

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**PÄRITOLUPEREKONNA SOTSIAALSE POSITSIOONI SEOS
TÄISKASVANU TERVISE ENESEHINNANGUGA EESTIS:**

Euroopa Sotsiaaluuring 2014

Magistritöö rahvatervishoius

Riin Rohulaid

Juhendajad: Ave Roots, PhD, TÜ ühiskonnateaduste instituudi teadur

**Ene Indermitte, PhD, TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu
instituudi lektor**

Tartu 2020

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 01.06.2020 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Triin Kurrikoff, PhD, Tartu Ülikool, psühholoogia instituut, andmeanalüüsi peaspetsialist

Kaitsmine: 09.06.2020

Sisukord

Lühikokkuvõte	5
1. Sissejuhatus	6
2. Kirjanduse ülevaade	8
2.1 Tervises seisundi mõõtmine subjektiivse tervise enesehinnangu kaudu	8
2.1.1 Tervise enesehinnangut kirjeldavad regulaarsed küsitlusuuringud Eestis.....	8
2.2 Tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid	10
2.3 Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seos tervise enesehinnanguga.....	14
3. Eesmärgid	18
4. Materjal ja meetodika.....	19
4.1 Andmestik.....	19
4.2 Töös kasutatavad tunnused	19
4.2.1 Uuritavate tervise enesehinnang.....	20
4.2.2 Uuritavate demograafilised tunnused	20
4.2.3 Uuritavate sotsiaalmajanduslikud tunnused.....	21
4.2.4 Uuritavate tervisekäitumuslikud tunnused.....	21
4.2.5 Päritoluperekonna sotsiaaldemograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused	22
4.3 Andmeanalüüs	22
5. Tulemused	24
5.1 Uuritavate ja päritoluperekonna kirjeldus ja jaotumine uuritavate tervise enesehinnangu alusel	24
5.1.1 Uuritavate jaotus.....	24
5.1.2 Päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste jaotumine uuritavate tervise enesehinnangu järgi.....	30
5.2 Uuritava tunnuste ja päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seos tervise enesehinnanguga	32
5.2.1 Uuritavate tervise enesehinnangu ning demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste vahelised seosed	32
5.2.2 Uuritavate tervise enesehinnangu ning nende vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste vahelised seosed	34
6. Arutelu.....	38

7. Järeldused	42
8. Kasutatud kirjandus.....	43
Summary	46
Tänuavaldus.....	47
<i>Curriculum vitae</i>	48

Lühikokkuvõte

Rahvastiku terviseseisundi hindamiseks kasutatakse tavaliselt lihtsasti tõlgendatavat terviseseisundi indikaatorit – tervise enesehinnangut. Nimetatud indikaator on seotud muu hulgas lisaks indiviidi enda teguritele ka päritoluperekonna sotsiaalse positsiooniga. Käesolev magistritöö analüüsib, kui oluline on päritoluperekonna sotsiaalne positsioon seoses vastaja tervise enesehinnanguga ning millised demograafilised, sotsiaalmajanduslikud ja tervisekäitumuslikud tunnused mõjutavad tervise enesehinnangut.

Magistritöös kasutati Euroopa rahvastikku hõlmava Euroopa Sotsiaaluuringu (*ESS - European Social Survey*) Eesti kohta käivaid andmeid. Kuna küsimustik sisaldas muu hulgas tervise eriplokki, kasutati töös 2014. aasta andmeid. Magistritöö valimisse kaasati 1768 uuritavat vanuses 15–99, kellest 45,8% olid mehed ja 54,2% naised. Tervise enesehinnangu analüüsiks kasutati vastaja ja tema vanemate sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste määramisel protsente ning Pearsoni hii-ruut testi. Tervise enesehinnangu seost uuritava ja päritoluperekonna tunnuste kaupa analüüsiti kohandamata ning kohandatud logistilise regressiooni mudelitega, väljendades saadud tulemusi šansisuhtena koos 95%-liste usaldusvahemikega (CI).

Hea ja väga hea tervise enesehinnangu andis 50,1% naistest ja 52,6% meestest (kokku 51,3%). Head tervise enesehinnangut esines enim 25–34 aastaste seas, eestlaste, kooselus, kõrgharidusega ning õppivate ja töötavate inimeste hulgas.

Tervisekäitumuslike tunnuste osas oli kõige rohkem head tervise enesehinnangut uuritutel, kes ei suitsetanud, tarbisid mõõdukalt alkoholi ning olid füüsiliselt aktiivsed.

Statistiliselt oluline seos tervise enesehinnangu ja sotsiaaldemograafiliste tunnuste osas leiti vanuse, rahvuse, hariduse ja tööhõive staatuse vahel.

Tervisekäitumuslike tunnuste osas leiti statistiliselt oluline seos tervise enesehinnangu ja suitsetamise ning füüsilise aktiivsuse vahel.

Päritoluperekonnast lähtuvalt leiti statistiliselt oluline seos uuritava tervise enesehinnangu ja päritoluperekonnas esinenud rahaliste raskuste ning ema hariduse vahel. Hea tervise enesehinnangu šansid olid suuremad uuritutel, kelle emad omasid kõrgharidust ning kelle lapsepõlve kodus ei esinenud rahalisi raskusi.

Käesoleva magistritöö põhjal võib järeldada, et uuritava enda demograafilised, sotsiaalmajanduslikud ja tervisekäitumuslikud tunnused on vanemate sotsiaaldemograafiliste tunnuste kõrval domineerivamad.

1. Sissejuhatus

Tervis on täisväärtusliku elu eeltingimus ning ühiskonna ja eeskätt indiviidi heaolu mõjutav tegur. Sellest lähtudes võib tervist pidada peamiseks elukvaliteedi indikaatoriks ning kõigil peaksid olema võrdsed võimalused tervise eest hoolitsemisel, olenemata päritoluperekonna sotsiaalmajanduslikust positsioonist (1).

Päritolupere mõiste all peetakse silmas gruppi inimesi, kes on omavahel seotud sugulussidemetega. Perekonna ja päritoluperekonna mõiste on muutuses indiviidi vanusega. Päritoluperekonnaks peetakse indiviidi bioloogilisi või kasuvanemaid, kes omavahel moodustavad ühiste väärtushinnangute ja tõekspidamistega leibkonna (2).

Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost tervisega on uuritud eelkõige laste terviseseisundi ja haigestumuse alusel. Uurijad väidavad, et lapsepõlvest saab alguse tervisekäitumine ja hoiakud, mis täiskasvanuelu vältel mõjutavad inimese tervist (3). Eluiga kujuneb mitme teguri koosmõjul. Olulist rolli mängib tervisekäitumine ja teadlikkus. Hariduse omandamine ja teadlikkuse suurendamine on erinevate uuringute põhjal mõjuv faktor tervisekäitumise kujunemisel ja tervise ebavõrdsuse vähendamisel (4).

Hoolimata riikide jõupingutustest tagada võrdsed võimalused prima terviseseisundi saavutamiseks ja ebavõrdsuse vähendamiseks kõigis sotsiaalmajanduslikes gruppides, on ebavõrdsus tervises jõukamate ja vaesemate vahel ikka veel probleem. Esineb seaduspärasus, kus tervisenäitajad on seotud sotsiaalse positsiooniga – kõrgeima sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste tervisenäitajad on parimad, keskmise sotsiaalmajandusliku staatusega inimestel on need vahepealsed ning madalaima sotsiaalmajandusliku staatusega indiviididel on halvimal tervisenäitajad (5). Nii nagu indiviidi sotsiaalmajanduslik staatus määrab tema terviseseisundi, on oluline seos ka inimese päritoluperekonna sotsiaalmajandusliku positsiooni ja tema tervisenäitajate vahel (3).

Iga indiviidi terviseolukorra hindamiseks eraldi ja kogu rahvastiku terviseseisundile üldistatult hinnangu andmiseks kasutatakse mitmesuguseid indikaatoreid. Peamised rahvatervishoiu kasutatavad tervise indikaatorid on haigestumus, suremus ja vigastuste esinemissagedus. Rahvastiku tervist hinnatakse ka eeldatava eluea ja tervena elatud eluaastate põhjal (6). Lisaks on kasutusel subjektiivsed tervise mõõdikud. Üheks selliseks on tervise enesehinnang, mis annab ühe küsimusena indiviidi kohta hulga olulist infot. Tervise enesehinnangu põhjal saab hinnata isiku subjektiivset enesetunnet, terviseseisundi mõju toimetulekuks iseendaga ning ennustada haigestumust ja suremust (7).

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada ja analüüsida uuritavate tervise enesehinnangut ja päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost täiskasvanu tervise enesehinnanguga.

2. Kirjanduse ülevaade

Inimeste elukeskkond mängib tervise toetamisel ja edendamisel suurt rolli, niisamuti nagu indiviidi lähedased ja kogukond. Perekonnal on inimese tervisekäitumises võtmetähtsus, sest see kujundab inimese väärtused, hoiakud ja paneb aluse eelseisvaks eluks. Meie võimalused ja valikud mõjutavad meie heaolu ja elukvaliteeti kogu elu vältel, olles otseselt seotud tervisega.

2.1 Terviseseseisundi mõõtmine subjektiivse tervise enesehinnangu kaudu

Tervise määratluse alustalaks on WHO (*World Health Organisation*) poolt defineeritud tervise definitsioon: „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse ja põduruse puudumine“ (1). Definitsioonis olev repliik „täielik heaolu“ viitab idealistlikule seisundile, mille hindamisel kasutatakse laialdaselt tervise enesehinnangut. Tervise enesehinnang on mitmetahulisem, hõlmates endasse bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete tunnuste kogumit, mis kujundab indiviidi tunnetust oma terviseseseisundist (8).

Tervise enesehinnang (*self-rated health, self-perceived health, self-reported health*) on epidemioloogilistes uuringutes, tõenduspõhises kirjanduses, ennetuses ja kliinilises meditsiinis laialdaselt tunnustust leidnud üldise tervise mitmemõõtmeline mõõdik, mis kajastab indiviidi subjektiivset ja objektiivset terviseseseisundit (9). Tervise enesehinnangu määratlus sai alguse 1982. aastal, kui uuringute maht terviseteadustes hakkas märgatavalt suurenema. Peale mitmeid enesehinnangut kajastavaid epidemioloogilisi uuringuid tõdeti, et lisaks suremuse ning haigestumuse heale prognoosimisele saab selle terviseseseisundi indikaatori abil ennustada ka institutsionaliseerimist ja hospitaliseerimist, mistõttu hakati mõõdikut pidama usaldusväärseks näitajaks (10).

Subjektiivse indikaatorina sisaldab tervise enesehinnang lisaks meditsiinilistele probleemidele ka selliseid terviseseseisundi tunnuseid, mis meditsiinilisel ülevaatusel ilmned ei pruugi. Siinkohal rõhutatakse nii personaalseid kui sotsiaalseid faktoreid, mis tervise enesehinnangut olulisel määral võivad mõjutada. Kuna tervise enesehinnang hõlmab nii vaimset kui füüsilist terviseseseisundit, on see teaduspõhises kirjanduses ja rahvusvahelistes küsitlusuuringutes leidnud laialdast kasutust (11).

2.1.1 Tervise enesehinnangut kirjeldavad regulaarsed küsitlusuuringud Eestis

Eestis viiakse regulaarselt läbi tervisekäitumuslikke küsitlusuuringuid, kus tervise enesehinnangut mõõdetakse 5-astmelise skaala abil. See tagab ühtse jaotatavuse ja võimaluse rahvusvaheliselt uuringute tulemusi üksteisega võrrelda ja tõlgendada.

Peamised Eestis läbiviidavad rahvastikupõhised uuringud, mis hõlmavad ka tervise enesehinnangu küsimust, on „Eesti Terviseuuring“, „Eesti naiste tervis“, „Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring“, „Euroopa Sotsiaaluuring“, „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“ (TKU), „Eesti Sotsiaaluuring“ ja „Euroopa tervise, tööjātu ja vananemise uuring“ (SHARE).

SHARE, „Euroopa Sotsiaaluuring“ ja TKU on rahvusvahelised uuringud, mis annavad võimaluse tervise enesehinnangu näitaja võrdlemiseks eri riikide vahel. Jürges (2006) viitab aga asjaolule, et tervise enesehinnangu tulemuste interpreteerimisel on oluline arvestada ka riikidevahelist erinevust hinnangute raporteerimises (12).

Tervise Arengu Instituudi (TAI) poolt aastatel 2017–2018 korraldatud „Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring“ kajastab ka muu hulgas kooliõpilaste tervise enesehinnangut. Uuringu tulemusena leiti, et 11-, 13- ja 15-aastased Eesti õpilased hindavad valdavalt oma tervist heaks või väga heaks ning nende osakaal oli 86 %. Võrreldes aastal 2013/2014 läbiviidud uuringuga on poiste hea tervise enesehinnang langenud ligi nelja protsendipunkti võrra (2013/2014. a – 51,9%; 2017/2018. a – 48,7%) ja tüdrukutel viie protsendipunkti võrra (2013/2014. a – 56,7%; 2017/2018. a – 51,7%) (13).

TAI eestvedamisel korraldatud „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ on võrreldes 2014. ja 2016. aasta andmetega tervise enesehinnang 2018. aastal 16–64-aastastel Eesti elanikel mõne võrra langenud. Niisamuti kui „Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring“ kajastab tervise enesehinnangu langust 11–15-aastastel kooliõpilastel, kajastub see ka „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“, kus nooremas vanusegrupis (16–24-aastased) langes hea või väga hea tervisega meeste osakaal seitse protsenti (2016. a – 73,8%; 2018. a – 66,9%) ja samas vanusegrupis naiste osakaal neli protsenti (2016. a – 69,8%; 2018. a – 65,8%) (14).

Võrreldes Eesti tulemusi teiste riikidega, on leitud, et Rootsis ja Soomes on hea tervise enesehinnangu levimus kõrgem, vastavalt 67,8% ja 69,2%. Seevastu Eestis hindab oma tervise heaks või väga heaks 43,8% elanikest (15, 16).

Rahvastikupõhiste uuringutulemuste võrdlust ja analüüsi tervise enesehinnangu tulemuste ja muutuste kohta võimaldab uuringute ühtne küsimuste ja vastusevariantide sõnastus. Reile jt 2014. aasta uuring võrdles tervise enesehinnangut Eesti, Läti ja Soome rahvastiku põhjal. Tulemuseks saadi, et aastatel 2004–2008 vähenes Eestis keskmise ja halvema tervise enesehinnangu levimus pea kümme protsendipunkti (2004. a – 59%; 2008. a – 50%) (17).

Tekkeli ja Veidemani tehtud analüüsis, mis põhines Eesti terviseuuringu 2006. aasta andmetel, leiti seos tervise enesehinnangu ning vanuse, hariduse ja pikaajalise haiguse või terviseprobleemi olemasolu vahel. Kohandades tervise enesehinnangut eelnimetatud

tunnustele, leiti nii meestel kui naistel oluline seos hea tervise enesehinnangu, elustiili ja tervisekäitumuslike tunnuste vahel (18).

Euroopa sotsiaaluuringu 2004. aasta andmetel leidsid Sildever jt, et sotsiaalmajanduslik seisund on seotud tervise enesehinnanguga. Uuritavaid, kes hindasid oma tervist rahuldavaks või halvaks, esines rohkem madalama haridustasemega, töötute, majanduslikult vähe kindlustatud ja vanema vanuserühma naiste ning meeste hulgas. Tervise enesehinnang olenes tööhõivest, olles halvem nii mittetöötavatel kui töötavatel meestel ja naistel (OR vastavalt 3,90 ja 2,04). Võrreldes hea majandusliku toimetulekuga oli halva majandusliku toimetuleku korral meestel 3,72 (naistel 3,03) korda suurem šanss halvemaks tervise enesehinnanguks. Rahvuse, perekonnaseisu ja elukoha vahel seost ei leitud (19).

Sotsiaalministeeriumi (SM) ja TAI korraldatud „Kolme küsitlusuuringu terviseküsimumste võrdlev analüüs“ juhtis tähelepanu, et erinevate küsitlusuuringute tulemused varieeruvad, kuigi küsimus ja vastusevariandid on sisult samad. Uuringus analüüsiti kolme Eestis tehtud uuringut: „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“, „Eesti pere ja sündimusuuring“ ning „Eesti sotsiaaluuring“. Kokkuvõttes leiti, et kõige enam võib kolme uuringu tervisenäitajate võrdlustulemusi mõjutada erinev haridustase. Seda kahel põhjusel: esiteks, võrreldavatest sotsiaaldemograafilistest tunnustest on haridus kõige enam seotud terviseseisundiga, ja teiseks, uuringute vahelised erisused olid suurimad just haridustaseme puhul. Antud analüüsist selgus ka, et küsimuste ja vastuste tõlgendamisel võivad esineda rahvusest tingitud kultuurilised eripärad ja vastamismäär võib sõltuda uuringu meetodikast. Samuti järeldati kolme küsitlusuuringu analüüsist, et madalama haridustasemega naised nimetavad intervjuu korral oma terviseprobleeme meelsamini kui kõrgema haridusega naised. Majanduslikult mitteaktiivsed mehed ja naised nimetavad intervjuu korral oma terviseprobleemi meelsamini kui töötavad isikud (20).

2.2 Tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid

Inimese tervist ja heaolu mõjutavad mitmesugused keskkonnategureid. Peale üksikisikuga seotud tegurite, nagu tervisekäitumine ja eluviis, on olemas ka grupi ja rahvastikuga seotud tegurid, nagu sissetulek, sotsiaalne staatus, haridus, tööhõive ja töötingimused. Nimetatud mõjurid kutsuvad üksikisiku, grupi või rahvastiku tervises esile muutusi paremuse või halvemuse poole ja neid nimetatakse tervise mõjuriteks ehk tervise determinantideks (21).

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt tunnustatud tervist mõjutavate tegurite skeem, mida nimetatakse ka Dahlgren ja Whiteheadsi (1991) "vikerkaareks", iseloomustab sotsiaalsete ja majanduslike tegurite rolli tervise enesehinnangu kujunemisel. See on enim

levinud käsitlus, mis näitlikustab tervise mõjurite terviklikkust. Teadlaste koostatud tervise mõjurite mudelid peegeldavad erinevaid tervisekäsitlusi ning tõdemust, et tervis on mitmeti mõistetav ning kujuneb paljude mõjurite toimel. Nendeks põhjusteks võivad olla üldised sotsiaalmajanduslikud, kultuurilised ja keskkonnategurid, elu- ja töötingimused, sotsiaalne ja kogukondlik mõju, individuaalne käitumine ja eluviis ning vanus, sugu ja pärilikud tegurid (6).

Tervise enesehinnangu seost mõjuteguritega, kus lähtutakse erinevatest mõjuteguritest ja püütakse leida olulisemad determinandid, mis tervise enesehinnangut tõstavad või langetavad, on uuritud hulganisti (7, 9–11, 21–23).

Vanuse ja soo mõju tervise enesehinnangule on uuritud enamikus uuringutes nii koosmõju kui ekspositsioonina. Mitmetes riikides korraldatud uuringud tõestavad, et naised hindavad oma tervist meestest üldiselt paremaks (9, 11, 24–27). Diase jt 2013. aastal tehtud uuringus, mis hõlmas Portugalis elavaid immigrante, hindas oma tervist halvaks 43,3% vastanud naistest ja 33,3% meestest (26). Sama tendentsi oli näha ka Leinsalu 2002. aasta uuringus, kus vanusegrupis 25–79 eluaastat oli naistel šanss halvaks tervise enesehinnanguks 1,03 korda suurem kui meestel (95% CI 0,86–1,24) (9).

Erikssoni jt läbiviidud uuringus, mis hõlmas ligi viiteteist tuhandet isikut Põhja-Rootsis, selgus, et 71% Rootsi meestest ja 65,0% Rootsi naistest hindas oma tervise heaks (16). Inglismaal läbiviidud uuringus, kus Evandrou jt võrdlesid tervise enesehinnangut etniliste gruppide vahel üle kuuekümne aastaste seas, tõdesid teadlased, et meestel võrreldes naistega on šanss hinnata oma tervist halvaks 20% väiksem (27). Seevastu on ka mitmeid uuringuid, kus naistel on suurem šanss hinnata oma tervist heaks võrreldes meestega (12, 15, 16, 24, 25).

Pärna jt korraldatud uuringus, mis põhines Euroopa Sotsiaaluuringul ja milles analüüsiti tervise enesehinnangu seost sotsiaalmajanduslike teguritega, tõsteti esile, et Soomes elavatel naistel on võrreldes meestega suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Rahuldavaks või halvaks hindas oma tervist 30,9% soomlastest ja 56,2% eestlastest. Kui Eesti elanikkonnas hindas oma tervist rahuldavaks või halvemaks 53,6% meestest ja 58,3% naistest, siis Soomes oli soo ja tervise enesehinnangu vaheline suhe vastupidine – 28,7% Soomes elavatest naistest hindas oma tervist rahuldavaks või halvemaks, seevastu kui meeste osakaal oli vastavas kategoorias 4,3 protsendipunkti võrra suurem (33%) (15). Kõikides eespool nimetatud uuringutes oli vanus seotud tervise enesehinnanguga, mis tähendab, et nooremas vanusegrupis oli tendents anda paremat tervise enesehinnangut märkimisväärselt suurem kui vanemas vanusegrupis (7–12, 15, 16, 21–27).

Nüüsamuti on tervise enesehinnanguga uuritud rahvuse ja etnilise kuuluvuse seost, mida samuti käsitletakse kui individuaalsete mõjutegurite rolli tervisekäitumisel ja tervise

enesehinnangu andmisel. Evandrou jt tõdesid, et tumedanahalistel inimestel on suurem šanss hinnata oma tervis halvemaks võrreldes valgetega. Autorid leidsid, et keskealistel Pakistani naistel oli šanss hinnata oma tervis halvaks 4,63 korda suurem kui samas vanusegrupis olevatel valgetel briti naistel (95% CI 1,93–11,10) (27).

Riikidevahelist võrdlust tervise enesehinnangus analüüsi Reile jt tehtud uuringus, mis põhines ajavahemikus 2004–2010 kogutud andmetel ja valimiga ligi kolmkümmend tuhat inimest. Teadlased juhtisid tähelepanu, et soomlased hindavad oma tervist paremaks kui Balti riikides elavad inimesed (17). Sama tulemuseni jõudsid ka Kasmel jt, kelle uuringu alusel hindas oma tervist heaks või väga heaks 66% soomlastest. Balti riikide vahel olulisi erinevusi ei täheldatud – heaks või väga heaks hindas oma tervist 33% eestlastest, 39% lätlastest ja 37% leedukatest. Küll aga tõdeti, et Eesti, Läti ja Leedu mehed hindavad oma tervist paremaks sagedamini kui naised. Soome meeste ja naiste vaheline erinevus tervise enesehinnangus ei olnud statistiliselt oluline (28).

Selleks, et saavutada võimalikult täpne hinnang teguritest, mis tervise enesehinnangut mõjutavad, on lisaks soole, vanusele ja rahvusele enamikus uuringutes kaasatud ka sotsiaalmajanduslikud näitajad, et teadlaste tehtud analüüs hõlmaks inimest kui tervikut (8, 9, 11, 13–19, 22–28).

Sotsiaalmajanduslik seisund on mitmeid tunnuseid hõlmav näitaja, mis on mitmete üksteisest sõltuvate tegurite kombinatsioon. Enim kasutatavateks determinantideks epidemioloogilistes uuringutes on haridus, tööhõive ja amet, majanduslik staatus ning leibkonna/üksikisiku rahaline sissetulek. Nimetatud tunnused on tingimata vajalikud inimese tervises seisundi hindamisel ja tervise enesehinnangu kujunemisel. Tuleb aga arvesse võtta, et nimetatud tegurid on ajas muutuvad ja annavad eri eluetappidel erinevat infot tervise enesehinnangu kohta. Keskendudes vaid ühele sotsiaalmajanduslikule tunnusele, võib analüüsitud tulemus olla ebatäpne või anda eksitavat informatsiooni tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse seose kohta (29).

Sotsiaalmajanduslike tunnuste kombinatsioonina on enim uuritud kolme determinandi koosmõju tervise enesehinnangule. Mitmetes uuringutes kajastub tendents vastaja kõrgema haridustaseme ja parema tervise enesehinnangu vahel (9, 11, 15, 16). Kõrgema haridustasemega inimestel on ka tavapäraselt suurem sissetulek ja kõrgem ametikoht, mis on hea tervise enesehinnangu kujunemisel määrava tähtsusega (9, 23, 24).

Eestis on EL-i suurim erinevus kõrge ja madala haridustasemega inimeste oodatavas elueas. Kõrgharidusega 30-aastane mees elab Eestis 17 aastat kauem kui madalalt haritud, samas kui Lääne-Euroopas on see erinevus 4–6 aastat. Naistegi puhul on eluea pikkus seotud haridustasemega, kuigi siin on vahe meestega võrreldes mõõdukam (9 aastat). Erinevus Eesti

ja Lääne-Euroopa vahel on endiselt suur (30). Mida halvema elatustasemega on inimene, seda halvem on tema tervis ja loomulikult ka tervise enesehinnang (24). Sildeveri jt (2004) korraldatud uurimuses tõdeti, et tervise enesehinnang olenes tööhõivest, olles halvem mittetöötavatel võrreldes töötavate meeste ja naistega (OR vastavalt 3,90 ja 2,04). Kui võrrelda erinevusi hea ja halva majandusliku toimetuleku vahel, siis meestel on 3,72 (naistel 3,03) korda suurem šanss halvemaks tervise enesehinnanguks (19).

2009. a pidas USA-s oma tervist heaks või väga heaks 90% inimestest, mis on OECD kõrgeim näitaja. Jaapanis aga vaid 32% elanikest. Samal küsitlusaastal hindas Eestis oma tervist heaks või väga heaks 52%, kaks aastat hiljem oli vastanute osakaal langenud ligi kümme protsendipunkti – 44%-ni. Antud näitajate alusel kuulub Eesti OECD ja EL-i viimaste hulka (31).

Hoolimata Eesti elanike madalast tervise enesehinnangust on teravam probleem seda põhjustav sotsiaalmajanduslik staatus ja ebavõrdsus madala ning kõrge majandusliku staatusega gruppide vahel. Kõrgeimasse majandusliku kindlustatusega gruppi kuulujatest peab Eestis 74% rahvastikust oma tervist heaks või väga heaks, madalaimas majanduslikus grupis on selliseid inimesi üle kahe korra vähem ehk 32% (30).

Kuigi jõukamad inimesed hindavad oma tervist kõikjal kõrgemalt, on Eestis see lõhe OECD suurim ning ületab märgatavalt ka neid riike, kus tervishoius mängib olulist rolli erasektor ja seetõttu võiks eeldada erinevusi arstiabi kättesaadavuses (nt USA, Lõuna-Korea, Šveits). Tõenäoliselt peitub seletus aga hoopis selles, et inimeste tervist mõjutab suure osas sotsiaalmajanduslik staatus, päritoluperekonna sotsiaalne positsioon ja elustiil, mitte nii väga arstiabi (30).

Lisaks pärilikele ja sotsiaalmajanduslikele tunnustele on samaväärselt olulised ka tervisekäitumuslikud ja elustiili kirjeldavad tunnused. Tervisekäitumise all mõistetakse inimeste kõiksugu tegevusi, arvestamata hetkelist või eelnevat tervises seisundit. Tervise enesehinnangu kujunemisel omab tervist säilitav käitumine enamasti positiivset ja tervist ohustav käitumine negatiivset mõju. Tervist säilitavad ja tugevdavad tegevused on piisav füüsiline aktiivsus, tervislik toitumine ja rahulolu iseendaga. Seevastu tervist ohustav käitumine on vastand eelmainitule: ebapiisav liikumine, tasakaalustamata toit, mõnuainete liigtarvitamine, mis kõik mõjutavad suuremal või vähemal määral iga inimese tervise enesehinnangut (28, 32).

Tekkeli jt tehtud uuringus, mis põhines Eesti terviseuuringu 2006. aasta andmetel, järeldati, et tervisekäitumise ja tervise enesehinnangu vaheline seos on meeste ja naiste vahel erinev. Suitsetamise alusel oli halva tervise enesehinnangu šanss 1,98 korda (95% CI 1,63–2,40) suurem meestel ja 1,39 korda (95% CI 1,04–1,87) suurem naistel, võrreldes nende

vastanutega, kes ei suitsetanud. Meestest hindasid oma tervise heaks sagedamini need, kes lisaks mittedsuitsetamisele tarvitasid mõned korrad veini ning toitused tervislikult. Naistel suurendas üle keskmise tervise enesehinnangut võrreldes meestega veidi sagedasem veini tarvitamine ja mõnel päeval nädalas kala söömine (18).

Molarius jt Rootsisis korraldatud uuringus, mille valimiks oli ligi 18 000 Rootsi kodanikku, vaadeldi tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajanduslike ning tervisekäitumuslike tunnuste vahelisi seoseid. Analüüsi tulemusena leiti, et suurema kehamassiindeksiga, väheliikuvad ja ebatervislikku toitu eelistavatel isikutel on suurem šans anda halba tervise enesehinnangut. Lisaks elustiilile on märkimisväärne seos tervise enesehinnangu ning hariduse, tööhõive ja sotsiaalse positsiooni vahel (32).

2.3 Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seos tervise enesehinnanguga

Täiskasvanu tervise seisundi hinnangul on suur mõju teismelisena eeskujuks võetud tervisekäitumisel, mille kujunemisel on esmatähtis roll kanda lapsevanematel. Juba varases lapseeas pööratakse tähelepanu laste tervisekäitumisele ja arengule, et tagada laste tervislik areng ning saavutada individuaalselt võimalikult suur võimekus ja haridustase edasises elus hakkama saamiseks. Kodune keskkond koos vanematega mõjutab nii lapse vaimset kui füüsilist arengut. Hilisemas eas peegelduvad täiskasvanul kodust saadud tõekspidamised teatud määral tema haridustee, sotsiaalmajandusliku staatuse ning ennekõike tervisliku heaolu ja tervise seisundi kujunemisel (33).

Erineva sotsiaalse positsiooniga päritoluperekonda kuuluvad vanemad erinevad selle poolest, mida tähendab nende jaoks olla edukas ning kuidas nad väärtustavad oma tervist. Sellise eelduse alusel soovivad kõik lapsevanemad, et nende lastel ei läheks neist halvemini. Olles erineval sotsiaalsel positsioonil, tähendab see aga erinevaid väärtushinnanguid ja tõekspidamisi ning eelkõige vahendeid prima tervise seisundi saavutamiseks. Seega on kõrgema hariduse omandamine olulisem pigem kõrgharidust omavate ja kõrgema leibkonna sissetulekuga perede lastele kui vähem majanduslikult kindlustatud perekondade järeltulijatele (34).

Laste tervise enesehinnang on varases noorukieas kuni noore täiskasvanueani pidevas muutumises. Demograafilised ja sotsiaalsed tegurid põhjustavad erinevusi nii individuaalsuses kui tervise enesehinnangus. Päritoluperekonna sotsiaalmajanduslikud tunnused, mis peegeldavad perekonna majanduslikku seisundit, on vanemate haridus, eriala või amet, sissetulek ja peremudel (35, 36).

Oja 2017/2018. aastal tehtud Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringust selgus, et nii poiste kui tüdrukute tervise enesehinnang sõltub perekonna struktuurist ja majanduslikust olukorrast. Hea ja väga hea tervise enesehinnanguga koolinoorte seas eristusid mõlema bioloogilise vanemaga kooselavad lapsed ning majanduslikult heal järjel olevad perekonnad. Vanusegruppide võrdluses oli tendents anda paremat tervise enesehinnangut eelnimetatud aspekte arvestades noorematel õpilastel. Oma tervist hindasid heaks või väga heaks õpilased, kes pärinesid mõlema bioloogilise vanemaga kodust (88,4%), veidi vähem nende pere lapsed, kes kasvasid üksikvanemaga (81,2%) või kasuvanemaga (81,7%). Head või väga head tervise enesehinnangut andnud õpilastest 90,1% olid hea sotsiaalmajandusliku staatusega perekondadest, 86,4% keskmisega ning 79,7% halva sotsiaalmajandusliku staatusega peredest (13).

Majandusliku heaolu seost tervise enesehinnanguga analüüsiti Inglismaal 2006. aastal, kus tõdeti, et parema sotsiaalmajandusliku staatusega perede lapsed hindavad oma tervist paremaks. Hollandis elavate kehvema sotsiaalmajandusliku staatusega meeste šanss hinnata oma tervist paremaks oli 2,11 korda (95% CI 1,47–3,05) suurem kui heal sotsiaalmajanduslikul järjel peredest pärit meestel. Naistel oli vastav šanss 1,98 (95% CI 1,27–3,10) (37).

Lastekaitseaduse kohaselt peaks kõikidel lastel olema ühiskonnas võrdsed võimalused — vanemate sotsiaalmajanduslik staatus ei tohiks lapsi eristada üheski aspektis (38). Siiski sõltuvad laste tegelikud võimalused just perekonnas elavatest täiskasvanutest. Sokoli jt tehtud analüüs, milles kasutati 1994.-2008. aastal kogutud andmeid, näitas selget seost vanemate sotsiaalmajandusliku seisundi ja lapse tervise enesehinnangu vahel. Lisaks vanemate haridusele oli kaasatud uuringusse ka leibkonna koosseis, rõhutades mõlema vanema olemasolu olulisust nooruki tervise enesehinnangu kujunemisel. Uuringu analüüsi tulemusena selgus, et lapsed, kes on pärit mõlema vanemaga perest ning kelle vanematel on kõrgem haridustase, hindavad oma tervist mõnevõrra paremaks kui madalama haridustasemega üksikvanemaga perest pärit lapsed. Leitud seosed olid statistiliselt olulised (36).

Perekonna madal sotsiaalmajanduslik positsioon võib tähendada lapsele ohtu sattuda sotsiaalsesse isolatsiooni, mis võib tuntavalt määrata lapse tervisliku seisundi kogu järgneva elu jooksul. Samuti rõhutatakse turvalise ja toetava peresuhte olulisust laste tervise enesehinnangu kujunemisel, mis on tingimata vajalik just nooremates vanusegruppides (36).

Mitmete uuringute tulemusena kinnitatakse vanemate kõrgema haridustaseme seost laste parema tervise enesehinnanguga (33–36, 39). Link jt korraldatud uuringus ilmnes asjaolu, et vanemate haridus ei mõjuta lapse tervise enesehinnangut üksnes mitte lapseas, vaid ka täiskasvanuna. Kõrgema haridustasemega vanemate lapsed hindavad olenemata soost oma tervist paremaks nii koolieas kui ka täiskasvanuna (33). Küll aga muutub tervise enesehinnang

mõnevõrra erinevaks täiskasvanuikka jõudes, mil mehed hakkavad oma tervist naistega võrreldes halvemaks hindama. Sokoli jt uuringust selgus, et täisealiseks saades tekib meestel riskantne tervisekäitumine, milleks võib olla alkoholi tarbimine, sage seksuaalpartnerite vahetus ning hooletu suhtumine oma tervisesse. Selle tulemusena tuleb selgelt välja meeste ja naiste tervise enesehinnangu erinevus (36).

Pensola jt Soomes tehtud uuringus selgus, et mitte ainult tervises seisund ei sõltu vanemate sotsiaalsest positsioonist, vaid tähelepanu tuleb pöörata ka suremusele ja riskikäitumisele. Uuringus tõdeti, et lapsevanemate sotsiaalne staatus mõjutab surmapõhjuseid täiskasvanueas alates 20. eluaastast, kui laps saab täiskasvanuks ja vanemate piirangud on minimaalsed. Teadlased järeldasid, et madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga päritoluperekonnas kasvanud meestel on kuni 70% surmapõhjustest tingitud alkoholi liigtarbimisest ja sellest tulenevast riskikäitumisest (40).

Väide, et haridus on oluline tegur tervise enesehinnangu kujunemisel, sai kinnitust ka Veenstra jt korraldatud uuringus, mille valimiks olid Šveitsi noormehed vanuses 17-25. Uuringust selgus, et kõrgharidusega ja kõrge sotsiaalmajandusliku positsiooniga vanemate pojad hindasid oma tervist oluliselt paremaks kui madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga vanemate pojad. Ülikooliharidusega vanemate poegadel oli šanss hinnata oma tervist heaks või väga heaks 1,69 korda (95% CI 1,47–1,94) suurem kui madalamalt haritud vanemate poegadel (41).

Hariduse tähtsust tervise enesehinnangu kujunemisel kinnitasid paljud uuringud (7, 11, 15, 16, 19, 22, 23, 28, 33, 35, 36, 41). Bushnik jt uurisid õpilaste koolist väljalangemise põhjuseid, mille tulemustena leiti märkimisväärne seos vanemate hariduse, leibkonna sotsiaalmajandusliku staatuse ja õpilaste tervise enesehinnangu vahel. Tähelepanu äratav erinevus lõpetajate ja koolist väljalangenute vahel esines just erinevast peremudelitest pärit laste vahel: 28% koolist väljalangenud õpilastest elas üksikvanemaga, 16% kooli lõpetanutest aga ühe vanemaga peres. Lisaks on koolist väljalangemise oht suurem just vähem kindlustatud perede lastel. Otsestele majanduslikele raskustele lisanduvad väljalangemise põhjusena veel puudulik õpimotivatsioon, vähene kodune toetus, vähene osavõtmine koolivälisest tegevusest, madalama sotsiaalmajandusliku taustaga sõprusringkond ning tervistkahjustav käitumine (31).

Vanemate erisusi sotsiaalmajandusliku staatuse ja järeltulijate tervise enesehinnangu vahel on uuritud märgatavalt vähem. Mitmed uuringud on rõhutanud isa sotsiaalmajandusliku staatuse seost noorukite tervise enesehinnanguga, emapoolseid mõjutegureid on uuritud vähem (42).

Torssanderi jt Rootsi rahvastiku näitel tehtud uuringust selgus sotsiaalmajanduslike võimaluste märgatav mõju täiskasvanute tervisele. Teadlased analüüsisid ja järeldasid, et

sotsiaalmajanduslik staatus mõjutab naiste ja meeste tervist erinevalt. Siiski tõdeti, et hariduse ja suremuse vaheline seos on mõlema soo korral statistiliselt silmatorkav. Meeste puhul nimetati märkimisväärne seos rahalise sissetuleku ja suremuse vahel, naistel seevastu sotsiaalse kuuluvuse ja majandusliku staatuse vahel (43).

Kestilä jt 2000. aastal Soomes korraldatud uuringus, milles selgitati välja seoseid vanemate sotsiaalse positsiooni ja tervise enesehinnangu vahel, tõdeti, et vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon on oluline koolieas oleva lapse tervise enesehinnangu kujundamisel. Samuti leiti statistiliselt kõnekas seos vanemate hariduse ja uuritava tervise enesehinnangu vahel. Sooti olid uuritavate tervise enesehinnangu tulemused erinevad, ent enim paistis silma naiste halva tervise enesehinnangu šanss korrelatsioonis ema haridusega. Naistel, kelle ema oli põhiharidusega, oli šanss hinnata oma tervist halvaks 2,50 korda (95% CI 1,06–5,90) suurem, kui nendel naistel, kelle ema oli kõrgharidusega (39).

Arvestades asjaolu, et erinevad teadusuuringud on leidnud seose lapsepõlve kodukeskkonna ja vanemate sotsiaalmajandusliku staatuse ning täiskasvanu tervise enesehinnangu vahel, aitaks tervisega seonduvat elukvaliteeti Eestis tõhusamalt tõsta panustamine olulistesse inimarengu komponentidesse, eeskätt haridusse ja ebavõrdsuse vähendamisesse.

Tuginedes eespool käsitletud uuringutele, tõdes autor, et tervise enesehinnangut saab kõige täpsemalt ennustada demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste alusel. Selleks, et mõista, kui olulised on päritoluperekonna sotsiaalmajanduslikud tunnused tervise enesehinnangu kujunemisel, analüüsiti uuritava tervise enesehinnangut tema vanemate sotsiaalmajanduslikke tunnuseid arvesse võttes.

3. Eesmärgid

Magistritöö põhieesmärk oli uurida päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost täiskasvanu tervise enesehinnanguga 2014. aasta Euroopa Sotsiaaluuringu Eesti andmestiku põhjal.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

1. kirjeldada uuritava tervise enesehinnangut sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes;
2. kirjeldada uuritava tervise enesehinnangut päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes;
3. analüüsida seoseid uuritava tervise enesehinnangu ja päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste tunnuste vahel.

4. Materjal ja metoodika

4.1 Andmestik

Käesolevas magistritöös kasutati rahvusvahelise sotsiaalteadusliku uuringu Euroopa Sotsiaaluuringu (ESS) 2014. aasta andmeid. ESS on sotsioloogiline võrdlusuuring Euroopas, mida on korraldatud alates 2002. aastast. Uute andmete kogumist alustatakse iga kahe aasta tagant. Eesti liitus uuringuga 2004. aastal ning andmete kogumist on jätkatud ka aastatel 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 ja 2018. ESS 2014 korraldati Eestis ajavahemikus 07.09.2014–31.12.2014. Andmeanalüüsis kasutati ESS 2014. aasta andmeid sel põhjusel, et järgnevate aastate andmed ei sisalda tervise eriplokki, millele magistritöö teema tugineb.

ESS peamine eesmärk on kaardistada ja selgitada muutusi Euroopa poliitilistes ja majanduslikes struktuurides, inimeste hoiakutes, uskumustes ning väga mitmekesise rahvastiku käitumises. Aastal 2014 osales uuringus 16 riiki.

Uuringu küsimustikus oli kokku ligi 500 küsimust. Andmeid koguti intervjuerimise teel mitmete voorude vältel erinevatest valdkondadest, nagu rahulolu ja üldised hoiakud; sotsiaalne ja poliitiline usaldus ning poliitiline aktiivsus; töö ja toimetulek; sotsiaalsed kontaktid ja toetus; hoiakud töö ja töötamise suhtes; hoiakud immigratsiooni suhtes; tervis ja tervishoid. Eestis kasutati nii eesti- kui venekeelset küsimustikku.

ESS 2014. aasta Eesti valim hõlmas isikuid alates 15. eluaastast kuni 99. eluaastani. Loendiks oli rahvastikuregister ning valim koostati juhuvaliku teel. Eelnevalt jäeti loendist välja puuduliku aadressiga ja suletud kirjed ning inimesed, kes elasid institutsioonides (vanglad, hooldekodud jne). Eestis saadi vastanute arvuks 2051 inimest, vastamismäär oli 56,7%.

Lähtudes käesoleva uurimistöö eesmärkidest, eemaldati andmestikust vaatlused, millel puudus vastus andmeanalüüsis kasutatud küsimustele. Neid oli kokku 283. Puuduvate väärtustega uuritud ei erinenud andmeanalüüsis kasutatud uuritute tervise enesehinnangu, soo, vanusgruppide ega tööhõive lõikes. Erinevus esines hariduse, rahvusvähemusgruppi kuulumise ja perekonnaseisu osas. Magistritöö andmeanalüüsi lõpliku valimi moodustasid 1768 uuritavat.

4.2 Töös kasutatavad tunnused

Lähtudes magistritöö eesmärgist on sõltuvaks tunnuseks **tervise enesehinnang**. Sõltumatuteks tunnusteks on käesolevas magistritöös demograafilised, sotsiaalmajanduslikud ning tervisekäitumuslikud tunnused. Tunnused on jaotatud kahte gruppi: esimene grupp hõlmab uuritava

tunnuseid ja teine grupp uuritava vanemate sotsiaaldemograafilisi ning sotsiaalmajanduslikke tunnuseid.

Vastaja sõltumatuteks tunnusteks on: sugu, vanus, kuulumine rahvusvähemusgruppi, perekonnaseis, haridus, tööhõive, füüsiline aktiivsus, suitsetamine ja alkoholi tarbimine.

Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost tervise enesehinnanguga analüüsitakse vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste põhjal. ESS 2014. aasta andmestiku alusel uuritakse järgmisi vanemate sotsiaalmajanduslikke tegureid: sündinud Eestis, haridus, vanemate tööhõive ja rahalised raskused vastaja lapsepõlves.

4.2.1 Uuritavate tervise enesehinnang

Tervise enesehinnangu küsimus on ESS uuringus sõnastatud: „Üldiselt hinnates, milline on Teie tervislik seisund?“. Vastusevariandid aastatel 2004–2014 olid „väga hea“, „hea“, „rahuldav“, „halb“, „väga halb“. Tervise enesehinnangu tunnus muudeti käesoleva töö andmeanalüüsiks kaheväärtuseliseks: „hea“, mis hõlmab „väga hea“ ja „hea“ hinnangut, ning „halb“, mis hõlmab hinnangut „rahuldav“, „halb“, „väga halb“. Kõnealuses magistritöös otsustati tunnus jaotada kaheks Leinsalu (20) analüüsile põhinedes, milles leiti, et vanuse kasvades suureneb sarnaselt halva tervise hinnanguga ka rahuldav/keskmine tervise enesehinnang, seevastu kui hea tervise osakaal väheneb. Selle järelduse alusel võiks keskmine tervise enesehinnang ka sisulise poole pealt kuuluda halvema tervisehinnangu juurde.

4.2.2 Uuritavate demograafilised tunnused

Sugu on binaarne tunnus - mees/naine, intervjueri märkis vastaja soo.

Vanus määrati küsimustikus märgitud sünniaasta alusel. Käesoleva töö jaoks arvutati vastaja vanus küsitluse korraldamise aasta järgi. ESS algandmestik hõlmab 15–99-aastased isikud. Magistritöös analüüsiti tervise enesehinnangu ja vanuse vahelist seost, kasutades järgmisi vanusgruppe: 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 ning 65 ja vanemad.

Kuulumine rahvusvähemusgruppi määratlemiseks oli ankeedis küsimus: „Kas Te kuulute Eestis rahvusvähemusgruppi?“. Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati küsimusele jaatavalt ja eitavalt vastajad rahvuse alusel kahte gruppi: „eestlane“ ja „vähemusrahvus“.

Perekonnaseisu määratles intervjueri perekonna maatriksi küsimuste alusel. Perekonnaseisu määratlemiseks esitati küsimus „Vastaja elab koos abikaasa/elukaaslasega?“. Andmete analüüsiks nimetati tunnus kaheväärtuseliseks: „kooselus“, mis hõlmas küsimusele jaatavalt vastanud, ja „vallaline“, mis hõlmas vastajaid, kes ei olnud perekonna maatriksi alusel abielus või kooselus.

4.2.3 Uuritavate sotsiaalmajanduslikud tunnused

Haridust puudutav küsimus EES uuringus oli sõnastatud järgmiselt: „Milline on Teie kõrgeim haridustase, mille olete omandanud?“. Vastusevariante käsitletavas küsimustikus hariduse tunnuse määratlemiseks on kokku 17 ja need hõlmasid kokkuvõtlikult alg-, põhi-, kutse- kesk- ning kõrgharidustaseme. Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati haridustasemed kolme gruppi: alg- ja põhiharidus, keskharidus ning kõrgharidus. Alg- ja põhihariduse moodustasid järgmised vastusevariandid: alghariduseta (alla 4 klassi); lõpetatud algharidus (4–6 klassi) ja kutseõpe ilma alghariduse lõpetamiseta; lõpetatud põhiharidus (7–9 klassi); kutseharidus põhihariduse baasil. Keskhariduse kategooria moodustasid lõpetatud üldkeskharidus ning kutseharidus koos keskhariduse omandamisega. Kõrgharidus hõlmas keskhariduse baasil kutsekõrgkooli, kutsekõrgharidust või rakenduskõrgharidust, ülikooli bakalaureusekraadi, magistrikraadi rakenduskõrgkoolist või ülikoolist, doktorikraadi.

Tööhõive staatus oli küsimustikus esitatud vastusevariantidena, kus olid eristatud erinevad tööturustaatused: töötab, õpilane, töötu, kodune, ajateenija, mittetöötav pensionär. Kõnealuse magistr töö andmeanalüüsiks rühmitati tunnused järgmiselt: „töötab“, „õpib“, „töötu“, „pensionär“ ning „muu“, mis hõlmab emapuhkusel olevad naised, püsivalt töövõimetuid, uuringu perioodil haiguslehel olevaid isikuid ja ajateenijad.

4.2.4 Uuritavate tervisekäitumuslikud tunnused

Füüsilise aktiivsuse määratlemine toimus ESS-i küsimusega: „Kui mitmel päeval viimasest seitsmest päevast Te kõndisite kiiresti, sportisite või olite muul viisil kehaliselt aktiivne vähemalt 30 minutit?“. Vastusevariantidena oli antud päevade arv 0 kuni 7 päeva. Andmeanalüüsi paremate tulemuste tõlgendamise tõttu grupeeriti vastusevariandid kolme gruppi: „mitte kordagi“, „1 kuni 4 päeva nädalas“ ning „5 kuni 7 päeva nädalas“.

Suitsetamise staatus tehti kindlaks küsimuse: „Milline järgnevatest kirjeldustest iseloomustab kõige paremini Teie suitsetamisharjumust?“ alusel. Tunnus grupeeriti kolmeväärtuseliseks: „suitsetab“, mis hõlmab vastuseid „suitsetan iga päev“ ja „suitsetan, kuid mitte igapäev“; teiseks väärtuseks „on varem suitsetanud“, mis grupeeriti vastusevariandi „praegu ma ei suitseta, aga kunagi suitsetasin“ alusel; ja kolmas väärtus „ei ole suitsetanud“, mille moodustasid vastusevariandid „olen vaid paar korda suitsetanud“ ning „ma ei ole mitte kunagi suitsetanud“.

Alkoholi tarbimise sagedust määratleti küsimusega „Kui sageli olete viimase 12 kuu jooksul tarbinud alkoholi sisaldavat jooki? See võib olla vein, õlu, siider, kanged alkohoolsed joogid või muud alkoholi sisaldavad joogid“. Vastusevariante oli kokku seitse, millest esimene

„iga päev“ ning viimane „mitte kunagi“. Tunnus kategoriseeriti vastuste alusel nelja rühma: "Vähemalt korra nädalas", "Vähemalt korra kuus", "Harvem kui korra kuus" ning "Mitte kunagi".

4.2.5 Päritoluperekonna sotsiaaldemograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused

Vanemate sünniriik Eesti määratleti küsimusega: „Kas ema/isa on sündinud Eestis?“. Vastusevariantidena: „jah“, „ei“.

Vanemate haridust määratleti sama küsimusega kui uuritava haridust, erinevuseks vaid see, kelle kohta küsimus käib (ema/isa). Hariduse rühmitamine kolme alarühma: „alg- ja põhiharidus“, „keskharidus“ ning „kõrgharidus“, toimus sama meetoodika alusel kui uuritava hariduse määramisel.

Vanemate tööhõive küsimus on sõnastatud järgmiselt: „Kui Te olite 14 aastat vana, kas Teie isa/ema oli palgatöötaja, eraettevõtja või ei töötanud ta sel hetkel?“. Selleks, et määratleda vanemate tööhõivet uuritava teismeeas, oli vastusevariantidena antud „palgatöötaja“, „eraettevõtja“, „töötu“ ning „isa/ema oli surnud/puudus“. Andmeanalüüsiks grupeeriti tunnus kolmeväärtuseliseks, moodustades vastusevariantide „palgatöötaja“ ja „eraettevõtja“ alusel ühe tunnuse nimega „Palgatööline/ eraettevõtja“ ning jättes kaks teist vastusevarianti samaks.

Rahalised raskused päritoluperekonnas määratleti küsimusega: „Palun öelge, kui sageli tuli Teil ja Teie perekonnal ette tõsiseid rahalisi raskusi ajal, kui Te üles kasvasite?“. Vastusevariandid olid järgmised: alati, sageli, mõnikord, peaaegu mitte kunagi, mitte kunagi. Andmeanalüüsiks rühmitati nimetatud tunnus kolmeväärtuseliseks: „püsivalt/tihti“, mis hõlmas vastusevariante „alati“ ja „sageli“; „vahetevahel“ moodustus vastusevariandist „mõnikord“ ning „väga harva, mitte kunagi“ väärtus grupeeriti küsimusele vastusena „peaaegu mitte kunagi“ ja „mitte kunagi“ andnute alusel.

4.3 Andmeanalüüs

Magistritöö andmeanalüüs tehti statistika tarkvaraprogrammiga Stata 14. Ülevaate andmiseks tervise enesehinnangu osakaalust (%) vastavalt magistritöös käsitletud tunnustele kasutati kirjeldava statistika meetodeid. Tulemuste analüüsamiseks ja interpreteerimiseks pidevad tunnused rühmitati.

Vastanute arvuks oli 2051 isikut. Magistritöö andmeanalüüsiks kasutati 1768 isiku andmeid põhjusel, et mitme vanemate tunnuste vastusevariandid puudusid. Selleks, et andmeanalüüsi tulemusena saaks hinnata vanemate tunnuste seost võimalikult täpselt uuritava

enesehinnanguga, otsustati kasutada valimit sellisel hulgal, et kõikidele küsimustele olid uuritavad vastanud.

Tervise enesehinnangu seoste leidmiseks vastaja ja tema vanemate sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumuslike tunnustega kasutati Pearsoni hii-ruut testi. Statistiliselt oluliseks erinevuseks loeti p-väärtust $<0,05$. Seoste analüüsimiseks tervise enesehinnangu ja päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni puhul kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Arvutati šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95%CI).

Logistilise regressioonimudeli ülesehitamisel lisati tunnused mudelisse, alustades suurima χ^2 statistiku väärtusega (ehk väikseima p-väärtusega) tunnusest. Töös kirjeldatakse kahte mudelit. Mudelis 1 on sõltuvaks tunnuseks tervise enesehinnang ning sõltumatuteks tunnusteks nii uuritava kui ka tema vanemate tunnused. Mudelis 2 on sõltuvaks tunnuseks tervise enesehinnang ning sõltumatuteks tunnusteks mudelis 1 statistiliselt oluliseks osutunud uuritava ja tema vanemate tunnused.

5. Tulemused

5.1 Uuritavate ja päritoluperekonna kirjeldus ja jaotumine uuritavate tervise enesehinnangu alusel

5.1.1 Uuritavate jaotus

Tervise enesehinnangu jaotumist soo alusel on kirjeldatud tabelis 1. Tervise enesehinnangu alusel uuritavate kahte gruppi jagunemise tulemusena oli hea ja väga hea tervise enesehinnanguga meeste ja naiste osakaal üsna sarnane. Mehed peavad oma tervise enesehinnangut paari protsendipunkti võrra paremaks kui naised. Hea ja väga hea tervise enesehinnangu andis 50,1% naistest ja 52,6% meestest (kokku 51,3%). Rahuldava, halva ja väga halva tervise enesehinnanguga vastanute hulgas oli 49,9% naisi ja 47,4% mehi (kokku 48,7%).

Suurem osa uuritavatest hindas oma tervist võrdselt heaks (39,4%) või rahuldavaks (39,5%). Oma tervise heaks või rahuldavaks hinnanud meeste ja naiste osakaal oli sarnane. Naistega võrreldes oli meeste hulgas mõnevõrra rohkem uuritavaid, kes hindasid oma tervist väga heaks (13,2% vs 10,7%) ning ka väga halvaks (2,4% vs 1,3%).

Meeste ja naiste tervise enesehinnangus ei esinenud statistiliselt olulist erinevust ($p < 0,3010$) (tabel 3).

Tabel 1. Tervise enesehinnang 15-aastaste ja vanemate Eestis elavate meeste ja naiste hulgas (%), Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Tunnus	Mees %	Naine %	Kokku %
Tervise enesehinnang hea	52,6	50,1	51,3
väga hea	13,2	10,7	11,9
hea	39,4	39,4	39,4
Tervise enesehinnang rahuldav või halvem	47,4	49,9	48,7
rahuldav	39,4	39,8	39,5
halb	5,6	8,8	7,4
väga halb	2,4	1,3	1,8
Kokku	100,0	100,0	100,0

1768 suurusest valimist moodustasid mehed 45,8% ning naised 54,2%. Nagu tabelist 2 näha, oli valimi vanuseline jaotus meeste ja naiste vahel võrdlemisi sarnane. Kõige vähem oli uurituid noorimas vanusgrupis (15–24) – 11,7%, ja kõige rohkem vanemas vanusgrupis (65+)

– 21,0%. Neljas vanusegrupp (25–34, 35–44, 45–54 ja 55–64) oli uuritavaid vastavalt 17,8%, 16,1%, 16,7% ja 16,7%. Enamik (74,3%) uuringus osalenud meestest ja naistest ei kuulunud rahvusvähemusgruppi. Rahvusvähemusgruppi kuulumise alusel jaotusid mehed ja naised vastavalt 46,9% ja 53,1% eestlasteks ja 42,3% ja 57,7% vähemusrahvusteks. Valimist 59,4% elas partneriga samas leibkonnas. Kooselus või abielus oli uuritute 49,3% mehi ja 50,7% naisi.

Hariduse alusel jagunesid uuringus osalenud järgmiselt: alg- ja põhiharidusega 13,3%, keskkharidusega 51,5% ja kõrgharidusega 53,2%. Meeste ja naiste võrdluses oli suurim erinevus kõrgharidusega vastanute vahel, kus kõrgharidust omavate vastajate hulgas oli naiste osakaal 65,9% ja meeste osakaal 34,1%. Põhi- ja keskkharidusega vastanute osakaal sooti oluliselt ei erinenud. Uuritavatest 58,1% olid töötavad, 25,6% pensionärid, 7,6% oli õpilasi, 5,2% vastanutest jaotus ajateenijate, haiguslehel olevate ja emaduspuhkusel viibinute vahel, ja vaid 3,5% oli töötuid. Tööhõive staatuse alusel erinesid vastanute määrad sooti enim õppurite ja pensionäride vahel. Õpilastest 53,3% oli mehi ja 46,7% naisi. Pensionäride suhe sooti oli aga vastupidine õpilastele. Pensionäridest oli ligi 15% naisi enam kui mehi, vastavalt 57,6% ja 42,4%. Päritoluperekonna majandusliku staatuse alusel jaotus valim etteaimatavalt. Enim (40,5%) vastanutest hindas rahalisi raskusi päritoluperes vahetevahel esinevaks. Väga harva/mitte kunagi rahalisi raskusi päritoluperekonnas tajunud vastanute osakaal oli 36,6%. Kõige vähem vastanutest (20,9%) hindas rahalisi raskusi perekonnas püsivalt või tihti esinevaks. Meeste ja naiste võrdluses esines suurim erinevus (14,2%) päritoluperekonna majandusliku olukorda püsivalt või tihti halvaks hinnanud vastanute vahel (42,9% vs 57,1%).

Tervisekäitumuslike tunnuste alusel jaotus valim järgmiselt. Suitsetajaid oli uuringus osalenute seas 25,3%. Meeste ja naiste jaotumine suitsetamise alusel oli 62,8% ja 37,2%. Küsitletutest tarbisid alkoholi vähemalt korra nädalas 27,5%, vähemalt korra kuus 31,1%, harvem kui korra kuus 23,0%, alkoholi ei tarbinud 18,4% vastanutest. Vähemalt korra nädalas alkoholi tarbivate meeste osakaal oli 68,3% ja naiste osakaal 31,7%. Nädalas vähemalt 5 korral mõõdukat füüsilist koormust harrastas valimist 43,2%, kuni 4 korda nädalas 40,8% ja füüsiliselt mitteaktiivsete uuritavate osakaal oli 16,0%. Kõikides vastusevariantides, mis puudutas füüsilist aktiivsust, oli naiste osakaal suurem kui meestel. Suurim erinevus (13,4%) ilmnis füüsiliselt mitteaktiivsete inimeste hulgas, kus naiste osakaal oli 56,7% ja meeste osakaal 43,3%.

Tabel 2. Valimi sooline jaotumine demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste järgi (%) 15–99-aastastel Eesti elanikel, Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Tunnused	Mees % (rea)	Naine % (rea)	Kokku % (veeru)
Vanus			
15-24	53,6	46,4	11,7
25-34	50,4	49,6	17,8
35-44	48,5	51,5	16,1
45-54	49,3	50,7	16,7
55-64	41,7	58,3	16,7
65 +	35,7	64,3	21,0
Rahvus			
eestlane	46,9	53,1	74,3
vähemusrahvus	42,3	57,7	25,7
Perekonnaseis			
kooselus	49,3	50,7	59,4
vallaline	40,6	59,4	40,6
Haridus			
põhiharidus	55,3	44,7	13,3
keskharidus	51,3	48,7	51,5
kõrgharidus	34,1	65,9	35,2
Tööhõive staatus			
töötab	49,5	50,5	58,1
õpib	53,3	46,7	7,6
töotu	45,4	54,6	3,5
pensionär	42,4	57,6	25,6
muu	9,9	90,1	5,2
Suitsetamine			
suitsetab	62,8	37,2	25,3
on varem suitsetanud	61,8	38,2	20,7
ei suitseta	31,6	63,4	54,0
Alkoholi tarvitamine			
vähemalt korra nädalas	68,3	31,7	27,5
vähemalt korra kuus	42,5	57,5	31,1
harvem kui korra kuus	30,2	69,8	23,0
mitte kunagi	37,0	63,0	18,4
Füüsiline aktiivsus			
mitte kordagi	43,3	56,7	16,0
1-4 korda nädalas	46,9	53,1	40,8
5-7 korda nädalas	45,6	54,4	43,2

(Tabel 2 jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel 2 (jätk). Valimi sooline jaotumine demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste järgi (%) 15–99-aastastel Eesti elanikel, Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Tunnused	Mees % (rea)	Naine % (rea)	Kokku % (veeru)
Rahalised raskused päritolu- perekonnas			
püsivalt/tihti	42,9	57,1	22,9
vahetevahel	49,6	50,4	40,5
väga harva/mitte kunagi	43,3	56,7	36,6

Tervise enesehinnangu jaotumist vastaja tunnuste alusel kajastatakse tabelis 3.

Vanuse kasvades halva tervise enesehinnangu andjate osakaal tõusis. Kui noorimas vanusrühmas (15-24) hindas oma tervist halvaks 23,6% vastajatest, siis vanusegrupis 55-64 hindas ligi kaks kolmandikku (67,0%) vastajatest oma tervist rahuldavaks või halvaks. Vanimas vanusegrupis (65+) oli halva tervise osakaal 83,0%. Seos vanuse ja tervise enesehinnangu vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,0001$).

Väljaspool Eestit sündinud hindasid oma tervist märkimisväärselt halvemaks kui Eestis sündinud uuritavad (61,5% vs. 44,3%). Perekonnaseisu alusel jaotus tervise enesehinnang mõnevõrra ühtlasemalt. Enam hindasid oma tervist heaks abielus või kooselus elavad uuritavad, vähem vallalised (53,1% vs. 48,6%). Partneriga ja partnerita elavate inimeste tervise enesehinnangus ei esinenud statistiliselt olulist erinevust ($p < 0,0781$).

Hariduse alusel eristub enim kõrghariduse taseme erinevus hea tervise enesehinnangu andjate vahel. Kõrgharidusega uuritavatest hindas 60,1% oma tervist heaks, seevastu kui põhiharidusega vastanutest 47,8%. Keskhariidust omavate vastajate osakaal hea tervise enesehinnanguga grupis oli sarnane põhiharidust omavate vastanutega (vastavalt 46,2% ja 47,8%). Haridustaseme seos tervise enesehinnanguga oli statistiliselt oluline ($p < 0,0001$).

Statistiliselt oluline seos esines ka tervise enesehinnangu ja tööhõive vahel ($p < 0,0001$). Tööhõive järgi hindas oma tervist heaks 60,6% töötavatest isikutest, 80,2% õpilastest, 66,1% töötutest ja 14,9% pensionäridest. Muu tööhõive staatusega isikutest hindas oma tervist heaks 73,6%.

Päritoluperekonnas rahalisi raskusi harva või üldse mitte kogenute hulgast hindas oma tervise heaks 62,8%. Vahetevahel rahalisi raskusi kogenute hulgas oli hea tervise enesehinnanguga 51,4% vastanutest. Püsivalt või tihti rahalisi raskusi kogenutest andsid hea tervisehinnangu vaid 32,5%. Seos tervise enesehinnangu ja päritoluperekonna majandusliku olukorra vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,0001$).

Tervise enesehinnangu ja elustiili iseloomustavate tunnuste alusel leiti statistiliselt oluline seos suitsetamise ($p < 0,0009$), alkoholi tarbimise ($p < 0,0001$) ja füüsilise aktiivsuse ($p < 0,0001$) vahel. Suitsetajatest hindas oma tervist heaks 43,8%, seevastu mitesuitsetajatest 55,1%. Nädalas vähemalt korra alkoholi tarbinute hea tervise enesehinnangu osakaal oli 57,5%, mis oli ühe neljandiku suurem kui uuritavatel, kes tarbisid alkoholi vähem kui korra kuus (42,5%). Viimase nädala jooksul füüsiliselt mitteaktiivsete uuritavate osakaal tervise enesehinnangu alusel jagunes järgmiselt: hea tervise enesehinnangu andjate osakaal oli 30,5% ning halva tervise enesehinnangu 69,5%. Enim hindasid oma tervist heaks vastanud, kes tegelesid kuni 4 korda nädalas füüsilise aktiivsusega (56,7%).

Kokkuvõtlikult saab öelda, et tervise enesehinnang on seotud uuritavate demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnustega. Antud valimi põhjal ei osutunud statistiliselt oluliseks sugu ja perekonnaseis.

Tabel 3. Tervise enesehinnang demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste järgi (%) 15–99-aastastel Eesti elanikel, Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Tunnused	Tervise enesehinnang			
	Hea % (rea)	Halb % (rea)	p-väärtus	Kokku % (veeru)
Sugu				
mees	52,6	47,4	0,3010	45,8
naine	50,1	49,9		54,2
Vanus				
15-24	76,4	23,6	<0,0001	11,7
25-34	78,2	21,8		17,8
35-44	71,1	28,9		16,1
45-54	47,0	53,0		16,7
55-64	33,0	67,0		16,7
65 +	17,0	83,0		21,0
Rahvus				
eestlane	55,7	44,3	<0,0001	74,3
vähemusrahvus	38,5	61,5		25,7
Perekonnaseis				
kooselus	53,1	46,9	0,0781	59,4
vallaline	48,6	51,4		40,6

(Tabel 3 jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel 3. Tervise enesehinnang demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste järgi (%) 15–99-aastastel Eesti elanikel, Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Tunnused	Tervise enesehinnang			
	Hea % (rea)	Halb % (rea)	p-väärtus	Kokku % (veeru)
Haridus				
põhiharidus	47,8	52,2	<0,0001	13,3
keskharidus	46,2	53,8		51,5
kõrgharidus	60,1	39,9		35,2
Tööhõive staatus				
töötab	60,6	39,4	<0,0001	58,1
õpib	80,2	19,8		7,6
töötu	66,1	33,9		3,5
pensionär	14,9	85,1		25,6
muu	73,6	26,4		5,2
Suitsetamine				
suitsetab	43,8	56,2	0,0009	25,3
on varem suitsetanud	50,4	49,6		20,7
ei suitseta	55,1	44,9		54,0
Alkoholi tarvitamine				
vähemalt korra nädalas	57,5	42,5	<0,0001	27,5
vähemalt korra kuus	57,8	42,2		31,1
harvem kui korra kuus	42,5	57,5		23,0
mitte kunagi	41,9	58,1		18,4
Füüsiline aktiivsus				
mitte kordagi	30,5	69,5	<0,0001	16,0
1-4 korda nädalas	56,7	43,3		40,8
5-7 korda nädalas	53,8	46,2		43,2
Rahalised raskused päritolu-perekonnas				
püsivalt/tihti	32,5	67,5	<0,0001	22,9
vahetevahel	51,4	48,6		40,5
väga harva/mitte kunagi	62,8	37,2		36,6

5.1.2 Päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste jaotumine uuritavate tervise enesehinnangu järgi

Päritoluperekonnaga seotud tunnuste ja vastaja tervise vahelistest seostest annab ülevaate tabel 4. Päritoluperekonna tunnuste alusel puudus isa 13,6%-l ja ema 1,7%-l vastanutest. Uuritavate vanematest kaks kolmandikku olid sündinud Eestis, emadest 66,3% ja isadest 64,9%. Teistes riikides sündinud uuritavate vanemad jagunesid vastavalt 33,7% ja 35,1%. Haridustaseme alusel jaotusid vanemad suhteliselt võrdselt. Põhiharidusega oli uuritavate emadest 34,5% ja isadest 35,3%. Keskhariidusega vastavalt 41,8% ja 36,3%. Kõrgharidust omas 20,2% vastanute emadest ning 18,0% isades. Teadmata haridustasemega uuritavate vanematest jagunes 3,5% emade ja 10,4% isade vahel. Teadmata haridustasemega vanemate vaheline suur erinevus on seletatav faktiga, et 13,6%-l vastanutest puudus isa. Seevastu ema vaid 1,7%-l vastanutest, nagu eelpool mainitud. Suurem osa uuritavate vanematest töötasid, kui vastaja oli 14-aastane. Emadest 85,9% ja isadest 75,7% olid palgatöölised. Töötute hulk jagunes vastavalt 10,0% ja 2,0%.

Oma tervist hindasid heaks uuritavad, kelle emadest 58,4% ja isadest 57,9% olid Eestis sündinud. Seos küsitletu tervise enesehinnangu ja vanemate sünniriigi vahel oli statistiliselt oluline ($p < 0,0001$). Uuritava hea tervise enesehinnang ema ja isa hariduse alusel jagunes järgmiselt: neist, kelle ema oli põhiharidusega, oli hea tervisega 28,7%, ja neist, kelle isa oli põhiharidusega, oli hea tervisega 32,2%. Uuritavaid, kelle ema oli keskhariidusega, oli hea tervisega 62,2%, ja neist, kelle isa oli keskhariidusega, oli hea tervisega 64,5%. Uuritavad, kelle ema oli kõrghariidusega, olid hea tervisega 67,3%, ja neist, kelle isa oli kõrghariidusega, hindasid oma tervist heaks 65,3%. Mõlema vanema haridustaseme ja vastaja tervise enesehinnangu vahel esines statistiliselt oluline seos ($p < 0,0001$).

Seos uuritavate tervise enesehinnangu ja päritoluperekonna tööhõive staatuse vahel oli statistiliselt oluline vaid vastanute ema andmete alusel ($p < 0,0001$). Töötavate vanemate seos uuritava hea tervise enesehinnangu alusel oli mõlema vanema puhul sarnane. Oma tervise hindas heaks 53,3% vastajatest, kelle ema oli palgatöötaja või eraettevõtja, ning 52,7% neist, kelle isa oli palgatöötaja või eraettevõtja. Hea tervise enesehinnangu andsid 36,0% uuritavatest, kelle ema oli töötu, ning 38,8% vastanutes, kelle isa oli töötu, kui vastaja oli 14 aastat vana.

Tabel 4. Tervise enesehinnangu jaotus vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste (%) järgi, Euroopa Sotsiaaluuring 2014.

Vanema Tunnused	Ema				Isa			
	Uuritava tervise enesehinnang							
	Hea % (rea)	Halb % (rea)	p-väärtus	Kokku % (veeru)	Hea % (rea)	Halb % (rea)	p-väärtus	Kokku % (veeru)
Sünniriik								
Eesti	58,4	41,6	<0,0001	66,3	57,9	42,1	<0,0001	64,9
muu	37,2	62,8		33,7	39,1	60,9		35,1
Haridus								
põhiharidus	28,7	71,3	<0,0001	34,5	32,2	71,8	<0,0001	35,3
keskharidus	62,2	37,8		41,8	64,5	35,5		36,3
kõrgharidus	67,3	32,7		20,2	65,3	34,7		18,0
teadmata	51,7	48,3		3,5	45,6	54,4		10,4
Tööhõive staatus								
palgatööline/ eraettevõtja	53,3	46,7	<0,0001	88,3	52,7	47,3	0,0237	84,7
töötu	36,0	64,0		10,0	38,8	61,2		2,5
lapsevanem puudus	34,6	65,4		1,7	44,4	55,6		12,8

5.2 Uuritava tunnuste ja päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seos tervise enesehinnanguga

5.2.1 Uuritavate tervise enesehinnangu ning demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste vahelised seosed

Uuritavate tervise enesehinnangu ja tausta tunnuste ning päritoluperekonnaga seotud tunnuste vahelistest seostest annab ülevaate tabel 5.

Naistel on 1,1 korda (95% CI 0,91–1,35) suuremad šansid rahuldavaks või halvaks tervise enesehinnanguks võrreldes meestega. Soo seos vastaja tervise enesehinnanguga statistilist olulisust ei omanud. Vanuse kasvades kasvas ka šanss anda halba tervise enesehinnangut. Võrreldes noorima vanuserühmaga oli vanemates vanuserühmades šanss anda halba tervise enesehinnangut märgatavalt suurem. Kui vanusegrupis 25–34 oli kohandamata mudelis šanss halvale tervise enesehinnangule 10% võrra väiksem kui noorimas vanusegrupis (OR=0,90; 95% CI 0,56–1,44) ja kõikidele tunnustele kohandatud mudelis vastavalt 28% võrra väiksem (OR=0,72; 95% CI 0,38–1,33), siis alates keskeast šanss anda halba tervise enesehinnangut märkimisväärselt suurenes. Vanusrühmas 45–54 oli šanss halvale tervise enesehinnangule kohandamata mudelis 3,64 korda (95% CI 2,34–5,64) suurem ja kõigile tunnustele kohandatud mudelis 2,80 korda (95% CI 1,47–5,35) suurem. Pensionieas (65+) olevate uuritavate šanss halvale tervise enesehinnangule oli kohandamata mudelis 15,84 korda (95% CI 10,04–25,00) suurem ja mudelis 1 5,33 korda (95% CI 2,53–11,25) suurem kui kooliealiste vanusrühmas (15–24).

Vähemusrahvusesse kuulumine ja seos tervise enesehinnanguga oli statistiliselt oluline. Kohandamata mudelis oli šanss halvale tervise enesehinnangule mitte-eestlaste seas 2,01 korda (95% CI 1,60–2,52) suurem ja kõikidele tunnustele kohandatud mudelis 1,74 suurem (95% CI 1,24–2,43).

Seos vastaja perekonnaseisu ja tervise enesehinnangu vahel üheski mudelis statistiliselt oluline ei olnud. Vallalised andsid halba tervise enesehinnangut kohandamata mudelis 1,19 korda (95% CI 0,98–1,45) enam, kui kooselus olevad uuritavad. Kõigile tunnustele kohandatud mudelis šanss halvale tervise enesehinnangule vähenes, olles 1% võrra väiksem (OR=0,99; 95% CI 0,75–1,30), kui kooselus olevate vastajate šanss.

Võrreldes uuritavate tervise enesehinnangu seost vastaja haridustasemega, oli halva tervise enesehinnangu šanss kõrghariduse omandanud vastajatel märkimisväärselt madalam kui

põhiharidusega inimestel. Kohandamata mudelis oli põhiharidusega täiskasvanute šanss halvale tervise enesehinnangule 1,64 korda (95% CI 1,19–2,27) suurem kui kõrgharidusega vastanutel. Kohandatud kõikidele tunnustega mudelis šanss halvale tervise enesehinnangule suurenes 2,2 korda (95% CI 1,36–3,55) ning statistiliselt olulistele tunnustele kohandatud mudelis oli šanss halvaks tervise enesehinnanguks juba 2,25 korda (95% CI 1,41–3,58) suurem kui kõrgharidusega uuritavatel. Keskhariidusega vastanute šanss halvaks tervise enesehinnanguks oli kõigis kolmes mudelis üsna sarnane. Kohandamata mudelis oli šanss anda halba tervise enesehinnangut 1,75 korda (95% CI 1,42–2,17) suurem keskhariidust omavatel uuritutel võrreldes kõrgharidusega inimestega. Kohandatud mudelites oli mõlemas keskhariidusega vastanute šanss 1,67 korda (95% CI 1,26–2,22 / 1,27–2,19) suurem kui kõrgharidusega uuritutel.

Uuritavate tervise enesehinnangu seos tööhõive staatusega oli nii kohandamata kui kohandatud mudelites statistiliselt oluline.

Mõlemas mudelis tõusis esile ootuspäraselt pensionäride halva tervise enesehinnangu šanss võrreldes õpilastega. Kohandamata mudelis oli pensionil olevatel Eesti elanikel šanss halvale tervise enesehinnangule 23,18 korda (95% CI 13,38–40,13) suurem kui õpilastel. Kohandatud mudelites pensionäride šanss halvale tervise enesehinnangule langes, kuid oli siiski võrreldes õpilastega 4,28 korda (95% CI 1,90–9,62) suurem kõigile tunnustele kohandatud mudelis. Statistiliselt olulistele tunnustele kohandades oli šanss vastavalt 4,24 korda suurem (95% CI 1,92–9,36). Üllatuslikult oli töötute šanss anda halba tervise enesehinnangut mõnevõrra väiksem kui töötavatel inimestel. Kui kohandamata mudelis oli töötavate inimeste šanss halvaks tervise enesehinnanguks 2,63 korda suurem kui õpilastel, siis töötute šanss oli vastavalt 2,08 korda (95% CI 1,60–4,34) suurem. Sarnane tendents oli nähtav ka mõlemas kohandatud mudelis. Statistiliselt olulistele tunnustele kohandatud mudelis oli töötute šanss halvaks tervise enesehinnanguks 1,14 korda (95% CI 0,49–2,67) suurem kui õpilastel, samal ajal kui töötavate vastanute šanss vastavalt 1,41 korda (95% CI 0,72–2,76) suurem. Oluline on aga märkida, et töötute osakaal tööhõive staatuses on 3,5% ja töötavate inimeste osakaal 58,1% (tabel 2), mille tõttu ei ole töötud ja töötavad inimesed omavahel antud andmestiku alusel kuigi võrreldavad. Sellel põhjusel ei esinenud mudelites ka töötute ja tervise enesehinnangu vahel statistiliselt olulist seost.

Majandusliku olukorra ja tervise enesehinnangu vaheline seos osutus kõikides mudelites statistiliselt oluliseks. Uuritavatel, kelle päritoluperekonnas esines rahalisi raskusi väga harva või üldse mitte, oli kohandamata mudelis šanss anda halba tervise enesehinnangut 72% võrra väiksem (OR=0,28; 95% CI 0,22–0,37) kui vastajatel, kes elasid perekonnas, kus rahalisi raskusi esines

püsivalt. Statistiliselt olulistele tunnustele kohandatuna oli heal majandusliku järjega perekonnas elanud vastajatel šanss halvaks tervise enesehinnanguks 63% võrra (OR=0,37; 95% CI 0,26–0,53) väiksem kui uuritavatel, kelle peres esines rahalisi raskusi tihti.

Tervisekäitumuslike tunnuste alusel oli positiivne seos hea tervise enesehinnangu ja tervislike eluviiside vahel hästi eristatav. Suitsetajate ja mittedsuitsetajate võrdluses oli statistiliselt olulistele tunnustele kohandatud mudelis mittedsuitsetajate šanss halvaks tervise enesehinnanguks 53% võrra väiksem (OR=0,47; 95% CI 0,35–0,64).

Harvem kui korra kuus alkoholi tarvitajatel on ligi kaks korda suuremad šansid hinnata oma tervist halvaks, võrreldes vähemalt korra nädalas alkoholi tarvitajatega (OR= 1,82; 95% CI 1,38–2,41). Sarnane tulem esines ka uuritavate kohta, kes alkoholi ei tarvita. Kohandamata mudelis oli mittetarvitajate šanss halvaks tervise enesehinnanguks 1,87 korda (95% CI 1,39 –2,52) suurem kui vastajatel, kes tarbisid alkoholi vähemalt korra nädalas.

Füüsiliselt aktiivsete (vähemalt 4 päeval nädalas) uuritavate šanss halvale tervise enesehinnangule oli 67% võrra väiksem (OR= 0,33; 95% CI 0,25–0,45) kui vastajatel, kes on füüsiliselt aktiivsed harvem kui kord nädalas.

5.2.2 Uuritavate tervise enesehinnangu ning nende vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste vahelised seosed

Uuritute haridustase oli tervise enesehinnangu kujunemisel oluliseks tunnuseks kõigis kolmes mudelis. Kohandamata mudelis osutus statistiliselt oluliseks nii ema kui isa haridus. Kohandatud mudelites oli statistiliselt oluline aga ainult ema haridus. Halva tervise enesehinnangu šanss vastajatel, kelle ema oli põhiharidusega, oli 5,11 (95% CI 3,81–6,87) korda suurem kui uuritavatel, kelle ema omas kõrgharidust. Kohandatud mudelis šanss anda halba tervise enesehinnangut neil vastajatel, kelle ema oli põhiharidusega, oli 30% võrra väiksem (OR= 0,70; 95% CI 0,44–1,10) kui kõrgharidusega emade järeltulijatel. Kõnealusel juhul kohandamata mudelis eelnimetatud šanss statistiliselt oluliseks ei osutunud. Tähelepanu äratav asjaolu, et kohandatud mudelis muutuvad ema hariduse šansisuhted vastupidiseks.

Nii nagu vastajate rahvusvähemusse kuulumine või mittekuulumine osutus statistiliselt oluliseks tunnuseks tervise enesehinnangu kujunemisel, esines sama tulem ka mõlema vanema tunnuse puhul kohandamata mudelis. Kohandatud mudelites (mudel 1 ja 2) mõlema vanema tunnuse statistiliselt oluliseks uuritu tervise enesehinnanguga seoses ei osutunud. Uuritutel, kelle ema ei olnud sündinud Eestis, oli kohandamata mudelis šanss halvaks tervise enesehinnanguks 2,37 (95%

CI 1,92–2,93) korda suurem, ning kohandatud mudelis (mudel 1) 1,21 korda suurem (95% CI 0,82–1,79) kui neil, kelle ema sünniriik oli Eesti. Isadel vastavalt 2,14 (95% CI 1,74–2,63) ja 1,13 korda (95% CI 0,76–1,68) suurem.

Vanemate tööhõive staatuse ja uuritava tervise enesehinnangu vahel kohandatud mudelites statistilist olulisust ei esinenud. Kui kohandamata mudelis oli ema tööhõive statistiliselt oluline, siis kõigile uuritava ja tema vanemate tunnustele kohandatuna statistiline olulisus tervise enesehinnanguga seoses esile ei kerkinud. Kohandamata mudelis oli uuritute, kelle ema oli töötu, šanss anda halba tervise enesehinnangut 2,04 (95% CI 1,46–2,84) korda suurem kui neil, kelle ema töötas palgatöötaja või eraettevõtjana. Isade puhul oli uuritute šanss halvaks tervise enesehinnanguks vastavalt 1,76 korda (95% CI 0,92–3,35) suurem. Kohandatuna kõikidele vastaja ja tema vanemate tunnustele, šanss halvaks tervise enesehinnanguks töötute emade ja isade lastel oli 1,19 (95% CI 0,78–1,83) ja 1,25 (95% CI 0,57–2,75) korda suurem kui palgatöölistel ja eraettevõtjatel.

Tabel 5. Halva tervise enesehinnangu ja demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste ning vastaja vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste šansisuhted (OR) ja usaldusvahemikud (95% CI) Eesti elanikel vanuses 15–99, Euroopa Sotsiaaluuring 2014 (paksus kirjas märgitud tulemused, kus $p < 0,05$)

Tunnused	Kohandamata mudel	Mudel 1*	Mudel 2*
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Sugu			
mees	1	1	
naine	1,11 (0,91– 1,35)	1,12 (0,84– 1,49)	
Vanus			
15-24	1	1	1
25-34	0,90 (0,56– 1,44)	0,72 (0,38– 1,33)	0,74 (0,40– 1,35)
35-44	1,31 (0,83– 2,09)	1,03 (0,53– 1,98)	1,15 (0,62– 2,13)
45-54	3,64 (2,34– 5,64)	2,80 (1,47– 5,35)	3,05 (1,66– 5,60)
55-64	6,55 (4,22–10,18)	4,58 (2,35– 8,93)	5,38 (2,85–10,14)
65 +	15,84 (10,04–25,00)	5,33 (2,53–11,25)	6,01 (2,95–12,27)
Rahvus			
eestlane	1	1	1
vähemusrahvus	2,01 (1,60– 2,52)	1,74 (1,24– 2,43)	2,04 (1,56– 2,66)
Perekonnaseis			
kooselus	1	1	
vallaline	1,19 (0,98– 1,45)	0,99 (0,75– 1,30)	
Haridus			
kõrgharidus	1	1	1
keskharidus	1,75 (1,42– 2,17)	1,67 (1,26– 2,22)	1,67 (1,27– 2,19)
põhiharidus	1,64 (1,19– 2,27)	2,20 (1,36– 3,55)	2,25 (1,41– 3,58)
Tööhõive staatus			
õpib	1	1	1
töötab	2,63 (1,60– 4,34)	1,48 (0,74– 2,96)	1,41 (0,72– 2,76)
töötu	2,08 (0,96– 4,36)	1,19 (0,50– 2,84)	1,14 (0,49– 2,67)
pensionär	23,18 (13,38–40,13)	4,28 (1,90– 9,62)	4,24 (1,92– 9,36)
muu	1,45 (0,74– 2,87)	1,07 (0,46– 2,49)	1,17 (0,52– 2,60)
Suitsetamine			
suitsetab	1	1	1
on varem suitsetanud	0,77 (0,57– 1,03)	0,54 (0,37– 0,78)	0,55 (0,38– 0,80)
ei suitseta	0,64 (0,50– 0,81)	0,43 (0,31– 0,60)	0,47 (0,35– 0,64)
Alkoholi tarvitamine			
vähemalt korra nädalas	1	1	
vähemalt korra kuus	0,99 (0,76– 1,28)	0,77 (0,55– 1,09)	
harvem kui korra kuus	1,82 (1,38– 2,41)	1,32 (0,91– 1,92)	
ei tarvita	1,87 (1,39– 2,52)	1,19 (0,78– 1,82)	

(Tabel 5 jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel 5 (jätk). Halva tervise enesehinnangu ja demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnuste ning vastaja vanemate sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste šansisuhted (OR) ja usaldusvahemikud (95% CI) Eesti elanikel vanuses 15–99, Euroopa Sotsiaaluuring 2014 (paksus kirjas märgitud tulemused, kus $p < 0,05$)

Tunnused	Kohandamata mudel	Mudel 1*	Mudel 2*
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Füüsiline aktiivsus			
Mitte kordagi	1	1	1
1-4 korda nädalas	0,33 (0,25– 0,45)	0,58 (0,39– 0,84)	0,53 (0,37– 0,78)
5-7 korda nädalas	0,38 (0,28– 0,51)	0,47 (0,32– 0,69)	0,49 (0,33– 0,68)
Rahalised raskused päritolu- perekonnas			
püsivalt/tihti	1	1	1
vahetevahel	0,45 (0,35– 0,59)	0,56 (0,40– 0,79)	0,55 (0,39– 0,76)
väga harva/mitte kunagi	0,28 (0,22– 0,37)	0,37 (0,26– 0,53)	0,37 (0,26– 0,53)
Emma sünniriik			
Eesti	1	1	
muu	2,37 (1,92– 2,93)	1,21 (0,82– 1,79)	
Isa sünniriik			
Eesti	1	1	
muu	2,14 (1,74– 2,63)	1,13 (0,76– 1,68)	
Emma haridus			
kõrgharidus	1	1	1
keskharidus	1,25 (0,94– 1,66)	0,65 (0,46– 0,93)	0,65 (0,47– 0,91)
põhiharidus	5,11 (3,81– 6,87)	0,70 (0,44– 1,10)	0,82 (0,55– 1,23)
teadmata	1,92 (1,08– 3,40)	0,34 (0,14– 0,79)	0,40 (0,18– 0,86)
Isa haridus			
kõrgharidus	1	1	
keskharidus	1,04 (0,80– 1,39)	0,92 (0,64– 1,34)	
põhiharidus	3,97 (2,95– 5,35)	1,23 (0,81– 1,87)	
teadmata	2,25 (1,52– 3,31)	1,41 (0,80– 2,46)	
Emma tööhõive staatus			
palgatööline/ eraettevõtja	1	1	
töötu	2,04 (1,46– 2,84)	1,19 (0,78– 1,83)	
lapsevanem puudus	2,16 (1,01– 4,63)	1,03 (0,44– 2,40)	
Isa tööhõive staatus			
palgatööline/ eraettevõtja	1	1	
töötu	1,76 (0,92– 3,35)	1,25 (0,57– 2,75)	
lapsevanem puudus	1,39 (1,04– 1,86)	0,69 (0,45– 1,06)	

* Mudel 1 – Kohandatud kõigile tabelis olevatele tunnustele; * Mudel 2 – Kohandatud statistiliselt olulistele andmeanalüüsis kasutatud tunnustele; $p < 0,05$ on statistiliselt oluline.

6. Arutelu

Magistritöö eesmärk oli analüüsida päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost uuritava tervise enesehinnanguga, vaadeldes uuritava vanemate sotsiaalmajanduslike tunnuseid ning kõrvutades neid uuritava demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnustega. Magistritöö andmeanalüüs põhines Euroopa Sotsiaaluuringu 2014 Eesti andmetel.

Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni mõju hinnates ei saa alahinnata uuritava enda demograafilisi ja sotsiaalmajanduslike tunnuseid. Veelgi enam, vanemad ei saa täiskasvanud inimesi sundida tervislikele eluviisidele, küll aga saab hinnata ja prognoosida mõningal määral vanemate sotsiaalmajandusliku staatuse alusel järeltulijate haridustaset, majanduslikku seisundit ja tervise enesehinnangut. Kuigi vanemate sotsiaalne positsioon on paljuski seotud uuritava enda sotsiaalse positsiooniga, näitab käesolev töö, et nii uuritava enda kui ka tema vanemate tunnuseid arvesse võttes on vanemate sotsiaalsel positsioonil täiesti eraldiseisev seos uuritava tervise enesehinnanguga.

Kõnealuses töös kirjeldati tervise enesehinnangu seoseid uuritava enda demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisekäitumuslike tunnustega, tõmmates paralleele vanemate sotsiaalse positsiooniga, et analüüsida päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seost tervise enesehinnanguga. Andmeanalüüsi rõhuasetus oli vastaja tunnuste olulisus, kõrvutades neid ema ja isa sotsiaalmajandusliku staatusega. Analüüsides nii vanemate kui uuritava enda tunnuseid, said tervise enesehinnangu kujundamisel määravaks uuritava tunnused. See aga ei tähenda, et tervise enesehinnangu kujunemisel ei ole seost vanemate sotsiaalse positsiooniga. Päritoluperekonna tunnuste alusel osutus statistiliselt oluliseks uuritava tervise enesehinnangu kujunemisel ema haridus ja rahaliste raskuste esinemine päritoluperekonnas. Kohandamata mudelites oli nähtav seos vastaja tervise enesehinnangu ja mõlema vanema sünniriigi, isa hariduse ja ema tööhõive vahel.

Magistritöös uuritud tervise enesehinnang jagunes kahte üsna võrdsesse rühma: 48,7% vastanutest hindas oma tervist rahuldavaks, halvaks või väga halvaks, ning 51,3% heaks või väga heaks. Kuigi nimetatud andmete alusel oli ülekaalus hea tervisega inimeste osakaal, on kasvamas tendents, et kogu valimist üle poole hindab oma tervist pigem rahuldavaks ja halvaks kui heaks või väga heaks. Väidet kinnitavad mitmed Baltimaades tehtud uuringud, milles kajastatakse sotsiaaldemograafiliste tunnuste mõju tervise enesehinnangule (28,44). Heaoluriikides on inimeste hinnang oma tervisele parem, mis samuti on sõltuvuses nii hariduse kui sotsiaalmajandusliku staatusega (15, 16, 32). Tuginedes mitmete uuringute andmetele, võib väita, et kui Soomes hindab

oma tervist halvaks kolmandik inimesi, siis Lätis, Leedus ja Eestis on halva tervise enesehinnanguga inimeste osakaal pigem üle poole (15, 44, 45).

Tõsiasi, et tervise enesehinnang on tugevas sõltuvuses vanusega, on kinnitust saanud paljudes teadusuuringutes (9, 10, 24, 46). Nooremad inimesed on tervemad ja sotsiaalselt aktiivsed, seevastu kui pensionieas olevad inimesed on põduramad ja sotsiaalsest keskkonnast isoleeritumad. Vanuse olulisus seoses tervise enesehinnanguga kajastus ka käesolevas magistritöös. Pensionieas (65+) olevatest isikutest hindas oma tervist halvaks 83,0% ja heaks vaid 17,0%.

Meeste ja naiste tervise enesehinnangu erinevust on kajastatud mitmetes uuringutes (9, 11, 24–27, 45). On uuringuid, kus naised hindavad oma tervist halvemaks kui mehed (9, 11, 26, 45), samas on ka neid, kus meeste tervise enesehinnang on halvem kui naistel (25). Põhjuseid on mitmeid ning kahtlemata on oluline aspekt teadlikkusel ja inimese sotsiaalmajanduslikul staatusel. Käesolevas magistritöös eristusid halva tervise enesehinnanguga mõnevõrra rohkem naised (49,9% N vs. 47,4% M), kuid kõnealuses andmeanalüüsis osutus sugu tervise enesehinnangu kujunemisel ebaoluliseks mõjutajaks.

Haridustaseme seotust tervise enesehinnangu kujunemisega on uuritud nii Eestis kui rahvusvaheliselt (9, 11, 15, 16, 32, 47). Madalama haridustasemega naised ja mehed hindavad oma tervist halvemaks, võrreldes kõrgema haridustasemega vastanutega. Haridustaseme seotus tervise enesehinnanguga on põhjendatav väärtushinnangute ja teadlikkuse suurenemise ning sooviga elada täisväärtuslikku elu. Haridustaseme olulisus kajastus ka käesolevas magistritöös. Haridustase oli seotud uuritava tervise enesehinnanguga, sealjuures omasid olulist mõju nii uuritava enda kui ema haridustase. Samad seosed leiti ka 2000. aastal Soomes korraldatud uuringus (39).

Sünniriik oli käesoleva uuringu tulemusel tervise enesehinnangu mõjutajana oluline vaid uuritava enda tunnuse puhul. Mitmete Eestis tehtud uuringute põhjal on selgunud, et halva tervise enesehinnanguga vähemusrahvused eristuvad võrreldes eestlastega (9, 46). Käsitletavas magistritöös hindasid vähemusrahvused oma tervist kaks korda halvemaks (OR=2,01; 95% CI 1,60–2,52) kui Eestis sündinud kodanikud. Sama seos oli märgatav ka uuritavate vanemate puhul, ent statistiliselt oluliseks osutus uuritavate tervise enesehinnangu kujunemisel vaid uuritu enda tunnus.

Perekonnakoosseis oli kõnealuses magistritöös kajastatud kahel viisil. Uuritavate leibkonna suurust (kooselus, üksik) hinnati eraldiseisvana, mille alusel selgus, et kooselus olevad uuritavad hindasid oma tervist paremaks kui üksikud vastajad. Sarnaseid seoseid on leitud ka mitmetes teistes epidemioloogilistes uuringutes (9, 11, 16, 44), kus üksinda elavatel isikutel on šanss halvaks tervise

enesehinnanguks varieeruvalt uuringust kuni 1,5 korda suurem. Leinsalu 2002 korraldatud uuringus ilmnis muu hulgas ka asjaolu, et üksinda kooselavad mehed hindavad oma tervist halvemaks kui üksikud naised (M:OR=1,44; 95% CI 0,94–2,18; N:OR=0,60; 95% CI 0,40–0,90). Käesoleva andmeanalüüsi tulemusena oli seos halva tervise enesehinnangu ja kooselu vahel sooti vastupidine. Lisaks vastaja enda perekonnaseisule kuulus tema vanemate tööhõive küsimuse alla ka päritoluperekonna leibkonda iseloomustav vastusevariant. Üks vanemate tööhõive vastusevariantidest oli ema/isa olemasolu perekonnas. Andmeanalüüsi tulemusena vanema puudumine statistiliselt oluliseks ei osutunud, ent näitas siiski tendentsi halva tervise enesehinnangu ja vanema olemasolu vahel. Vastajad, kellel puudus päritoluperekonnas kasvades ema, hindasid oma tervist kaks korda halvemaks kui vastajad, kes elasid koos töölkäiva emaga (OR=2,16; 95% CI 1,01–4,63). Isata üleskasvanud vastajatel oli aga šanss halvaks tervise enesehinnanguks 1,39 korda suurem (95% CI 1,04–1,86).

Vanemate olemasolu päritoluperekonnas ja seost uuritavate tervise enesehinnangu kujunemisel on uuritud mitmetes uuringutes (36,39,48). Tervise enesehinnangu seost leibkonna struktuuriga on Eestis uurinud ka Oja, kelle uurimusest järeldub, et oma tervist hindasid sagedamini väga heaks õpilased, kes pärinesid mõlema bioloogilise vanemaga kodust (35,2%), võrreldes üksikvanemaga (25,6%) või kasuvanemaga (26,6%) perest lastega (13). Eelnimetatud uuringute alusel on võimalik väita, et terviklik perekond, mille hulka kuulub nii ema kui isa, on nooruki tervise ja heaolu kujundajana väga tähtis.

Tervisekäitumine on terviseseisundi tagamisel üks olulisemaid tegureid ja sellel põhjusel on ka teaduskirjanduses laialdaselt uuritud seoseid tervise enesehinnangu ja tervisekäitumuslike tunnustega. Suitsetamine, alkoholi tarbimise sagedus, tervislik toitumine ja piisav füüsiline aktiivsus on põhilised tunnused, mille alusel saab hinnata inimeste tervislikke eluviise ja prognoosida tervise enesehinnangut. Eestis ja rahvusvaheliselt korraldatud terviseuuringutes rõhutati tervist kahjustavate mõjuainete tarbimise ja halva tervise enesehinnangu seoseid (18, 28, 32). Käesolevas magistritöös ilmnis samuti seos suitsetamise, alkoholi tarbimise sageduse ja füüsilise aktiivsuse vahel tervise enesehinnangu mõjutajana.

Tööhõive ja kõrge sotsiaalmajanduslik staatus on tunnused, mis kindlustavad parema elukvaliteedi. Hinnates päritoluperekonna sotsiaalmajanduslikku staatuset seost uuritava tervise enesehinnanguga, eristus halb tervise enesehinnang seoses rahalise olukorraga päritoluperekonnas. Ebavõrdsus tervises ja kihistumine sotsiaalmajandusliku staatuset alusel on enamikus riikides probleemiks. Tuginedes hulgaliselt tehtud uuringutele, on autor liialdamata seisukohal, et

sissetulek, mis on tihedas seoses haridustasemega, on üheks määravamaks tervise enesehinnangu kujundajaks (4, 32, 39, 48). Rahaliste raskuste puudumise korral saab perekond võimaldada järeltulijatele parimad võimalused kasvamiseks ja arenemiseks, mis on täiskasvanuikka jõudmisel eeskujuks ja väärtushinnanguks ka edaspidises elus.

Kokkuvõtlikult võib magistritöö andmeanalüüsi tulemusena järeldada, et tervise enesehinnangu kujunemisel omab ema haridus ja rahalised raskused päritoluperekonnas suurimat tähtsust. Lisaks ema haridustasemele oli tervise enesehinnang seotud vanemate sünnikoha ja ema ametiga. Siiski näitasid nii uuritu kui ka vanemate tunnustele kohandatud mudeli šansisuhted, et vanuse kasvades vanemate sotsiaaldemograafilised tunnused taanduvad ja uuritava tervise enesehinnangu kujunemisel saavad määravaks tema enda tunnused.

Töö nõrkused. Arvestades asjaoluga, et Euroopa Sotsiaaluuringu puhul on tegemist läbilõikelise uuringuga, siis tuleb tõdeda, et saadud tulemuste põhjal ei saa teha järeldusi põhjuslikkuse osas. Tõdedes, et tegemist on ankeetküsitlusel põhineva uuringuga, mille vastamismäär 2014. aastal eestlaste hulgas oli 56,7%, ei saa välistada puuduvate andmete kõrval ka vastamise ebatäpsusi ja sellest tulenevat nihet andmeanalüüsis. Siiski on andmed läbinud põhjaliku kontrolli ja tegemist on esindusliku valimiga Eesti rahvastikust. Valimi koostamisel tehtud vead on kõrvaldatud kaalude rakendamisega. Et antud valimist üle poole moodustasid keskealised ja pensionärid, võib vanemate sotsiaalse positsiooni mõju olla tingitud vastajate teadlikkusest ja ka oma vanemate sotsiaalmajandusliku staatuse mäletamisest. Sellel põhjusel oli ka uuritavate vanemate tunnustes märkimisväärselt suur osa puuduvaid väärtusi, mis andmeanalüüsi kaasavate inimeste hulka oluliselt vähendab, muutes ekslikult tähendusrikkad seosed vähemtähtsaks.

Magistritöö tugevuseks võib pidada mainitud uuringu põhinevust ESS andmetel, mis võimaldab sama küsimustiku ja meetodika alusel Eestit võrrelda hulga teiste Euroopa riikidega. Kuna Euroopa Sotsiaaluuringut on korraldatud 20 aastat ühtse meetodika alusel, saab käesoleva uuringu põhjal koostada trende nii sotsiaalmajanduslike kui ka paljude teiste tunnuste järgi. Samuti ei ole autori andmetel tehtud Eestis sarnase eesmärgiga ühtegi uuringut, mis omakorda annab tööle väärtuse ja põhjendab, miks uurida nimetatud eesmäärke põhjalikumalt ka teistlaadi andmete põhjal. Käesolev magistritöö ei välista päritoluperekonna tähtsust ning annab hea lähtekoha edasisteks põhjalikumaks uuringuteks.

7. Järeldused

Järgnevalt esitatakse kaalukamad järeldused uurimisküsimuste lõikes:

- **Kirjeldada vastaja tervise enesehinnangut sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes.**

Vanuses 15–99-aastaste Eesti elanike seas hindasid oma tervist paremaks nooremad, mehed, eestlased, partneriga koos elavad, kõrgema haridustasemega, tööturul aktiivsed ning tervist toetavat elustiili jälgivad uuritavad.

- **Kirjeldada vastaja tervise enesehinnangut päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes.**

Vanuses 15–99-aastaste Eesti elanike seas hindasid oma tervist paremaks uuritud, kelle vanemad olid sündinud Eestis, omasid kõrgharidust ja olid eraettevõtjad või palgatöölised. Statistiline olulisus uuritava tervise enesehinnangu ja vanemate sotsiaaldemograafiliste tunnuste osas esines ema ja isa sünniriigi, hariduse ja ema tööhõive vahel.

- **Analüüsida seoseid vastaja tervise enesehinnangu ja päritoluperekonna sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste vahel.**

Uuritavate tervise enesehinnang sõltub eelkõige uuritava enda demograafilistest ja sotsiaalmajanduslikest tunnustest, mille varju jääb vanemate sotsiaalmajanduslik staatus, mis uuritava vanusega taandub.

Kõrvutades uuritavate demograafilisi, sotsiaalmajanduslikke ja tervisekäitumuslikke tunnuseid nende vanemate sotsiaalmajanduslike tunnustega, esineb statistiline olulisus uuritava tervise enesehinnangu ja tema ema hariduse ning rahaliste raskuste esinemisel päritoluperekonnas. Hea tervise enesehinnangu šansid olid suuremad uuritutel, kelle emad omasid kõrgharidust ning kelle lapsepõlve kodus ei esinenud rahalisi raskusi. Teised päritoluperekonna tunnused statistilist olulisust uuritava tunnuste kõrval tervise enesehinnanguga seoses ei oma.

8. Kasutatud kirjandus

1. World Health Organization. Basic Documents. Forty-eighth edition 2014. [siteeritud 4. jaanuar 2020]. (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>)
2. Sanders J. Family of Origin and Interest in Childbearing. *Marriage Fam Rev* 2012;48:20–39.
3. Stafford M, Kuh D, Gale C, et al. Parent–child relationships and offspring’s positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *J Posit Psychol* 2015;11:326–37.
4. Starfield B, Riley AW, Witt WP, et al. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:354–61.
5. Eikemo T, Kunst A, Judge K, et al. Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:1072–78.
6. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn; 2011.
7. Waller G, Hamberg K, Forssen A. GPs asking patients to self-rate their health: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2015;65:638.
8. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:565–75.
9. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
10. Andersen F, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45-102. *Scand J Public Health* 2007;35:164–71.
11. Eriksson I, Undén AL, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001;30:326–33.
12. Jürges H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Econ* 2006;16:163–78.
13. Oja L. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: 2019.
14. Reile R, Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: 2019.
15. Pärna K, Ringmets I. Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland. *Scand J Public Health* 2010;38:129–34.
16. Eriksson M, Dahlgren L, Janlert U, et al. Social capital, gender and educational level – impact on self-rated health. *Open Public Health* 2010;3:1–12.

17. Reile R, Helakorpi S, Klumbiene J, et al. The recent economic recession and self-rated health in Estonia, Lithuania and Finland: a comparative cross-sectional study in 2004–2010. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:1072–9.
18. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst* 2008;88:37–42.
19. Sildever Ü, Pärna K, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. *Eesti Arst* 2008;87:13–18.
20. Leinsalu M. Kolme küsitlusuuringu terviseküsimuste võrdlev analüüs. Tervise Arengu Instituut, Sotsiaalministeerium. Tallinn; 2005.
21. Sherman BW, Stiehl E. Health Management in Commercially Insured Populations: It Is Time to Include Social Determinants of Health. *J Occup Environ Med* 2018;60:688–92.
22. Aguilar-Palacio I, Gil-Lacruz AI, Sánchez-Recio R, et al. Self-rated health in Europe and its determinants: Does generation matter? *Int J Public Health* 2018;63:223–32.
23. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–81.
24. Ferlander S, Mäkinen IH. Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Soc Sci Med* 2009;69:1323–32.
25. Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a crossnational study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:38–44.
26. Dias S, Gama A, Martins MO. Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: a Portuguese cross-sectional study. *Nursing Health Sci* 2013;15:309–17.
27. Evandrou M, Falkingham J, Feng Z, Vlachantoni A. Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:653–62.
28. 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;14:32–6.
29. Sildever, Ü. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa Sotsiaaluuring 2004 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2007.
30. Eesti Koostöökogu. Eesti Inimarengu Aruanne 2012/2013. Eesti maailmas. Tallinn; 2013.
31. Bushnik T, Barr-Telford L, Bussière P, et al. In and out of high school: first results from the second cycle of the Youth in transition survey, 2002 [Internet]. Ottawa, Ont.: Statistics Canada; 2004 [tsiteeritud 4. jaanuar 2020]. Available at: <http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=centennial&url=https://www.deslibris.ca/ID/201108>
32. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2007;17:125–33.
33. Link BG, Susser ES, Factor-Litvak P, et al. Disparities in self-rated health across generations and through the life course. *Soc Sci Med* 2017;174:17–25.

34. Quon EC, McGrath JJ. Community, family, and subjective socioeconomic status: Relative status and adolescent health. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc* 2015;34:591–601.
35. Pensola TH, Valkonen T. Effect of parental social class, own education and social class on mortality among young men. *Eur J Public Health* 2002;12:29–36.
36. Sokol R, Ennett S, Gottfredson N, et al. Variability in self-rated health trajectories from adolescence to young adulthood by demographic factors. *Prev Med* 2017;105:73–6.
37. Hyde M, Jakub H, Melchior M, et al. Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:882–6.
38. Lastekaitseeadus, 19.11.2014. RT I 06.12.2014, 1.
39. Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, et al. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health* 2006;16:305–14.
40. Pensola TH, Valkonen T. Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:525–529.
41. Veenstra G, Abel T. Capital interplays and the self-rated health of young men: results from a cross-sectional study in Switzerland. *Int J Equity Health* 2015;18:14–38.
42. Moor I, Rathmann K, Stronks K, et al. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:912–21.
43. Torssander J, Erikson R. Stratification and mortality—a comparison of education, class, status, and income. *European Sociological Review* 2009;26:465–474.
44. Bobak M, Pikhart H, Rose R, et al. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000;51:1343–1350.
45. Monden C. Socioeconomic health inequalities in Latvia – a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2004;32:217–223.
46. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst* 2008;88:37–42.
47. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, et al. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:130–5.
48. Bauldry S, Shanahan MJ, Boardman JD, et al. A Life Course Model of Self-Rated Health through Adolescence and Young Adulthood. *Soc Sci Med* 2012;75:1311–20.

Effect of parental social class on adults' self-rated health in Estonia: European Social Survey 2014

Riin Rohulaid

Summary

One health indicator that is widely used to assess the health status of the population – self-reported health. In addition to the individual's own factors, self-reported health is related to, among other things, to the social class of the family. The importance of the social class of the family in relation to the self-esteem of the respondent's health and what demographic, socio-economic and health behavioral characteristics affect the self-esteem of health are analyzed in this master's thesis.

Methods. The data about Estonia used in this the master`s thesis originates from the European Social Survey (ESS) covering the European population were used in the master's thesis. Estonia joined the ESS in 2004. The data from 2014 was used in the master's thesis, due to the fact that the questionnaire from that year included, a special block of health. 1,768 subjects aged 15–99 were included in the sample of the master's thesis, of which 45.8% were men and 54.2% were women. Percentages and Pearson's chi-squared test were used to analyze self-reported health for socio-demographic and health characteristics of the respondent and their parents. The relationship between self-reported health by study and family of origin characteristics was analyzed using unadjusted and adjusted logistic regression models, expressing the results as odds ratios with 95% confidence intervals (CIs).

Results. Health was rated as good by 52,6% of men and 50,1% of women. Good self-rated health was associated with majority of sociodemographic characteristics studied: highest proportions of self-rated health were found in the youngest group (25-34 years), in Estonians, in people living together, having higher education, employed, physically active, non-smokers.

Adjusted logistic regression models showed that self-reported health was statistically significantly associated with subjects age, born in country, education and work status.

Based on the family of origin, a statistically significant relationship was found between the self-report of the studied health and the financial difficulties in the family as well as mother's education.

Conclusions. Analysis showed that the subjects own demographic, socio-economic and health behavioral characteristics are more dominant than the parent`s socio-demographic characteristics.

Tänuavaldus

Minu siiras tänu:

- Ave Rootsile väärtuslike nõuannete, vastutulelikkuse ning igakülgse abi eest;
- Ene Indermittele toetuse, kriitiliste märkuste ning sisukate ja põhjalike kommentaaride eest;
- Inge Ringmetsale suure pühendumise ja statistiliselt olulise abi eest andmete analüüsimisel;
- perekonnale moraalse toetuse, mõistva suhtumise ja sihikindluse säilitamise eest.

Curriculum vitae

1. Ees- ja perekonnanimi: Riin Rohulaid
2. Sünniaeg ja koht: 10.03.1991, Tallinn
3. Kodakondsus: Eesti
4. E-post: riinrohulaid@gmail.com
5. Praegune töökoht, amet: AS Ida-Tallinna Keskhaigla, analüütik
6. Haridus:
2014–2016 Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, rahvatervishoiu
magistriõpe
2010–2014 Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus (õe eriala)
7. Keelteoskus: eesti (emakeel), inglise (kõnes hea, kirjas hea), vene (kõnes rahuldav)
8. Töökogemus: 2012–2015 AS Ida-Tallinna Keskhaigla, Südamekeskus, õde
2015–... AS Ida-Tallinna Keskhaigla, Kvaliteedikeskus, analüütik

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, RIIN ROHULAIID (sünd. 10.03.1991)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Päritoluperekonna sotsiaalse positsiooni seos täiskasvanu tervise enesehinnanguga Eestis: Euroopa Sotsiaaluuring 2014“, mille juhendajad on Ave Roots ja Ene Indermitte reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Riin Rohulaid
Tartus, 30. mail 2020. a