

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

TERVISE ENESEHINNANGU SEOSSED
TERVISEKÄITUMISEGA 50-AASTASTEL JA VANEMATEL
EESTI ELANIKEL

Magistritöö rahvatervishoius

Nele Kunder

Juhendajad: Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, dotsent
Lili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikool, Eesti Demograafia Instituut,
nooremteadur

Tartu 2015

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 28.05.2015 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Rainer Reile, MA, Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, projektijuht

Kaitsmine: 10.06.2015

Selles töös on kasutatud andmeid SHARE väljalase 2.5.0, 24. mai seisuga 2011. SHARE andmete kogumine on peamiselt rahastatud Euroopa Komisjoni 5. raamprogrammi (projekt QLK6-CT-2001- 00360 temaatiline programm Elukvaliteet), 6. raamprogrammi (projektid SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 ja SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) ja 7. raamprogrammi kaudu (SHARE-PREP, 211909 and SHARE-LEAP, 227822). Täiendav rahastamine USA Riikliku Vananemise Instituudi poolt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 ja OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) samuti on teised erinevad riiklikud allikad tänulikult tunnustatud. (täielik nimekirja toetavatest institutsioonidest: www.share-project.org)

SISUKORD

KOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	8
2.1. Rahvastiku vanuskoostis ja vananemine.....	8
2.2. Tervise enesehinnang.....	9
2.3. Eluviis – tervisekäitumine ja riskikäitumine.....	11
2.3.1. Tubaka tarbimine	12
2.3.2. Alkoholi tarvitamine.....	13
2.3.3. Kehaline aktiivsus.....	13
2.3.4. Toitumiskäitumine.....	13
2.4. Tervise enesehinnangu ja tervisekäitumise vahelised seosed	14
3. EESMÄRGID	16
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	17
4.1. Magistritöö valim.....	18
4.2. Tunnused.....	18
4.2.1. Tervise enesehinnang	18
4.2.2. Demograafilised tunnused	18
4.2.3. Füüsilise tervise tunnused.....	19
4.2.4. Tervisekäitumuslikud tunnused.....	20
4.3. Andmeanalüüs.....	21
5. TULEMUSED	22
5.1. Uuritavate ja tervise enesehinnangu ning selle jaotumise kirjeldus	22

5.2. Uuritavate tervise enesehinnangu ning demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste vahelised seosed.....	25
6. ARUTELU.....	31
6.1. Tervise enesehinnangu ja erinevate tervisemõjurite vahelised seosed.....	31
6.2. Magistritöö tugevused ja nõrkused	34
7. JÄRELDUSED	36
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	37
SUMMARY	41
TÄNUAVALDUS	43
ELULUGU.....	44

KOKKUVÕTE

Eesti elanikkond vananeb ning samal ajal inimeste eluiga pikeneb. Sellest lähtuvalt on järjest olulisemaks muutumas küsimus, millised tegurid võimaldavad vanemaealistel olla võimalikult kaua terved ja aktiivsed. Osad terviseprobleemid on vanemas eas inimeste puhul paratamatud, kuid teisalt on võimalik terviseteadlike valikutega mitmeid haigusi ja tegevusvõime langust ennetada ning elukvaliteeti mõjutada.

Magistritöös on kasutatud üle-euroopalise vanemaealist rahvastikku hõlmava SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) uuringu Eesti andmeid. Uuringu esinduslik juhuvalim on koostatud 50-aastastest ja vanematest Eesti elanikest rahvastikuregistri alusel. Käesolev magistritöö on 6 660 vastanuga läbilõikeline uuring, mille eesmärgiks on kirjeldada tervise enesehinnangut ja tervisekäitumist ning analüüsida nende omavahelisi seoseid Eestis 50-aastaste ja vanemate inimeste hulgas.

Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid, hii-ruut testi ning logistilist regressiooni. Magistritöös hinnati erinevate demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tegurite mõju tervise enesehinnangule.

Töö tulemusena ilmnas, et oma tervist hindasid halvemaks mehed, väljaspool Eestit sündinud, madalama haridustasemega ning tööturul mitteaktiivsed vanemaealised. Suurem šanss oma tervist halvaks hinnata oli tegevuspiirangute ja pikaajaliste terviseprobleemidega, suitsetavatel, kehaliselt mitteaktiivsetel ning igapäevaselt puu- ja köögivilju mittetarvitavatel 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel.

Käesolev uuring näitas, et tegevuspiirangud ning pikaajalised haigused on olulised tegurid Eesti vanemaealiste subjektiivse tervisehinnangu määramisel, kuid lisaks omab tervise enesehinnang olulisi seoseid ka tervisekäitumisega. Tervisekäitumise mõjutamine loob võimaluse parandada inimeste tervist ja elukvaliteeti veel ka vanemas eas.

1. SISSEJUHATUS

WHO (*World Health Organisation*) on 1948. aastal tervist defineerinud järgmiselt: „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse ja põduruse puudumine“ (1). Kuigi on seatud kahtluse alla, kas tervise definitsioon peaks olema niivõrd idealistlik ning tervis on pigem protsess ja igapäevane vahend kui seisund, siis on siinkohal oluline, et definitsioon toob juba 20. sajandi esimesel poolel välja asjaolu, kui tähtis on tunnetuslik tervis. Arusaama tervisest mõjutavad väga erinevad tegurid ning see muutub aja jooksul (2,3). Kui uurida inimese subjektiivse tervise kohta mingil ajahetkel, siis on see samuti mõjutatud erinevatest teguritest varasemast elust (4).

Tervise enesehinnangut peetakse rahvatervise uurimisel oluliseks, seda eriti tänu lihtsusele ning võimalikkusele saada ülevaade vaid ühe küsimusega (2,3,5). Lisaks on antud näitaja haigestumust ning suremust ennustav (2,3). Mitmed uuringud on näidanud tervise enesehinnangu seost tervisekäitumisega – alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus, suitsetamine, toitumine (4–9). Tervistkahjustav käitumine mõjutab tervist igas vanuses, kuid omab kumulatiivset negatiivset mõju just vanemas eas. Siiski pole kunagi liiga hilja tervislike eluviisidega alustada ning seeläbi haigusi ja tegevusvõime langust ennetada, elukvaliteeti tõsta ja eluiga pikendada. (10) Eelpool nimetatud käitumuslikud tervisemõjurid on olulisel kohal erinevate mittenakkuslike haiguste kujunemisel. Mittenakkuslike ehk krooniliste haiguste levimust rahvastikus on raske hinnata ja seetõttu kirjeldatakse nende koormust rahvastikus osakaaludena surmapõhjustes. Eestis on põhilised surmapõhjused just südame- ja veresoonkonnahaigused ning vähkkasvajad, neile lisanduvad vigastused. (11) Tervislike eluviiside järgimist piiravad tihti füüsilised, sotsiaalsed, majanduslikud või kultuurilised tegurid. Samuti on oluline arvestada soolisi erinevusi, mis naiste ja meeste tervisekäitumist ja tervisenäitajaid sageli suurel määral mõjutavad. Hinnangud oma tervisele erinevad vanuseti. Tihtipeale hindavad vanemaealised oma tervist kriitilisemalt, kuid olenevalt inimesest võib see ka vastupidi olla. (12)

Eesti rahvastiku vananemisest ning inimeste eluea pikenemisest tulenevalt räägitakse viimasel ajal palju aktiivsena vananemisest. Tervis ja arusaam tervisest aitavad inimesel olla aktiivne ka vanemas eas. (12) Seeläbi väheneb nooremate põlvkondade koorem ja suureneb

generatsioonidevaheline solidaarsus (13). Halb tervis pärsib nii vanemaealiste ühiskondlikku (14) kui ka tööalast aktiivsust (15).

OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) elukvaliteeti mõõtvatest tervisenäitajatest on aktiivsena vananemise kontekstis asjakohane arvestada enesehinnangulist üldist terviseseisundit, pikaajalise haiguse olemasolu, tegevuspiirangute olemasolu ning lisaks ka eeldatavat eluiga sünnimomendil (16).

Käesolev uuring viidi läbi selleks, et kirjeldada tervise enesehinnangut ja tervisekäitumist ning analüüsida nende seoseid Eestis 50-aastaste ja vanemate inimeste hulgas.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Rahvastiku vanuskoostis ja vananemine

Statistikaameti andmetel oli 2010. aasta 1. jaanuari seisuga Eesti rahvaarv 1 333 290. Ligikaudu 37% (488 220) rahvastikust moodustasid 50-aastased ja vanemad inimesed. Vaadeldes pensionialist rahvastikku (65-aastased ja vanemad), siis nende osakaal oli ligikaudu 17% (232 450). Statistikaameti prognoosi kohaselt vananeb Eesti rahvastik 2040. aastaks tunduvalt. 65-aastaste ja vanemate inimeste osatähtsus rahvastikus tõuseb 2014. aasta tasemega võrreldes 18%-lt ligi 28%-ni. (11)

Vananemist vaadeldakse nii üksikisiku kui ka rahvastiku tasandil. Üheltpoolt hõlmab vananemine inimeste pikenevat eluiga, rahvastiku vananemine aga vanemaealiste suuremat osakaalu elanikkonnas rahvastikutaaste protsesside teisenemise tulemusena. Vananemine on protsess, mille puhul tuleb nii indiviidi kui ka rahvastiku tasandil arvestada muutuvate käitumisviiside ja ootustega. (17) Aktiivsena vananemise eelduseks on tervis (12) – kompleksne kontseptsioon, mida mõjutavad muuhulgas bioloogilised, poliitilised, sotsiaalmajanduslikud ja käitumuslikud tegurid (18). Koos rahvastiku vananemisega võib kasvada ka tegevuspiirangutest tingitud koormus riigile. Eestis on kroonilistest haigustest põhjustatud tegevuspiirangutega elanike osakaal rahvastikust suhteliselt suur ning levimusmäär kasvab märkimisväärselt alates 50. eluaastast. Tervisekäitumise parendamisel on tegevuspiirangute vähendamise ning edasilükkamise juures oluline roll. (19) Sellest lähtuvalt on vajalik uurida vanemaealiste tervise mõjureid ning seoseid tervise enesehinnanguga.

SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) uuring algatati Euroopas eesmärgiga saada paremat aimu vananemise protsessist üksikisiku elus ning riikidevahelises võrdluses (20). Eesti liitus SHARE uuringuga 2010. aastal (Euroopa 4. uuringulainest alates) ning esimesi andmeid on kasutatud mitmetes teadustöodes. Eestis kaitstud teadustöodes on uuritud erinevaid vanemaealiste elu ja tervist puudutavaid tegureid nagu sotsiaalsed suhted ja tõrjutus, majanduslik toimetulek ja tööturukäitumine. (Tabel 1) (21)

Tabel 1. SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) andmete põhjal kaitstud teadustööd Eestis

Pealkiri	Autor	Töö liik	Aasta
Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustikuga 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal (22)	Piret Väljaots (juhendaja Liili Abuladze)	Magistritöö rahvatervishoius (TÜ tervishoiu instituut)	2014
Eesti vanemaealiste sotsiaalne tõrjutus SHARE uuringu andmetel (23)	Karolin Kutman (juhendaja Kaia Philips)	Magistritöö majandusteadustes (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2014
Vanemaealiste terviseprobleemid ja tööturukäitumine SHARE-Eesti uuringu andmetel (24)	Teele Luhavee (juhendajad Kaia Philips ja Andres Võrk)	Magistritöö majandusteadustes (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2014
Eesti vanemaealiste leibkondade toimetulek ning seda mõjutavate tegurite analüüs (SHARE 4. laine andmetel) (25)	Kristi Peedomaa (juhendaja Kaia Philips)	Magistritöö majandusteadustes (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2014
Vanemaealiste töötamist mõjutavad tegurid SHARE-Eesti uuringu näitel (26)	Kadi Kask (juhendaja Kaia Philips)	Bakalaureusetöö (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2014
Pensionile siirdumise otsust kujundavad tegurid Eestis (27)	Kadri Lees (juhendaja Kaia Philips)	Magistritöö majandusteadustes (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2013
Eesti vanemaealiste tööturukäitumine ja seda mõjutavate tegurite analüüs (SHARE 4. laine andmetel) (28)	Merli Aksen (juhendajad Janno Reiljan ja Kaia Philips)	Magistritöö majandusteadustes (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2013
Vanemaealiste olukord ja probleemid tööturul SHARE-Eesti uuringu näitel (29)	Martin Holm (juhendaja Kaia Philips)	Bakalaureusetöö (TÜ Rahvamajanduse Instituut)	2013

2.2. Tervise enesehinnang

1950ndatest aastatest on tervise enesehinnang üks laialdasemalt kasutatav tervisemõõdik epidemioloogilistes uuringutes (2,3,5), mida on soovitanud ka WHO (30). Selle põhjuseks on mõõdiku lihtsus ning võimalus rakendada erinevate riikide võrdluses (2,3,5). Tervise enesehinnangut määratakse ühe küsimusega, mis on tavaliselt sõnastatud järgmiselt: „Kas te

ütleksite, et Teie tervis on..“ (3). Maailmas kasutatakse vastusevariantidena põhiliselt kahte viiepunktilist skaalat. Ameerikas levinud versiooni puhul on vastusevariantideks „suurepärane“, „väga hea“, „hea“, „rahuldav“ või „halb“. WHO Euroopas kasutamiseks soovitatud variandil on vastusteks „väga hea“, „hea“, „rahuldav“, „halb“, „väga halb“. (30)

Jürges *et al* uurisid 2004. aastal kahte ülaltoodud skaalat ning nende võrdlemise võimalikkust SHARE uuringu 1. laine näitel. Olenemata sellest, et üks eristab paremini head tervise enesehinnangut (nn Ameerika variant – „suurepärane“, „väga hea“, „hea“) ning teine paremini halba tervise enesehinnangut (nn Euroopa variant – „rahuldav“, „halb“, „väga halb“) käituvad nad siiski erinevate demograafiliste ja objektiivsete tunnuste puhul sarnaselt. Nn Euroopa versiooni puhul on esile tõstetud küll skaala ühtlasemat jaotust (kaks positiivset, keskmine ja kaks negatiivset vastusevarianti), kuid vanemaealiste uuringute puhul on vastuste jaotumine skaalal moonutatud. Vastupidiselt, nn Ameerika versiooni puhul jaotusid vastused skaalale võrdsemalt, mis on oluline statistilise tõhususe seisukohalt. Seetõttu on viimast kasutatud edaspidi ka SHARE uuringus. (30)

Tänu tervise enesehinnangu subjektiivsusele ja hinnangulisusele ei ole päris selge, mida inimene enda tervist hinnates arvesse võtab. Kultuurilised ja keelelised eripärad võivad mõjutada seda, kuidas inimesed skaalat tõlgendavad ning seeläbi oma tervist hindavad. Lisaks võivad inimesed võrrelda enda tervist lähedaste omaga. (3) Tulemusi võib muuta ka uurijate esitatud selgitus mõiste „tervis“ kohta, mis võib olla liialt tervishoiukeskne (2). Hoolimata sellest, et tervise enesehinnang on subjektiivne ja üldine indikaator, on mitmetest uuringutest selgunud, et antud näitaja abil on võimalik suremust ning haigestumust hästi ennustada (2,3,30–32). Manderbacka *et al* uuringus nõrgenesid seosed tervise- ning riskikäitumuslike tunnuste ja tervise enesehinnangu vahel, kui tulemusi kohandati terviseprobleemidele. See näitab, et tervise enesehinnangu mõõdik peegeldab pigem eluviisi kui teadmiste mõju tervise enesehinnangule. (4)

Nii tervise enesehinnang kui ka tervisekäitumine võivad tuleneda erinevatest sotsiaaldemograafilistest ja kultuurilistest mõjuritest (3). Samuti erinevad tervise enesehinnang ning seda mõjutavad tegurid riikide lõikes (5,33). Uuringutest selgub, et mehed hindavad oma tervist paremaks kui naised (5,8). Nii madalam haridustase kui ka kehvem majanduslik olukord suurendavad šansse halvaks tervise enesehinnanguks (34). Varasemate uuringute järgi mõjutavad tervise enesehinnangut vanus (6,8), haridus (6,33–36), töötus (36)

ning pikaajaline terviseprobleem (2,6,8). Samuti on välispäritolu seotud halva tervise enesehinnanguga (8,35).

Eriksen *et al* SHARE riikide võrdlusuuringust selgub, et tervise enesehinnang 50-aastastel ja vanematel on valdavalt halvem Ida- ja Lõuna-Euroopas võrrelduna Lääne- ja Põhja-Euroopaga. Eestis oli võrreldud riikidest kõige suurem rahuldava ja halva tervise enesehinnangu osakaal, ületades 70% piiri. Osaliselt saab seda põhjendada eluviisi erinevustega (suitsetamine, ülekaal ja istuv eluviis, alkoholi liigtarvitamine, ebatervislik toitumine), aga neile teguritele ning ka haridusele kohandamine ei mõjutanud antud uuringus tulemusi oluliselt. (13) Kasmel *et al* uuringust selgus, et Balti riikide elanikud hindasid soomlastega võrreldes oma tervist sagedamini „keskmiseks“. Selle põhjused võivad olla psühhosotsiaalsed, tulenedes varasemast sotsiaalpoliitiliselt keskkonnast, kus nõ keskmiste hulka kuuludes oli lihtsam toime tulla. (5)

EUROSTATi 2010. aasta andmete kohaselt hindas 36,1% 55-64-aastaseid Eesti elanikke oma tervist väga heaks või heaks. 65-aastaste ja vanemate puhul oli näitaja 14,9%. Euroopa Liidu keskmised olid 55,1% ja 35,4%, mis asetavad Eesti tunduvalt alla keskmise, edestades küll näiteks Lätit, Leedut ja Poolat. Kui vaadelda Eesti 10 aasta andmeid, siis oli 2010. aastal väga hea ja hea tervise enesehinnangu osakaal kõige suurem. Naiste puhul olid need näitajad 37,6% ja 13,0%, meestel 33,7% ja 19,6%. (37) Eesti sotsiaaluuringu 2011. aasta andmetel hindasid oma tervist heaks või väga heaks ligi pooled (46%) 45-54-aastastest, kolmandik (32%) 55-64-aastastest ja 13% 65-aastastest ja vanematest inimestest. (12) Vajab märkimist, et Eesti sotsiaaluuringus ja ka EUROSTATi andmetes on kasutatud nn Euroopa versiooni tervise enesehinnangu skaalast, milles on vastused jagatud kolme rühma (eraldi on vaadatud ka keskmist vastusevarianti). Seetõttu ei ole EUROSTATi, SHARE ja Sotsiaaluuringu andmete põhjal tehtud analüüsid täielikult võrreldavad.

2.3. Eluviis – tervisekäitumine ja riskikäitumine

„Tervisekäitumine on igasugune üksikisiku poolt ettevõetud tegevus, hoolimata hetkelisest või eelnevast tervises seisundist, tervise edendamiseks, kaitsmiseks või säilitamiseks, olenemata sellest, kas selline käitumine on lõppkokkuvõttes objektiivselt efektiivne või mitte. Riskikäitumine on käitumisviis, millega võib kaasneda suurenev vastuvõtlikkus teatud haigustele või põdurusele.“ Koos moodustavad tervise- ja riskikäitumine keerulise kogumi,

mida nimetatakse eluviisiks ning mis on terviseemõjurina oluline haigestumuse ning suremuse seisukohalt. (18)

Tervisekäitumise tulemile saab hinnangut anda vaadeldes surmapõhjuste struktuuri. Statistikaameti andmetel on sagedasemad surmapõhjusted Eestis südame- ja veresoonkonnahaigused, vähkkasvajad ning vigastused (11). Eriksen *et al* 50-aastaste ja vanemate tervise võrdlusuuring kinnitab, et südame- ja veresoonkonnahaigused on eestlaste seas väga levinud. Nimelt väidab ligikaudu 22% küsitletutest, et põeb mõnda südame- ja veresoonkonnahaigust. 16 riigi võrdluses on see Ungari kõrval kõrgeim näitaja. Kõikides ülejäänud riikides jääb nimetatud haigusi põdevate inimeste osakaal alla 15% ning keskmiselt 10% juurde. (13) Rahvastiku tasandil on riikidevahelisi erisusi selgitatud demograafilise ja epidemioloogilise ülemineku ajastuse erisusega – Eestis algas demograafiline üleminek samal ajal kui mujal Lääne- ja Põhja-Euroopas. 1940ndatel alanud Nõukogude okupatsioon pidurdas aga Eesti terviseüleminekut. Nõukogude Liit laiemalt tegeles nakkushaigustest tulenevate probleemidega, kuid selle faasi oli Eesti juba läbinud. Selle asemel oleks Eestile sobilikum olnud keskenduda tervislikele ja teadlikele eluviisidele, mittenakkuslike haiguste ennetamisele ning varajasele avastamisele. Tulemuseks oli nõ suremuse stagneerumine ning eeldatava eluea pikenedamine algas alles mõni aeg pärast iseseisvuse saavutamist 1990ndate alguses. Nüüdseks võib öelda, et Eesti on esimene riik, mis on pääsemas rahvatervise arengus nõ Nõukogude pärandist. (38) Samas mõjutab ilmselt Nõukogude Liidu taust Eesti rahvastiku tervisekäitumist ning üldisi tervisenäitajaid võrreldes Põhja- ja Lääne-Euroopa epidemioloogilise arengu kontekstiga.

2.3.1. Tubaka tarbimine

Tubakas tapab aastas ligi 6 miljonit inimest terves maailmas ning on endiselt juhtival kohal ennetatavate surmade osas (39). Suitsetamine on sõltuvushaigusena fikseeritud rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis, põhjustades nii südame- ja veresoonkonnahaigusi, vähktõbe jm (18).

2010. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu kohaselt oli 55-64-aastaste meeste seas igapäevasuitsetajaid 34,9% (kokku 16-64-aastase seas 36,8%) ja mittersuitsetajaid 22,6% (26,3%). Naiste puhul olid need näitajad vastavalt 14,8% (18,7%) ja 59,6% (53,1%). (40) EUROSTATi 2008. aasta andmete järgi oli 55-aastaste ja vanemate Eesti elanike seas keskmiselt 13% igapäevasuitsetajaid, mis on 16 riigi võrdluses pigem kõrgem

näitaja (37). 2006. aasta terviseuuringu tulemused näitavad, et 55-aastaste ja vanemate seas oli keskmiselt 12,4% igapäevasuitsetajaid (41).

2.3.2. Alkoholi tarvitamine

Alkoholi liigtarvitamine põhjustab väga erinevat laadi probleeme. Seos eksisteerib alkoholi tarvitamise ning maksatsirroosi ja erinevate vähkide vahel (42), samuti suureneb risk insuldi ja kõrgvererõhutõve esinemiseks (18). Alkoholi tarvitamist seostatakse ka vigastustega – tulesurmad, uppumissurmad, liiklusvigastused, kukkumised jm. Vähem olulised ei ole alkoholist tingitud sotsiaalsed probleemid, mõjutades tugevalt just alkoholitavitaja lähedasi. (18)

2006. aasta Eesti terviseuuringu kohaselt tarvitas 8,2% 55-aastaseid ja vanemad alkoholi peaaegu igapäevaselt või igapäevaselt. 27,3% vastanutest tarvitas alkoholi mõned päevad kuus, 5,2% tegi seda aga 1-4 korda nädalas. 59,7% vastanutest ei olnud viimase 4 nädala jooksul aga üldse alkoholi tarvitanud. (41)

2.3.3. Kehaline aktiivsus

Kehalist aktiivsust defineeritakse kui igasugust liikumist, mille puhul kasutatakse skeletilihaseid. Regulaarne kehaline aktiivsus vähendab riski haigestuda osadesse vähkkasvajatesse, südame- ja veresoonkonna haigustesse, lisaks suurendab füüsilist toonust ja kehalist võimekust. Kehalist aktiivsust jagatakse vormideks ja tasemeteks nii eesmärgi kui intensiivsuse järgi. (42)

Madala ja mõõduka intensiivsusega kehalised tegevused on olulise tähtsusega just vanemaealiste inimeste puhul, sest neil on suurem risk kukkumiseks ja teiste terviseprobleemide tekkeks (43).

2.3.4. Toitumiskäitumine

Üle 250 uuringu tulemused terves maailmas näitavad, et piisav puu- ja köögiviljade tarvitamine vähendab mitmetesse vähkkasvajatesse (42,44), südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumist ning stimuleerib immuunsüsteemi (44). Lisaks on neil üldine organismi puhastav toime (44). Ülemaailmne soovitus on süüa vähemalt 5 portsjonit (400 grammi) puu- ja köögivilju päevas (42,45).

Eestis jälgitakse südamerivist toetavate näitajatenä värske puu- ja köögivilja tarbimise sagedust ning eelistatud rasvaine ja soola tüüpi toiduvalmistamisel. Eesti tervisesuuring 2006 andmetel tarvitas puu- ja köögivilju igapäevaselt vastavalt 55,2% ja 50,2% inimestest. (46) EUROSTATi andmetel tarvitas puu- ja köögivilju igapäevaselt vastavalt 53,4% ja 52,9% 55-aastastest ja vanematest Eesti elanikest (37).

2.4. Tervise enesehinnangu ja tervisekäitumise vahelised seosed

Manderbacka *et al* vaatlesid Rootsi täiskasvanud elanikke kolmes vanuserühmas (18-34, 35-59, 60-75) ning leidsid, et tervisekäitumine ja tervise enesehinnang on omavahel seotud kõikides vanuserühmades. Köögiviljade tarvitamise, kehalise aktiivsuse ja suitsetamise puhul võib väita, et mida vähem tervisttoetav on käitumine, seda halvem on ka tervise enesehinnang. Alkoholi tarvitamise puhul tekkis nn J-kujuline seos ehk mittetarvitajad ja liigtarvitajad hindasid oma tervist kehvemaks kui mõõdukad tarvitajad. Kuigi pärast terviseprobleemidele ning tegevuspiirangutele kohandamist nõrgenesid ka seosed tervisekäitumise ja riskikäitumise ning tervise enesehinnangu vahel, siis hindasid praegused ja endised suitsetajad ning need, kes ei söö puu- ja köögivilju igapäevaselt oma tervist kehvemaks. (4)

Poikolainen *et al* poolt Soomes läbiviidud uuringu tulemused alkoholi tarvitamise ja tervise enesehinnangu seostest näitavad, et karsklastega võrreldes on mõõdukas alkoholitartvitamine seotud tihedamini hea ja keskmise tervise enesehinnanguga, samas kui liigse tarvitamise puhul oli enam halba ja keskmist tervise enesehinnangut. Oma tervist hindasid kehvemaks ka praegused ja endised suitsetajad. (7)

Zarini *et al* uurisid tervise enesehinnangu ning toitumise ja liikumisharrastuse vahelisi seoseid Lõuna-Floridas. Mida vähem tarvitasid uuritavad puu- ja köögivilju päevas, seda suurem oli šanss hinnata oma tervist halvaks. Neil, kes tarvitasid kaks või vähem portsjonit puu- ja köögivilju päevas oli keskmiselt ligi 2 korda suurem šanss hinnata oma tervist halvaks kui neil, kes tarvitasid päevas viis või rohkem portsjonit. Tervise enesehinnangu ja kehalise aktiivsuse vahel leiti seos ainult naiste puhul. Suurem šanss hinnata oma tervist halvaks oli neil, kes harrastasid liikumist mõned korrad nädalas või üldse mitte võrreldes nendega, kes liikusid viiel või rohkemal päeval nädalas. (8) Teises Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringus vaadeldi vanemaalisi elanikke ning uuringu tulemuste kohaselt oli hea tervise enesehinnang soost hoolimata seotud rohkema kehalise aktiivsusega (47).

Lengyel *et al* uurisid tervise enesehinnangu ning puu- ja köögiviljade tarvitamise seoseid Kanada vanemaealistel meestel. Uuringu tulemuste kohaselt oli igapäevaselt puu- ja köögivilju tarvitavatel meestel võrrelduna harvem tarvitajatega ligi neli korda suurem šans hinnata oma tervist heaks. (9)

Tervise enesehinnangu ja tervisekäitumise seoseid on vaadeldud ka eestlaste hulgas. Tekkel *et al* uuringust selgus pärast vanusele, haridusele ning pikaajalisele terviseprobleemile kohandamist, et hea tervise enesehinnang on meestel seotud suitsetamise, alkoholi tarvitamise, kehalise aktiivsuse ja toitumisega. Naiste puhul ilmnesid seosed kehalise aktiivsuse ning mõnede alkoholi tarvitamise ja toitumise tunnustega. Kõrg- ja keskharidusega inimestel oli suurem šans hinnata oma tervist heaks kui alg- ja põhiharidusega vastanutel. Pikaajalise terviseprobleemi esinemisel selle puudumisega võrreldes oli halva tervise enesehinnangu šans tunduvalt suurem. (6)

Kasmel *et al* uurisid ning võrdlesid tervise enesehinnangu ja tervisekäitumise seoseid Eesti, Soome, Läti ja Leedu elanike seas. Uuringu tulemuste järgi puudub eestlaste seas statistiliselt oluline seos suitsetamise ja tervise enesehinnangu vahel. Sage alkoholi tarvitamine oli meeste puhul seotud aga halva tervise enesehinnanguga. Naiste puhul oli harvem puu- ja köögiviljade tarvitamine seotud halva tervise enesehinnanguga. (5)

3. EESMÄRGID

Töö eesmärk oli kirjeldada tervise enesehinnangut ja tervisekäitumist ning analüüsida nende seoseid Eestis 50-aastaste ja vanemate inimeste hulgas.

Uurimisküsimused:

1. Kirjeldada tervise enesehinnangut ja selle jaotumist demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes;
2. Kirjeldada tervisekäitumist: tubaka tarbimine, alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus ning toitumiskäitumine;
3. Analüüsida tervise enesehinnangu ning tervisekäitumise vahelisi seoseid.

4. MATERJAL JA METOODIKA

Antud magistritöös on kasutatud üle-euroopalist vanemaealist (50-aastased ja vanemad) rahvastikku hõlmavat longituudset uuringut – SHARE, mida viiakse läbi iga kahe aasta tagant alates 2004. aastast. Uuringuga kogutakse andmeid inimeste ning keskkonna kohta, milles nad elavad, eesmärgiga analüüsida individuaalset ja rahvastiku vananemist. Uuringus on kaetud kõik põhilised eluvaldkonnad – vaimne, füüsiline ja enesehinnanguline tervis, majanduslikud näitajad, töö ja pensionileminekuga seonduv, finantsteadlikkus ja -käitumine, abi saamine ja andmine, sotsiaalsed võrgustikud jms. (20)

Küsitlemisel kasutatakse CAPI (*Computer-assisted personal interviewing*) meetodit ehk nn silmast silma intervjuud arvuti abil, mida viivad läbi koolituse saanud küsitlajad. Iga kahe aasta tagant küsitletakse samu inimesi ning lisaks kaasatakse iga kahe uuringulaine järel uued uuritavad, kes on jõudnud sobivasse vanuserühma. Oluline on ära märkida, et kõikides riikides kasutatakse sama metoodikat, mistõttu on uuringu lisaväärtuseks võrreldavus teiste riikidega. (48) Käesolevas magistritöös keskendutakse Eesti elanike andmete analüüsimisele.

Eesti liitus uuringuga 2010. aastal (4. laine), mil uuringus osales 58 489 inimest üheksateistkümnest riigist (Euroopa riigid ja Iisrael). Eesti valim hõlmas 6 828 inimest. Esinduslik juhuvalim moodustati rahvastikuregistri andmete põhjal 50-aastastest ja vanematest inimestest (sündinud 1960. aastal või varem), võttes arvesse ka rahvastiku regionaalset paiknemist. Lisaks kaasati uuringusse põhivalimisse kuulunud inimeste elukaaslased, kes võisid olla alla 50-aastased. Välja jäeti need, kes elasid vanadekodudes või muudes institutsioonides. Intervjueerijad läbisid vastava koolituse ning kõiki küsitluid informeeriti uuringu eesmärkidest ja sisust. Küsimustikud olid tõlgitud nii eesti kui ka vene keelde. Uuringu vastamismäär oli ligi 60%. (48)

SHARE uuringu 4. laine andmed on kättesaadavad 2013. aastast. Nüüdseks (avaldatud 31.03.2015) on kättesaadav ka 5. laine, mis annab võimaluse võrrelda andmeid aastate lõikes (20). 5. laine andmete avaldamiskuupäevast lähtuvalt ei ole antud töös tehtud longituudset analüüsi.

4.1. Magistritöö valim

Käesolevas magistritöös on kasutatud SHARE 4. laine Eesti andmeid, milles oli 6 828 osalejat. Neist 4 629 olid põhiisikud ning 2 199 elukaaslased. (48) Magistritööst jäeti valimist välja need vastajad, kes olid uuringu läbiviimise aastal nooremad kui 50-aastased (n=145). Lisaks eemaldati need, kellel puudus hinnang oma tervisele (n=8), kes olid keeldunud sellele küsimusele vastamast (n=1) või vastasid „ei tea“ (n=14). Teiste tunnuste puhul jäeti valimisse sisse puuduvate väärtustena need, kes olid keeldunud vastamast või vastanud „ei tea“. Töös näidatud tabelites on kajastatud muuhulgas ka puuduvad väärtused. Kokku jäeti välja 168 uuritavat ning antud magistritöö valimiks kujunes 6 660 vastanut.

4.2. Tunnused

Lähtudes magistritöö eesmärgist on sõltuvaks tunnuseks **tervise enesehinnang**. Sõltumatud tunnused on käesolevas töös peamised demograafilised, füüsilise tervise ning tervisekäitumuslikud tunnused.

4.2.1. Tervise enesehinnang

Küsimusele „Kas te ütleksite, et Teie tervis on..“ võimaldab küsimustik vastata „suurepärase“, „väga hea“, „hea“, „rahuldav“ või „halb“. Andmete analüüsimiseks jagati vastusevariandid kahte rühma – hea ja halb tervise enesehinnang, mis minimeerib keskmisest vastusevariandist tuleneva nihke võimaluse (49) ning on sobilik arvestades eestlaste tendentsi hinnata oma tervist „keskmiseks“ (5). Antud magistritöös on lähtunud Eriksen *et al*, Kawachi *et al*, Zarini *et al* ja Väljaotsa uuringutest, milles on kasutatud nn Ameerika varianti tervise enesehinnangu skaalast ning keskmine vastusevariant „hea“ arvatud hea tervise enesehinnangu hulka (8,13,22,50). Hea tervise enesehinnangu rühma moodustavad „suurepärase“, „väga hea“ ja „hea“ ning halva tervise enesehinnangu vastavalt „rahuldav“ ja „halb“.

4.2.2. Demograafilised tunnused

Sugu on binaarne tunnus. **Vanuse** tunnuse saamiseks jagati uuritavad sünniaastate alusel arvutatud vanuse põhjal kolme rühma: vastajad vanuses 50-64, 65-79 ja 80 ning vanemad. Esimene rühm katab tööealised inimesed, teises on pigem pensioniealised, kellest üks osa käib veel tööl. Kolmanda rühma moodustavad need inimesed, kes suure tõenäosusega enam tööl ei

käi ning vajavad tuge ja hoolt tervise vm põhjustel. Kuna kolmas rühm oli teistest tunduvalt väiksem, siis prooviti rühmitada ka: 50-64, 65-74 ja 75+. Analüüsi tulemused sellest ei muutunud, mistõttu kasutati töös siiski algset varianti. **Sünniriigi** tunnus on samuti binaarne, jaotades uuringus osalenud Eestis ja mujal sündinuteks.

Analüüsimeks üksinda ning koos elukaaslasega elavate vastajate tervise enesehinnangut, kasutati tunnust **partner leibkonnas**, mis oli binaarne jah/ei tunnus. Alternatiivina kontrolliti ka ametliku perekonnaseisu tunnust, mille puhul oli algselt 6 võimalikku varianti: „abielus, elab koos abikaasaga“, „kooselu notariaalselt sõlmitud varalepinguga“, „abielus, elab abikaasast lahus“, „vallaline, ei ole kunagi abielus olnud“, „lahutatud“, „lesk“. Nendest moodustati kaks rühma – kooselus või üksinda elav. Esimesse liideti need, kes olid abielus ja elasid koos või elasid lihtsalt koos. Teise rühma moodustasid abikaasast lahus elavad, vallalised, lahutatud ning lesed. Antud tunnust kontrollides olid analüüsi tulemused sarnased ning kasutati tunnust partner leibkonnas, mis näitab reaalselt partneri olemasolu ja seega potentsiaalset tuge paremini kui ametliku perekonnaseisu tunnus.

Haridus jagati kolme rühma: „põhiharidus“ (algharidus, põhiharidus, kutseharidus), „keskharidus“ (keskharidus, kutseharidus keskhariduse baasil, keskeriharidus), „kõrgharidus“ (kõrgharidus, doktorikraadiga haridustase).

Tööseisundi vastusevariantideks olid „pensionil ja töötamise lõpetanud“, „töötav või iseendale töödandja“, „töötü või tööd otsiv“, „töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu“, „kodune“. Antud töös moodustati neist kolm rühma: „pensionär“, „töötav“ ning „muu“ (kolm viimast tunnust küsimustikust).

4.2.3. Füüsilise tervise tunnused

Objektiivsete tervise näitajatena on töös kasutatud **tegevuspiirangu** ning **pikaajalise terviseprobleemi** tunnuseid. GALI (*Global Activity Limitations Index*) on hea ning asjakohane indikaator mõõtmaks tegevuspiirangute levimust täiskasvanud rahvastikus (51). Uuritavatelt küsiti, mil määral on terviseprobleem viimasel kuuel kuul igapäevategevusi piiranud. Küsimusele oli kolm vastusevarianti, mis rühmitati sarnaselt Eriksen *et al* SHARE riikide võrdlusuuringuga (13) ka käesolevas töös binaarseks: „jah“ (hõlmab nii „oluliselt piiranud“ kui „piiranud, kuid mitte oluliselt“) ja „ei“ („ei ole piiranud“). Pikaajalise terviseprobleemi kohta küsiti üldisemalt, kas esineb ka haigusi, puudeid või muid vaegusi. Tulemuste alusel rühmitati binaarne jah/ei tunnus. Kuna pikaajaline terviseprobleem ja

tegevuspiirangud võivad kattuda ja omada samasuunalist mõju, siis mudeldati ka nende kahe tunnuse koosmõju. Olulisus puudus ning seetõttu ei näidata töös koosmõjuga mudelit.

4.2.4. Tervisekäitumuslikud tunnused

Tunnus **suitsetamine** genereeriti kahest tunnusest ning kuna uuritakse tervise enesehinnangut küsitlemise hetkel, siis jäeti töösse samuti sisse uuritavate suitsetamise hetkeseis. Esiialgu küsiti uuritavatelt „Kas te olete kunagi suitsetanud sigarette, sigareid, sigarillosid või piipu iga päev vähemalt ühe aasta jooksul?“, millele „jah“ vastanute käest küsiti lisaks „Kas te suitsetate praegu?“. Need, kes vastasid mõlemale küsimusele „ei“ liideti kokku moodustades mittedsuitsetavate inimeste rühma. Viimasele küsimusele „jah“ vastanud moodustasid suitsetajate rühma. Tulemuseks oli binaarne jah/ei tunnus.

Alkoholi tarvitamise näitamiseks kasutati küsimust „Kui sageli te viimase 3 kuu jooksul olete joonud alkohoolseid jooke, näiteks õlut, siidrit, veini, kangeid alkohoolseid jooke või kokteile?“. Vastusevariante oli seitse, millest esimene „peaaegu iga päev“ ning viimane „viimase 3 kuu jooksul mitte kordagi“. Need jagati 4 rühma: „üldse mitte“, „2 ja vähem päeva kuus“, „1-4 päeva nädalas“, „5-7 päeva nädalas“. Rühmitamisel lähtuti Eestis kasutusel olevatest soovitusdest, mille kohaselt peaks alkoholi tarvitamise puhul olemas ühes nädalas vähemalt 3 järjestikust täielikult alkoholivaba päeva (52). Selles kontekstis on 5-7 päeva nädalas tarvitanute näol tegemist liigtarvitajatega. Antud töös ei ole arvestatud alkoholi kogustega.

Kehalise aktiivsuse tunnusteks olid **tugev kehaline aktiivsus** ja **mõõdukas kehaline aktiivsus**. Mõlema puhul jäid väärtusteks „rohkem kui kord nädalas“, „kord nädalas“, „1-3 korda kuus“, „väga harva või üldse mitte“, mis vastasid küsimustikus olnud kategooriatele.

Toitumise tunnuseks oli **puu- ja köögiviljade tarvitamine**, millel oli 5 vastusevarianti. Soovituslik on puu- ja köögivilju tarvitada igapäevaselt 5 portsjonit (42,45), kuid SHARE uuringu andmed ei võimalda analüüsida tarbimise kogust. Sellest lähtuvalt moodustati töös kaks rühma – igapäevaselt ning harvem tarvitajad. Antud töös on eeldatud, et igapäevased tarvitajad söövad harjumuse korral puu- ja köögivilju näiteks nädala jooksul koguseliselt rohkem kui need, kes harvem tarvitavad. Lisaks näitab SHARE uuringus toitumisharjumusi ka tunnus söögikordade kohta – kas vastaja sööb tavaliselt vähemalt kolm korda päevas. Kuna söögikordade arvu ning tervise enesehinnangu vahel ei olnud statistiliselt olulist seost, siis jäeti antud tunnus tööst välja.

4.3. Andmeanalüüs

Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati magistritöös sagedustabeleid, hii-ruut testi ning logistilist regressiooni. Kirjeldatud on valimi tervise enesehinnangut erinevate demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes, kasutatud on nii absoluut- kui ka suhtarve. Lisaks on välja toodud p-väärtus, mille puhul oluline erinevus tervise enesehinnangus erinevate tunnuste lõikes esineb juhul kui $p < 0,05$. Seoste uurimiseks kasutati logistilist regressiooni, näidatud on šansisuhted (OR) ja 95% usaldusvahemikud (95% CI). Et saada aru, millal tulemused oluliselt muutuma hakkasid, lisati tunnuseid mudelisse järk-järgult. Antud töös on näidatud kolme mudeli tulemused – nii kohandamata mudel iga tunnuse kohta, kõikidele demograafilistele tunnustele kohandatud mudel kui ka mudel, milles on tervise enesehinnang kohandatud kõikidele töös kasutatud tunnustele. Andmeanalüüs on teostatud programmiga Stata/SE 12.0.

5. TULEMUSED

Magistritöö valimi moodustasid 6 660 uuringus osalenut, kelle hulgas olid nii juhuvalimisse kuulunud kui ka nende elukaaslased. Käesolev peatükk koondab valimi kirjeldust ning uuritavate tervise enesehinnangu seoseid demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnustega. Tabel 2 sisaldab tervise enesehinnangu jaotumist demograafiliste ja füüsilise tervise tunnuste lõikes, tabel 3 aga tervisekäitumuslike tunnuste lõikes. Halva tervise enesehinnangu šansisuhted demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes on näidatud tabelis 4. Pikaajase terviseprobleemi ja alkoholi tarvitamise vahelised seosed on lisaanalüüsina näidatud tabelis 5.

5.1. Uuritavate ja tervise enesehinnangu ning selle jaotumise kirjeldus

Mehed moodustasid valimist 40,6% ning naised 59,4%. Vanuselisel oli rohkem uuritavaid kahes nooremas rühmas (50-64 ja 65-79), vastavalt 44,2% ja 43,1%. Tunduvalt väiksem oli vanuserühm, millesse kuulusid 80-aastased ja vanemad, nende osakaal oli 12,7%. Enamiku Eesti uuringus osalenute sünniriik oli Eesti, neljandik kõikidest vastanutest oli sündinud mujal. 68,3% vastanutest elas partneriga samas leibkonnas. Hariduse järgi jagunesid uuringus osalenud järgmiselt: kõrgharidusega 20,8%, keskharidusega 36,8% ja põhiharidusega 42,2%. Pensionäre oli vastajate hulgas veidi üle poole. Inimesi, kelle igapäevategevusi piiras mõni terviseprobleem oli 59,1% ning kolmveerand vastanutest märkis, et neil esineb pikaajalisi terviseprobleeme.

Regulaarseid suitsetajaid oli uuringus osalenute seas 19,9%. Neid, kes viimase kolme kuu jooksul üldse alkoholi ei tarvitanud oli 40,6% ning harva (2 ja vähem korda kuus) tarvitas alkoholi 40,9% uuritavatest. Ülemäära tihti (5-7 päeva nädalas) alkoholi tarvitajaid oli 3,5%. Tugeva kehalise aktiivsuse puhul jagunes enamik vastajad kahte rühma – need, kes olid füüsiliselt aktiivsed rohkem kui ühe korra nädalas (36,6%) ning need, kes on füüsiliselt aktiivsed väga harva või üldse mitte (40,8%). Mõõdukalt olid kehaliselt aktiivsed rohkem kui kord nädalas suurem osa vastanuid (68,1%). Puu- ja köögivilju tarvitas igapäevaselt 67,6% valimist.

Meeste ja naiste tervise enesehinnangu vahel olulist erinevust ei esinenud. Vanusega suurenes halva tervise enesehinnangu osakaal aga oluliselt. Kui 50-64-aastaste hulgas hindas

oma tervist halvaks natuke üle poole vastanutest, siis 65-79-aastaste grupis oli vastav näitaja 77,9% ning 80-aastaste ja vanemate seas juba 89,7%. Mujal kui Eestis sündinute seas oli halba tervise enesehinnangut rohkem kui Eestis sündinutel. Koos partneriga elavatel vastanutel oli halba tervise enesehinnangut mõnevõrra vähem kui üksinda või eraldi elavatel, erinevus oli statistiliselt oluline. Hariduse vaatlemisel tuleb välja oluline erinevus madalama ja kõrgema haridustaseme vahel. Kui kõrgharidusega uuritavatest hindas oma tervist heaks 46,3%, siis keskharidusega isikutel oli osakaal 30,2% ning põhiharidusega 18,3%. Suur erinevus oli ka töötavate, pensionile jäänud ning töötute või mõnel tervislikul põhjusel töötuks jäänud inimeste vahel, hea tervisehinnangu osakaalud olid vastavalt 50,5%, 17% ja 20,9%. Nii hariduse kui tööseisundi järgi tervise enesehinnangu erinevused olid statistiliselt olulised.

Tegevuspiirangutega inimeste puhul oli hea tervise enesehinnanguga vastanuid 10,7%, samas kui piirangute puudumisel esines head tervise enesehinnangut 54,1%-l. Veelgi suurem erinevus esines pikaageste terviseprobleemide puhul: nõ tervetest inimestest hindas oma tervist samuti heaks 66,5%, pikaagese haiguse põdejate puhul oli see näitaja 15,2%. Kokkuvõtlikult, näitajad olid kahe võrreldava rühma vahel statistiliselt olulised kõikide demograafiliste ja füüsilise tervise tunnuste osas v.a sugu (Tabel 2).

Tabel 2. Tervise enesehinnang demograafiliste ja füüsilise tervise tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010-2011 (SHARE, n=6 660)

Tunnused	Tervise enesehinnang				p-väärtus	Kokku	%
	Hea	% (rida)	Halb	% (rida)			
Sugu							
mees	792	29,3	1914	70,7	0,190	2706	40,6
naine	1099	27,8	2855	72,2		3954	59,4
Vanus							
50-64	1170	39,7	1776	60,3	<0,0001	2946	44,2
65-79	634	22,1	2238	77,9		2872	43,1
80+	87	10,3	755	89,7		842	12,7
Sünniriik							
Eesti	1554	31,4	3391	68,6	<0,0001	4945	74,3
muu	337	19,6	1378	80,4		1715	25,7
Partner leibkonnas							
jah	1372	30,2	3175	69,8	<0,0001	4547	68,3
ei	519	24,6	1594	75,4		2113	31,7

Tabel 2. Jätk

Tunnused	Tervise enesehinnang				p-väärtus	Kokku	%
	Hea	% (rida)	Halb	% (rida)			
Haridus							
kõrgharidus	639	46,3	747	53,7	<0,0001	1386	20,8
keskharidus	739	30,2	1709	69,8		2448	36,8
põhiharidus	512	18,3	2302	81,7		2814	42,2
puuduvad väärtused						12	0,2
Tööseisund							
töötav	1104	50,5	1084	49,5	<0,0001	2188	32,9
pensionär	639	17,0	3113	83,0		3752	56,3
muu	147	20,9	559	79,1		706	10,6
puuduvad väärtused						14	0,2
Tegevuspiirangud							
ei	1467	54,1	1247	45,9	<0,0001	2714	40,8
jah	422	10,7	3517	89,3		3939	59,1
puuduvad väärtused						7	0,1
Pikaajalised terviseprobleemid							
ei	1140	66,5	574	33,5	<0,0001	1714	25,7
jah	750	15,2	4193	84,8		4943	74,2
puuduvad väärtused						3	0,1

Suitsetamise ning tervise enesehinnangu vahel esines statistiliselt oluline seos. Mittesuitsetajad hindasid oma tervist heaks 27,2%-l ning suitsetajad 31,2%-l. Alkoholi mittetarvitajad hindasid oma tervist halvemaks kui mõõdukad ja sagedased alkoholitartvitajad. Harvemast tarvitamisest sagedasema poole liikudes olid halva tervise enesehinnangu osakaalud järgmised: 82,1%, 65,8%, 59,2% ning 63,6%. Oluline on arvestada, et viimased kaks rühma olid tunduvalt väiksemad kui esimesed. Oma tervist hindas heaks 43,3% uuritavatest, kes olid kehaliselt aktiivsed (tugev kehaline aktiivsus) rohkem kui üks kord nädalas. Need, kes olid kehaliselt aktiivsed väga harva või üldse mitte, hindasid oma tervist heaks 13,1%-l. Sarnane muster esines ka mõõduka kehalise aktiivsuse puhul. Igapäevaselt puu- ja köögivilju tarvitanud uuritavad hindasid oma tervist heaks 30,9%-l, harvem puu- ja köögivilju tarvitanud 23,7%-l. Võrdlustes on näha, et kõik tervisekäitumise erinevused olid statistiliselt olulised (Tabel 3).

Tabel 3. Tervise enesehinnang tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010-2011 (SHARE, n=6 660)

Tunnused	Tervise enesehinnang				p-väärtus	Kokku	%
	Hea	% (rida)	Halb	% (rida)			
Suitsetamine							
ei	1477	27,7	3848	72,3	0,013	5325	79,9
jah	412	31,2	910	68,8		1322	19,9
puuduvad väärtused						13	0,2
Alkoholi tarvitamine							
üldse mitte	484	17,9	2218	82,1	<0,0001	2702	40,6
2 ja vähem päeva kuus	930	34,2	1793	65,8		2723	40,9
1-4 päeva nädalas	399	40,8	583	59,2		982	14,7
5-7 päeva nädalas	74	36,4	158	63,6		232	3,5
puuduvad väärtused						21	0,3
Tugev keheline aktiivsus							
rohkem kui kord nädalas	1053	43,3	1381	56,7	<0,0001	2434	36,6
kord nädalas	310	35,3	576	64,7		886	13,3
1-3 korda kuus	170	28,4	429	71,6		599	9,0
väga harva/ üldse mitte	355	13,1	2367	86,9		2722	40,8
puuduvad väärtused						19	0,3
Mõõdukas keheline aktiivsus							
rohkem kui kord nädalas	1535	33,9	3003	66,1	<0,0001	4538	68,1
kord nädalas	204	25,2	613	74,8		817	12,3
1-3 korda kuus	65	19,9	261	80,1		326	4,9
väga harva/ üldse mitte	85	8,8	879	91,2		964	14,5
puuduvad väärtused						15	0,2
Puu- ja köögiviljade tarvitamine							
igapäevaselt	1385	30,9	3118	69,1	<0,0001	4503	67,6
harvem	505	23,7	1636	76,3		2141	32,2
puuduvad väärtused						16	0,2

5.2. Uuritavate tervise enesehinnangu ning demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste vahelised seosed

Logistilise regressiooni tulemused on toodud tabelis 4. Kohandamata mudelis ning ainult demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis (Mudel 1) ei olnud soo ning tervise enesehinnangu vahel olulist seost. Kohandades tervise enesehinnangut aga kõikidele tunnustele (Mudel 2) ilmnes, et seose suund muutub ning võrreldes naistega on meestel suurem šanss hinnata oma tervist halvaks (OR 0,82, 95% CI 0,70–0,96).

Tabel 4. Halva tervise enesehinnangu šansisuhted demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010-2011 (SHARE, n=6 660)

Tunnused	Kohandamata mudel		Mudel 1		Mudel 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Sugu						
mees	1		1		1	
naine	1,07	0,96–1,20	1,03	0,91–1,17	0,82	0,70–0,96*
Vanus						
50-64	1		1		1	
65-79	2,33	2,07–2,61*	1,29	1,10–1,52*	1,02	0,84–1,23
80+	5,72	4,52–7,22*	2,39	1,81–3,15*	1,20	0,87–1,66
Sünniriik						
Eesti	1		1		1	
muu	1,87	1,64–2,14*	1,60	1,38–1,85*	1,49	1,25–1,76*
Partner leibkonnas						
jah	1		1		1	
ei	1,33	1,18–1,49*	0,99	0,86–1,13	0,98	0,83–1,14
Haridus						
kõrgharidus	1		1		1	
keskharidus	1,98	1,73–2,27*	1,89	1,64–2,19*	1,81	1,52–2,16*
põhiharidus	3,85	3,34–4,44*	2,69	2,31–3,15*	2,67	2,22–3,22*
Tööseisund						
töötav	1		1		1	
pensionär	4,96	4,40–5,60*	3,08	2,61–3,63*	2,07	1,70–2,51*
muu	3,87	3,17–4,73*	3,32	2,79–4,08*	1,73	1,35–2,22*
Tegevuspiirangud						
ei	1				1	
jah	9,80	8,64–11,12*			3,25	2,78–3,79*
Pikaajalised terviseprobleemid						
ei	1				1	
jah	11,10	9,78–12,61*			4,93	4,22–5,75*
Suitsetamine						
ei	1				1	
jah	0,85	0,74–0,97*			1,22	1,02–1,46*
Alkoholi tarvitamine						
üldse mitte	1				1	
2 ja vähem päeva kuus	0,42	0,37–0,48*			0,72	0,61–0,85*
1-4 päeva nädalas	0,32	0,27–0,37*			0,66	0,53–0,82*
5-7 päeva nädalas	0,47	0,35–0,62*			0,82	0,56–1,20

*p<0,05

Mudel 1 – kohandatud demograafilistele tunnustele

Mudel 2 – kohandatud demograafilistele, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslikele tunnustele

Tabel 4. Jätk

Tunnused	Kohandamata mudel		Mudel 1		Mudel 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Tugev kehaline aktiivsus						
rohkem kui kord nädalas	1				1	
kord nädalas	1,42	1,21–1,66*			1,52	1,23–1,87*
1-3 korda kuus	1,92	1,58–2,34*			1,62	1,26–2,08*
väga harva/ üldse mitte	5,08	4,43–5,83*			2,32	1,92–2,79*
Mõõdukas kehaline aktiivsus						
rohkem kui kord nädalas	1				1	
kord nädalas	1,54	1,30–1,82*			1,00	0,79–1,25
1-3 korda kuus	2,05	1,55–2,71*			0,84	0,59–1,21
väga harva/ üldse mitte	5,29	4,20–6,66*			1,38	1,02–1,86*
Puu- ja köögiviljade tarvitamine						
igapäevaselt	1				1	
harvem	1,44	1,28–1,62*			1,20	1,03–1,40*

*p<0,05

Mudel 1 – kohandatud demograafilistele tunnustele

Mudel 2 – kohandatud demograafilistele, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslikele tunnustele

Vanusega kasvas halva tervise enesehinnangu šanss annus-vastuse viisil ehk vanuse kasvamisega suurenes seos kõikides analüüsides, jäädes küll kõikidele tunnustele kohandatud mudelis ebaoluliseks. Kohandamata analüüsis oli noorima vanusrühmaga võrrelduna 65-79-aastaste šanss halvaks tervise enesehinnanguks 2,33 (95% CI 2,07–2,61) ning 80-aastaste ja vanemate šanss 5,72 (95% CI 4,52–7,22).), vähenedes demograafiliste tunnuste kontrollimise järel ning muutudes statistiliselt ebaoluliseks tervisega seotud tunnuste kontrollimise järel. Siinkohal võib seosena välja tuua vanaduspensionile jäämise, 50-64-aastastest oli enamik töötavaid inimesi (60,7%). Samal ajal olid 65-79-aastaste ja 80-aastaste ja vanemate hulgas enamik pensionil olevad ja mittetöötavad (vastavalt 85,4% ja 98%). Erinevad terviseprobleemid mõjutasid samuti vanuse olulisust. Vaadeldes tegevuspiiranguid, siis piirangu olemasolu kasvab koos vanusega (47,9%, 64,4% ja 81,2%).

Eestist väljaspool sündinute ja halva tervise enesehinnangu šansside suhe oli statistiliselt oluline kõikides analüüsides, muutudes küll tunnuseid lisades mõnevõrra väiksemaks. Kohandamata analüüsis oli Eestis sündinutega võrreldes 1,87 (95% CI 1,64–2,14) korda

suurem šanss halvaks tervise enesehinnanguks neil, kes olid sündinud mõnes teises riigis. Kõikide tunnuste mõju arvesse võtvast mudelis oli vastav šanss 1,49 (95% CI 1,25–1,76). See tähendab, et tervisehinnangu erisust Eestis ja mujal sündinute vahel seletavad osaliselt vastavate rühmade demograafilisest struktuurist tulenevad erisused, kuid mõnevõrra ilmselt ka erinevad tervisenäitajad ja tervisekäitumine.

Partneri olemasolu samas leibkonnas oli statistiliselt oluline vaid kohandamata analüüsis, mille kohaselt oli eraldi või üksinda elavatel inimestel 1,33 (95% CI 1,18–1,49) korda suurem šanss hinnata oma tervist halvaks. Kordaja vähenes demograafiliste tunnuste lisamisel ning kohandatud mudelites oli halva tervise enesehinnangu šanss võrdne. Tervise enesehinnangu erisused vastavalt partneriga kooselavate ja üksinda elavate vahel tulenevad seega demograafilisest struktuurist, mitte vastavate inimeste erinevatest tervisenäitajatest.

Haridus oli statistiliselt oluline kõikides analüüsidest ehkki erisused haridusrühmade vahel vähenesid peamiselt mudelis 1. Kohandamata analüüsis oli kõrgharidusega võrrelduna põhiharidusega inimestel 3,85 (95% CI 3,34–4,44) korda suurem šanss ning keskharidusega inimestel 1,98 (95% CI 1,73–2,27) korda suurem šanss halvaks tervise enesehinnanguks. Kõikidele tunnustele kohandades olid šansisuhted vastavalt 2,67 (95% CI 2,22–3,22) ja 1,81 (95% CI 1,52–2,16).

Tööseisundi puhul muutusid šansisuhted nii mudelis 1 kui mudelis 2, kuid võrrelduna kohandamata analüüsiga vähenesid šansid olulisemalt kui varem vaadeldud tunnuste puhul. Kohandamata analüüsis oli töötavate inimestega võrreldes pensionäride šanss hinnata oma tervist halvaks 4,96 (95% CI 4,40–5,60) korda suurem, ainult demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis oli šansisuhe 3,08 (95% CI 2,61–3,63) ning kõikidele tunnustele kohandatud mudelis 2,07 (95% CI 1,70–2,51). Tööseisundi puhul mõjutasid tervise enesehinnangut nii demograafilised erisused kui ka tervis ja tervisekäitumine.

Tegevuspiirangu olemasolul oli võrreldes selle puudumisega šanss hinnata oma tervist halvaks 9,80 (95% CI 8,64–11,12). Kõikidele tunnustele kohandades vähenes šanss küll suurel määral, kuid jäi siiski statistiliselt üsna kõrgeks – 3,25 (95% CI 2,78–3,79). Pikaajalise terviseprobleemi puhul olid tulemused sarnased: 11,10 (95% CI 9,78–12,61) ja 4,93 (95% CI 4,22–5,75).

Vaadeldes suitsetamise seoseid tervise enesehinnanguga on näha, et need liikusid kõikidele tunnustele kohandamise järel vastupidises suunas. Nimelt oli kohandamata analüüsi

järgi mittersuitsetajatel suurem šanss halvaks tervise enesehinnanguks (OR 0,85, 95% CI 0,74–0,97). Mudel 2 näitab aga, et suitsetajatel on siiski suurem šanss halvaks tervise enesehinnanguks (OR 1,22, 95% CI 1,02–1,46). Seega suitsetajad ja mittersuitsetajad on erinevate demograafiliste ja tervisenäitajatega ning sellest tuleneb lõpuks tervisehinnangu erisus.

Alkoholi tarvitamisel oli võrrelduna mittetarvitamisega kõikides rühmades väiksem šanss halvaks tervise enesehinnanguks. Statistiliselt ebaoluline oli vaid kohandatud mudeli puhul seos grupiga, kes tarvitab alkoholi 5-7 päeva nädalas. Kohandamisel mudelis 2 on näha alkoholi tarvitamise nn kaitsva toime vähenemist ja šansisuhted lähenevad ühele. Mudel 2 järgi olid halva tervise enesehinnangu šansid järgmised: 2 ja vähem päeva kuus 0,72 (95% CI 0,61–0,85), 1-4 päeva nädalas 0,66 (95% CI 0,53–0,82). 5-7 päeva nädalas alkoholi tarvitamise puhul oli näha küll halva tervise enesehinnangu šansi suurenemist (OR 0,82, 95% CI 0,56–1,20), kuid puudus statistiline olulisus. Tulemusi võib selgitada liigtarvitajate rühma oluliselt väiksem uuritavate arv. Et tulemused ei olnud kooskõlas kirjandusest leituga, tehti lisaanalüüs võimalike põhjuste leidmiseks. Kuna uuringud näitavad, et nii pikaajaline terviseprobleem kui ka tegevuspiirangud on oluliselt seotud tervise enesehinnanguga, siis peeti üheks võimalikuks selgituseks alkoholi tarvitamise nõ olulisema mõjuri varju jäämist. Võrreldes alkoholi tarvitamist ja pikaajalist terviseprobleemi on näha, et 84%-l harva või üldse mitte tarvitajatest esineb pikaajaline terviseprobleem (Tabel 5). Need inimesed võisid oma tervist ka haigusest tulenevalt halvaks hinnata, mille tõttu on harvem alkoholi tarvitajate tervisehinnang peamiselt seotud halvema tervisliku olukorraga.

Tabel 5. Alkoholi tarvitamine pikaajalise terviseprobleemi järgi 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010-2011 (SHARE)

Pikaajaline terviseprobleem	Alkoholi tarvitamine							
	üldse		2 ja vähem päeva kuus		1-4 päeva nädalas		5-7 päeva nädalas	
	mitte	%		%		%		%
ei	472	27,6	814	47,6	344	20,1	80	4,7
jah	2229	45,2	1909	38,8	637	12,9	152	3,1

Kehaliselt aktiivsematega (tugev kehaline aktiivsus) võrreldes oli vähemaktiivsetel suurem šanss halvale tervise enesehinnangule ning see suurenes aktiivsuse vähenemisega. Kord nädalas kehaliselt aktiivsete šanss hinnata oma tervist halvaks oli 1,42 (95% CI 1,21–1,66) ja 1-3 korda kuus aktiivsete puhul oli see 1,92 (95% CI 1,58–2,34). Nendel, kes olid

aktiivsed väga harva või üldse mitte, oli vastav kordaja 5,08 (95% CI 4,43–5,83). Kui kahe esimese rühma puhul kõikidele tunnustele kohandades šansisuhted väga ei muutunud, siis viimase rühma puhul vähenes šansisuhe 2,32-ni (95% CI 1,92–2,79).

Mõõduka kehalise aktiivsuse puhul olid tulemused tugeva kehalise aktiivsusega võrreldes mõnevõrra erinevad. Kui kohandamata analüüsis olid kõik seosed statistiliselt olulised ning ekspositsiooni hulgast lähtuvalt suurenevad, siis kohandatud mudelis oli statistiliselt oluline seos vaid harva või üldse mitte mõõduka kehalise aktiivsuse harrastamise ja tervise enesehinnangu vahel. Viimase puhul oli šanss halvaks tervise enesehinnanguks 1,38 (95% CI 1,02–1,86) korda suurem võrreldes nädalas mitu korda kehaliselt aktiivsete uuritavatega.

Puu- ja köögiviljade tarvitamise ja tervise enesehinnangu seosed olid mõlemas mudelis statistiliselt olulised. Kohandamata analüüsis oli harvem tarvitajate šanss hinnata oma tervist halvaks 1,44 (95% CI 1,28–1,62) korda suurem kui igapäevastel tarvitajatel. Kõiki mõjureid arvesse võttes vähenes šanss mõningal määral ning oli 1,20 (95% CI 1,03–1,40).

6. ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada tervise enesehinnangut ja tervisekäitumist ning analüüsida nende seoseid Eestis 50-aastaste ja vanemate inimeste hulgas. Töö tulemusena ilmnis, et halba tervise enesehinnangut esines rohkem meeste, väljaspool Eestit sündinute, madalama haridustasemega ja tööturul mitteaktiivsete inimeste seas. Halb tervise enesehinnang oli seotud tegevuspiirangute, pikaajaliste terviseprobleemide, suitsetamise, kehalise mitteaktiivsuse ning igapäevaselt puu- ja köögiviljade mittetarvitamisega. Alkoholi tarvitamisel ilmnis kerge kaitsev toime halva tervise enesehinnangu suhtes.

6.1. Tervise enesehinnangu ja erinevate tervisemõjurite vahelised seosed

Kirjeldavate tulemuste põhjal hindavad mehed oma tervist paremaks kui naised. Kuid kohandades analüüsis kõikidele töös kasutatud mõjuritele ilmneb, et meestel on võrreldes naistega natuke suurem šans halvaks tervise enesehinnanguks. Antud tulemus on kooskõlas küll Reile *et al* uuringust leitud (34) ning Väljaotsa uuringuga (22), kuid samal ajal vastuolus mõningate teiste uuringute tulemustega (5,8). Üheks põhjuseks võivad olla tervisekäitumuslikud erinevused meeste ja naiste vahel. Nimelt on meeste hulgas rohkem suitsetajaid ja kange alkoholi tarvitajaid. Samas ei toitu mehed nii terviseteadlikult ning söövad vähem ka puu- ja köögivilju. (40) Antud töö tulemused võivad erineda nt Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringu tulemustest ka kultuurilistel põhjustel (3).

Mida noorem oli uuritav, seda parem oli tema tervise enesehinnang kirjeldavate tulemuste põhjal. Demograafiline struktuur mõjutab tervisehinnangu erisusi vanuseti mõnevõrra, mis võib tuleneda näiteks sellest, et tööturul aktiivsed inimesed hindavad oma tervist paremaks (36). Kõikidele tunnustele kohandades muutus vanuse mõju tervise enesehinnangule aga statistiliselt ebaoluliseks. 50-64-aastaste ja 65-74-aastaste tervisehinnang oli lõplikult kohandatud mudelis peaaegu võrdne. Seega vanuselisi erisusi tervisehinnangus selgitavad peamiselt füüsilisest tervisest ja tervisekäitumisest tulenevad erisused, kinnitades varasemaid tulemusi (2,6,8).

Samuti erineb hea tervise enesehinnangu osakaal sünniriikide lõikes (34), Eestis sündinud vastajad hindasid oma tervist paremaks. Järk-järgult erinevatele tunnustele kohandades vähenes küll šans hinnata oma tervist halvaks, kuid seos jäi kõikide tunnuste arvestamisel

siiski statistiliselt oluliseks. Selle põhjuseks võib kirjanduse põhjal pidada erinevat tervisekäitumist (34). Samas ei erine käesoleva uuringu tulemustena näiteks suitsetamise osakaal sünniriikide lõikes. Kui vaadelda aga puu- ja köögiviljade igapäevast tarvitamist, siis mujal sündinute puhul on see isegi kõrgem kui Eestis sündinutel. Eestis sündinud inimeste seas on küll rohkem alkoholi mittetarvitajaid, kuid samas ka rohkem sagedasi alkoholitarvitajaid. Selles kontekstis võivad halva tervise enesehinnangu tingida kultuurilised erinevused ja sotsiaalne keskkond (3) või erineva epidemioloogilise arengu kontekst (38), kuid tervise enesehinnangu erisuste selgitamine päritolu lõikes vajab põhjalikumat analüüsi.

Demograafiliste tunnuste lisamisel muutus tervise enesehinnangu ja partneri olemasolu seos ebaoluliseks. Kohandatud mudelites oli halva tervise enesehinnangu šanss võrdne. Varem on leitud, et partneriga koos elavatel inimestel on suurem šanss heaks tervise enesehinnanguks ja seda ka pärast demograafilistele ja tervise tunnustele kohandamist (53). Antud töös võib partneri rolli tervisehinnangu erisuste selgitamisel vähendada asjaolu, et analüüsi olid kaasatud leibkonna mõlemad partnerid.

Mida kõrgem oli haridustase, seda rohkem hinnati oma tervist heaks. Võrreldes kõrgharidust ning põhiharidust oli viimasel kaks ja pool korda suurem šanss hinnata oma tervist halvaks. Hariduse seos tervise enesehinnanguga on samuti nähtav varasematest uuringutest (2,6,33,34,36). Käesolevas uuringus oli nii demograafilistele kui ka kõikidele mõjuritele kohandatud halva tervise enesehinnangu šanss hariduseti sarnane. Kõrgem haridustase võib olla seotud ka kõrgema sissetulekuga ning terviseteadlikumate otsustega – mõnevõrra vähem suitsetatakse, rohkem tarvitatakse puu- ja köögivilju ning ollakse kehaliselt aktiivne (34). Lisaks võib haridus olla seotud mõjuritega, mida antud töös ei kontrollitud – sotsiaalvõrgustik vm.

Töötavate ning vanaduspensionile jäänud inimeste ja töötute või haiguse vm põhjusel töölt kõrvale jäänute hea tervise enesehinnangud erinesid ligi kolmekordselt. Käesolevas töös võivad töötavate vastajate seas olla ka need, kes on ametlikult juba pensionil. Nii demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis kui ka kõikidele tunnustele kohandatud mudelis oli pensionäridel ja töötutel võrrelduna töötavatega suurem šanss hinnata oma tervist halvaks. Tööseisundi puhul mõjutasid tervise enesehinnangut seega kõik determinandid. Töötamine on otseselt seotud majandusliku toimetulekuga, mis on oluline tervisemõjur ning tingib paremad võimalused ka tervisttoetavate valikute tegemiseks (34). Töötavatel inimestel

võib olla parem ligipääs erinevatele teenustele, sh terviseteenused, ning seeläbi võivad nad oma tervist ka paremaks hinnata. Lisaks võimaldab töötamine olla ühiskondlikult aktiivne, säilitada ja luua uusi inimsuhteid (15), mis võib omakorda mõjutada hinnanguliste küsimustele vastamist.

Tegevuspiiranguga inimestel oli võrreldes selle puudumisega suurem šanss hinnata oma tervist halvaks. Võrreldes kõikide tunnuste olulisust tervise enesehinnangu mõjutamisel oli pikaajalise terviseprobleemi esinemisel kõige suurem šanss hinnata oma tervist halvaks. Tegevuspiirangute esinemine ning pikaajase terviseprobleemi olemasolu mängivad tervise enesehinnangu määramisel kõige suuremat rolli ka lõplikult kohandatud mudelites, kinnitades varasemate uuringute tulemusi (6,8). Pikaajagne terviseprobleem või tegevuspiirang segavad inimeste igapäevaelu vaadeldud mõjuritest kõige olulisemal määral, mille põhjuseks võib olla valu, piiratud liikumine vm. Samas võib kroonilise haiguse põhjustajaks olla ka mõni tervisekäitumuslik tegur (19). Näiteks on uuritav suitsetanud pikka aega, kuid nüüd mõne sellest tuleneva terviseprobleemi tõttu suitsetamisest loobunud. Sellisel juhul ei ole tulemustes näha suitsetamise mõju tervise enesehinnangule.

Kõikidele tunnustele kohandades selgub, et suitsetajatel on suurem šanss halvaks tervise enesehinnanguks ning see tulemus vastab osaliselt kirjandusest leitud (4,7). Kasmel *et al* uuringu kohaselt ei olnud suitsetamine ja tervise enesehinnang seotud (5).

Alkoholi tarvitamise puhul olid tulemused mõneti vastuolulised. Kõige rohkem hindasid oma tervist heaks need, kes tarvitasid alkoholi 1-4 päeval nädalas. Kõige vähem aga need, kes olid alkoholi mittetarvitajad. Alkoholi tarvitamisel oli võrrelduna mittetarvitamisega kõikides rühmades väiksem šanss halvaks tervise enesehinnanguks. Kõikidele tunnustele kohandamisel on näha alkoholi tarvitamise nn kaitsva toime vähenemist ja šansisuhted lähenesid ühele. Varasematest uuringutes tekkis alkoholi tarvitamise puhul nn J-kujuline seos ehk mittetarvitajad ja liigtarvitajad hindasid oma tervist kehvemaks kui mõõdukad tarvitajad (4,7). Vanemaealiste puhul on selgunud mõõduka alkoholitarvitamise ealistest erinevustest tuleneva negatiivse mõju kõrval ka võimalik positiivne mõju tervisele, kuid kindlasti ei ole see üldistatav ning vastavate uuringutulemuste interpreteerimisse tuleb suhtuda teatava ettevaatlikkusega (54). Alkoholi tarvitamise ja pikaajase terviseprobleemi sageduse vaatlemisel selgub, et suurel osal harva või üldse mitte tarvitajatest esineb pikaajagne terviseprobleem. Seega võib järeldada, et need inimesed hindasid oma tervist hoopis haigusest

tulenevalt halvaks. Tuleb arvestada ka sellega, et antud töös ei ole kasutatud alkoholi koguseid. Oluline on ära märkida ka, et sagedasema alkoholitarbimise puhul olid rühmad oluliselt väiksemad kui harva ja üldse mitte tarvitajate puhul, mis võisid vastava rühma tulemusi mõjutada.

Tervise enesehinnangu ning kehalise aktiivsuse vahel on oluline seos, mis väljendub tugeva füüsilise aktiivsuse puhul hea tervise enesehinnangu kasvus vastavalt inimese aktiivsuse kasvule (4,47). Nii Eestis kui ka mujal läbiviidud uuringutest selgus, et kehaline aktiivsus on tervise enesehinnanguga oluliselt seotud ainult naiste puhul (6,8). Kehaline aktiivsus tingib hea enesetunde ning võib olla seotud ka sotsiaalse aktiivsusega (55).

Puu- ja köögivilju harvem kui igapäevaselt tarvitavatel uuritavatel on suurem šans omada halba tervise enesehinnangut. Antud tulemus on kooskõlas varasemate uuringute tulemustega, mille kohaselt suurenes halva tervise enesehinnangu šans vastavalt vähem tervisttoetavate valikutega sh harvem puu- ja köögiviljade tarvitamisega (4,8).

Käesolev uuring näitas, et tegevuspiirangud ning pikaajalised haigused on olulised tegurid Eesti vanemaealiste tervise enesehinnangu mõjutamisel, kuid lisaks omab tervise enesehinnang olulisi seoseid ka tervisekäitumisega. Tervisekäitumise mõjutamisega oleks võimalik parandada inimeste tervist ja elukvaliteeti veel ka vanemas eas.

6.2. Magistritöö tugevused ja nõrkused

Magistritöö tugevuseks on esindusliku juhuvalimiga ja ülemise vanusepiirita SHARE uuringu andmete kasutamine. Tänu viimasele on antud töös kirjeldatud ja analüüsitud ka 80-aastaste ja vanemate (n=842) Eesti elanike andmeid, kes tavauuringutes jäetakse tihtipeale kaardistamata.

Käesoleva magistritöö näol on tegemist ühega vähestest, milles uuritakse 50-aastaseid ja vanemaid Eesti elanikke, nende tervise enesehinnangut ning erinevaid riski- ja tervisekäitumuslike mõjureid. Varem on uuritud tervise enesehinnangut ning selle seoseid eluviisi, erinevate sotsiaaldemograafiliste mõjurite ning ka lähivõrgustikuga (5,6,22,34,35,56). Käesoleva töö tulemusena leiti, et kuigi füüsiline tervis on enim seotud vanemaealiste tervise enesehinnanguga, siis on viimasega oluliselt seotud ka tervisekäitumuslikud tunnused nagu suitsetamine, alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus ja toitumine. Teades nende tegurite erinevat mõju, on võimalik välja töötada Eesti vanemaealistele vastavaid tervisekäitumist mõjutavaid meetmeid.

Eesti osaleb SHARE uuringus 2010. aastast ning 4. laine andmed olid kättesaadavad 2013. aastast. Nüüdseks on avaldatud ka 5. laine andmed, mis võimaldavad teha longituudset analüüsi. Kuna antud töö kirjutamise ajaks ei olnud avaldatud 5. laine andmeid, siis on tegemist läbilõikelise uuringuga. Seda võib nimetada uuringu piiranguks, sest ei ole võimalik vaadata inimeste tervise enesehinnangu ja eluviisi muutumist ajas ning analüüsida põhjustagajärg seoseid.

Käesolevast tööst puuduvad otsesed majanduslikud tunnused. Tervise enesehinnangut on erinevates uuringutes seostatud sotsiaalmajanduslike mõjuritega. Vaesus on oluline terviserisk, samal ajal kui parem majanduslik olukord tingib tihtipeale ka parema tervise (34,57). Antud töös on majandusliku tunnuse puudumist kompenseeritud hariduse ning tööseisundi tunnustega, mis on kaudsed majandusliku seisundi näitajad. Tulemused näitavad olulist seost halva tervise enesehinnangu ja madalama hariduse ning tööl mittekäimise vahel. Töö eesmärk oli kirjeldada ja analüüsida tervise enesehinnangu ja tervisekäitumise seoseid. Tervisekäitumise mõõdikutena on vaadeldud suitsetamist, alkoholi tarvitamise sagedust, kehalist aktiivsust ning puu- ja köögiviljade tarvitamise sagedust. Kui jätta kõrvale parema majandusliku olukorraga seotud tervisealane kirjaoskus, mis on tihedalt seotud ka haridustasemega (58) ning arvestada vaid rahaliste võimalustega, siis on autori hinnangul küllaldane hariduse ning tööseisundi tunnuste kasutamine antud töös.

7. JÄRELDUSED

Järgnevalt on peamised järeldused esitatud uurimisküsimuste lõikes:

- **Kirjeldada tervise enesehinnangut ja selle jaotumist demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes**

Üle 50-aastaste Eesti elanike seas hindasid oma tervist paremaks nooremad, mehed, Eestis sündinud, koos partneriga elavad, kõrgema haridustasemega, tööturul aktiivsed ning tegevuspiiranguteta ja pikaajase terviseprobleemita inimesed. Head tervise enesehinnangut esines rohkem kehaliselt aktiivsematel ning igapäevaselt puu- ja köögivilju tarvitavatel vastanutel.

Kõigile tunnustele kohandatud mudelites ei ilmnenud tervisehinnangus olulisi erinevusi vanuseti ning partneriga kooselu lõikes, naiste tervisehinnang muutus aga meestest oluliselt paremaks. Kõrgemalt haritud, tööturul aktiivsetel ning parema füüsilise terviseega inimestel oli oluliselt parem tervise enesehinnang.

- **Kirjeldada tervisekäitumist: tubaka tarbimine, alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus ning toitumiskäitumine**

50-aastastest ja vanematest Eesti elanikest 41% ei tarvitanud üldse alkoholi, ülemäära tihti tarvitas alkoholi 3,5% uuritavatest. 20% vastanutest suitsetas. Tugevalt kehaliselt aktiivseid rohkem kui ühe korra nädalas oli 37%, rohkem kui kord nädalas mõõdukalt aktiivseid oli 68%. Puu- ja köögivilju tarvitas igapäevaselt 68% vastanutest.

- **Analüüsida tervise enesehinnangu ning tervisekäitumise vahelisi seosed**

Halva tervise enesehinnang oli seotud suitsetamise, kehalise mitteaktiivsuse ning igapäevase puu- ja köögiviljade mittetarvitamisega. Alkoholi tarvitamisel ilmnes kerge kaitsev toime halva tervise enesehinnangu suhtes. Alkoholi mittetarvitajad olid halvema füüsilise terviseiga, mistõttu võisid nad ka oma tervist halvemaks hinnata.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. World Health Organisation. (<http://www.who.int/en/>)
2. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, et al. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol Soc Work* 1998;53(3):144–52.
3. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front public Heal* 2013;1:15.
4. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self- ratings of health ? *Soc Sci Med* 1999;48:1713–20.
5. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, et al. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004;14(1):32–6.
6. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega : Eesti terviseuuring 2006. 2006;37–42.
7. Poikolainen K, Vartiainen E, Korttinen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* 1996;144(4):346–50.
8. Zarini GG, Vaccaro JA, Terris MAC, et al. Lifestyle behaviors and self-rated health : the Living for Health Program. *J Environ Pub Health* 2014; 315042.
9. Lengyel CO, Tate RB, Obirek Blatz AK. The relationships between food group consumption, self-rated health, and life satisfaction of community-dwelling canadian older men: the Manitoba follow-up study. *J Nutr Elder*. 2009;28 (2):158–73.
10. United Nations. Active ageing and quality of life in old age. New york, Geneva: UN; 2012. (http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/2012_Active_Ageing_UNECE.pdf)
11. Eesti Statistikaamet. (<http://www.stat.ee/>)
12. Sotsiaalministeerium. Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2013.(http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf)
13. Eriksen ML, Vestergaard S, Andersen-ranberg K. Health among europeans – a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. In Börsche-Supan A, Brandt M, Litwin H, et al, editors. Active ageing and solidarity between generations in Europe: fist results from SHARE after the economic crisis. Berlin: de Gruyter. 2013. p.149–60.
14. Leetmaa R, Masso M, Võrk A, et al. Sotsiaalkaitsehüvitiste ja -toetuste mõju töömotivatsioonile. Tallinn: Praxis; 2012. (<http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2012-Sotsiaalkaitsehüvitiste-ja-toetuste-moju.pdf>)

15. Marksoo Ü, Malk L, Põldis E. Vanemaealised Eesti tööturul. Sotsiaalministeeriumi toimetised 2011;4:1–20.
(http://vana.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V21jaanded/Toimetised/2011/toimetised_2014.pdf)
16. Statistikaamet. Eesti Statistika Kvartalikirj 4/2011. Tallinn: Statistikaamet; 2011.
(<http://www.slideshare.net/Statistikaamet/eesti-statistika-kvartalikirj-42012>)
17. Timonen V. Ageing societies: a comparative introduction. England: Open University Press; 2008.
18. Kasmel A. Tervisedenduse teooria ja praktika. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda; 2007.
19. Altmets K, Puur A, Uusküla A, et al. Self-reported activity limitations among the population aged 20-79 in Estonia: a cross-sectional study. Eur J Public Health 2011;21(1):49–55.
20. SHARE. (<http://www.share-project.org/>)
21. SHARE-Eesti. (<http://www.share-estonia.ee/>)
22. Väljaots P. Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustikuga 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2014.
23. Kutman K. Eesti vanemaealiste sotsiaalne tõrjutus SHARE uuringu andmetel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2014.
24. Luhavee T. Vanemaealiste terviseprobleemid ja tööturukäitumine SHARE-Eesti uuringu andmetel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2014.
25. Peedomaa K. Eesti vanemaealiste leibkondade toimetulek ning seda mõjutavate tegurite analüüs (SHARE 4. laine andmetel) [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2014.
26. Kask K. Vanemaealiste töötamist mõjutavad tegurid SHARE-Eesti uuringu näitel [bakalaureusetöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2014.
27. Lees K. Pensionile siirdumise otsust kujundavad tegurid Eestis [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2013.
28. Aksen M. Eesti vanemaealiste tööturukäitumine ja seda mõjutavate tegurite analüüs (SHARE 4. laine andmetel) [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2013.
29. Holm M. Vanemaealiste olukord ja probleemid tööturul SHARE-Eesti uuringu näitel [bakalaureusetöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Rahvamajanduse Instituut; 2013.
30. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. Eur J Epidemiol 2008;23(12):773–81.

31. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72(8).
32. Idler E L, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21–37.
33. Dubikaytis T, Härkänen T, Regushevskaya E, et al. Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland. *Int J Equity Health* 2014;13:39.
34. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013;58(4):555–64.
35. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
36. Janković J, Janević T, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J* 2012;53(3):254–62.
37. EUROSTAT. (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>)
38. Sakkeus L, Karelson K. The health transition in Estonia: breaking away from the Soviet legacy. *Opportunities and Challenges for Applied Demography in the 21st Century Applied Demography* 2012;2:227–61.
39. WHO. Report on the global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: WHO; 2013.
40. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011. (http://www.who.int/entity/fctc/reporting/party_reports/estonia_annex1_health_behavior_among_estonian_adult_population_2010.pdf)
41. Matsi A, Oja L. Eesti terviseuuring 2006, tabelid. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009. (http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_tabelid.pdf)
42. World Cancer Research Fund International. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR; 2007. (http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/Second_Expert_Report_full.pdf)
43. Bann D, Hire D, Manini T, et al. Light intensity physical activity and sedentary behavior in relation to body mass index and grip strength in older adults: cross-sectional findings from the Lifestyle Interventions and Independence for Elders (LIFE) study. *PLoS One* 2015;10(2):e0116058.
44. Boivin D, Lamy S, Lord-Dufour S, et al. Antiproliferative and antioxidant activities of common vegetables: a comparative study. *Food Chem* 2009;112(2):374–80.

45. Lee KW, Lee HJ, Lee CY. Vitamins, phytochemicals, diets, and their implementation in cancer chemoprevention. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2004;44(6):437–52.
46. Kambek L. Toitumine ja tervisekäitumine. *Eesti Arst*. 2006;43–9.
47. Kerr J, Sallis JF, Saelens BE, et al. Outdoor physical activity and self rated health in older adults living in two regions of the U.S. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9(1):89.
48. Malter F, Börsch-Supan A, Kneip T, et al. SHARE Wave 4 innovations & methodology. 2013. (http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Method_FRB_FINAL.pdf)
49. Etil F, Milcent C. Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France. *PSE Working Papers* 2006;1–30. (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00590524/document>)
50. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *1999;89(8):1187–93*.
51. Berger N, Oyen H Van. Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. *BMC Med Res Methodol* 2015;15:1.
52. Tervise Arengu Instituut. (<http://alkoinfo.ee/et/kogused/riskipiirid>)
53. Sirven N, Debrand T. Social capital and health of older europeans from reverse causality to health inequalities. *Soc Sci Med* 2012; 75:1288–95.
54. Ahlstrom S. Alcohol use and problems among older women and men: a review. *Nordic studies on alcohol and drugs* 2008;25:154–61.
55. Benedetti TRB, Schwingel A, Torres TDL. Physical activity acting as a resource for social support among older adults in Brazil. *J Hum Sport Exerc* 2011;6(2):452–61.
56. Aaben L. Etniline kuuluvus kui terviserisk: Eesti venekeelsete elanike hinnangud oma tervisele 2004-2012 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2014.
57. Read S, Grundy E, Foverskov E. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging Ment Health* 2015;5:1–14.
58. Bennett I, Chen J. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med* 2009;7(3):204–11.

Self-rated health and its associations with health behaviour among Estonian population aged 50 years and older

Nele Kunder

SUMMARY

The population of Estonia ages in parallel with lengthening human life expectancy. Emanating from that, the question of which factors enable older people to remain healthy and active as long as possible becomes more and more significant. When it comes to older adults, emergence of health malfunctioning may be inevitable; however, it is possible to prevent several diseases and the decrease of functional capacity in addition to enhancing the quality of life.

The data on Estonia from SHARE (the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe – a survey which studies the older population of Europe) was used in the present Master's thesis. A representative random sample of the survey was compiled of the Estonian population of 50 years and older based on the population register. The current thesis is a cross-sectional study of 6 660 respondents, which aims at describing the self-perceived health and health behaviour as well as analysing the associations between these two notions among the people of 50 and more years of age in Estonia.

The frequency tables, chi-square test and logistic regression models were applied to describe and analyse the data. Primary demographic variables, attributes of physical health, the characteristics of health-related behaviour and their influence to self-perceived health was assessed in the given thesis.

As a result it appeared that poor self-perceived health was more present among men, foreign-born population, those who had poorer education, and who were inactive in the employment market.

Poor self-perceived health was associated with activity limitations, long-term health issues, smoking, physical inactivity, and not consuming fruits and vegetables on a daily basis. With regard to alcohol consumption, a slightly protective mechanism became evident in terms of poor self-perceived health.

The given survey indicated that the self-perceived health of older people is significantly related to their health behaviour in addition to physical health conditions. Influencing the health behaviour of older people in Estonia could improve their health and quality of life.

TÄNUAVALDUS

Minu siiras tänu:

- juhendajale Katrin Langile kasulike nõuannete, igakülgse toetuse ja vastutulelikkuse eest;
- juhendajale Liili Abuladzele sisukate ja mõtlemapanevate ettepanekute ja vastutulelikkuse eest;
- lektor Inge Ringmetsale abi eest kõikide statistikaalaste probleemide lahendamisel;
- kursusekaaslastele, eriti Maile, Tiinale ja Pillele, toreda õpinguperioodi ja toetuse eest;
- kõikidele lähedastele mõistva suhtumise, inspiratsiooni ja toetuse eest sihikindluse säilitamisel.

ELULUGU

I. Üldandmed

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Ees- ja perekonnanimi: | Nele Kunder |
| 2. Sünniaeg ja koht: | 8.12.1987, Pärnu |
| 3. Kodakondsus: | Eesti |
| 4. E-post: | nele.kunder@hotmail.com |
| 5. Praegune töökoht, amet: | Harju Maavalitsus
sotsiaal- ja tervishoiutalituse peaspetsialist |
| 6. Haridus: | |
| 2013-... | Tartu Ülikool
Rahvatervishoid (epidemioloogia) |
| 2007-2010 | Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Tervisedendus |
| 7. Keelteoskus: | eesti keel – emakeel
inglise keel – B2
vene keel – A1
saksa keel – A1 |

II. Erialane enesetäiendus

- | | |
|---------|--|
| 11.2012 | Tervise Arengu Instituut – Tervise- ja heaolu-uuringute läbiviimine paikkonnas (6 tundi) |
| 04.2015 | Tervise Arengu Instituut – Terviseprofiili koostamine (6 tundi) |

III. Ühiskondlik tegevus

- | | |
|----------|----------------------------|
| 2009-... | Eesti Tervisedenduse Ühing |
| 2012-... | Harjumaa tervisenõukogu |
| 2013-... | Tallinna tervisenõukogu |

Kuupäev: 28.05.2015

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Nele Kunder (sünd. 8. detsember 1987)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervise enesehinnangu seosed tervisekäitumisega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel“, mille juhendajad on Katrin Lang ja Liili Abuladze

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

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

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

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

Tallinnas, 28.05.2015