanikkonna seas (34). Inglismaa 16–44 aastaste uuritavate seas oli STLI levimusmäärad kõrgeimad naiste osas vanuserühmas 16–24 ja meeste osa 25–34 (35), Ameerikas on leitud, et STLI levimus on kõrgeim 20–24 aastaste seas (32).

Olulist rolli riskeeriva seksuaalkäitumise kujunemisel omab ka keskkond, kus inimene kasvab ning millised väärtushinnangud, seksuaalideoloogiad, -kultuur ja -haridus seal valitseb (36). On täheldatud, et need, kes kasvavad koos kahe bioloogilise vanemaga, kelle perekond on majanduslikult kindlustatud ja vanemad on kõrgharidusega on oma elus vähem riskeerivad ning STLI levimus on nende seas madalam võrreldes nendega, kes kasvavad ühe lapsevanemaga, bioloogiliste vanemateta, majanduslikult kindlustamata ja madalaharidusega vanematega. On leitud, et kõrgharidusega vanemad suunavad oma lapsi kasutama rasestumisvastaseid vahendeid ja pööravad rohkem tähelepanu laste tegevusel, need on ka ühed põhjustest miks haritumas keskkonnas kasvanud inimeste seas riskeeriv seksuaalkäitumine on vähem levinud (34). Olulisem mõjutegur vanemate taustast on inimese enda haridus. Uuringud näitavad, et kõrgema haridustasemega inimeste seas on riskeeriva seksuaalkäitumise levimus madalam. Neil on väiksem risk olla seksuaalvahekorras noores eas, nad kasutavad vahekordade ajal enam kaitsevahendeid ja nende seas on soovimatu raseduse levimus madalam (37).

2.4 Seksuaalkäitumist puudutavad uuringud Eestis

Eestis on toimunud mitmeid seksuaalkäitumise või seksuaalkäitumust puudutavaid küsimusi sisaldavaid uuringuid. Valdavalt on fookuses olnud kooliõpilaste ja noorte täiskasvanute seksuaalkäitumine. Täiskasvanute inimeste seksuaalkäitumist, kus uuritavateks on mõlema soo esindajad on uuritud Eesti terviseuuringus (ETeU) ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus (TKU).

2.4.1 TKU 2000, 2002, 2004, 2006;2008

TKU toimub igal paarisaastal. Esmakordselt viidi uuring läbi 1990. aastal. Uuring moodustab ühe osa Finbalt Health Monitor ühisuuringust, milles osalevad peale Eesti veel ka Leedu, Läti ja Soome. Uuringu koordineerijaks on Soome Tervise ja Heaolu Instituut. Uuring toimub igal aastal ühtse metoodika alusel ja suures osas samu küsimusi sisaldanud küsimustikega, mis annab võimaluse jälgida ning analüüsida tervisekäitumist iseloomustavate näitajate muutumist pikema aja vältel. Tegemist on postiküsitlusega, kus uuritavateks on 16–64 aastased Eesti elanikud (38).

TKU ei ole kõigil uuringuaastatel sisaldanud seksuaalkäitumist puudutavaid küsimusi. Küsimused seksuaalkäitumise kohta on lisatud alates 2000. a. (38). Aastate lõikes erinevad küsimused sõnastuse poolest seega ei ole uuringutulemused võrreldavad. Võrrelda saab omavahel 2000. ja 2002. a mil küsiti – Milline on olnud kondoomi kasutamistava viimasel aastal (12 viimast kuud) enam kui ühte seksuaalpartnerit omades? (vastusevariandid – mitte kunagi, vahetevahel, enamasti alati, kindlasti alati) (39, 40) ning aastaid 2004, 2006 ja 2008, mil küsiti – Kui sageli olete viimase 12 kuu jooksul juhupartneriga seksuaalvahekorras olles kasutanud kondoomi? (vastusevariandid – alati, enamikel juhtudel, mitte kunagi, ei ole olnud juhupartnereid) (38, 41, 42). Uuringu andmed näitavad positiivseid muutusi vastanute seksuaalkäitumises. Viimase 12 kuu jooksul kondoomi mitte kasutamine on enam kui ühte partnerit ja enam kui ühe seksuaalpartneriga uuritavate seas langenud (Tabel 1a ja 1b). Juhusuhetes viimase 12 kuu jooksul alati kondoomi kasutavate osakaal on 7,6% meeste ja 11,3% naiste puhul tõusnud (Tabel 2).

Tabel 1a. Viimase 12 kuu jooksul enam kui ühte seksuaalpartnerit omades mitte kunagi kondoomi kasutanute jaotus (%) vanuse ja soo järgi, TKU 2002, 2000.

Aasta	Mehed						Naised						Kokku
	Vanuserühm						Vanuserühm						
	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	
2002	30,9	40,8	48,0	69,6	78,6	51,7	30,7	38,7	53,7	59,0	88,7	53,2	52,4
2000	32,5	31,3	54,2	70,1	81,3	53,7	29,3	42,0	48,7	73,9	90,9	56,5	55,2

Tabel 1b. Viimase 12 kuu jooksul juhuvahekorras mitte kunagi kondoomi kasutanute jaotus (%) vanuse ja soo järgi; TKU 2008, 2006, 2004.

Aasta	Mehed						Naised						Kokku
	Vanuserühm						Vanuserühm						
	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	
2008	26,1	32,7	23,9	55,3	65,7	36,5	26,5	20,6	54,3	82,8	90,0	48,5	41,6
2006	23,4	27,6	37,1	76,3	77,3	39,3	37,5	39,6	56,7	82,9	95,3	60,8	49,0
2004	26,0	33,7	44,8	64,1	83,3	40,7	34,6	53,5	58,6	92,5	93,0	61,8	49,3

Tabel 2. Viimase 12 kuu jooksul juhuvahekorras alati kondoomi kasutanute jaotus (%) vanuse ja soo järgi; TKU 2008, 2006, 2004.

Aasta	Mehed						Naised						Kokku
	Vanuserühm						Vanuserühm						
	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	16–64	
2008	45,7	32,7	50,0	15,8	20,0	36,1	36,8	41,2	22,9	6,9	3,3	25,5	31,6
2006	50,0	44,8	20,0	7,9	4,5	34,0	35,4	29,2	23,3	5,7	–	19,6	27,5
2004	38,6	33,7	15,5	20,5	6,7	28,5	28,2	14	13,8	2,5	–	14,2	22,6

2.4.2 Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine

Uuringu eesmärk oli hinnata Eesti naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist ning vastavat käitumist. Tegemist oli läbilõikelise postiküsitlusuuringuga, uuritavateks olid 16–44 aastased naised. Küsimustik oli jaotatud seitsmeks osaks. Ühe osa moodustas lähisuhete ja seksuaalsuse blokk, mis sisaldas andmeid esimeste lähisuhete ja seksuaalkogemuste, seksuaalpartnerite, seksuaalse suundumuse ja seksuaalelu probleemide kohta. Küsimustike postitamine ja tagastamine toimus 2004. a lõpul ja 2005. a alguses. Andmeanalüüsi hõlmati 2672 uuritava andmed, neist 89,3%-il (2385) oli suguühete kogemus (3). Uuringu tulemused näitavad, et nooremad sünnikohordid alustasid seksuaaleluga varem ning kasutasid esimese

suguuhte ajal rasestumisvastast meetodit sagedamini kui vanema sünnikohordi inimesed (Tabel 3).

Tabel 3. Vanus esimese suguuhte ajal (%) ja rasestumisvastase vahendi kasutamine esimesel seksuaalvahekorral; Eesti naiste tervis 2004–2005.

Vanus esimesel seksuaalvahekorral	Vanuserühm				
	16–17 (n=90)	18–24 (n=908)	25–34 (n=707)	35–44 (n=680)	16–44 (n=2385)
<15	22,2	8,4	2,3	1,5	5,1
15	32,2	15,0	8,9	2,8	10,4
16	36,7	21,3	19,1	6,9	17,1
17	7,8	24,6	17,7	16,6	19,6
18	–	17,5	19,7	22,6	19,0
19	–	6,2	10,9	16,3	10,2
≥20	–	6,5	20,8	32,2	17,8
Keskmine	15,3	16,7	18,0	18,9	17,7
RSV kasutamine esimesel seksuaalvahekorral					
Jah	82,2	83,4	67,8	49,7	69,1
Ei	15,6	16,3	30,8	48,8	29,9
Teadmata	2,2	0,3	1,4	1,5	1,0

Nooremate sünnikohortide seas oli esimese suguuhte ajal populaarseimaks RSV-ks kondoom, vanemates katkestatud suguuhe, 35–44 aastaste seas oli ka kalendermeetod üsna levinud (Tabel 4).

Tabel 4. Rasestumisvastane meetod esimeses suguuhtes (%); Eesti naiste tervis 2004–2005.

Rasestumisvastane meetod	Vanuserühm				
	16–17 (n=74)	18–24 (n=757)	25–34 (n=479)	35–44 (n=338)	16–44 (n=1648)
Katkestatud suguuhe	24,3	32,5	51,1	57,1	42,6
Kondoom	71,6	61,0	33,8	14,8	44,1
Pillid	4,1	9,2	6,9	1,8	6,8
SOS-pillid	12,2	5,3	4,4	3,0	4,9
Kalendermeetod	4,1	5,7	12,1	32,0	12,9
Spermitsiid	1,4	0,3	0,2	1,2	0,5
Muu	–	0,7	2,3	3,6	1,7

2.4.3 HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas 2003, 2005, 2007

Uurimust on Eestis läbi viidud kolmel korral — 2003., 2005. ja 2007. a. Uuringu korraldajaks on Tervise Arengu Instituut (TAI) Ülemaailmse AIDS-i, Tuberkuloosi ja Malaariaga

Võitlemise Fondi (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) Eesti programmi tegevuste raames. Uuringu eesmärk on saada ülevaade olukorrast ja trendidest seoses Eesti noorte HIV/AIDS-i temaatiliste, arusaamade, suhtumiste ja riskikäitumisega seksuaalsuhetes. Uuritavateks on 10–29 aastased eesti elanikud. Andmeid koguti isetäidetava ankeedi alusel koolide külastamisel ja postiküsitluse teel (14, 43, 44). Kolme aasta lõikes seksuaalsuhteid ja kondoomi kasutamist puudutavad näitajad oluliselt muutunud ei ole. 15–29 aastastest ei ole enne 15. eluaastat 2007.a uuritavatest 85% seksuaaleluga alustanud, 2005.a 87% ja 2003.a 83%; küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul kasutas 2007. a juhusuhetes alati kondoomi 48%, 2005. ja 2003.a 44% (43).

2.4.4 Noorsoouuring KISS 1994, 1999.

Noorsoouuring KISS (lühend sõnadest küpsemine, inimsuhted, sõbrad, seksuaalsus) viidi Eestis läbi esmakordselt 1994. a, uuritavateks oli 1080 põhikooli lõpuklassi õpilast. 1999. a kevadel viidi läbi kordusuuring, siis oli uuritavaid 1676. KISS uuringu eesmärk on vaadelda noorte seksuaalset küpsemist ja sellega seonduvaid riske reproduktiivtervisele. Uuringu tulemused näitavad, et 1994. a kuni 1999. a on suguuhtekogemustega noorte hulk põhikoolide lõpuklasside õpilaste hulgas kasvanud. Vanus esimese seksuaalvahekorra ajal noorenenud ei olnud. Rasestumisvastast vahendit kasutab esimese seksuaalvahekorra ajal veidi üle poolte uuritavatest. Kondoomi kasutamine esimese suguuhte ajal oli jäänud samale tasemele (50–51%) (45)

3. TÖÖ EESMÄRGID

Uurimustöö eesmärk on võrrelda Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumist Eesti terviseuuringu 1996 ja 2006 andmetel.

Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumuslikke harjumusi aastatel 1996 ja 2006.
2. Võrrelda Eesti täiskasvanud rahvastiku riskeerivat seksuaalkäitumist 1996. ja 2006. aastal.
3. Selgitada seoseid riskeeriva seksuaalkäitumise ja sotsiaal-demograafiliste tegurite vahel ETeU 2006 andmetel.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1 Andmestik

Magistritöö põhineb Eesti Terviseuuringu 1996 ja 2006 andmetel. ETeU 1996 ja 2006 on esimesed intervjuul põhinevad üleriigilised rahvastiku tervist käsitlevad küsitlusuuringud. Tabelis 5 on kirjeldatud uuringute metoodikat ja andmestikku.

Tabel 5. Andmestiku kirjeldus, Eesti Terviseuuring 1996 ja 2006.

Tunnused	Eesti Terviseuuring 1996	Eesti Terviseuuring 2006
Valimiraam	1989. aasta rahvaloendus	AS Andmevara rahvastiku andmebaas
Valimi moodustamine	Kihitatud süstemaatiline valik elukoha, soo ja vanuse alusel.	Kihitatud süstemaatiline valik elukoha, soo ja vanuse alusel.
Valimi suurus	Väljavõtte rahvaloenduse andmebaasist tehti 8925 isiku kohta. Peale nimede ja aadresside täpsustamist jäi järgi 7807 isikut, plaanitud 5000 ankeedi kättesaamiseks edastati küsitlusvõrgule 6019 isiku kirjed. Andmebaasi registreeriti 4711 isiku kirjed.	Esialgne maht 15 000 isikut. Arvestades üldkogumi suurust ning vastamistõenäosuse piirkondlikke ja vanuselisi erinevusi valiti välitöödeks esialgselt valimist 11 023 isiku kirjed. Küsitlusevõrgult laekus tagasi 6512 ankeeti. Andmebaasi registreeriti 6434 isiku kirjed.
Uuritavad	15–79 aastased (seisuga 12.12.1996) mehed ja naised, sünniaastates 1916–1980	15–84 aastased (seisuga 01.01.2006) mehed ja naised, sünniaastates 1921–1990.
Andmekogumise aeg	1996–1997	2006–2007
Andmekogumise viis	Näost-näku intervjuu	Näost-näku intervjuu
Küsitlusvõrk (asutus)	Eesti Statistikaamet	OÜ Saar Poll, OÜ Faktum & Ariko
Uuritavatega kontakteerumine	Kontaktkirjaga informeeriti valimisse sattunut uuringu toimumisest ja tema soovitatavast osalemisest uuringus. Kiri sisaldas küsitleja nime ja telefoni. Oodati, et küsitletav võtab küsitlejaga ise ühendust ja lepib kokku temale sobiva aja, kui seda ei juhtunud, otsis küsitleja küsitletava ise üles. Küsitletava leidmiseks pidi küsitleja tegema vähemalt viis katset enne kui uuringuprotokoll suleti.	Teavituskirjaga informeeriti valimisse sattunut uuringu toimumisest ning anti võimalus uuringu koordinaatoritega kontakteerumiseks, et leppida kokku küsitlusaeg ja koht. Kui uuritav ise ei kontakteerunud hakkasid küsitlejad ise nendega kontakti otsima. Küsitletava leidmiseks pidi küsitleja tegema kolm ja maal viis katset. Kõigi katsete ebaõnnestumisel uuringuprotokoll suleti.
Mitteosalenute definitsioonid	Keeldumine uuringus osalemisest, isiku mitteleidmine, küsitletavaga mittekontaktteerumine, Eestis lahkunud või ajutiselt ära olnud, surnud.	Keeldumine uuringus osalemisest, isiku aadressilt mitteleidmine, isikuga kontakti mitteleidmine, Eestist lahkunud, surnud.
Andmekogumiseinstrument	Ankeet	Ankeet
Vastamismäär	78,3%	60,2%*

	Eesti Terviseuuring 1996	Eesti Terviseuuring 2006
	n (%)	n (%)
Sugu		
Mees	2131 (45,2)	3111 (48,40)
Naine	2580 (54,8)	3323 (51,60)
Vanuserühm		
≤24	698 (14,8)	959 (14,9)
25–34	6767 (14,4)	811 (12,6)
35–44	758 (16,1)	843 (13,1)
45–54	622 (13,2)	893 (13,9)
55–64	638 (13,5)	768 (11,9)
≥65	1319 (28,0)	2160 (33,6)
Rahvus		
Eestlane	3129 (66,4)	4159 (64,6)
Mitte-eestlane	1582 (33,6)	2275 (35,4)
Perekonnaseis		
Vallaline	749 (15,9)	1088 (16,9)
Abielus	2373 (50,4)	2920 (45,4)
Vabaabielus	416 (8,8)	852 (13,2)
Lahutatud/lahuselav/lesk	1173 (24,9)	1574 (24,5)
Haridus		
≥ Põhiharidus	1741 (37,0)	1531 (23,8)
Keskharidus	2365 (50,2)	2907 (45,2)
Kõrgharidus	603 (12,8)	1996 (31,0)
Mittevastanud	2 (0,0)	—
Tavategevusala		
Töötav	2386 (50,7)	3182 (49,5)
Mittetöötav	708 (15,0)	834 (12,9)
Pensionär	1617 (34,3)	2413 (37,5)
Muu	—	5 (0,1)
Sissetulekuvintiilid		
I	1150 (24,4)	1373 (21,4)
II	845 (17,9)	1116 (17,4)
III	813 (17,3)	1282 (19,9)
IV	953 (20,2)	1206 (18,7)
V	938 (19,9)	1198 (18,6)
mittevastanud	12 (0,3)	259 (4,0)

*täpsustatud vastamismäär — valimist arvati välja surnud ja üle aasta Eestist eemal viibinud.

1996. a ETeU ülesandeks oli Eesti rahvastiku tervisepotentsiaali hindamine, seostades tervisekadu, selle tekkimist ja tagajärgi peamiste elusündmuste ja elamisviisidega. Eesmärgiks oli rahvastiku tasandil toimuvate protsesside välja selgitamine läbi tervisenäitajate (46). 2006 a uuringu eesmärk oli rahvastiku struktuurile vastava terviseseisundi ülevaate koostamine; sotsiaalsete, majanduslike, keskkondlike ja käitumuslike mõjude hindamine rahvastiku tervise seisundile ja terviseseisundist tulenevate abivajaduste kaardistamine (47). 1996. a võeti ankeedi koostamisel eeskujul eelnevate riigiuringute küsimuste sõnastusi ja esmatulemusi ning püüti arvestada (46) Maailma Terviseorganisatsiooni poolt väljatöötatud terviseuuringu soovituslikke juhiseid (48), et tagada andmestiku võrreldavus teiste riikidega (46). 2006. a püüti ankeedi koostamisel lähtuda 1996. a ETeU (46) ja ning Eurostati poolt väljatöötatud

Euroopa terviseemõjurite moodulist (47). Uuringute küsimustikud koosnevad erinevate valdkondade blokkidest ning ülesehitusel on püütud lähtuda sündmusloolisest perspektiivist (46, 47).

4.2 Töös kasutatavad tunnused

ETeU 1996 sisaldasid seksuaalkäitumist puudutavad küsimused taastetervise blokkis (46). 2006. a oli seksuaalkäitumisega seotud küsimused koondatud eraldi iseseisvasse blokki (47). Mõlemal aastal oli naiste ja meeste jaoks eraldi ankeet. Seksuaalkäitumist puudutavaid küsimusi küsiti üksnes nende uuritavate käest, kes olid jaatavalt vastanud küsimusele „Et Teid ülearuste küsimustega mitte tülitada, küsin esmalt, kas olete kunagi seksuaalvahekorras olnud?“ (jah/ei) (lisa 1, küsimused 1996: C27/CM17; 2006: Jn16, Jm16).

Sotsiaal-demograafilised ja -majanduslikud tunnused

Vanuserühm (lisa 1, küsimused 1996: A03; 2006: A04). 1996. a on vanus arvatud seisuga 12.01.1996, 2006. a seisuga 01.01.2006. Uuritavate kirjeldamiseks moodustati kuus vanuserühma: ≤ 24 , 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, ≥ 65 . Seksuaalkäitumist puudutavate andmete analüüsiks moodustati neli vanuserühma ≤ 24 , 25–34, 35–44, ≥ 45 .

Rahvus (lisa 1, küsimused 1996: A13; 2006: A14). Rahvuskuluvus põhineb inimese enesemääratlusel, ei ole seotud uuritava emakeelega, kuid peaks olema kooskõlas vähemalt ühe tema vanema rahvusega. Selle alusel moodustati kaks rühma: eestlased ja mitte-eestlased.

Tavategevusala (lisa 1, küsimused 1996: A04; 2006: A06). Küsitletav määratles enda staatuse ise välja pakutud vastusevariantide järgi. Selle alusel moodustati kolm rühma: töötav, mittetöötav, vanaduspensionär. Töötavate hulka kuuluvad kõik, kes osalevad tööturul või on kaitseväes. Mittetöötavate hulka loeti töötud, üliõpilased, õpilased, kodused, kinnipeetavad, lapsehoolduspuhkusel olevad. Pensionäride gruppi loeti mittetöötavad vanaduspensionärid ja mittetöötavad töövõimetuspensionärid.

Sissetulek (lisa 1, küsimused 1996: A05; 2006: A13). Iseloomustab küsitletava ühe kuu keskmist netosissetulekut viimase 12 kuu jooksul. Uuritavate vastuste põhjal moodustati viis sissetulekukvintiili — vastajad reastati sissetuleku alusel ning jaotati viide võrdsesse rühma vastavalt keskmisele netosissetuleku suurusele kuus viimase 12 kuu jooksul. I kvintiili moodustasid madalaima sissetulekuga ning V kvintiili kõige kõrgema sissetulekuga rühma.

Perekonnaseis (lisa 1, küsimused 1996: A14, A15, A21, A20, A24; 2006: A05). Iseloomustab inimese partnersuhte tegelikku olukorda. 1996.a puudus ankeedist konkreetne

küsimus perekonnaseisu kohta, seega oli perekonnaseis vaja erinevate tunnuste alusel tuletada (teostatud TAI analüütikute poolt). 2006. a määratlus vastaja enda staatuse ise välja pakutud vastusevariantide järgi. Selle alusel moodustati järgmised rühmad: vallaline, abielus, vaba- abielus, lahutatud/lahus elav/lesk.

Haridus (lisa 1, küsimused 1996: D01; 2006: K03). Haridustase põhines vastaja kõrge- mail lõpetatud haridustasemel. Selle alusel moodustati kolm rühma: ≤ põhiharidus, kesk- haridus ja kõrgharidus (teostatud TAI analüütikute poolt).

Seksuaalkäitumuslikud tunnused

Seksuaalelu alustamise vanus (lisa 1, küsimused 1996: C28/CM18; 2006: Jn03/Jm03). Mõeldakse vanust esimese seksuaalvahekorra ajal. Põhineb vastaja antud määratlusel. Vanust esimesel seksuaalvahekorral vaadati vanuserühmades ≤16 ja >16.

Rasestumisvastaste vahendite kasutamine (lisa 1, küsimused 1996: C29/CM19, C30/CM20, C46/CM36, C55/CM45, C56/CM46; 2006: Jn04/Jm04, Jn05/Jm05, Jn17/Jm17, Jn21/Jm21, Jn22/Jm22). Küsiti, kas vastaja kasutas esimese seksuaalvahekorral ja viimase nelja nädala jooksul rasestumisvastaseid vahendeid või meetodeid ja mida kasutati. Viimasel neljal nädalal kasutatud RSV alusel moodustati kaks gruppi: efektiivsed ja mitteefektiivsed RSV. Efektiivseteks RSV-ks loeti hormonaalsed rasestumisvastased vahendid, emakasisene vahend (spiraal) ja steriliseerimine.

Seksuaalne aktiivsus (lisa 1, küsimused 1996:C46/CM46, C53/CM53; 2006: Jn17/Jm17, Jn20/Jm20). Küsiti, kas vastaja on viimase 4 nädala jooksul olnud seksuaalvahekorras ja vahekordade arvu viimase 4 nädala jooksul.

Juhuvahekorra esinemine (lisa 1, küsimused 1996: C63/CM50; 2006: Jn28/Jm31). Küsiti, kas vastajal on viimase 12 kuu jooksul püsipartneri kõrval või viimase puudumisel olnud juhuvahekordi. Küsimust küsiti üksnes nendelt uuritavatel, kes olid viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras olnud.

Partnerite arv (lisa 1, küsimused 1996: C64/CM51; 2006: Jn29/Jm32). Küsiti partnerite arvu küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul. 1996. aastal oli küsitleja juhendisse lisatud märkus, et ühe erineva partnerina tuleb arvestada ka püsipartnerit, kuid 2006. a sellist märget ei olnud, seega ei ole uuringu aastate andmed võrreldavad. Töös tuuakse välja partnerite keskmine arv 1996. a.

Juhuvahekorras kondoomi kasutamine (lisa 1, küsimused 1996: C65/CM52; 2006: Jn30/Jm33). Küsiti, kas vastaja on viimase 12 kuu jooksul esinenud juhuvahekordades kasutanud kondoomi. Riskeeriva seksuaalkäitumise hindamiseks moodustati kaks rühma: riskeeriv seksuaalkäitumine ja mitteriskeeriv seksuaalkäitumine. Riskeerivaks seksuaalkäitu-

miseks defineeriti juhusuhetes kondoomi mitte kunagi, vahetevahel ja enamasti kasutamine. Mitte riskeerivaks seksuaalkäitumiseks defineeriti juhusuhetes kondoomi alati kasutamine.

Vahekorrad samasoo esindajatega (lisa 1, küsimused 1006: C67/CM54; 2006: Jn27/Jm30). Küsiti, kas vastaja on olnud kunagi seksuaalvahekorras samasoo esindajaga.

Seksuaalne väärkohtlemine (lisa 1, küsimused 1996: C61/CM48; 2006: Jn24/Jm27). Põhineb vastaja enese määratlusel. Küsimuse all mõeldi üksnes vastumeelset (sunnitud) seksuaalvahekorda.

Seks raha eest (lisa 1, küsimused 1996: C66/CM53; 2006: Jn26/Jm29). Küsimuse all on mõeldud otsest maksmist rahas või tasu saamist seksuaalvahekorra või -teenuse eest.

4.3 Andmeanalüüs

Andmeanalüüsiks koostati analüütiline andmebaas. Selleks esitati TAI-le andmete kasutamise taotlus. Taotlusesse pandi kirja taotletavad tunnused, taotleja ja teiste andmekasutajate andmed ning andmete kasutamise eesmärk. Andmebaas koostati statistikaprogrammis Statistical Packages for the Social Science (SPSS) 17.0. Analüütilise andmebaasi koostamine hõlmas endas uute tunnuste formuleerimist (nt 1996. aasta puhul tuli seksuaalvahekorras olnute tunnus mitme tunnuse baasil moodustada), tunnuste kategoriseerimist (uute jaotuste tegemine, nt vanuse rühmad, tööhõive, sissetulekukvintilid, perekonnaseis) ja kahe uuringu aasta andmestiku liitmist. 1996. ja 2006. aasta failide ühendamiseks oli vaja mõlema faili tunnused kodeerida ühenimeliseks ja luua kaks uut tunnust — uuringu aasta ja kood. Viimane tunnus tähendab seda, et igale kirjele anti nn uus ankeedi number, samas säilitati ka vana number, et vajadusel saaks algandmete juurde tagasi minna.

Andmete kirjeldaval analüüsil kasutati sagedustabelit koos suhteliste sagedustega, keskvärtuse ja levimusmäärade (%) arvutamist. Statistilise analüüsi meetodi valikul lähtuti tunnuse tüübist, arvuliste (pidevate) tunnuste keskvärtuse võrdlemiseks kasutati t-testi ja mitte-arvuliste tunnuste võrdlemisel hii-ruut testi. Levimusmäärade võrdluseks kasutati levimusmäärade šansisuhet (POR) ja selle 95% usaldusvahemikku (UV). Olulisuse nivooks määrasime 0,05, see tähendab, et statistiliselt oluliseks loeti erinevused, kui olulisuse tõenäosus (p) oli väiksem kui 0,05. Seksuaalkäitumist iseloomustavad tunnused kohandati vanusele.

Riskeeriva seksuaalkäitumise hindamisel kasutati kahte näitajat:

1. Juhuslike seksuaalvahekordade olemasolu küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul (jah/ei);
2. Kondoomi kasutamine juhusuhetes küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul (jah/ei).

Juhusuhete ja neis kondoomi alati kasutamise levimusmäärade šansisuhted kohandati (AOR) vanusele ja soole. Seoseid sotsiaal-demograafiliste tegurite ja riskeeriva seksuaalkäitumise vahel hinnati logistilise regressioonanalüüsiga. Logistilises regressioonanalüüsis kasutati riskeerivat seksuaalkäitumist binaarse sõltuva tunnuseks ja teisi tunnuseid sõltumatute tunnustena. Mitmemõõtmelisse logistilise regressiooni mudelisse sisestati ühemõõtmelise analüüsi muutujad, mille seose hinnangu $p < 0,1$.

Analüüsiks kasutatud vastajate arv erineb küsimuseti, sest teatud küsimusi kõigi uuritavate käest ei küsitud. Näiteks kui uuritav ei kasutanud viimase nelja nädala jooksul seksuaalvahekorra ajal rasestumisvastast vahendit, siis ei küsitud temalt enam, millist vahendit ta kasutas. Küsimuse „Kui vana Te olite oma esimese seksuaalvahekorra ajal?“ analüüsil jäeti erandid keskväärtuste arvutamisel välja (6, 8 ja 9 aastased). Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga SPSS 17.0 ja STATA 11.1.

5. TULEMUSED

Uurimuses analüüsiti Eesti Terviseuuringu 1996 ja 2006 andmeid.

5.1 Uuritavate üldiseloostus

1996. a osales uuringus 2580 ja 2006. a 3323 naist. Seksuaalvahekorras oli neist kunagi olnud vastavalt 94,6% (2441) ja 96,1% (3195). 1996. a osales uuringus 2131 ja 2006. a 3111 meest, uuringuküsimusele vastas neist vastavalt 93,6% (1994) ja 94,7% (2939). Andmeanalüüsi on hõlmatud nende vastanute andmed, kes on kunagi olnud seksuaalvahekorras (Tabel 6).

Uuritavatest naistest kuulus kolmandik vanuserühma ≥ 65 , keskmine vanus 1996. a oli 51,0 ja 2006. a 51,7 aastat ($p=0,14$). Mõlemal uuringuaastal oli üle kolmandiku naistest abielus või lahutatud/lahus elav/lesk. Valdav osa uuritavatest naistest omas keskharidust. Võrreldes 1996. a oli 2006. a kõrgharidusega naiste osakaal suurem (13,0% vs 34,7%, $p<0,01$) ja põhiharidusega naiste osakaal väiksem (34,9% vs 22,0%, $p<0,01$). Uuritavatest meestest kuulus 2006. a kolmandik ja 1996. a neljandik vanuserühma ≥ 65 , meeste keskmine vanus 1996. a oli 47,1 ja 2006. a 51,4 aastat ($p<0,01$). Rohkem kui pooled uuritavatest meestest olid abielus, lahutatuid/lahus elavaid/leski oli meeste seas kolm korda vähem kui naiste hulgas (2006: 36,7% vs 13,6%, $p<0,01$). Sarnaselt naistele omas valdav osa meestest keskharidust ning kõrgharidusega mehi oli 2006. a uuritavate seas rohkem (13,8% vs 29,3%, $p<0,01$) ja põhiharidusega vähem (35,0% vs 21,8%, $p<0,01$) kui 1996. a. Uuritavatest suurema osa mõlema soo ja uuringuaasta lõikes moodustasid eestlased.

Tabel 6. Uuritavate jagunemine sotsiaal-demograafiliste ja –majanduslike tunnuste alusel, ETeU 1996 ja 2006

	Naised				Mehed			
	1996		2006		1996		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vanuserühm								
≤24	250	10,2	351	11,0	246	12,3	375	12,8
25–34	336	13,8	418	13,1	327	16,4	366	12,4
35–44	387	15,9	424	13,3	364	18,4	412	14,0
45–54	319	13,1	494	15,4	292	14,6	393	13,4
55–64	335	13,7	424	13,3	292	14,6	338	11,5
≥65	814	33,3	1 084	33,9	473	23,7	1 055	35,9
Perekonnaseis								
Abielus	1 097	44,9	1 231	38,6	1 272	63,8	1 689	57,5
Vabaabielus	215	8,8	432	13,5	200	10,0	420	14,3
Vallaline	210	8,6	359	11,2	271	13,6	429	14,6
Lahutatud/lahus elav/lesk	919	37,7	1 173	36,7	251	12,6	401	13,6
Rahvus								
Eestlane	1 614	67,3	2 056	64,4	1 310	65,7	1 919	65,3
Mitte-eestlane	827	32,7	1 139	35,6	684	34,3	1 020	34,7
Haridus								
≤ Põhiharidus	853	34,9	703	22,0	697	35,0	642	21,8
Keskharidus	1 270	52,0	1 384	43,3	1 021	51,2	1 435	48,9
Kõrgharidus	317	13,0	1 108	34,7	276	13,8	862	29,3
Mittevastanud	1	0,1	–	–	–	–	–	–
Tavategevusala								
Töötav	1 109	45,4	1 518	47,5	1 227	61,6	1 609	54,7
Mittetöötav	358	14,7	514	16,1	284	14,2	340	11,6
Pensionär	974	39,9	1 159	36,3	483	24,2	990	33,7
Muu	–	–	4	0,1	–	–	–	–
Sissetulekukvintii								
I	622	25,5	764	23,9	326	16,3	415	14,1
II	556	22,8	615	19,3	268	13,4	485	16,5
III	454	18,6	717	22,4	336	16,9	547	18,6
IV	489	20,0	624	19,5	450	22,6	559	19,0
V	318	13,0	384	12,0	606	30,4	798	27,2
Mittevastanud	2	0,1	91	2,9	8	0,4	135	4,6

5.2 Seksuaalkäitumine

Keskmine vanus seksuaalelu alustamisel on eelmise sajandi teisel poolel noorenenud (naised $p < 0,01$; mehed $p < 0,01$) (Joonis 1). Vanemates sünnikohortides (≤ 1941) alustasid naised seksuaalelu keskmiselt 21,6 (95% UV 21,4–21,8) aastaselt, mehed 20,5 (95% UV 20,3–20,7) aastaselt. Kõige nooremates uuritavates sünnikohortides (≥ 1982) oli naistel keskmine seksuaalelu alustamise vanus 17,0 (16,8–17,2) ja meestel 16,7 (16,5–16,8) aastat. Keskmiselt on seksuaalelu alustamise vanus viimasel sajandil nihkunud naistel 4,6 (95% UV

4,37–4,99) ja meestel 3,8 (95% UV 3,43–4,01) aastat nooremisse vanusesse. Keskmine vanus seksuaalelu alustamisel naiste ja meeste vahel erineb oluliselt vanemates sünnipõlvkondades. Nooremates sünnipõlvkondades sugude vaheline erinevus kaob.

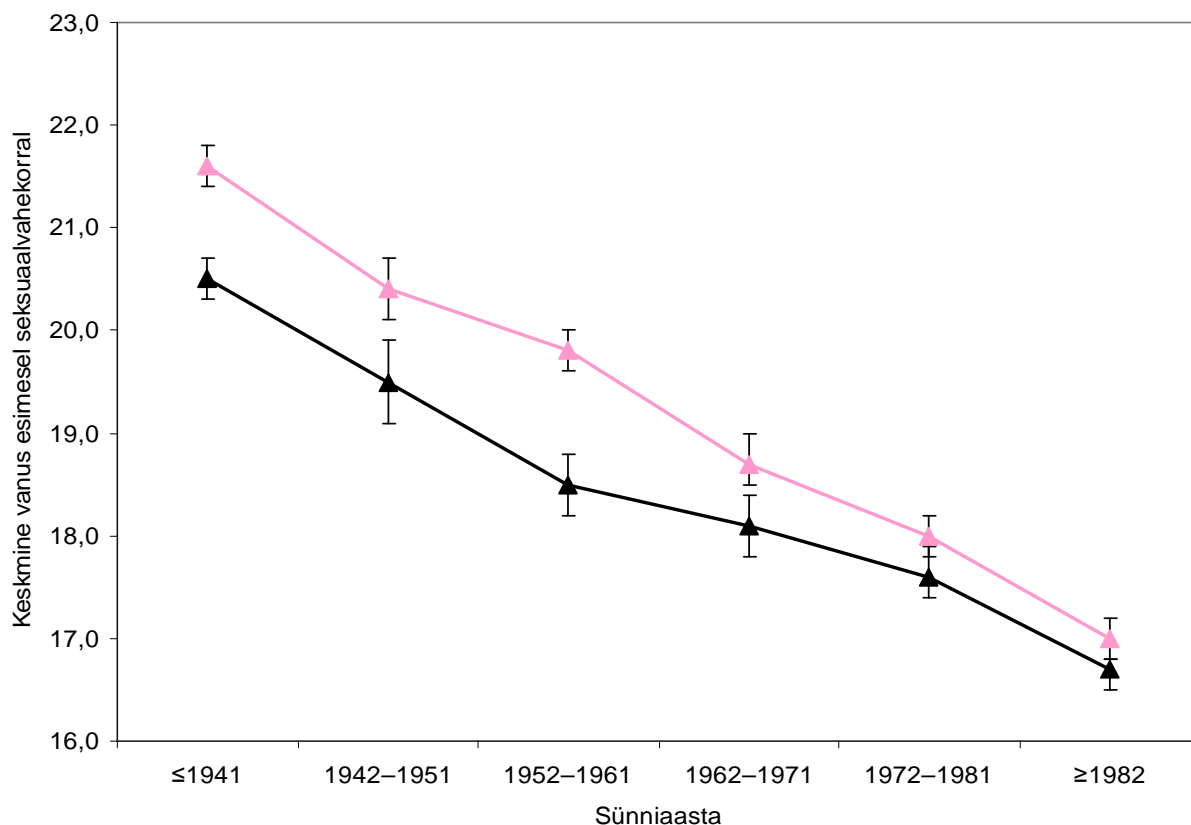
1996. a oli uuritavate naiste keskmine vanus esimesel seksuaalvahekorral 20,5 (95% UV 20,3–20,6) ja 2006. a 19,8 aastat (95% UV 19,6–19,9). Meeste keskmine vanus esimesel seksuaalvahekorral oli vastavalt 19,0 (95% UV 18,8–19,1) ja 18,9 aastat (95% UV 18,8–19,1). Statistiliselt oluline erinevus ilmnes naiste keskmisi vanuseid esimesel seksuaalvahekorral võrreldes. 1996. a oli naiste keskmine vanus kõrgem võrreldes 2006. a ($p < 0,01$), samuti oli 2006. a rohkem neid naisi (AOR=1,72; 95% UV 1,41–2,00), kelle esimene seksuaalvahekord oli toimunud 16. eluaastaks. Meeste keskmine vanus esimesel seksuaalvahekorral statistiliselt oluliselt muutunud ei olnud ($p=0,77$), kuid nende osakaal, kes olid seksuaalvahekorras olnud 16. eluaastaks oli tõusnud (AOR=1,44; 95% UV 1,24–1,68).

Seksuaalvahekorras kunagi olnud naiste osakaal oli 2006. a suurem (AOR=1,36; 95% UV 1,05–1,77) kui 1996. a (Tabel 7), meeste seas seksuaalvahekorras olnute osakaal muutunud ei olnud (AOR=0,99; UV 0,76–1,29) (Tabel 8). Viimasel neljal nädalal seksuaalvahekorras olnute osakaal naiste hulgas on jäänud samale tasemele (AOR=1,05; 95% UV 0,92–1,20), meeste seas näitas seksuaalvahekorras olnute osakaal võrreldes 1996. a langust (AOR=0,88; 95% UV 0,77–1,01), kuid see tulemus ei ole statistiliselt oluline. Keskmises vahekordade arvus viimasel neljal nädalal statistiliselt olulisi erinevusi ei täheldatud. Naistel oli keskmine vahekordade arv vastavalt 6,2 (95% UV 5,9–6,5) ja 6,5 (95% UV 6,2–6,9) ($p=0,14$), meestel 6,4 (95% UV 6,2–6,7) ja 6,9 (95% UV 6,5–7,2) ($p=0,06$). Nii meeste kui naiste puhul oli esimesel seksuaalvahekorral RSV-de kasutamise šanss võrreldes 1996. a tõusnud (naised AOR=2,36; 95% UV 2,04–2,72; mehed AOR=2,80; 95% UV 2,39–3,28). Viimasel neljal nädalal RSV-de kasutanute osakaalus olulisi muutusi ei täheldatud.

Juhuslike seksuaalvahekordade šanss viimase 12 kuu jooksul oli mõlema soo puhul võrreldes 1996.a langenud — naistel 47% (AOR=0,53; 95% UV 0,41–0,69) ja meestel 35% (AOR=0,65; 95% UV 0,55–0,79). Šanss alati juhusuhetes kondoomi kasutada oli mõlema soo puhul tõusnud, (naised AOR=3,95; 95% UV 2,14–7,27; mehed AOR=3,96; 95% UV 2,73–5,74). Šanss mitte kunagi kondoomi juhusuhetes kasutada oli langenud — naiste seas 76% (AOR=0,24; 95% UV 0,13–0,44) ja meeste seas 65% (AOR=0,35; 95% UV 0,24–0,52).

Levitusmäärade šansisuhted näitavad, et seksuaalvahekorras samasoolise isikuga olnute osakaal oli mõlema soos puhul tõusnud (naised: AOR=2,59; 95% UV 0,96–7,09; mehed AOR=3,47; 95% UV 0,99–12,24). Seksuaalse väärkohtlemise levimus oli jäänud mõlema soo puhul samale tasemele (naised AOR=1,03; 95% UV 0,82–1,29; mehed AOR=0,93; 95% UV 0,47–1,83). Maksmine ja tasu saamine seksuaalvahekorra eest oli naistel mõnevõrra

vähenenud, meestel suurenenud (naised AOR=0,73; 95% UV 0,32–1,65; mehed AOR=1,20; 95% UV 0,91–1,59). Antud tulemused on statistiliselt mitteolulised.



Joonis 1. Keskmine vanus esimesel seksuaalvahekorral sünnipõlvkonna ja soo järgi ETeU 2006 andmete põhjal.

Tabel 7. Naiste seksuaalkäitumist iseloomustavad tunnused, ETeU 1996 ja 2006.

	1996		2006		1996 vs 2006
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	AOR* (95% UV)
Seksuaalvahekorras olnud	2441	94,6 (93,7–95,5)	3195	96,1 (95,5–96,8)	1,36 (1,05–1,77)
Vanus esimesel seksuaalvahekorral ≤16	179	7,3 (6,3–8,4)	348	10,9 (9,8–12,0)	1,72 (1,41–2,00)
Esimesel seksuaalvahekorral RSV kasutanud	401	16,5 (15,0–17,9)	898	28,4 (26,9–30,0)	2,36 (2,04–2,72)
Viimase 12 kuu jooksul juhusuhtes olnud	145	10,3 (8,7–11,9)	105	5,9 (4,8–7,0)	0,53 (0,41–0,69)
Kondoomi kasutamine juhusuhtes					
Alati	21	14,5 (8,8–20,2)	41	39,4 (30,0–48,8)	3,95 (2,14–7,27)
Enamasti	32	22,1 (15,3–28,8)	22	21,2 (13,3–29,0)	0,98 (0,53–1,81)
Vahetevahel	20	13,8 (8,2–19,4)	18	17,3 (10,0–24,6)	1,36 (0,67–2,73)
mitte kunagi	72	49,7 (41,5–57,8)	23	22,1 (14,1–30,1)	0,24 (0,13–0,44)
Seksuaalvahekorras samasoolise isikuga olnud	5	0,2 (0,03–0,38)	16	0,5 (0,3–0,8)	2,59 (0,96–7,09)
Seksuaalset väärkohtlemist omanud	142	5,9 (4,9–6,8)	185	5,9 (5,1–6,7)	1,03 (0,82–1,29)
Seks raha eest**	12	0,5 (0,2–0,8)	11	0,4 (0,1–0,6)	0,73 (0,32–1,65)
Viimasel 4 nädalal seksuaalvahekorras olnud	1059	43,5 (41,5–45,5)	1361	43,2 (41,4–44,9)	1,05 (0,92–1,20)
Viimasel 4 nädalal RSV kasutanud	610	57,7 (54,7–60,7)	802	59,1 (56,4–61,7)	1,06 (0,89–1,28)
Viimasel 4 nädalal efektiivse RSV kasutanud	324	53,1 (49,2–57,1)	408	51,0 (48,7–55,6)	0,97 (0,79–1,19)

* Kohandatud vanusele

** Tasu saamine või maksmine seksuaalvahekorra või -teenuse eest

Tabel 8. Meeste seksuaalkäitumist iseloomustavad tunnused, ETeU 1996 ja 2006.

	1996		2006		1996 vs 2006
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	AOR* (95% UV)
Seksuaalvahekorras olnud	1994	93,6 (92,5–94,6)	2939	94,4 (93,7–95,3)	0,99 (0,76–1,29)
Vanus esimesel seksuaalvahekorral ≤16	370	18,6 (16,8–20,3)	626	21,0 (19,8–22,8)	1,44 (1,24–1,68)
Esimesel seksuaalvahekorral RSV kasutanud	321	16,2 (14,5–17,8)	806	27,7 (26,1–29,3)	2,80 (2,39–3,28)
Viimase 12 kuu jooksul juhusuhet omanud	346	21,3 (19,3–23,3)	316	15,1 (13,6–16,7)	0,65 (0,55–0,78)
Kondoomi kasutamine juhusuhetes					
alati	58	16,8 (12,8–20,7)	131	41,7 (36,3–47,2)	3,96 (2,73–5,74)
enamasti	84	24,3 (19,8–28,80)	68	21,7 (17,1–26,2)	0,90 (0,62–1,31)
vahetevahel	72	20,8 (16,5–25,1)	44	14,0 (10,2–17,9)	0,63 (0,42–0,95)
mitte kunagi	132	38,2 (33,0–43,3)	71	22,6 (18,0–27,2)	0,35 (0,24–0,52)
Seksuaalvahekorras samasoolise isikuga olnud	3	0,2 (-0,0–0,3)	13	0,6 (0,2–0,7)	3,47 (0,99–12,24)
Seksuaalset väärkohtlemist omanud	89	4,5 (3,6–5,4)	135	4,7 (3,9–5,4)	0,93 (0,47–1,83)
Seks raha eest**	15	0,8 (0,4–1,1)	20	0,7 (0,4–1,0)	1,20 (0,91–1,59)
Viimasel 4 nädalal seksuaalvahekorras olnud	1249	62,8 (60,7–64,9)	1612	55,4 (53,6–57,2)	0,88 (0,77–1,01)
Viimasel 4 nädalal RSV kasutanud	648	51,9 (49,1–54,7)	792	49,4 (46,9–51,8)	0,98 (0,82–1,16)
Viimasel 4 nädalal efektiivse RSV kasutanud	294	45,4 (41,6–49,3)	325	41,2 (40,0–46,9)	0,95 (0,78–1,16)

* Kohandatud vanusele

** Tasu saamine või maksmine seksuaalvahekorra või -teenuse eest

5.3 Riskeeriv seksuaalkäitumine

5.3.1 Juhusuhete esinemine

Küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksul oli 1996.a juhusuhteid omanud 16,2% ja 2006.a 10,9% uuritavatest ($p < 0,01$). Juhuslike seksuaalvahekordade esinemise šanss oli langenud (AOR=0,61, 95% UV 0,53–0,71) (Tabel 9), langus oli toimunud üle kõigi vanuserühmade. Kõige rohkem oli juhuslike seksuaalvahekordade šanss vähenenud nooremates vanuserühmades. 2006. a esines ≤34 aastaste seas juhuslikke seksuaalvahekordi kaks korda vähem (49%), vanuserühmas 35–44 aastat neljandiku (24%) võrra vähem. Kõige vanemas vanuserühmas statistiliselt olulist juhusuhete vähenemist ei olnud. Naiste ja meeste eraldi analüüsil olid vanusele kohandatud levimusmäärade šanssidesuhted vastavalt 0,53 (95% UV 0,41–0,69) ja 0,65 (0,55–0,78) (Tabel 12, lisa 2). Mõlema soo puhul langes uuritud perioodil juhuslike seksuaalvahekordade levimus (naised 10,3% vs 5,9%, AOR=0,53, 95% UV 0,41–0,69; mehed 21,3% vs 15,1%; AOR=0,65, 95% UV 0,55–0,78) üle kõigi vanuserühmade, kuid nooremates vanuserühmades oli langus suurem. Vanemates vanuserühmades (naistel vanuses 45+ ning meestel vanuses 35+) juhusuhete levimus küll langes, kuid muutus ei olnud

statistiliselt oluline (naised vanuses 45+ aastat: 2,8% vs 2,4% p=0,68; mehed 8,8 vs 7,2 p=0,25).

Tabel 9. Juhusuhtes olnud viimase 12 kuu jooksul ning levimusmäärade muutus vanuserühmiti aastatel 1996 ja 2006, Eestis (ETeU)

	1996		2006		1996 vs 2006	
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	POR (95% UV)	AOR* (95% UV)
Kokku	491	16,2 (14,9–17,5)	421	10,9 (9,9–11,9)	0,63 (0,55–0,73)	0,61 (0,53–0,71)
≤24	176	36,1 (31,8–40,3)	155	22,4 (19,3–25,5)	0,51 (0,40–0,66)	—
25–34	142	22,0 (18,8–25,2)	93	12,5 (10,1–15,0)	0,51 (0,38–0,68)	—
35–44	97	13,9 (11,3–16,5)	84	10,9 (8,7–13,1)	0,76 (0,55–1,03)	—
45>=	76	6,3 (4,9–7,7)	89	5,3 (4,3–6,4)	0,84 (0,61–1,15)	—

* kohandatud soole ja vanusele

5.3.2 Juhusuhtes kondoomi kasutamine

Uuringus osalenutest, kellel oli olnud viimase 12 kuu jooksul juhuslikke seksuaalvahekordi kasutas 1996. a alati kondoomi 16,1% ja 2006. a 41,1% (p<0,01). Šanss alati kondoomi juhusuhtes kasutada oli tõusnud 3,88 korda (AOR=3,88; UV 2,83–5,32) (Tabel 10), tõus oli toimunud üle kõigi vanuserühmade. Naiste ja meeste eraldi analüüsil olid vanusele kohandatud levimusmäärade šanssidesuhted vastavalt 3,95 (95% UV 2,14–7,27) ja 3,96 (95% UV 2,73–5,74) (Tabel 13, lisa 2).

Tabel 10. Juhusuhtes alati kondoomi kasutanute jaotus ning levimusmäärade muutus vanuserühmiti aastatel 1996 ja 2006, Eestis (ETeU)

	1996		2006		1996 vs 2006	
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	POR (95% UV)	AOR* (95% UV)
Kokku	79	16,1 (12,9–19,4)	172	41,1 (36,4–45,9)	3,54 (2,47–5,08)	3,88 (2,83–5,32)
≤24	35	20,0 (14,1–25,9)	89	57,4 (49,6–65,2)	5,39 (3,31–8,79)	—
25–34	29	20,4 (13,8–27,1)	33	35,5 (25,8–45,2)	2,14 (1,19–3,86)	—
35–44	11	11,3 (5,03–17,7)	57	32,1 (22,2–42,1)	3,70 (1,70–8,05)	—
≥45	4	5,3 (0,2–10,3)	63	26,7 (17,4–36,1)	6,57 (2,16–20,02)	—

* kohandatud soole ja vanusele

5.4 Sotsiaal-demograafiliste tegurite mõju riskeerivale seksuaalkäitumisele

Kohandamata analüüsis ei olnud juhusuhetes kondoomi mitte kasutamine seotud vastajate soo, rahvuse, hariduse ja sissetulekuga.

Kohandamata analüüsis oli riskeeriv seksuaalkäitumine seotud vanuse ($p < 0,01$), perekonnaseisu ($p < 0,01$) ja tavategevusalaga ($p = 0,08$). Vanemates vanuserühmades oli juhuslikes seksuaalvahekordades kondoomi mitte kasutamine oluliselt rohkem levinud (näiteks vanuserühmad ≤ 24 ja $45+$: 42,6% vs 70,8%; OR=3,69, 95% UV 2,08–6,56) (Tabel 11). Vabaabielus ja lahutatud/lahus elavate/leskede seas oli kondoomi mitte kasutamine (vastavalt OR=1,46, UV 0,70–3,01) ja 2,19 (OR=2,19, UV 1,13–4,25) juhuslikes seksuaalvahekordades enam levinud kui abielus olijate seas. Kohandamata šansisuhe näitas küll, et pensionäride seas oli juhusuhetes kondoomi mitte kasutamine enam levinud kui töötavate uuritavate seas (OR=4,38, UV 0,96–19,91), seas ei olnud statistiliselt oluline, kuid tuleb välja tuua väikese juhusuhete arvu vanaduspensionäride seas ($n=14$).

Kohandamata analüüs küll ei näidanud soo ja kondoomi mitte kasutamise vahel statistiliselt olulist seost ($p = 0,68$), kuid kuna sooti on seksuaalkäitumine väga erinev, siis lisati ka soo tunnus kohandatud mudelisse. Kohandatud analüüsil säilis statistiliselt oluline seos vanuse, tavategevusala, perekonnaseisu ning juhuvahekordades kondoomi mitte kasutamise vahel. Võrreldes kõige noorema vanuserühmaga (≤ 24) oli vanematel vanuserühmadel ($24+$) šanss kondoomi juhusuhetes mitte kasutada 2,88–3,78 korda kõrgem, ehk siis nooremad inimesed kasutavad juhusuhetes kondoomi rohkem. Võrreldes töötavate uuritavatega kasutasid mittetöötavad uuritavad juhuslikes seksuaalvahekordades kondoomi vähem (AOR=2,00; UV 1,16–3,46). Lahutatud/lahus elavate/leskede seas oli võrreldes abielus olijatega kondoomi mitte kasutamise šanss juhusuhetes kõrgem (AOR=2,19; UV 1,11–4,33). Vabaabielus (AOR=2,02; UV 0,91–4,47) ja vallalistel (AOR=1,16; UV 0,59–2,28) oli juhusuhetes kondoomi mitte kasutamine enam levinud kui abielus olevatel uuritavatel, kuid see tulemus ei ole statistiliselt oluline.

Tabel 11. Juhusuhetes kondoomi mitte kunagi, vahetevahel ja enamasti kasutanute jaotus sotsiaal-demograafilise tausta järgi ning seos nende teguritega, 2006 Eesti (ETeU 2006).

Tunnus	Juhusuhtes olnud*	n (%)	OR (95% UV)	AOR** (95% UV)
Sugu				
Mees	316	183 (57,9)	1	1
Naine	105	63 (60,0)	1,10 (0,70–1,73)	1,03 (0,63–1,67)
Vanuserühmad				
≤24	155	66 (42,6)	1	1
25–34	93	60 (64,5)	2,45 (1,44–4,17)	2,88 (1,55–5,34)
35–44	84	57 (67,9)	2,85 (1,63–4,97)	3,37 (1,65–6,87)
45>=	89	63 (70,8)	3,69 (2,08–6,56)	3,78 (1,73–8,23)
Rahvus				
Eestlane	254	147 (57,9)	1	—
Mitte-eestlane	167	99 (59,3)	0,97 (0,65–1,44)	—
Perekonnaseis				
Abielus	83	48 (57,8)	1	1
Vabaabielus	53	36 (67,9)	1,46 (0,70–3,01)	2,02 (0,91–4,47)
Vallaline	196	95 (48,5)	0,65 (0,38–1,09)	1,16 (0,59–2,28)
Lahutatud/lahuselav/lesk	89	67 (75,3)	2,19 (1,13–4,25)	2,19 (1,11–4,33)
Haridus				
≤ Põhiharidus	79	48 (60,8)	1	—
Keskharidus	230	129 (56,1)	0,85 (0,50–1,43)	—
Kõrgharidus	112	69 (61,6)	1,04 (0,57–1,87)	—
Tavategevusala				
Töötav	294	170 (57,2)	1	1
Mittetöötav	110	64 (58,2)	1,01 (0,65–1,58)	2,00 (1,16–3,46)
Vanaduspensionär	14	12 (85,7)	4,38 (0,96–19,91)	2,82 (0,57–14,00)
Sissetulekukvintiidid				
I	97	56 (57,7)	1	—
II	21	14 (66,7)	1,71 (0,61–4,82)	—
III	44	25 (56,8)	0,96 (0,47–1,98)	—
IV	104	70 (67,3)	1,60 (0,90–2,86)%	—
V	130	70 (53,8)	0,85 (0,50–1,45)	—

* Juhusuhetes kondoomi mitte kunagi, vahetevahel ja enamasti kasutanute arv ja % juhusuhtes olijatest.

** Kohandatud soole, vanusele, perekonnaseisule ning tavategevusalale.

6. ARUTELU

Käesolev magistritöö põhineb Eesti terviseuuringu 1996 ja 2006 andmetel. Tegemist on rahvastiku põhiste valimitega, mille eesmärk on olla üldkogumit esindav ning anda seeläbi esinduslik ülevaade Eesti rahvastiku tervisekäitumisest. ETeU on suuremahuline küsitlus-uuring, mille raames küsitleti 1996. a 4711 ja 2006. a 6512 isikut (andmebaasi kanti 6434 isiku kirjed). 1996. a olid respondentideks 15–79 ja 2006. a 15–84 aastased Eesti alalised elanikud (46, 47).

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumist ETeU 1996 ja 2006 andmetel, võrrelda riskeeriva seksuaalkäitumise levimust 1996. ja 2006. a ning kirjeldada riskeeriva seksuaalkäitumise levimuse seost sotsiaal-demograafiliste teguritega.

Uuringu tulemuste põhjal oli 1996. a Terviseuuringu küsimustikule vastanud naistest 94,6% ja 2006. a 96,1% olnud seksuaalvahekorras, meestest vastavalt 93,6% ja 94,4%. Võrreldes 1996. a oli naiste hulgas 2006. a seksuaalvahekorras olnuid respondente rohkem. Meeste seas oli seksuaalvahekorras olnute osakaal jäänud samale tasemele Kirjeldatud erinevuse üheks võimalikuks põhjuseks võib olla naiste seksuaalelu alustamise keskmise vanuse nihkumine nooremisse ikka. Võrreldes keskmist vanust seksuaalelu alustamisel 1996. a ja 2006. a vastanute vahel ilmneb muutus üksnes naiste osa — uuringu perioodil (1996–2006) oli naistel keskmine vanus seksuaalelu alustamisel nihkunud 0,7 aastat nooremisse ikka, meeste puhul see oluliselt muutunud ei olnud. Kuid nende osakaal, kes 16. eluaastaks olid seksuaaleluga alustanud oli mõlema soo puhul suurenenud. Seksuaalelu alustamist nooremas eas on täheldatud ka teistes uuringutes (3, 11, 37). Jooniselt 1 (lk 25) on näha, et keskmine seksuaalelu alustamise vanus on eelmise sajandi teisel poolel nii naiste kui ka meeste puhul nihkunud nooremisse ikka ning suur sugudevaheline erinevus, mis esineb vanemates sünnipõlvkondades nooremate seas kaob. Sugudevahelise erinevuse kadumise põhjusena nähakse usaldusväärsete RSV-de kättesaadavust ja naiste võrdsemaid võimalusi (11, 48). Naised on hakanud enam osalema tööturul ja saavutanud sellega majandusliku sõltumatuse ning see annab neile võimaluse teha iseseisvaid otsuseid ka seksuaalelu puudutavates küsimustes. Üheks mõjuteguriks on peetud ka usulisi veendumusi, mis viimastel aastakümnetel on kaotanud oma varasema tähenduse (48).

Uuritaval perioodil seksuaalvahekordade arv sagenenud ei olnud. Seksuaalselt aktiivsed naised ja mehed raporteerisid keskmiselt 6–7 seksuaalvahekorra toimumist viimasel neljal nädalal. Prantslaste seas ajavahemikul 1970–2006 läbi viidud uuringud näitasid samuti, et seksuaalvahekordade arv viimasel neljal nädalal oluliselt sagenenud ei ole. Kuid võrreldes

Eestiga on Prantsusmaal keskmine seksuaalvahekordade arv viimasel neljal nädalal mõnevõrra kõrgem, keskmiselt raporteeriti seal viimase nelja nädala jooksul 10 seksuaalvahekorra toimumist (11).

RSV kasutamine esimesel seksuaalvahekorral võrreldes 1996. a oli nii naiste kui ka meeste puhul tõusnud rohkem kui kaks korda. Kui vaadata RSV kasutamist esimesel seksuaalvahekorral vanuse järgi (Tabel 14 lisa 2), on näha, et tõus on seotud kõige nooremate respondentidega. Samadele tulemustele on jõutud ka rahvusvahelistes uuringutes (11, 37). Üheks kirjeldatu nihke võimalikuks põhjuseks võib olla alates 1996. aastast Eesti koolides kohustuslikuks muutunud inimeseõpetus, mille raames käsitletakse ka seksuaalkäitumist puudutavaid teemasid ning RSV-de ja nõustamisteenuste parem kättesaadavus.

Seksuaalselt aktiivsete osakaal ja RSV kasutamine viimase 4 nädala jooksul ei ole kahel uuringuaastal märkimisväärselt muutunud. Üksnes meeste osas oli täheldatav 12% seksuaalselt aktiivsete osakaalu langus, kuid tulemus on statistiliselt mitteoluline Vanuserühmade kaupa tunnust analüüsidest ilmneb nooremate vanuserühmade seas seksuaalselt aktiivsete osakaalu tõus.

Riskeeriva seksuaalkäitumise levimus on langenud kõigis vanuserühmades — võrreldes 1996. a esineb 2006. a juhusuhteid vähem, kondoomi kasutamine juhusuhetes on muutunud sagedasemaks, juhusuhetes kondoomi mitte kunagi kasutamise šanss on langenud. Juhusuhte levimus on enam vähenenud nooremates sünnipõlvkondades. Alati kondoomi kasutamises juhusuhetes erines nii 1996. kui ka 2006. a kõige noorem (≤ 24) vanuserühm kõige vanemast (≥ 45), kasutades juhuvahekorras kondoomi sagedamini, teiste vanuserühmade võrdluses olulisi erinevusi ei olnud. Kirjeldatud positiivsed nihked võivad samuti olla mõjutatud muudatustest Eesti haridussüsteemis ja tervishoiu teenuste valdkonnas. Riskeeriva seksuaalkäitumise langus võib olla tingitud ka meedia survest, seal hulgas ka seoses HIV epideemia ja selle leviku kajastamisega.. Tõenäoliselt leidsid 2006. a ja leiavad ka nüüd STLI puudutavad teemad rohkem käsitlemist kui 1996. a. Võimalik, et läbi meedia on inimestesse süstitud kartust nakatuda STLI ja samas on tehtud laialdast ennetustööd ning jagatud teadmisi enese kaitsmise võimalustest. Uuringutes on jõutud järeldusele, et meedia on võimas mõjutegur inimeste käitumise ja väärtushinnangute kujundamisel (49).

Seoseid riskeeriva seksuaalkäitumise ja sotsiaal-demograafiliste tunnuste vahel kirjeldati ETeU 2006 andmete põhjal. Antud uuringus selgus statistiliselt oluline seos riskeeriva seksuaalkäitumise, vanuse ja tavategevusala vahel. Juhusuhteid esineb nooremates vanuserühmades rohkem kui vanemates, sellest võib järeldada, et nooremate inimeste seas on riskeeriv seksuaalkäitumine rohkem levinud. Tabel 11 (lk 29), mis näitab, et vanuse kasvades suureneb šanss juhusuhetes kondoomi mitte kasutada, lükkab selle väite ümber. Seega ei saa

ETeU 2006 andmete analüüsi põhjal kindlalt öelda, et riskeeriv seksuaalkäitumine on noorte seas rohkem levinud, see oleneb millist indikaatorit tunnuse hindamisel kasutada. Noorte seas esineb küll juhuslikke seksuaalvahekordi rohkem, kuid nad oskavad ka end võrreldes vanemate sünnapõlvkondadega rohkem kaitsta sealt tulenevate riskide eest. Statistiliselt olulist seost haridustaseme ja riskeeriva seksuaalkäitumise vahel ei ilmnenu, kuid töö autor on arvamusel, et haridus on üheks teguriks, mis mõjutab riskeeriva seksuaalkäitumise kujunemist. Sarnastele seisukohtadele on oma uuringutes jõutud ka rahvusvahelistes uuringutes (33, 37). Uuringus oli riskeeriv seksuaalkäitumine seotud tavategevusalaga — enam riskeerivamalt käitusid mittetöötavad isikud, mis võib olla kaudselt seotud haridusega.

Analüüsitud andmete põhjal saab väita, et viimase kümnendi jooksul ei olnud olulisi muutusi samasoolise isikuga seksuaalvahekorra levimuses, seksuaalses väärkohtlemises ja seksuaalvahekorra eest tasu saamises või maksmises. Ameeriklaste seas läbi viidud uuringus leiti, et homoseksuaalsete inimeste arv vähenes 1973. a kuni 1991. a, kuid alates 1992. a hakkas see uuesti tõusma. Samas on kaheldud nende andmete tõenduspõhisuses, et kinnitada homoseksuaalsete inimeste levimuse sagenemist või langust. Seksi müümise või ostmise levimust on samuti raske hinnata, sest paljudes riikides on see illegaalne ning häbimärgistatud tegevus. Taasiseseisvumise järgsel perioodil prostitutsioonipoliitikat puudutav seadusandlus Eestis muutunud ei ole (seadus ei käsitle seksi müümist ega ostmist, aga prostitutsiooni vahendamine ja sellele kaasaaitamine ning alaealiste prostitueerimine on keelatud) (50). Seoses sellega võib arvata, et ETeU andmed võimaldava hinnata seksi ostmise või müümise trendi uuringuperioodil (1996–2006). Kuid seda, kas häbimärgistamine või suhtumine prostitutsiooni on muutunud kindlalt välja tuua ei saa. On küll leitud, et Eesti arvamused peavad prostitutsiooni paratamatuks nähtuseks, mida ei ole võimalik kontrollida. Nad peavad seda naise vabaks valikuks ja mehe loomulikuks vajaduseks (50). Samas seksiootjad ise on maininud, et nende arvates mõistab ühiskond neid hukka ja seetõttu nad pigem varjavad seksi ostmist (51). Ameerikas on püütud seksi ostmist või müümist hinnata prostituutide vahistamiste arvu järgi ja nende numbrite alusel prostitutsiooni levimus kuni 1983. a (100 000 inimese kohta 30 vahistatud prostituuti) tõusis ja seejärel langes (2003. a 100 000 inimese kohta 21 vahistatud) (2).

Uuringu piirangud

Ühe probleemina võib välja tuua teatud piirangud analüüsil, mis olid tingitud kasutatud andmekogumise instrumendi muutusest 2006. a vs 1996. a, mistõttu kõigi huvi pakkuvate mõõdikute osas ei olnud uuringute tulemused sisuliselt võrreldavad.

Ühe riskeeriva seksuaalkäitumise hindamise indikaatorina kasutatakse ka erinevate partnerite arvu viimase aasta või elu jooksul. Antud uuringu raames nimetatud indikaatorit ei olnud võimalik hinnata, sest küsimused ei olnud kahe uuringuaasta lõikes võrreldavad. 1996. a loeti üheks erinevaks partneriks ka püsipartner, kuid 2006. a küsimustikus informatsioon selle kohta puudus. Võrrelda saab omavahel 1996. a meest ja naiste partnerite arvu küsitlusele eelnenud viimase 12 kuu jooksu. Tulemus sarnanes rahvusvaheliste uuringutega (9, 11): naistel oli keskmine partnerite arv väiksem kui meestel. Küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul oli naistel keskmiselt 1,21 ja meestel 1,45 ($p < 0,01$) partnerit.

Uuringu läbilõikeline meetodika seab piirangud kirjeldatud seoste põhjuslikkuse üle otsustamisel. Tunnuse mõju (nt perekonnaseis) ja saadud tulemi (nt juhusuhetes kondoomi mittekasutamine) ajalise järgnevuse üle ei ole võimalik otsustada.

Tegemist oli rahvastikupõhise juhuvalimiga, mida hinnatakse kõrgelt rahvastikupõhiste uuringute läbiviimise meetodikana. Siiski on võimalik, et mõned valitud rahvastikurühmad (nt kodutud, sageli reisivad inimesed) ei osale uuringus. On leitud, et kodutute käitumine on üldjuhul riskeerivam. Enam riskeerivam on nende kodutute käitumine, kellel ei ole lähedasi sõpru ja nende seas, kellel on kellegi peale loota on riskeeriv käitumine vähem levinud (52).

ETeU puhul oli tegemist inimeste ütlustel põhineva näost-näku intervjuuga, mis on hea andmekogumise meetod, kus on võimalik teatud piirides kogutavate andmete kvaliteeti tagada. Küsimustiku ülesehitusel lähtuti sündmusloolisest perspektiivist ehk küsiti ka minevikus toimunud sündmuste kohta. Seetõttu võib uuringu analüüs olla mõjutatud meenutusnihkest. Lisaks mõõtmise täpsusele võib uuringu tulemustele mõju avaldada ka sotsiaalse soovitatavuse nihe, mille tulemuseks on teatud (riski)käitumise alahinnang (nt kui seksi müüki ei taheta tunnistada) (2). Samas on võimalik, et nimetatud nihked ei mõjuta uuritavate aastate võrdluse valiidsust, kuna toimivad mõlemal uuringuaastal sarnaselt.

Uuringus võib avalduda ka tunnuste kategoriseerimisest tulenevaid nihkeid. Riskeeriva seksuaalkäitumise hindamisel defineeriti kondoomi mittekasutajaks ka need, kes juhuslikes seksuaalvahekordades enamasti kondoomi kasutasid. Selline kategoriseerimine võib viia tulemi ülehinnanguni. Kuid antud uuringus on kasutatud kategoriseerimine sisulise tähendusega — suguhaigustesse nakatumise riski seisukohalt on oluline juhusuhetes kondoomi kasutada alati. Valikuline kondoomi kasutamine juhusuhetes STLI nakkuse ülekande riski ei elimineeri.

7. JÄRELDUSED

Käesolev magistritöö annab Eesti terviseuuringul 1996 (15–79 aastased) ja 2006 (15–84 aastased) andmetel põhinedes ülevaate Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumisest ja riskeeriva seksuaalkäitumise seostest sotsiaal-demograafiliste teguritega.

Tulemuste põhjal on Eesti täiskasvanud rahvastiku seksuaalkäitumises toimunud muutusi: seksuaalvahekorras olnud naiste osakaal on tõusnud; keskmine vanus seksuaalelu alustamisel on nihkunud nooremisse ikka; vanemates vanuserühmades esinev sugudevaheline erinevus keskmises vanuses seksuaalelu alustamisel nooremates vanuserühmades kaob; esimesel seksuaalvahekorral rasestumisvastaste vahendite kasutamine on tõusnud.

Riskeeriv seksuaalkäitumine Eesti täiskasvanud elanikkonnas on langenud: juhusuhete esinemine nii meeste kui ka naiste seas oli võrreldes 1996. a madalam; alati kondoomi juhusuhetes kasutanute osakaal on tõusnud; kondoomi juhusuhetes mitte kasutajate osakaal langenud.

Riskeeriv seksuaalkäitumine on seotud inimese vanusega: nooremates vanuserühmades on juhusuhete esinemine rohkem levinud, kuid kondoomi kasutavad nad juhuslikes seksuaalvahekordades vanemast elanikkonnast rohkem.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Haldre K, Harro J, Kaarna M, et al. Eesti rahva tervis 1991–2000. Tartu: Paar OÜ; 2005.
2. Smith TW. American sexual behavior: trends, socio-demographic differences, and risk behavior. Chicago: NORC; 2006.
3. Part K, Laanpere M, Rahu K, et al. Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuse kasutamine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2007.
4. Statistikaamet. Linnad ja vallad arvudes. Tallinn: Statistikaamet; 2008.
5. Statistikaamet. Palk tööellu. Tallinn: Statistikaamet; 2008.
6. Statistikaamet. Sotsiaaltrendid 4. Tallinn: Statistikaamet; 2007.
7. Murd M, Trummal A. HIV ja seotud nakkused arvudes. 2009. aasta seisuga. Tallinn 2010. http://www.tai.ee/failid/HIV_statistika_2009_06.2010.pdf (07.04.2011).
8. Sotsiaalministeerium. Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000–2008. Tallinn: Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium; 2009.
9. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker, et al. Sexual and reproductive health 2. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706–28.
10. Cassell JA, Mercer CH, Imrie J, et al. Who use condoms with whom? Evidence from national probability sample surveys. *Sex Transm Inf* 2006;82:467–73.
11. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, et al. Changes in sexual behaviours: from secular trends to public health policies. *AIDS* 2010;24:1185–91.
12. Odland V, Milsom I, Persson I et al. Can changes in sex hormone binding globulin predict risk of venous thromboembolism with combined oral contraceptive pills? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:482–90.
13. Schuster MA, Bell RM, Berry SH et al. Impact of a High School Condom Availability Program on Sexual Attitudes and Behaviors. *Fam Plann Perspect* 1998;30:67–72.
14. Lõhmus L, Trummal A. HIV/AIDS-i teematikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2005.
15. Beckman N, Waern M, Gustafson D, et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971–2001. *BMJ* 2008;337:1–4.
16. Brown NR. Encoding, representing, and estimating event frequencies: a multiple strategy perspective. In: Sedlmeier P, Betsch T, eds. *Frequency Process Cognition*. Oxford, 2002:37–53.
17. Dian D. Risky sexual behavior and HIV transmission: the development of a nebulous concept. *Sexologies* 2008;17:164.
18. Aral SO. Sexual risk behaviour and infection: epidemiological considerations. *Sex Transm Infect* 2004;80:ii8–i12.

19. Santelli J, Carter M, Orr M, et al. Trends in sexual risk behaviors, by nonsexual risk behavior involvement, U.S. high school students, 1991–2007. *J Adolesc Health* 2009;44:372–9.
20. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, et al. Sexual and reproductive health 5. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet* 2006;368:2001–6.
21. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections:2006–2015. World Health Organization; 2007. http://www.who.int/reproductivehealth/publications-stisstrategy/stis_strategy.pdf (20.04.2011).
22. Nikula M, Gissler M, Jormanainen V, et al. Sexual behaviour and lifestyle of young men in Finland, 1998–2005. Cross-sectional survey of military conscripts. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:17–26.
23. Aral SV. Sexual behavior in sexually transmitted disease research. An overview. *Sex Transm Dis* 1994;21:59–64.
24. Aral SO, Over M, Manhart L, et al. Sexually transmitted infections. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. *Disease control priorities in developing countries*. 2nd ed. Washington: World Bank; 2006.
25. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999;75:3–17.
26. Rütel K. HIV-nakkus Eestis — vajadused, võimalused, väljakutsed. *Eesti Arst* 2007;8:503–5.
27. Sharpe TT, Harrison KM, Dean H. Summary of CDC consultation to address social determinants of health for prevention of disparities in HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis. *Public Health Reports* 2010;125:11–5.
28. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994;49:15–24.
29. Aral SO. Determinants of STD epidemics: implications for phase appropriate intervention strategies. *Sex Transm Infect* 2002;78:i3–i13.
30. Centers disease control and prevention. HIV/AIDS surveillance report. Cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas 2007. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance-resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf> (21.04.2011).
31. Satterwhite CL, Kamb ML, Metcalf C, et al. Changes in sexual behaviour and STD prevalence among heterosexual STD clinic attendees: 1993–1995 versus 1999–2000. *Sex Transm Dis* 2007;10:815–9.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2009. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
33. Waite KR, Paasche-Orlow M, Rintamaki LS, et al. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *J Gen Intern Med* 2008;23:1367–72.

34. Upchurch DM, Manson WM, Kusunoki Y, et al. Social and behavioral determinants of self-reported STD among adolescents. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2004;36:276–87.
35. Fenton K, Korovessis C, Johnson AM, et al. Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection. *The Lancet* 2001;358:1851–4.
36. Haerberle EJ. *The sex atlas*. New York: The Continuum Publishing Company; 1981.
37. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall Wendy, et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet* 2001;358:1843–50.
38. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.
39. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eest täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2001.
40. Kasmel A, Lipand, A, Kasmel K, eds. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2002. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2003.
41. Tervise Arengu Instituut. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumiseuuring, 2004. Tallinn; 2005.
42. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
43. Lõhmus L, Trummal A. HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. *Uurimusraport 2007*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
44. Lõhmus L, Trummal A, Harro M. HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2003.
45. Papp K, Part K, Tõrik S. Noorsoouuring KISS 1999. Tartu: Tartu Noorte Nõustamiskeskus OÜ; 2001.
46. Leinsalu M, Grintõak M, Noorkõiv R et al. Eesti Terviseuuring. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1996.
47. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
48. Kontula O, Haavio-Mannila E. *Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland, 1971–1992*. Aldershot: Dartmouth Publishing Company; 1995.
49. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010;376:1261–71.
50. Pajumets, M. Prostitutsioon — kas ühiskondlik probleem? Arvamused nähtuse olemusest, põhjustest, tagajärgedest. Tallinn: Multiprint 2004.
51. Ennett ST, Bailey SL, Federman EB. Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth. *J Health Soc Behav* 1999;40:63–78.
52. Eespere K. Prostitutsiooni varjatud pool: räägivad seksi ostjad. <http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Toimetised/2007/05.pdf> (28.04.2011).

SUMMARY

Sexual Behaviour in Estonian Adult Population: Estonian Health Interview Survey 1996 and 2006

The aim of this Master's is to describe the sexual behaviour among Estonian adults. The objectives were (1) to describe the sexual behaviour among adults based on the Estonian Health Interview Survey 1996 and 2006, (2) to compare high risk sexual behaviour in 1996 and 2006, (3) analyze high risk sexual behaviour in relation to socio-demographic factors.

Estonian Health Interview Survey 1996 was conducted among adults aged 15–79 and in 2006 among adults aged 15–84. A stratified systematic sampling method was used to select the sample. The target population was divided into strata by place of residence, sex and age. There were 4711 respondents in 1996 (women respectively 54,8%, men 45,2%) and 6434 respondents in 2006 (women respectively 51,6%, men 48,4%). The target group of this study were adults who have ever had sexual intercourse. In 1996 there were 2441 women and 1994 men and in 2006 there were 3195 women and 2939 men who have ever had sexual intercourse.

This master studies the age and contraceptive use at first intercourse, sexual activity and contraceptive use in past four weeks, casual sexual intercourse and condom use in casual sexual intercourse in past 12 months, homosexuality, sexual abuse and paying for sex. Two indicators were used to assess risky sexual behaviour — reporting casual sexual intercourses and condom use in casual sexual intercourse in past 12 months. Logistic regression analysis was used to assess the impact of socio-demographic factors on non using condoms in casual intercourse.

Study results show that mean age at first intercourse has decreased by 4,6 (95% CI 4,37–4,99) years for women and 3,8 (95%CI 3,43–4,01) years for men. Reported frequency of sexual intercourse in past four weeks has not changed. The contraceptive use at first intercourse has increased two times. Sexual risk behaviour has diminished: casual intercourse has decreased 39% (AOR=0,61; 95% CI 0,53–0,71), condom use in casual sexual intercourse has increased 3,88 times (AOR=3,88; CI 2,83–5,32). Condom use in casual sexual intercourse was correlated with age, marital status and unemployment. Chance for not using condom was higher among in older age groups, divorced/separated/widows and non-working respondents.

TÄNUAVALDUSED

Minu siiras tänu kõigile, kes aitasid kaasa käesoleva töö valmimisele:

- Tänan juhendajat Anneli Uusküla väärtuslike nõuannete, kommentaaride ja abi eest magistritöö valmimisel;
- Tänan Sigrid Vorobjovi statistiliste nõuannete eest;
- Tänan Angela Poolakest oluliste märkuste ja kommentaaride eest;
- Tänan töökaaslast mõistva suhtumise ja toetuse eest;
- Tänan oma perekonda kannatlikkuse ja moraalse toe eest.

LISAD

Lisa 1

Töös kasutatud küsimused. Eesti terviseuring 1996 küsimustik.

1.A02. Kas küsitletav on mees või naine?

- 1 Mees
2 Naine

2. A03. Mis aastal, kuul ja päeval küsitletav on sündinud?

A ___/___/___/___/
K ___/___/
P ___/___/

3. A04. Milline kaardil olevatest seisunditest Teid põhiliselt iseloomustab?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Töötav | 6 <input type="checkbox"/> Invaliidsuspensionär |
| 2 <input type="checkbox"/> Töotu/tööd otsiv | (mittetöötav) |
| 3 <input type="checkbox"/> Ajateenija | 7 <input type="checkbox"/> Vanaduspensionär |
| 4 <input type="checkbox"/> Koolieelik | (mittetöötav) |
| 5 <input type="checkbox"/> (Üli)õpilane | 8 <input type="checkbox"/> Kodune |
| | 9 <input type="checkbox"/> Muu (Kirjutage) |

4. A05. Kui suur oli Teie keskmine kuu sissetulek kroonides viimasel aastal?
_____ krooni

5. A13. Mis rahvusest Te olete?

6. D01 Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridus?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Algharidus jäi saamata | 5 <input type="checkbox"/> Keskeriharidus |
| 2 <input type="checkbox"/> Algharidus | 6 <input type="checkbox"/> Rakenduskõrgharidus |
| 3 <input type="checkbox"/> Põhiharidus | 7 <input type="checkbox"/> Kõrgharidus |
| 4 <input type="checkbox"/> Keskhariidus | 8 <input type="checkbox"/> Teaduskraad |

7. C27/CM17. Et Teid ülearuste küsimustega mitte tülitada, küsin esmalt, kas olete kunagi seksuaalvahekorras olnud?

- 1 Jah
2 Ei

8. C28/CM18. Kui vana Te oma esimese seksuaalvahekorra ajal olite?

Vanus /___/___/

9. C29/CM19. Kas Teie või Teie partner tegite või kasutasite tol korral midagi rasedusest hoidumiseks?

- 1 Jah
2 Ei

10. C46/CM36. Seni rääkisime Teie varasemast elukäigust. Edasi keskendume viimasele neljale nädalale Teie elus. Kas olete selle aja jooksul seksuaalvahekorras olnud?

1 Jah

2 Ei

11. C53/CM43. Mitu vahekorda on Teil olnud viimase nelja nädala jooksul?

Seksuaalvahekordade arv _____

12. C55/CM45. Kas Teie või Teie partner olete viimase nelja nädala jooksul kasutanud mõnda rasestusvastast meetodit või vahendit?

1 Jah

2 Ei

13. C57/CM47. Millist kaardil olevatest rasestusvastast meetoditest ja vahenditest olete Teie või Teie partner kasutanud viimase nelja nädala jooksul? Kui kasutasite mitut, siis nimetage 2 peamist.

1 Kalendermeetod (perioodiline hoidumine)

2 Katkestatud suguühe

3 Kondoom

4 Hormonaalsed vahendid (pillid, tabletid)

5 Emakasisesed vahendid (spiraal)

6 Keemilised vahendid (vahtpasta)

7 Steriliseerimine

8 Muu _____

14. C63/CM50. Püsipartneri kõrval või viimase puudumisel võib olla ka ebaregulaarsemat ja juhuslikumat laadi seksuaalsuhteid. Edasi räägime sellistest suhetest. Kas Teil on viimase aasta jooksul olnud erinevaid seksuaalpartnereid?

1 Jah

2 Ei

15. C64/CM51. Mitu erinevat seksuaalpartnerit on Teil viimase aasta jooksul KOKKU olnud?

Seksuaalpartnerite arv /___/___/

Märkus: selle küsimuse puhul oli 1996. aasta küsiteljajuhendis kirjas, et antud vastuses peaks olema arvestatud ka püsipartner kui üks eri partneritest. 2006. aastal sellist märkust ei olnud, seega ei ole küsimused omavahel võrreldavad.

16. C65/CM52. Kas olete nende vahekordade ajal kasutanud kondoomi?

1 Ei, pole üldse kasutanud

2 Jah, vahetevahel

3 Jah, enamasti küll

4 Jah, alati kõikide vahekordade ajal

17. C61/CM48. Kas Teid on kunagi seksuaalselt ahistatud?

1 Jah

2 Ei

18. C66/CM53. Kas olete kunagi maksnud või tasu saanud mõne seksuaalvahekorra eest?

1 Jah

2 Ei

19. C67. Kas Teil on kunagi olnud seksuaalvahekordi naispartneriga?
CM54. Kas Teil on kunagi olnud seksuaalvahekordi meespartneriga?
1 Jah
2 Ei

Töös kasutatud küsimused. Eesti terviseuuring 2006 küsimustik.

- 1.A03. Kas küsitletav on mees või naine?

- 1 Mees
2 Naine

2. A04. Mis aastal, kuul ja päeval küsitletav on sündinud?

A ___/___/___/___/
K ___/___/
P ___/___/

3. A06. Milline kaardil olevatest seisunditest Teid põhiliselt iseloomustab?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Töötav | 7 <input type="checkbox"/> Vanaduspensionär |
| 2 <input type="checkbox"/> Töötu/tööd otsiv | (mittetöötav) |
| 3 <input type="checkbox"/> Ajateenija | 8 <input type="checkbox"/> Lapsehoolduspuhkusel |
| 4 <input type="checkbox"/> Koolieelik | 9 <input type="checkbox"/> Kodune |
| 5 <input type="checkbox"/> (Üli)õpilane | 10 <input type="checkbox"/> Kinnipeetav |
| 6 <input type="checkbox"/> Töövõimetuspensionär | 11 <input type="checkbox"/> Muu, mis? Kirjutage |
| (mittetöötav) | |

4. A12. Kui suur oli viimasel 12 kuul Teie keskmine netosissetulek kuus?

_____ krooni

5. A14. Mis rahvusest Te olete?

- 1 Eestlane
2 Venelane
3 Muu, kirjutage _____

6. K03 Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridus?

- 1 Alghariduseta

ÜLDHARIDUSÕPE:

- 2 Algharidus
3 Põhiharidus
4 Keskhariidus

KUTSEHARIDUSÕPE:

- 5 Kutseharidus põhihariduseta (see juures alghariduseta)
6 Kutseharidus põhihariduse baasil
7 Kutseharidus kõrghariduse baasil
8 Keskeriharidus põhihariduse baasil
9 Keskeriharidus keskhariiduse baasil

KÕRGHARIDUSEÕPE:

- 10 Kutsekõrgharidus (rakenduskõrgharidus)
- 11 Kõrgharidus (diplom)
- 12 Kõrgharidus (bakalaureus)
- 13 Kõrgharidus (magister)
- 14 Doktor/Teaduskandidaat

7. Jn02/Jm02. Et Teid ülearuste küsimustega mitte tülitada, küsin esmalt, kas olete kunagi seksuaalvahekorras olnud?

- 1 Jah
- 2 Ei

8. Jn03/Jm03. Kui vana Te olite oma esimese seksuaalvahekorra ajal?

Vanus _____ täisaastates

9. Jn04/Jm04. Kas Teie või Teie partner tegite või kasutasite tol korral midagi rasedusest/suguhaigustest hoidumiseks?

- 1 Jah
- 2 Ei

10. Jn17/Jm17. Seni rääkisime Teie varasemast elukäigust. Edasi keskendume viimasele neljale nädalale. Kas olete selle aja jooksul seksuaalvahekorras olnud?

- 1 Jah
- 2 Ei

11. Jn20/Jm20. Mitu vahekorda on Teil olnud viimase nelja nädala jooksul?

Seksuaalvahekordade arv _____
98 keeldus vastamast

12. Jn21/Jm21. Kas Teie või Teie partner olete kasutanud viimase 4 nädala jooksul mõnda rasestumisest hoidumise meetodit või vahendit?

- 1 Jah
- 2 Ei

13. Jn23/Jm23. Millist kaardil olevatest rasestumisvastastest meetoditest ja vahenditest olete Teie või on Teie partner kasutanud viimase 4 nädala jooksul? Kui kasutasite mitut, siis nimetage kaks peamist.

- 1 Kalendermeetod (perioodiline hoidumine)
- 2 Katkestatud suguühe
- 3 Kondoom
- 4 Hormonaalsed vahendid (pillid, tabletid, plaaster, tuperõngas)
- 5 Emakasisesed vahendid (spiraal)
- 6 Keemilised vahendid (vahtpasta)
- 7 Steriliseerimine
- 8 Hädaabipillid
- 9 Muu, milline? _____

14. Jn24/Jm27. Kas Teid on kunagi seksuaalselt ahistatud?

- 1 Jah
- 2 Ei

15. Jn26/Jm29. Kas olete kunagi maksnud või tasu saanud mõne seksuaalvahekorra eest?
- 1 Jah
 - 2 Ei
16. Jn27. Kas Teil on kunagi olnud seksuaalvahekordi naispartneriga?
Jm30. Kas Teil on kunagi olnud seksuaalvahekordi meespartneriga?
- 1 Jah
 - 2 Ei
17. Jn28/Jm31. Püsipartneri kõrval või viimase puudumisel võib olla ka ebaregulaarsemat ja juhuslikumat laadi seksuaalsuhteid. Edasi räägime sellistest suhetest. Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul olnud erinevaid seksuaalpartnereid?
- 1 Jah
 - 2 Ei
18. Jn29/Jm32. Mitu erinevat seksuaalpartnerit on Teil viimase aasta jooksul olnud?
Seksuaalpartnerite arv _____
19. Jn30/Jm33. Kas olete nende vahekordade ajal kasutanud kondoomi?
- 1 Ei, pole üldse kasutanud
 - 2 Jah, vahetevahel olen
 - 3 Jah, enamasti küll
 - 4 Jah, alati kõikide vahekordade ajal

Lisa 2. Tabelid

Tabel 12. Juhusuhtes olnud viimase 12 kuu jooksul ning levimusmäärade muutus soo ja vanuserühmiti aastatel 1996 ja 2006, EeTeU

Tunnus	1996		2006		1996 vs 2006	
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	POR (95% UV)	AOR* (95% UV)
Naised						
Kokku	145	10,3 (8,7–11,9)	105	5,9 (4,8–7,0)	0,56 (0,42–0,71)	0,53 (0,41–0,69)
≤24	53	21,5 (16,4–26,7)	38	11,2 (7,8–14,5)	0,46 (0,29–0,72)	—
25–34	49	15,2 (11,3–19,1)	31	7,8 (5,1–10,4)	0,47 (0,29–0,76)	—
35–44	29	8,4 (5,5–11,3)	20	5,2 (3,0–7,4)	0,60 (0,33–1,07)	—
≥45	14	2,8 (1,4–4,3)	16	2,4 (1,3–3,6)	0,86 (0,41–1,78)	—
Mehed						
Kokku	346	21,3 (19,3–23,3)	316	15,1 (13,6–16,7)	0,66 (0,56–0,78)	0,65 (0,55–0,78)
≤24	123	50,8 (44,3–57,1)	117	33,2 (28,3–38,2)	0,48 (0,34–0,67)	—
25–34	93	28,8 (23,9–33,7)	62	18,1 (14,0–22,1)	0,55 (0,38–0,79)	—
35–44	68	19,4 (15,2–23,5)	64	16,7 (12,9–20,4)	0,83 (0,57–1,21)	—
≥45	62	8,8 (6,7–10,8)	73	7,2 (5,6–8,8)	0,81 (0,57–1,16)	—

* Kohandatud vanusele

Tabel 13. Juhusuhtes alati kondoomi kasutanute jaotus ning levimusmäärade muutus soo ja vanuserühmiti, ETeU 1996 ja 2006

Tunnus	1996		2006		1996 vs 2006	
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	POR (95% UV)	AOR* (95% UV)
Naised						
Kokku	21	14,5 (8,7–20,2)	41	39,4 (30,0–48,8)	3,84 (2,09–7,05)	3,95 (2,14–7,27)
≤24	10	18,9 (8,3–29,4)	17	44,7 (28,9–60,5)	3,48 (1,36–8,91)	—
25–34	7	14,3 (4,5–24,1)	12	38,7 (21,6–55,9)	3,79 (1,29–11,14)	—
35–44	3	10,3 (–0,7–21,4)	9	45,0 (23,2–66,8)	7,09 (1,61–31,30)	—
≥45	1	7,1 (–6,3–20,6)	3	20,00 (–0,2–40,2)	3,25 (0,29–35,66)	—
Mehed						
Kokku	58	16,8 (12,9–20,8)	131	41,7 (36,3–47,2)	3,54 (2,47–5,08)	3,96 (2,73–5,74)
≤24	25	20,5 (13,3–27,7)	72	61,5 (52,7–70,4)	6,21 (3,50–11,05)	—
25–34	22	23,7 (15,0–32,3)	21	33,9 (22,1–45,7)	1,65 (0,81–3,37)	—
35–44	8	11,8 (4,1–19,4)	18	28,1 (17,1–39,1)	2,93 (1,17–7,34)	—
≥45	3	4,8 (–0,5–10,2)	20	28,2 (17,7–38,6)	7,71 (2,17–27,46)	—

* Kohandatud vanusele

Tabel 14. Esimesel seksuaalvahekorral rasestumisvastase vahendi kasutanud soo ja vanuserühmade järgi, ETeU 1996 ja 2006.

Tunnus	1996		2006		1996 vs 2006	
	arv	% (95% UV)	arv	% (95% UV)	POR (95% UV)	AOR (95% UV)
Naised						
Kokku	401	16,5 (15,0–17,9)	898	28,4 (26,9–30,0)	2,02 (1,78–2,30)	2,36 (2,04–2,72)
≤24	105	42,0 (35,9–48,1)	277	79,4 (75,1–83,6)	5,31 (3,70–7,62)	—
25–34	77	22,9 (18,4–27,4)	213	51,3 (46,5–56,1)	3,55 (2,59–4,88)	—
35–44	62	16,0 (12,4–19,7)	126	29,9 (25,5–34,2)	2,23 (1,58–3,14)	—
45–54	49	15,4 (11,4–19,3)	106	21,9 (18,2–25,6)	1,55 (1,06–2,24)	—
55–64	47	14,1 (10,3–17,8)	63	15,0 (11,6–18,5)	1,08 (0,72–1,63)	—
≥65	61	7,5 (5,7–9,3)	113	10,6 (8,7–12,4)	1,45 (1,05–2,01)	—
Mehed						
Kokku	321	16,2 (14,5–17,8)	806	27,7 (26,1–29,3)	1,99 (1,72–2,30)	2,80 (2,39–3,28)
≤24	94	38,2 (32,1–44,3)	298	79,7 (75,6–83,8)	6,34 (4,42–9,09)	—
25–34	67	20,6 (16,2–24,9)	160	43,8 (38,7–48,9)	3,02 (2,15–4,23)	—
35–44	52	14,3 (10,7–17,9)	104	25,6 (21,3–29,8)	2,06 (1,42–2,98)	—
45–54	36	12,3 (8,6–16,1)	80	20,6 (16,5–24,6)	1,84 (1,20–2,82)	—
55–64	42	14,4 (10,4–18,4)	50	14,9 (11,1–18,7)	1,04 (0,67–1,63)	—
≥65	30	6,4 (4,2–8,6)	114	10,9 (9,0–12,8)	1,79 (1,18–2,72)	—

* Kohandatud vanusele