

Tartu Ülikool

Sotsiaal- ja haridusteaduskond

Ühiskonnateaduste instituut

Sotsioloogia eriala

Rene Juuse

Kaitseväekohustusealiste noormeeste tervise
enesehinnang ja seda mõjutavad tegurid

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Avo Trumm (PhD)

Tartu 2015

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Rene Juuse 01.06.2015

ABSTRACT

Self-Rated Health and Factors Affecting It Among Men Drafted for Compulsory Military Service

Facing the problem of declining numbers of conscripts in Estonia, it's necessary to explore the possible solutions for the problem. One of the possible solutions might be to improve the health of potential conscripts. One way of doing this might be to analyse self-rated health. In order to do so we must first find out which factors influence the self-rated health rating of men within the age range of conscription. For this specific reason the aim of this bachelor thesis is to find out which factors determine the outcome of self-rated health.

To do so, the dataset of European Social Survey is used. The rounds included are III, IV, V and VI. Main subjects of data analysis are men aged 17-27. The following countries were included in the analysis: Spain, Finland, Russia, Germany, Estonia, Lithuania, Poland and Ireland. Factor groups included in the analysis were demographic factors, socio-economic factors, psychological wellbeing, attitudes and health behaviour. In data analysis descriptive statistics, chi-square tests and independent samples t-tests were applied. In later parts, multinomial logistic regression was used.

Self-perceived happiness, feeling hampered in daily activities due to longterm illness, disability, infirmity or mental problem and experiencing depression were the most common factors influencing the health rating in every nation included in the analysis. Differences in the influence of different factors like social trust, feeling of safety in local area, social activity, households net income, work status, years of education completed, marital status and self-perceived social position were also observed between the countries included.

SISUKORD

ABSTRACT	2
SISSEJUHATUS.....	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
1.2 Enesehinnanguline tervis.....	8
1.3 Enesehinnangulise tervise usaldusväärsus	8
1.4 Tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid ja aspektid.....	9
1.5 Võimalikud erinevused enesehinnangulises tervises erinevate riikide lõikes	19
2. Probleemipüstitus	21
3. Andmed ja meetodika	23
4. Tervise enesehinnangut mõjutavate tegurite analüüs	27
5. ARUTELU	42
KOKKUVÕTE.....	51
KASUTATUD KIRJANDUS	52
LISAD	59

SISSEJUHATUS

Nagu paljudes teistes arenenud riikides, on Eestis probleemiks madal sündimus. Probleemide hulgas mida antud nähtus Eestile kaasa toob on ka kaitseväeteenistus-kohustuslaste arvu vähenemine. 2005ndal aastal oli registrisse kantud 313 982 (Ligi, 2006) kaitseväeteenistuskohustuslast ning aastaks 2014 oli see arv langenud 269 656-ni (Kaitseministeerium, 2015), see teeb 9-aastase perioodi languse määraks ligikaudu 14% (44326 isikut). Antud probleemi lahendamiseks leidub mitmeid erinevaid viise: inimjõu vähenemise kompenseerimine mitmete tehnoloogiliste saavutustega, rahvastiku iibe tõstmine, naiste arvu suurendamine riigikaitstes, erinevate vähemusgruppide kaasamine riigikaitssesse ning kutsealuste tervisenäitajate parandamine. Käesolev bakalaureusetöö võtab vaatluse alla kutsealuste tervisenäitajate parandamise perspektiivi.

2014. aastal väljastati Kaitseressursside Ameti poolt 25 277 kutset ilmuda terviseseisundi hindamiseks arstlikkuse komisjoni ning arstlikud komisjonid langetasid kokku 12 239 otsust (Kaitseministeerium 2015). Otsus, et kutsealune ei vasta tervisenõuetele, langetati 3187 korral (~26% kõikidest otsustest) ning otsus, et kutsealune ei vasta ajutiselt tervisenõuetele 4930 korral (~40% kõikidest otsustest) (Kaitseministeerium, 2015). Kuna ligikaudu 66% langetatud otsustest olid seotud kutsealuste halva tervisega, siis on kutsealuste tervisenäitajate parandamisel märkimisväärselt arenguruumi.

Käesoleva bakalaureusetöö eesmärgiks on selgitada erinevate sotsiaalsete ja ühiskondlike tegurite mõju kaitseväekohustuslike noormeeste enesehinnangulisele tervisele. Kuna ühiskondlike tegurite mõju võib erinevate ühiskondade kontekstis varieeruda, siis tulevad vaatluse alla kaheksa erinevat riiki: Soome, Eesti, Venemaa, Hispaania, Leedu, Iirimaa, Saksamaa ja Poola. Uurimuse tarbeks võetakse kasutusele Euroopa Sotsiaaluuringu III, IV, V ja VI vooru andmestik (2006, 2008, 2010, 2012 aasta).

Analüüs koosneb kolmest osast. Töö esimeses osas antakse ülevaade kaitseväeteenistus-kohustusealiste isikute enesehinnangulisest tervisest kõikide vastajate kontekstis (17-27-aastaste puhul ka soolises lõikes). Edasised töö osad võtavad vaatluse alla ainult 17-27-aastased mehed. Uurimuse teises osas tuleb vaatluse alla enesehinnanguline tervis erinevate tegurigruppide lõikes kasutades risttabelleid ja keskmiste võrdluseid. Analüüsi kolmandas osas võetakse kasutusele regressioonanalüüs, et välja selgitada millised eelmises osas kasutatud

tegurid mõjutavad enesehinnangulist tervist rohkem ning millised tegurid vähem. Analüüsile järgnevad arutelu ning tulemuste kokkuvõte.

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Tervise definitsioonid ja mudelid

Tervise puhul on tegu pealtnäha lihtsa mõistega, kuid püüdes tervise mõistet ise defineerida, satume enamasti kimbatusse. Tervise määratlemiseks eksisteerib erinevaid kontseptsioone ja võimalusi. Larson (1999) tõi välja järgmised tervise defineerimise viisid: biomeditsiiniline mudel, Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) mudel (holistlik mudel), heaolu mudel ja keskkondlik mudel. Järgnevalt antakse ülevaade nimetatud tervise kontseptsioonidest kasutades Larsoni (1999) artiklit.

Biomeditsiiniline mudel

Tervise biomeditsiiniline mudel on seotud tervise negatiivse definitsiooniga. Tervist nähakse kui haiguse ja põduruse puudumist. Tervis on midagi, mida saab teaduslike vahenditega mõõta (näiteks meditsiiniliste uuringutega, laborianalüüsides, statistiliste näitajate võrdlemisega) ning kindlaks teha. Kuigi antud mudel on näiliselt lihtne binaarne kontseptsioon (tervis kas on või ei ole), siis leidub ka siin subjektiivsust, nimelt kuidas määratakse ära millisest seisundist alates võib isikut nimetada haigeks (eriti aktuaalne on antud küsimus vaimsete haiguste puhul)? Mudeli peamiseks puuduseks on sotsiaalsete tervist mõjutavate tegurite eiramine. Sotsiaalsete tegurite eiramise tõttu ei pruugita mõningate terviseprobleemide uurimisel jõuda uuritavale terviseprobleemile suurt mõju avaldavate teguriteni. Selliseks terviseprobleemiks on näiteks enesetapp. 2008 aastal oli Kazahstanis enesetappude arv 100 000 elaniku kohta ~25.6, kuid Mehhikos oli vastavaks näitajaks ~4.6 (Värnik, 2012: 765). On üpriski tõenäoline, et antud erinevus ei tulene ainult bioloogilistest teguritest ning suurt rolli omavad ka sotsiaalsed tegurid.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) mudel (holistlik mudel)

WHO defineerib tervist tervikliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundina, mitte ainult haiguse ja põduruse puudumisena. Antud mudel likvideerib biomeditsiinilise mudeli peamise probleemi – sotsiaalsete tegurite eiramise. Kontseptsiooni kritiseeriti peamiselt selle mõõdtmatuse ja liigse idealismi osas, kuid on siiski saanud tänapäeval kõige populaarsemaks tervise definitsiooniks.

Heaolu mudel

Heaolu mudelis defineeritakse tervist kui jõudu ja võimekust tulla toime haigusest jagusaamisega. Antud mudel ei vastanda tervist ja haigust, inimene võib olla hea tervisega, kuid samal ajal põdeda ka haigust ning vastupidi. Mudelis eeldatakse, et vaimul on väga suur mõju kõigi kehaliste protsesside üle, näiteks toidu seedimise üle. Tervist nähtakse väga tugevalt inimese hoiakutega seotuna, näiteks kas indiviid on positiivselt meelestatud või mitte. Mudeli kohaselt mõjub näiteks positiivne ellusuhtumine kehale hästi ning seeläbi suurendab keha tervenemise mehhanismi võimekust. Mudelit kritiseeritakse peamiselt asjaolu suhtes, et heaolu on keerukas mõõta ning heaolu tajutakse indiviidide poolt, sõltuvalt vanusest ja kulutuurilisest kontekstist, erinevalt.

Keskkondlik mudel

Mudeli keskmeks on individuaalne kohanemine füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga ning ka teiste keskkondadega. Mudeli sees defineeritakse tervist mitmel erineval viisil. Kõikehõlmavaimaks definitsiooniks on tõenäoliselt tervis kui optimaalne võimekuse seisund, mis võimaldab indiviidil täita talle sotsialiseerumise protsessis määratud rolle ja ülesandeid. Kriitikud heidavad mudelile ette peamiselt kontseptsiooni raskesti mõistetavust ja mõõdetavust.

1.2 Enesehinnanguline tervis

Enesehinnanguline tervise (*self-rated health, self-assessed health, self-perceived health*) puhul on tegu näitajaga mis on saadud küsides vastajalt küsimusi nagu näiteks „hinda oma tervist 10 punkti skaalal (1 väga halb, 10 väga hea)“ või „hinda oma tervist võrreldes oma eakaaslastega 5 punkti skaalal (1 palju halvem, 5 palju parem)“ (Jylhä, 2009). Tegemine on tervist puudutavates sotsioloogilistes uuringutes väga laialdaselt kasutatava näitajaga. Enesehinnanguline tervis leiab laialdast kasutust kuna inimestelt hinnangu küsimine nende enda tervisele on märkimisväärselt odavam ja ajasäästlikum kui indiviidide peal arstlike ülevaatuste läbiviimine. Seeläbi saab uuringutesse kaasata rohkem indiviide.

1.3 Enesehinnangulise tervise usaldusväärsus

Enesehinnangulise tervise kasutamise puhul võib tekkida küsimus, et kas see on adekvaatne viis hinnata elanikkonna tervist. Mitmed uurimused on kinnitanud, et tegu on tõepoolest adekvaatse moodusega rahva tervise hindamiseks. Miilunpalo jt (1997) kinnitasid oma uurimusega, et enesehinnanguline tervis on heaks suremuse prediktoriks vanurite ja keskealiste puhul ning samuti prognoosis hinnang hästi vastaja poolt raviarsti külastamist küsitlusele

järgnenud aastal. Enesehinnangulise tervise ennustusvõimet inimeste suremuse osas kinnitas ka Heistaro jt (2001) uurimus. Enesehinnangulise tervise puhul on probleemina välja toodud, et sõltuvalt vastajate sotsiaalsest positsioonist võivad kriteeriumid, mille alusel vastajad oma tervist hindavad, erineda. Antud asjaolu vihjab probleemile, et enesehinnanguline tervis ei pruugi olla usaldusväärne tervisenäitaja kõikide sotsiaalsete klasside puhul. Siiski on kinnitatud, et enesehinnanguline tervis prognoosib suremust nii kõrgematest kui ka madalamatest klassidest pärit vastajate puhul (Burström, Fredlund, 2001). Samuti on enesehinnanguline tervis ka vähemuste puhul hea suremuse prognoosija (McGee jt, 1999).

Jätkates endiselt suremuse prognoosimise võimekuse arvestamist enesehinnangulise tervise usaldusvääruse määramisel, leidub ka uurimusi mis näitavad ka enesehinnangulise tervise usaldusvääruse probleemkohti. Iisraelis läbiviidud longituud-uuringust selgus, et enesehinnanguline tervis oli väga hea suremuse ennustaja kuni 4-aastase perioodi jaoks, kuid oli märgatavalt kehvem ennustaja kuni 9-aastase perioodi lõikes (Benyamini jt, 2003). Samas uurimuses selgus ka, et enesehinnanguline tervis ennustas 75-84-aastaste grupis suremust paremini kui 85-94-aastaste grupis. Halva ennustusvõime põhjuseks vanemas grupis ei olnud asjaolu, et inivididid kes olid andnud oma tervisele hinnangu „halb“ olid järelküsitluse hetkel endiselt elus, vaid hoopiski nähtus, et inivididid kes olid andnud oma tervisele hinnangu „hea“, ei olnud järelküsitluse hetkel enam elus. Sellest tuli välja ka asjaolu, et „halb“ enesehinnanguline tervisehinnang on usaldusväärsem suremuse ennustaja kui „hea“ tervise enesehinnang (vähemalt vastavate vanusegruppide puhul).

Eelnevalt mainitud tulemuste valguses võib olla kindel, et enesehinnanguline tervis on igati usaldusväärne näitaja hindamaks rahvastiku tervislikku seisundit. Kuigi tunnus on usaldusväärne rahva terviseseisundi prognoosimisel, ei ole tänapäevani üheselt mõistetav mida see tunnus täpselt mõõdab ning miks on see järjepidevalt ning tugevalt seostatud rahva suremusega.

1.4 Tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid ja aspektid

Tervise enesehinnang erineb teistest tervise indikaatoritest kuna tegu ei ole üheselt mõistetava näitajaga. Kui vastajal palutakse anda hinnang oma tervisele, siis käivitab see mitmetest lülidest koosneva mõtteprotsessi (Jylhä, 2009). Kui vastaja püüab oma hinnangut formuleerida, siis võib ta mõelda oma füüsilisele tervisele või hoopiski vaimsele tervisele. Ta võib protsessi kaasata sotsiaalse tervise tegureid (näiteks suhted tuttavatega) või ka seda mitte teha. See mille alusel ja kuidas tervise enesehinnanguni jõutakse erineb inivididiti. Seetõttu ei

ole siiani suudetud päris täpselt selgeks teha, mida tervise enesehinnang mõõdab. Kuna järjepidevalt püütakse leida erinevaid tegureid mis võivad tervise enesehinnangule mõju avaldada, siis on tänapäevaks tekkinud mõningane ülevaade erinevatest teguritest ja aspektidest mis võiksid anda oma panuse tervise enesehinnangu kujunemisse. Lähtudes Layesi, Asada ja Kepharti (2012) artiklist, on teada, et tervise enesehinnangu kujunemisele omavad mõju indiviidi teadmised oma tervisest, sotsiaalsed normid ja ootused haiguste osas ning haiguse aktsepteerimine ning haigusega kohanemine. Samas artiklis tuuakse välja ka tüüpilised tegurid mis omavad mõju enesehinnangulisele tervisele: demograafilised tegurid (vanus, sugu), sotsiaalmajanduslikud tegurid (näiteks sissetuleku suurus ja haridus), töötus, tervisekäitumine, kultuur ning koht. Lisaks mõjutavad enesehinnangulist tervist tegurigrupid nagu psüühiline/psühholoogiline heaolu (näiteks depressioon [Han, 2002], ärevus [Strine jt, 2005], õnnelikkus ja eluga rahulolu [Slahpush, Spittal & Singh, 2008]), sotsiaalsed suhted (näiteks sotsiaalsõprustike suurus ja tihedus [Youm jt, 2014]), perekondlikud tegurid (näiteks perekonnaseis [Joutsenniemi jt, 2006; Pollard & Harris, 2013]), hoiakud (Kavanagh jt, 2006; Nicholson, Rose & Bobak, 2010) ja ka laiem makrotasandi sotsiaal-kultuuriline kontekst (Kennedy jt, 1998).

Demograafilised tegurid

Tegu on elementaarseima tegurite grupiga. Antud gruppi kuuluvad tegurid nagu vanus ja sugu. Vanuse puhul on üldteada, et vananemisega halveneb tervise enesehinnang. Samuti võib vanus omada mõju sellele milliste tegurite alusel vastajad oma tervisele hinnangu annavad. Inimaju reageerib tugevamalt negatiivsele informatsioonile (Ito jt, 1998). Vananedes hakkab meil üha enam esinema probleeme füüsilise tervisega (näiteks füüsilistest tegevustest taastumine võtab rohkem aega, haiguseid esineb sagedamini ning neid on raskem põdeda). Kuna meie aju reageerib tugevamalt negatiivsele informatsioonile, siis kinnistuvad sellised füüsilise tervise probleemid väga hästi meie mällu. Juhul kui seejärel palutakse vastajal anda hinnang oma tervisele, siis meenuvad talle eelkõige füüsilise tervise probleemid ning teised tegurid jäävad tagaplaanile. Kuna nooremas eas esineb üldjuhul vähem füüsilise tervise probleeme, siis omavad ka teised tervise aspektid suuremat rolli tervise enesehinnangu kujunemisele. Sellegipoolest ei tähenda füüsilise tervise halvenemine ilmingimata tervise enesehinnangu halvenemist. Antud väidet illustreerib Soomes läbiviidud longituud uuring (Leinonen, Heikkinen, Jylhä, 2001). Vastajate vanus esimesel küsitlusel oli 75 aastat ning see viidi läbi aastal 1989, viimane küsitlus viidi läbi aastal 1994. Võrreldes esimest ja viimast küsitlust selgus, et 1/5 vastajatel oli enesehinnanguline tervis paranenud, 1/5 halvenenud ning

teistel jäänud samaks. Kui aga hiljem küsiti vastajatelt muutuste kohta nende tervises, siis tunnistasid umbes pooled, et nende tervis on halvenenud. Antud asjaolu näitab inimeste võimet kohaneda halvenenud tervise ja võimet aktsepteerida ilmnunud haiguseid.

Mõningate mõõndustega kulub siia gruppi ka elukohta tüüp. USA-s läbi viidud uurimusest (vastajad 18-aastased ja vanemad) selgus, et maakohtades (*rural countys*) elavad vastajad omasid suuremat tõenäosust omada halba või tagasihoidlikku tervise enesehinnangut kui linnastunud linnastunud piirkondades elavad vastajad (*urban countys*) (Monnat & Pickett, 2011). Erinevused olid täielikult seletatavad maakohtade struktuuriliste puudustega. Toodi välja, et maakohtades on saadaval vähem arste (Eberhardt, Ingram & Makuc, 2001), mitte-eksisteeriv või kehv avalik transport (raskendab terviseteenuste pakkujateni jõudmist) (Comer & Mueller, 1995). Samuti on maapiirkondadel vähe poliitilist ja majanduslikku võimu. Lisaks moodustavad suure osa elanikest tavaliselt vanurid. Samuti elab seal vähe kõrgharidusega indiviide ning vaesuses elavate inimeste osakaal on suurem kui linnapiirkondades (Lantz jt, 1998).

Vastaja soo mõju hinnangu kujunemisele on mõnevõrra keerukam. Kuigi statistiliselt on meeste eluiga naiste omast üldjuhul lühem ning meeste seas esineb ka rohkem terviseprobleeme, siis Hosseinpoori jt (2012) uuringu järgi on meeste tervise enesehinnangud kõrgemad kui naiste omad. Antud nähtuse üheks selgituseks võib olla, et naised külastavad arste rohkem kui mehed (Bertakis jt, 2000) ning võivad seetõttu oma füüsilise tervise osas meestest teadlikumad olla. Samuti ei pruugi mehed olla valmis oma kehva tervist tunnistama kuna see võib tunda liialt „feminiinse“ teona. Samuti on sugude vahel mõningaid erinevusi tervise enesehinnangut mõjutavate tegurite osas. Konkreetsete tegurite võimalikke soolisi iseärasusi kajastatakse edasistes lõikudes (juhul kui vastavate tegurite soolises lõikes tuvastati erinevusi).

Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Enimkasutatavaimateks teguriteks antud grupis on ülekaalukalt haridus ja sissetulek. Sissetulekut puudutavates tervise enesehinnangu uurimustes vaadeldakse tavaliselt sissetulekute ebavõrdsust. USA-s läbiviidud uurimuses selgus, et suurema majandusliku ebavõrdsusega osariikides elavad individid olid 30% tõenäolisemad raporteerima kehva tervist kui väiksema majandusliku ebavõrdsusega osariikides (Kennedy jt, 1998). Ebavõrdsuse mõju vaatlemisel erinevate sissetulekute suuruse gruppide lõikes selgus, et osariigi ebavõrdsuse tegur omas suurimat mõju madala sissetulekuga vastajatele ning mõju

eksisteeris ka keskmise sissetulekuga vastajate grupis. Kõrge sissetulekuga vastajate grupis märkimisväärset mõju ei täheldatud. Jaapani andmestikule tuginevas uurimuses võeti vaatluse alla individuaalne sissetuleku suurus kui ka sissetulekute ebavõrdsust erinevate prefektuuride (sarnased haldusüksused nagu Eestis maakonnad) vahel (Shibuya, Hashimoto & Yano, 2002). Antud uurimuses selgus, et individuaalsel sissetulekul, prefektuuri mediaan sissetuleku suhtes, on tugevam seos tervise enesehinnanguga kui prefektuuri tasemel sissetulekute ebavõrdsusel. Ebavõrdsuse mõju enesehinnangulisele tervisele oli Jaapani uurimuses väiksem kui USA-s läbi viidud uurimuses. Nähtuse selgituseks pakuti välja asjaolu, et Jaapani prefektuuride vahel on ebavõrdsus väiksem kui USA osariikide vahel ning seetõttu võib hakata osariikide/prefektuuride sissetulekute ebavõrdsus omama tugevamat mõju teatud ebavõrdsuse suurusest alates. Uuritud on ka majandussurutise mõju tervise enesehinnangule. Reile jt (2014) poolt Soome, Eesti ja Leedu andmetele tuginevas uurimuses selgus, et aastatel 2008-2010 kasvas mõnevõrra kehvemat tervisehinnangut omanud vastajate osakaal, kuid muutus ei olnud statistiliselt oluline. Soolise erinevuse aspektist saab välja tuua, et näiteks majapidamise kõrgem sissetulek on meeste puhul enesehinnangulise tervisega tugevamini seotud kui naiste puhul (Hosseinpoor jtm, 2012). Üldkokkuvõttes saab öelda, et tervise enesehinnangu vaatlemisel tasub uurida nii majandusliku ebavõrdsuse kui ka sissetulekute suuruse mõju.

Teiseks tähtsaks sotsiaalmajanduslikuks teguriks on haridus. Haridust nähakse üldiselt fundamentaalse terviseedendajana. Hiina andmestikul baseeruv uuringus leiti, et kõrgem haridustase võib märkimisväärselt parandada tervise enesehinnangut (Hu & Hibell, 2013). Rohkem said haridusest kasu meessoost vastajad (antud juhul tuleks arvestada meeste eeliseisuga Hiina tööturul). Võrreldes linnades ja maakohtades elavate vastajate tervise hinnanguid said haridusest rohkem kasu maakohtade elanikud. Viimast nähtust põhjendati asjaoluga, et haridus võib maakohtade elanike jaoks olla ainsaks teadmisteallikaks tervislike elustiili puudutavate teadmiste omandamiseks. Hariduse mõju üldiste põhjendustena pakuti välja, et madalama haridusega suureneb tõenäosus töötada ametipositsioonil millega kaasnevas töökeskkonnas on rohkem võimalikke ohte tervisele (Liu & Griffiths, 2011); lisaks võib parem haridus viia suurema sissetulekuga töökohani, mis võimaldab indiviidil paremates elutingimustes elamist (vähem tervistkahjustavaid tegureid, kättesaadavam arstiabi) ning haridus võib tagada ka paremad meditsiinilised teadmised. Ääremärkusena mainiti ka, et tulenevalt parematest elutingimustest ning suurenenud meditsiinilistest teadmistest on standard, mille alusel oma tervist hinnatakse, kõrgema haridustasemega vastajatel kõrgem.

Kuna haridus omab mõju mitmetele teguritele mis võivad veel omakorda mõjutada tervise enesehinnangut, on uuritud konkreetselt ka hariduse kumulatiivse eelise mõju tervise enesehinnangule (Mirowsky & Ross, 2008). Mainitud autorid püstitasid hüpoteesi, mille kohaselt täiskasvanuea tervise halvenemise määrade erinevuse suurus haridustasemetel vahel aja jooksul kasvab. Samuti eeldasid nad, et erinevuste suurus haridustasemetel vahel on mitmete kümnendite jooksul kasvanud. Mõlemad hüpoteesid said kinnitust. Täheldati, et tervise enesehinnangute vahe keskharidusega ja kõrgharidusega vastajate vahel kasvas vanusest 21 aastat kuni vanuseni 62 aastat. Vanemas eas haridustasemetel vaheline erinevus säilis, kuid erinevuse suurus hakkas taanduma. Erinevuste suuruste kasv aja jooksul vihjab, et haridustase võib hakata tulevikus tervise enesehinnangu kujunemisel omama veelgi tähtsamat rolli.

Vaadelda tasub ka tööstaatus. Poolas 25-64-aastaste peal läbiviidud uurimuses selgus, et töötud mehed omasid kolm korda suuremat riski omada halba tervise enesehinnangut kui töötavad mehed (Kaleta, Makowiec- Dąbrowska & Jegier, 2008). Töötud naised omasid poolteist korda suuremat riski omada kehva tervisehinnangut kui töötavad naised. Ka Inglismaal läbiviidud uurimus (25-29-aastaste vanusegrupp) kinnitas seost tööstaatusel ja tervise enesehinnangu vahel (Popham, Gray & Bamba, 2012). Märkusena toodi välja, et ei saa kindlalt väita, et töötus põhjustab kehva tervist, kuna on võimalik ka situatsioon, et kehva tervis põhjustab töötust (Roelfs, Shor & Davidson, 2011; Paul & Moser, 2008). Kuna võimalikud selgitused mis põhjendavad tööstaatusel seost enesehinnangulise tervisega on praktiliselt samad mis said ära mainitud haridust puuudutavas lõigus, siis ei hakka neid siinkohal uuesti välja tooma.

Mõju enesehinnangulisele tervisele on täheldatud ka sotsiaalse positsiooni enesehinnangu poolt. USA-s 7-12. klassi õpilaste (keskmise vanus $15,1 \pm 1,6$ aastat) andmetel baseeruv uurimuses selgus, et madalam sotsiaalse positsiooni enesehinnang ennustas kehva tervise enesehinnangut (ka siis kui arvesse võeti rassi ja objektiivsete sotsiaalmajanduslike tegurite mõju) (Goodman jt, 2007).

Objektiivsed tervisenäitajad

Objektiivsete tervisenäitajate alla kuuluvad erinevad haigused, vaevused, puuded ja ka näiteks kehamassi indeks. Hiina viies linnas, 18-80-aastase elanikkonna (kõrvale jäeti puudega, kirjaoskamatud ja psühhiaatriliste haiguste all kannatavad inividid) seas läbiviidud uurimus vaatles erinevate objektiivsete tervisenäitajate mõju vastajate tervise enesehinnangule (Wu jt,

2013). Vaatluse alla tulid sellised tegurid nagu erinevate haiguste (näiteks hüpertoonia, aju verevarustuse häired, diabeet ja krooniline bronhiit) esinemine, erinevad laboratoorsed parameetrid (vereanalüüs, kehamassiindeks) ning mõningad muud tervisega seonduvad faktorid (kehakaal 5 aastat tagasi, suitsetamine, füüsiline aktiivsus, stress, töökoormus, religioosne kuuluvus, suhete kvaliteet). Selgus, et madal tervise enesehinnang oli seotud haiguste esinemise tõusuga ja ka hälvete esinemisega laboratoorsetes näitajates. USA-s 20-74-aastase elanikkonna seas läbi viidud uurimuses nähti, et halb tervisehinnang oli seotud haiguste mainimisega ja kasutatavate retseptiravimite arvuga, samuti testiti võimalikku seost negatiivsete tunnete kogemisega (Shetterly jt, 1996). Uuringu tulemused kinnitavad, et eksisteerib seos objektiivsete tervisenäitajate ning enesehinnangulise tervise vahel. Lisaks annavad antud tulemused lisakinnitust tervise enesehinnangu usaldusväärsusele.

Tervisekäitumine

Tervisekäitumise alla lähevad sellised tegurid nagu näiteks füüsiline aktiivsus, tubaka ja alkoholi tarbimine, magamisharjumused ja toitumine. USA-s läbiviidud uurimuses selgus, et vastajatel kes võtavad osa joomingutest (*binge drinking*, meeste puhul vähemalt 5 jooki sündmuse kohta, naistel vähemalt 4 jooki sündmuse kohta) on joomingutest mitte osavõtjatega võrreldes 13-27% suurem tõenäosus raporteerida kehva tervise enesehinnangut (Tsai jt, 2010). Rootsi üliõpilaste seas läbiviidud uurimuses (vastajate enamuse moodustasid 21-24-aastased) kajastati, et mehed raporteerisid suuremat joomingutest (ning tarbitavad kogused olid suuremad) osavõttu kui naised (Vaez & Laflamme, 2003). Seetõttu võib alkoholi tarbimine mõjutada eelkõige meeste tervist. Samas uurimuses aga ka märgiti, et naised on vähem aldis tunnistama enda poolt tarbitud alkoholi koguseid ning seega ei pruugi erinevust tarvitamise osas tegelikult eksisteerida. Ka suitsetamine omas negatiivset seost tervise enesehinnanguga. Samuti selgus, et tubaka tarvitamine omas positiivset seost alkoholi tarbimise sagedusega ja tarvitava koguse suurusega (nii meeste kui ka naiste puhul) mis vihjab sellele, et negatiivne mõju tervise enesehinnangule ei pruugi tuleneda puhtalt alkoholi tarvitamisest. Uurimuse üldtulemuseks oli, et naissoost vastajad omasid tervislikumat elustiili ning hindasid ka oma elukvaliteeti kõrgemalt kui mehed. Selline tulemus on mainimist väärt seetõttu, et sellest hoolimata esines meessoost vastajate hulgas rohkem neid vastajaid kes andsid kõrgeid füüsilise tervise enesehinnanguid ning ka kõrgeid psühholoogilise tervise enesehinnanguid. See vihjab, et vähemalt vastavas vanusegrupis omavad soolised eripärad enesehinnangulisele tervisele tugevamat mõju kui tervisekäitumine üldiselt (st kõik tervisekäitumise alla kuuluvad tegurid koos). Samas uurimuses täheldati ka asjaolu, et mehed

raporteerisid füüsilise treeningu sageduseks neli või enam korda nädalas ning naised kaks või kolm korda nädalas. Seega võib vastavas vanusegrupis tervisekäitumist puudutavate tegurite hulgast eelkõige rolli mängida füüsiline aktiivsus.

Toitumisharjumuste mõju enesehinnangulisele tervisele saab vaadelda läbi halbade toitumisharjumuste peamise tagajärje – ülekaalulisuse. On üldteada, et ülekaalulisusega võivad kaasned mitmed terviseprobleemid. Kuna juba teame, et füüsilised terviseprobleemid omavad mõju tervise enesehinnangule, siis võib oletada, et ka ülekaalulisus omab mõju tervise enesehinnangule (ning seeläbi omab tervisehinnangule mõju toitumine). Küll aga on mõnevõrra üllatav, et ka juhul kui indiviidil ei esine ülekaalulisusega kaasnevaid kroonilisi haiguseid, eksisteerib ülekaalulisuse ja halva tervisehinnangu vahel seos (Okosun jt, 2011). Selgitust antud seosele uurimuses kahjuks ei pakutud. Võimalik, et see illustreerib taaskord seda, et tervise enesehinnangu puhul sõltub väga palju inimese enda arvamusest. Kuna järjepidevalt räägitakse, et ülekaalus on terviseprobleem, siis võib ülekaaluline indiviid seetõttu ka enda tervisehinnangut alandada (hoolimata sellest, et ülekaalulisusest tulenevaid haiguseid tal ei esine). Teisest vaatenurgast võib ülekaaluline isik kogeda igapäevaselt füüsilise aktiivsuse probleeme (näiteks ei jaksa joosta või isegi jalutuskäigud mõjuvad väsitavalt). Kindlalt saab väita ainult seda, et tervisekäitumine omab mõju tervise enesehinnangule.

Psüühiline ja psühholoogiline heaolu

Psüühilise heaolu teguritegrupi puhul on probleemiks, et ei ole üheselt mõistetav kas järgnevad tegurid kuuluvad objektiivsete tervisenäitajate alla või tasuks neid vaadelda eraldi (oleneb millisest tervisekontseptsioonist lähtuda). Lihtsuse mõttes on vastavad tegurid käesolevas töös toodud välja eraldi grupina. Gruppi kuuluvad tegurid on näiteks inimese õnnelikkus, erinevad eluga rahulolu näitajad, stress ja depressioon.

Austraalias läbiviidud õnnelikkuse ja rahulolu uurimus (vastajad vanuses 18 aastat ja vanemad) näitas, et eluga rahulolu ja õnnelikkus on tervise enesehinnangu heaks prognoosijaks (Siahpush, Spittal & Singh, 2008). Uurimuses kasutati longituuduuringu vahendeid. I laine andmete puhul vaadati vastaja hinnanguid eluga rahulolule ja enda õnnelikkusele. III laine andmete puhul vaadeldi I laines osalenute tervise enesehinnanguid. Selgus, et vastajad kes olid I laines oma eluga rahul omasid III laines 1,62 korda suuremat tõenäosust omada positiivset tervisehinnangut kui need kes oma eluga rahul ei olnud.

Vastajad kes pidasin ennast I laines õnnelikuks olid 1,5 korda tõenäolisemad omama positiivset tervisehinnangut III laines.

Kuigi intuiitiivselt võiks arvata, et ka ärevuse esinemine omab negatiivset seost tervise enesehinnanguga, siis 35-79-aastaste Rootsi Värmlandi maakonna elanike seas läbiviidud uurimuses märgati, et ärevuse esinemine ei omanud mainitud seost tervise enesehinnanguga (Molarius & Janson, 2002).

USA-s Monongahela Valleys 65-aastaste ja vanemate seas läbiviidud uurimusest selgust, et ka depressiooni sümptomite esinemisel on seos negatiivse tervise enesehinnanguga (Mulsant, Ganguli & Seaberg, 1997).

Psühholoogilise heaolu tegurite gruppi kuulub ka kontrollkese. Kontrollkeskme saab jagada kaheks: internaalne kontrollkese ja eksternaalne kontrollkese. Internaalse kontrollkeskme puhul usuvad inimesed pigem, et nemad ise suudavad kontrollida tegutsemise keskkonda ning nende tegevus suudab mõjutada tulemusi. Eksternaalse kontrollkeskme puhul on inimesed veendunud, et nendega juhtuvad asjad on tingitud välistest jõududest ning ei allu nende kontrollile. Reile ja Leinsalu (2013) artiklis selgus, et Eesti 25-74-aastase elanikkonna puhul osutus eksternaalne kontrollkese seostatavaks negatiivsete tervisehinnangutega.

Sotsiaalsed suhted

Sotsiaalsete suhete tegurigruppi kuuluvateks teguriteks on sotsiaalsete suhete arv ja nende suhete kvaliteet, sotsiaalne aktiivsus. Sotsiaalsed suhted omavad mõju tervise enesehinnangule peamiselt läbi psühholoogilise heaolu teguritegruppi kuuluvate tegurite. Näiteks võib sotsiaalsete suhete puudumisel inimene ennast üksikult tunda ning see võib omakorda soodustada depressiooni teket mis, nagu varasemast teame, omab jällegi mõju tervise enesehinnangule. Kanada prantsuse keelt kõnelevate vanurite hulgas läbiviidud uurimuses selgus, et sõprade puudumine oli tugevalt seotud kehva tervise enesehinnanguga (samas sõprade poolt pakutud toe kvaliteedil seos tervisehinnanguga puudus) (Zunzunegui jt, 2003). Uurimuses osutus tähtsaks ka sotsiaalne aktiivsus. 2/3 vastajatest, kes raporteerisid sotsiaalsete tegevuste puudumist, omasid kehva tervise enesehinnangut, kuid tervisehinnangud paranesid koos raporteeritud sotsiaalsete tegevuste arvu kasvuga. Huvitav oli ka asjaolu, et kuigi laialdased sõprusvõrgustikud olid seotud positiivse tervisehinnanguga, siis laialdased perekondlikud / laste võrgustikud ei omanud tervise enesehinnanguga seost.

Sotsiaalsete suhete tähtsus võib seisneda ka selles, et indiviidil on suhete omamisel võimalik teistelt invidiididelt vajalikku tuge saada. Seega võib oluliseks asjaoluks olla kõigest vajadusel vajaliku toe olemasolu (eksisteerima ei pea mitte isiklikud sotsiaalsed suhted, vaid võimalus tuge saada). Antud asjaolu võimalikule eksisteerimisele vihjab Brasiilia pangatöötajate uuring kus leiti, et kõrge sotsiaalne tugi töökohas vähendas neljakordselt tõenäosust raporteerida kehva tervisehinnangut (Silva & Barreto, 2012). Samas Kanada vanurite uuringu puhul ei leitud seost sotsiaalse toe ning tervise enesehinnangu vahel (Zunzunegui jt, 2003) ning seetõttu ei pruugi vastav mõttelend olla pädev (samas tasuks silmas pidada, et tegu on teise vanusegrupi ja teisest kohast ning keskkonnast pärit vastajatega).

Perekondlikud tegurid

Piir sotsiaalsete suhete tegurite grupi ja perekondlike tegurite grupi vahel on hägune. Sisuliselt võib gruppi vaadelda osaliselt ka kui sotsiaalsete suhete grupi alamhulka. Siia gruppi kuuluvad näitajad nagu perekonnaseis, laste arv ja suhted pereliikmetega. Nagu varasemalt mainitud, siis vähemalt Kanada vanurite puhul ei tuvastatud seost perekondlike võrgustike ja tervise enesehinnangu vahel (Zunzunegui jt, 2003). Siiski ei pruugi see tähendada, et perekond ei oma mõju tervise enesehinnangule. Hispaania vanurite seas läbiviidud uurimusest selgus, et koos lastega elamine suurendas tõenäosust omada positiivset tervisehinnangut (Zunzunegui, Béland, & Otero, 2001). Samuti suurendas lese staatus tõenäosust omada madalat tervise enesehinnangut. Selgitavateks põhjusteks toodi laste poolt pakutav emotsionaalne tugi ning kultuurilised erinevused. Uurijad mainisid, et lastega koos elamisest võivad tõenäoliselt invidiidid kes elavad kultuuriruumis kus väärtustatakse perekondlikku vastastikku sõltuvust, kuid mitte invidiidid kes kultuuriruumis kus väärtustatakse perekondlikku autonoomsust. Vastav mõte on kooskõlas Kanada ja Hispaania uurimustulemustes esinevate erinevustega (Hispaania kui konservatiivne ja perekondlikku sõltuvust pooldav riik ning Kanada kui liberaalsem perekondlikku autonoomsust pooldav riik).

Soomes läbiviidud (vastajad vanuses 30-64) uurimus võttis vaatluse alla abieluseisu ja ka kooselu mõju tervise enesehinnangule (Joutsenniemi jt, 2006). Erinevad võimalikud staatused olid: elab elukaaslasega, lesk, vallaline, lahutatud, lesk, abielus. Uurimuses vaadeldi erinevaid näitajaid aastatel 1978-80 ja 2000-01. 2000-01 aastate tulemuste põhjal täheldati meeste puhul halba tervist eelkõige vallaliste ja lahutatute puhul. Suur osa negatiivsest

tervisehinnangust vallaliste meeste puhul oli enamjaolt seletatav läbi nende madala haridustaseme ning mõne pikaajalise haigusega. Lahutatud meeste puhul selgitas arvestatava osa haridustase ning suitsetamine. Leskede ja elukaaslasega elavate tervise enesehinnang ei erinenud statistiliselt olulisel määral abielumeeste omast. Naiste puhul täheldati abielunaiste paremat tervist kõigi teiste staatuste ees. Kõige halvem tervis naissoost vastajate grupis oli leskedel. Leskede madalam tervisehinnang oli suures osas seletatav läbi haridustaseme ja pikaajaliste haiguste.

Kultuurilised ja hoiakulised tegurid

Antud tegurite alla kuuluvad tegurid nagu sotsiaalne sidusus/usaldus, elukeskkonna turvalisus ja näiteks ka kultuuriruum.

Kavanagh jt (2006) uurimuses leiti, et naabruskonna turvalisuse kasvuga vähenes naistel risk omada kehva tervist, kuid meeste tervisele ei omanud antud tegurid statistiliselt olulist mõju. Uurimuses täheldati ka, et naiste puhul oli vaesemates rajoonides elamine seostatud halva enesehinnangulise tervisega, kuid meeste puhul mitte. Selgus ka, et meeste puhul aitas sotsiaalse usalduse kasv vähendada tõenäosust omada kehva tervise hinnangut, kuid ei omanud statistiliselt olulist mõju naiste tervise enesehinnangule.

Kultuuri vaatepunktist võib tervise enesehinnangule mõju avaldada näiteks religioon. Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 aasta andmetel läbiviidud uurimuses tuvastati statistiliselt oluline negatiivne seos usuteenistustel käimise arvu ja tervise enesehinnangu vahel (väiksem usuteenistuste külastamise arv oli seotud halvema tervisehinnanguga) Soomes, Iirimaa, Kreekas ja Türgis (Nicholson, Rose & Bobak, 2010). Naiste puhul kehtis sama seos Soomes, Kreekas, Iirimaa, Poolas ja Hispaanias; Eestis oli aga seos vastupidine - suurem usutalituste külastamise arv oli seotud halvema tervisega. See võiks olla põhjendatav asjaoluga, et usutalituste külastajate keskmine vanuse on suurem kui teistes Euroopa riikides ning nad omavad oma east tulenevalt kehva tervisehinnangut, kuna kuus korra või enam usutalitusi külastavate naiste keskmine vanus on ESS 2004 andmetel mainitud riikidest kõrgeim Eestis (Eestis 55.2, Hispaanias 54.4, Soomes 53.2, Kreekas 53.7, Iirimaa 49.2, Poolas 42.7).

Poliitiliste režiimide ning ühiskonna majanduslike tegurite mõju käsitletakse järgmises alapeatükis.

1.5 Võimalikud erinevused enesehinnangulises tervises erinevate riikide lõikes

Varasemalt on leitud, et majanduslik ebavõrdsus omab tervisehinnangutele negatiivset mõju. Sissetulekute ebavõrdsuse ja tervisehinnangute vaheline seos on nõrgem riikidesisestes ning tugevam riikidevahelistes uurimustes (Kondo jt, 2009). Sissetulekute ebavõrdsuse ja tervisehinnangute negatiivne seos on tugevam riikide puhul mille Gini koefitsient on suurem kui 0.3 (Kondo jt, 2009). Arvestades eelmainitud teadmist, võib oodata, et enesehinnangulise tervise hinnangud on kõrgemad arenenud hoolekandesüsteemi ja sotsiaalpoliitikaga riikides ning kus on tähtsal kohal sissetulekute ümberjaotamine, sest mõlemad tegevused aitavad vähendada sissetulekute ebavõrdsust. Järgnevalt teen ülevaate vaatluse alla tulevate riikide sotsiaalhoolekande režiimidest nii nagu on need välja toodud Eikemo uurimuses (Eikemo jt, 2008). Lisaks toon välja uurimuses kajastatavate riikide Gini koefitsiendi (sulgudes) kasutades Maailmapanga andmeid. Iga riigi puhul on valitud värskem avaldatud koefitsient.

Skandinaavia režiim

Võrreldes teiste režiimidega pakutakse Põhjamaades (Soome, Rootsi, Taani, Norra, Island) heldeid sotsiaaltoetuseid, mis on kättesaadavad kõikidele ühiskonna kihtide liikmetele (märksõnaks universalism). Oluline on sotsiaalse võrdsuse edendamine, sissetulekuid ümberjagava sotsiaalkaitse süsteemi abil.

Anglo-Saksi režiim

Anglo-Saksi režiimi, kuhu kuuluvad näiteks Suurbritannia ja Iirimaa iseloomustavad pigem minimaalseid toetused. Sotsiaaltoetused on suuruselt pigem tagasihoidlikud ning toetuste saamine on rangelt reglementeeritud. Toetuste saajad omandavad teatud sotsiaalse stigma. Julgustatakse sotsiaalhoolekande privatiseerimist.

Bismarklik režiim

Kesk-Euroopa riikide (näiteks Saksamaa ja Austria) heaolusüsteem on kindlustuspõhine ning saadav toetus sõltub tihti saaja sissetulekust (mida suurem sissetulek, seda suuremad toetused). Toetuste andmisega tegeleb peamiselt tööandja. Eesmärgiks ei ole sotsiaalse võrdsuse tagamine, vaid pigem kehtivate sotsiaalsete klasside säilitamine. Perekond mängib suurt rolli (ematoetused jms). Redistributeeriv efekt on minimaalne.

Lõuna-Euroopa režiim

Lõuna-Euroopat (näiteks Hispaania, Itaalia, Kreeka, Portugal) iseloomustab väga fragmenteerunud hoolekande süsteem. Sisaldab mitmeid sissetulekute säilitamise skeeme, nii heldeid kui kasinaid. Tervishoiusüsteem katab tervisega seonduvaid kulutusi osaliselt. Toetatakse tugevalt perekondlikule abile (perekonnaliikmed aitavad kulutustega toime tulla) ning heategevuslikele organisatsioonidele.

Ida-Euroopa režiim

Antud režiimi puhul ei ole tehtud piisavalt uurimustöid, et seda saaks konkreetselt defineerida. Antud režiimi kohta on öeldud ka, et tegu on „ülemineku režiimiga“. Fenger leidis oma uurimuses, et antud režiimi liikmed tasuks veel jaotada kolme eraldi klastrisse: endised Nõukogude Liidu liiduvabariigid (käesolevas uurimuses Eesti (0,327; 2011), Leedu (0,326; 2011) ja Venemaa (0,397; 2009)) postkommunistlikud Euroopa riigid (siinses uurimuses Poola) ja arenevad heaoluriigid (nt Rumeenia, Gruusia ja Moldova) (Fenger, 2007).

2. Probleemipüstitus

Vähenenud sündimus ja rahvastiku vananemine ohustavad Eesti sõjalist julgeolekut kuna kaitseväekohuslaste arv kahaneb iga aastaga. Samal ajal halveneb Kaitseressursside Ameti andmetel ka iga aastaga kutsealuste tervis (Oja, 2015), mis võimendab probleemi veelgi. Huvitavaks teeb, aga probleemi asjaolu, et teiste osapoolte poolt teostatud uuringute andmed tervise halvenemist ei kinnita. Kuigi Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) andmetel hindab noorte meeste seas oma tervist halvaks või väga halvaks kõigest 5%, siis KRA arstlike komisjonide otsuste alusel on täheldatud, Eesti noormeeste tervislik seisund on halvenenud (Õun, 2010). Vaadeldes 2012 aasta statistikat, siis näeme, et TKU andmetel moodustasid diagnoositud ja ravitud haigustest lihasluukonna ja sidekoehaigused 15% ning depressiooni/psüühika- ja käitumishäired 6%, kuid Kaitseministeeriumi poolt tegevteenistuseks mittekõlblikuks tunnistamise põhjuste statistikas moodustasid haigusgrupid vastavalt 18% (TKU määrast 20% suurem) ja 24% (TKU määrast 300% suurem). KRA andmeid ja TKU uuringu andmeid ei saa aga kuigi objektiivselt võrrelda, kuna andmete kogumise kontekst oli märkimisväärselt erinev (arstlikkomisjon ja igapäevases keskkonnas läbiviidud küsitlus).

Tervise mõõtmine on keeruline ning rahva tervise hindamisel kasutatakse erinevaid hindamisviise. Üheks selliseks viisiks on tervise enesehinnang. Tervise enesehinnangu eelis teiste tervise hindamisviiside ees on selle lihtne kasutatavus (tervise hinnangu küsimine ei võta palju aega ega muid ressursse). Kuigi tegu on subjektiivse hinnanguga, on uurimused näidanud, et sellel on tugev seos indiviidi objektiivsete tervisenäitajatega. Probleemseks on aga asjaolu, et kuna noorte tervisenäitajad on teiste vanusegruppidega võrreldes head, siis on noorte tervise enesehinnangut puudutavaid uuringuid vähe ning seda mõjutavad tegurid suhteliselt ebaselged.

Teiste vanusegruppide uuringud on näidanud, et erinevates riikides on elanikkonna keskmine tervise enesehinnangu tase erinev. Antud erinevust on seostatud sissetulekute ebavõrdsusega, kultuuriliste iseärasustega ja ka sotsiaalkaitsesüsteemi eripäradega. Võib eeldada, et ka noorte meeste puhul avalduvad sarnased erinevused riikide lõikes nagu elanikkonnas üldiselt. Kuna erinevate riikide sotsiaalne kontekst on erinev, siis võib oletada, et erinevates riikides võivad ka noorte meeste tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid erineda.

Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada, milline on kaitseväekohustusealiste noormeeste enesehinnanguline tervis kaheksas Euroopa riigis ning millised demograafilised, sotsiaalsed, majanduslikud ja kultuurilised tegurid, seda mõjutavad.

Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

- 1) Milline on noormeeste (17-27-aastased) tervise enesehinnang erinevates riikides üldelanikkonna taustal?
- 2) Millised on noormeeste tervise enesehinnangu erisused erinevate sotsiaal-majanduslike tegurite (haridus, sissetuleku suurus, tööstaatus, sotsiaalse positsiooni enesehinnang, elukoha tüüp) lõikes?
- 3) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja sotsiaalne osalus ning suhted?
- 4) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja erinevad hoiakulised tegurid (turvatunne, inimeste usaldamine, usuteenistustest osavõtt)?
- 5) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja psühholoogiline heaolu?
- 6) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja objektiivsed tervisenäitajad?
- 7) Millised eespool käsitletud statistiliselt olulised tegurid mõjutavad noormeeste tervise enesehinnangut enim?

3. Andmed ja metoodika

Antud uurimisprobleemide puhul tahame teada milline on terve vanusegrupi tervis, millised tegurid seda mõjutavad ning lisaks on soovime vastavaid tegureid ka võrrelda ning püüda teha üldistusi. Kuna vastavad vajadused eeldavad kvantitatiivset lähenemist, siis kasutatakse bakalaureusetöös kvantitatiivset lähenemist.

Bakalaureusetöös kasutatakse Euroopa Sotsiaaluuringu andmeid. Euroopa Sotsiaaluuringu näol on tegemist suuremahulise uuringuga mis mõõdab inimeste hoiakuid, uskumusi ning käitumismustreid enam kui kolmekümnes riigis. Kasutusele võetakse III, IV, V ja VI vooru andmestikud (mõningate eranditega). Euroopa Sotsiaaluuringu III voor leidis aset aastal 2006, IV voor aastal 2008, V voor aastal 2010 ja VI voor aastal 2012. Vaatluse alla tulevad riigid: Saksamaa (bismarklik režiim), Poola (Ida-Euroopa režiim: postkommunistlik Euroopa riik), Iirimaa (Anglo-Saksi režiim), Venemaa, Leedu, Eesti (Ida-Euroopa režiim: endised Nõukogude Liidu liiduvabariigid), Soome (Skandinaavia režiim) ja Hispaania (Lõuna-Euroopa režiim). Leedu puhul kasutatakse ainult 2010 ja 2012 aasta andmeid kuna varasematel aastatel ei võtnud riik ESSist osa. Analüüsil kasutatakse kaalutud andmeid. Valimisse kaasatakse mehed vanuses 17-27 aastat (kaitseväekohuslaste vanus Eestis). Mõningate tunnuste (haridus, kooselu) puhul võetakse vaatluse alla ainult 22-27-aastaste vanusegrupp. Valimist jäetakse välja inividid kes märkisid tunnuse „peamine tegevus viimase 7 päeva jooksul“ väärtuseks „püsivalt töövõimetu või puudega“. Võib tekkida küsimus, et miks jäeti valimist välja inividid kes olid enda staatuseks märkinud „püsivalt töövõimetu või puudega“ kui eesmärgiks on välja selgitada miks on noormeestel kehv tervis. Seda sai tehtud kuna on ilmselge, et töövõimetud ning puudega inividid ei ole ajateenistuse jaoks kõlblikud. Antud uurimuse eesmärgiks on pigem püüda mõista neid indiviide kes võiksid langeda „ajutiselt mittekõlbliku“ otsuse saanute gruppi. Peale piirangu rakendamist jäi 17-21-aastaste meeste vanusegruppi Saksamaalt 452, Eestist 289, Hispaaniast 284, Soomest 256, Iirimaalt 435, Leedust 189, Poolast 346 ja Venemaalt 416 meest. 22-27-aastaste vanusegruppi jäi Saksamaalt 473, Eestist 325, Hispaaniast 361, Soomest 342, Iirimaalt 447, Leedust 128, Poolast 394 ja Venemaalt 525 vastajat. Analüüsis ei eristata erinevate küsitlusvoorude andmeid. Siinkohal tuleb mainida, et 17-21-aastaste vanusegrupis osutus vooru tunnus tervise enesehinnangu suhtes hii-ruut testi baasil statistiliselt oluliseks (nivool 95%) Leedus, kuid antud tulemus ei pruugi olla adekvaatne rahuldava/halva tervise enesehinnangu andnud vastajate alaesindatuse tõttu (12 vastajat 187-st) ning kuna Leedu

puhul on kasutusel ainult kahe vooru andmed. 22-27-aastaste vanusegrupi puhul osutus statistik statistiliselt oluliseks Eestis (lisa 1). Lisas 1 on näha, et iga vooruga kasvas 17-27-aastaste vanusegrupis head terviseenesehinnangut omanud vastajate osakaal (ka aastatel 2008 ja 2010). Antud nähtus on erinev Reile jt (2014) uurimuse tulemusest kus head tervisehinnangut omanud vastajate osakaalu kasvu aastatel 2008 – 2010 ei täheldatud (tegu võib olla vihjega, et 17-27-aastaste tervise enesehinnang omab teistest vanusegruppidest erinevat dünaamikat). Eesti puhul on testi tulemus tähtsam kui Leedu puhul kuna rahuldava/halva tervisega vastajaid oli 66 215-st, kuid kuna hilisemal analüüsil oleksid mitmete tunnuste puhul osad vastajad ilma voorude liitmiseta alaesindatud, siis tuleb antud juhul testi tulemusega leppida ning seda edasises analüüsis silmaspidada.

Kasutatavad tunnused

Peamiseks uuritavaks tunnuseks on subjektiivne üldine tervise enesehinnang (*Subjective general health*). Tunnus on originaalis 5-palli skaalal, hinnangutega 1 – „väga hea“, 2 – „hea“, 3 – „rahuldav“, 4 – „halb“, 5 – „väga halb“. Kasutusse võetakse tunnus ümberkodeeritult. Hinnangud väärtustega 1 ja 2 koondatakse kokku hinnanguks - „hea“ ja väärtused 3-5 hinnanguks – „rahuldav/halb“.

Eelnevat tunnust uuritakse järgnevate tunnuste abiga:

Läbitud õppeaastate arv (*Years of full-time education completed*). Tegu on pideva tunnusega.

Leibkonna netosissetulek kõikidest allikatest (*Household's total net income, all sources*). Väärtused on märgitud detšiilidena. Kasutusele võetakse tunnus ümberkodeerituna kvintiilideks.

Kui suurel osal ajast eelmise nädala jooksul olite masenduses? (*Felt depressed, how often past week*). Algsed väärtused on märgitud kujul 1 – „üldse mitte või peaaegu üldse mitte“, 2 – „mõnikord“, 3 – „enamuse ajast“ ja 4 – „kogu aeg või peaaegu kogu aeg“. Tunnus võetakse kasutusele ümberkodeerituna: 1 – „üldse mitte või peaaegu üldse mitte“, 2 – 4 – „mõnikord, enamuse ajast, kogu aeg või peaaegu kogu aeg“. Tunnus eksisteerib ainult III ja VI vooru andmetes.

Kui õnnelikuks te kõike kokkuvõttes end peate? (*How happy are you*). Väärtused on antud skaalal 0 – „väga õnnetu“ kuni 10 – „väga õnnelik“.

Tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan. (*Free to decide how to live my life*). Vastata sai skaalal 1 („olen täiesti nõus“) – 5 („ei ole üldse nõus“). Tunnus eksisteerib ainult III ja VI vooru andmetes. Tunnus võetakse kasutusele ümberkodeerituna kujul 1 – 2 – „nõus“, 3 – „ei ole nõus ega ole vastu“, 4 – 5 „ei ole nõus“.

Üldiselt hinnates, kas teie arvates võib enamikku inimesi usaldada? (*Most people can be trusted or you can't be too careful*). Väärtused on antud skaalal 0 – „peaks olema väga ettevaatlik“ kuni 10 – „enamikke saab usaldada“.

Võrreldes oma eakaaslastega, kui tihti te võtate osa seltskondlikest kohtumistest või üritustest? (*Take part in social activities compared to others of same age*). Tunnusel on väärtused 1 – „palju harvemini kui enamik eakaaslasi“, 2 – „harvemini kui enamik eakaaslasi“, 3 – „umbes sama tihti kui enamik eakaaslasi“, 4 – „sagedamini kui enamik eakaaslasi“, 5 – „palju sagedamini kui enamik eakaaslasi“. Tunnus on kasutusel rekodeerituna: 1 – 2 „harvemini kui enamik eakaaslasi“, 3 – „umbes sama tihti kui enamik eakaaslasi“, 4 – 5 – „sagedamini kui enamik eakaaslasi“.

Kui turvaliselt tunnete end – või tunneksite end – jalutamas üksinda oma kodu ümbruses pimedal ajal? (*Feeling of safety of walking alone in local area after dark*). Võimalikud väärtused on 1 – „väga turvaliselt“, 2 – „turvaliselt“, 3 – „mitte eriti turvaliselt“, 4 – „üldse mitte turvaliselt“.

Kas teie igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu? (*Hampered in daily activities by illness/disability/infirmary/mental problem*). Võimalikud väärtused on 1 – „jah, suurel määral“, 2 – „jah, mõningal määral“, 3 – „ei“. Tunnus võetakse kasutusele ümberkodeerituna: 1 – 2 – „jah“, 3 – „ei“.

Kõrvale jättes erilised sündmused nagu näiteks laulatused ja matused, kui tihti käite käesoleval ajal usuga seotud teenistustel? (*How often attend religious services apart from special occasions*). Võimalikud väärtused on 1 – „iga päev“, 2 – „rohkem kui kord nädalas“, 3 – „kord nädalas“, 4 – „vähemalt kord kuus“, 5 – „ainult erilistel pühadel“, 6 – „veel harvem“, 7 – „mitte kunagi“. Tunnust kasutatakse ümberkodeerituna: 1 – 4 – „ka pühade väliselt“, 5 – 6 – „pühadel või harvem“ ning 7 – „mitte kunagi“.

Elab koos abikaasa/kaaslasega (*Lives with husband/wife/partner at household grid*).
Dihhotoomne tunnus, märgitud/märkimata.

Elukoha tüüp, vastaja kirjeldus (*Domicile, respondent's description*). Võimalikud väärtused on 1 – „suurlinn“, 2 – „äärelinn“, 3 – „väikelinn“, 4 – „küla“, 5 – „talu või kodu maakohas“. Tunnus kodeeritakse ümber 3-tasemeliseks: 1 – 2 – „linn“, 3 – „väikelinn“, 4 – 5 – „küla või maakoht“.

On inimesi, kes kuuluvad meie ühiskonnas pigem ülemistesse kihtidesse, ja inimesi, kes kuuluvad pigem alumistesse. Kuhu teie ennast praegu sellel skaalal paigutaksite? (*Your place in society*) (edaspidi sotsiaalse positsiooni enesehinnang). Vastav tunnus eksisteerib ainult 2012 andmestikus. Väärtused on antud skaalal 0 – „ühiskonna põhjas“ kuni 10 – „ühiskonna tipus“.

Milline järgnevatest kirjeldustest kirjeldab kõige paremini teie olukorda viimase seitsme päeva jooksul? (*Main activity, last 7 days. All respondents. Post coded*). Väärtused on 1 – „tasustatud töö või tööst ajutiselt eemal“, 2 – „õpite“, 3 – „töötu ja otsite aktiivselt tööd“, 4 – „töötu, kuid ei otsi aktiivselt tööd“, 5 – „püsivalt töövõimetu või puudega“, 6 – „pensionil“, 7 – „kohustuslikul ühiskondlikult kasulikul töö või ajateenistuses“, 8 – „kodune, hoolitsete laste või kellegi teise eest“, 8 – „muu“. Tunnuse baasil loodi lisaks ka uus tööstaatus tunnus: 1 – „töötas“, 2 – „õppis“, 3 – 4 – „töötu“.

Vanus (*Age of respondent, calculated*) on pidev tunnus.

Sugu (*Gender*). 1 – „mees“, 2 – „naine“.

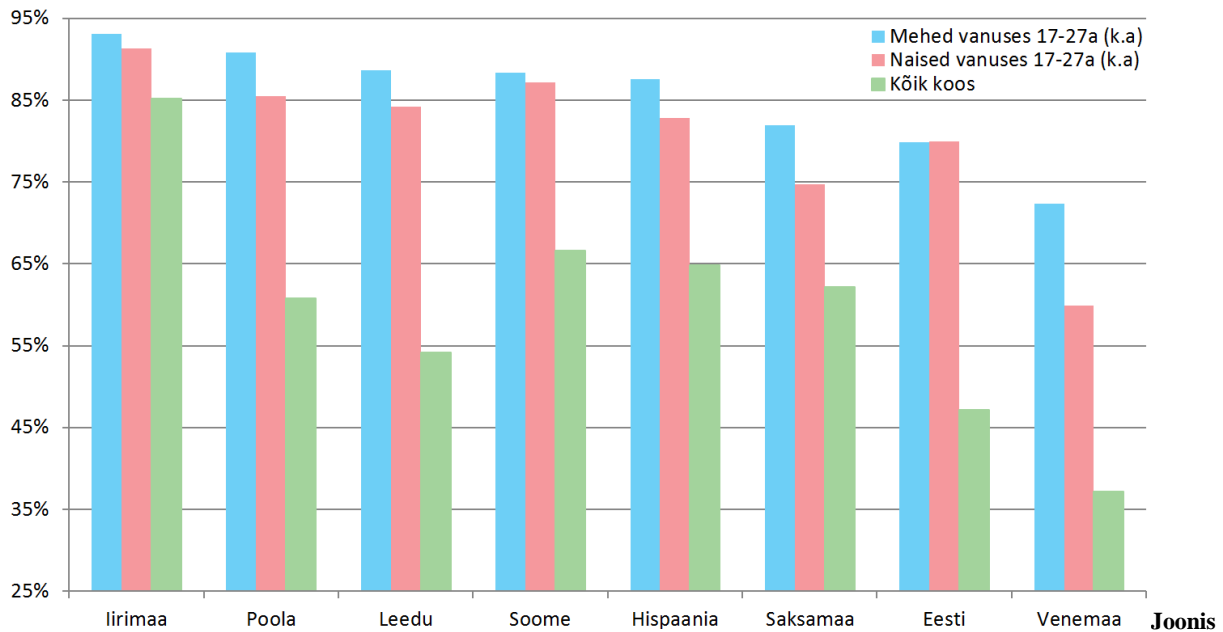
Analüüsi skeem

Tervise enesehinnangu tunnust statistiliselt oluliselt mõjutavad tunnused selgitatakse välja kasutades sõltumatute valimite t-testi, hii-ruut testi ja risttabeleid. Regressioon analüüsis kasutatakse multinomiaalset logistilist regressiooni. Regressioonanalüüsi kaasatakse tunnused mis omasid tervise enesehinnangule 17-27-aastaste vanusegrupis statistiliselt olulist mõju. Kuna tunnused mis tervisehinnangut mõjutavad on riigiti erinevad, siis tehakse igale riigile eraldi mudel. Võimalikud täiendavad analüüsi puudutavad märkused on toodud välja konkreetsete tunnuste analüüsi eel.

4. Tervise enesehinnangut mõjutavate tegurite analüüs

- 1) Milline on noormeeste (17-27-aastased) tervise enesehinnang erinevates riikides üldelanikkonna taustal?

Jooniselt 1 on näha, et kõige suurem hea või väga hea tervise enesehinnangu omajate osakaal on Irimaal. Irimaal omasid head tervise enesehinnangut 93% 17-27-aastastest noormeestest, 91% neidudest ning 85% kõikidest vastajatest (noormehed ja neiud kaasa arvatud). Kõige halvemaks osutus olukord Venemaal. Venemaal omasid head tervise enesehinnangut 72% 17-27-aastastest noormeestest, 60% neidudest ja 37% kõikidest vastajatest (riikide täpsed jaotused nähtavad lisa 2). Kõikide riikide puhul paistab ilmekalt välja, et noormehed omavad kõikide vastajate grupist märkimisväärselt paremat tervisehinnangut. Hii-ruut test näitas, et 17-27-aastase elanikkonna puhul olid sugude vahel statistiliselt olulised erinevused Saksamaal, Hispaanias, Poolas ja Venemaal (lisa 3). Võttes vaatluse alla ainult 17-27-aastaste noormeeste grupi, näitas hii-ruut test, et riigi tunnus omab tervise enesehinnangule tugevat mõju (statistik 5154,86; $p < 0,0005$). Jooniselt 1 on ka näha, et noorte tervise enesehinnangute puhul on erinevused märksa vähem drastilised kui üldelanikkonna puhul. Üldelanikkonna puhul on näha, et endistes kommunisti riikides kipub olema väiksem osakaal head tervisehinnangut omavaid vastajaid.



1 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide, vanusegruppide ja soo lõikes. Allikas: ESS, voorud III – VI.

2) Millised on noormeeste tervise enesehinnangu erisused erinevate sotsiaal-majanduslike tegurite (haridus, sissetuleku suurus, tööstaatus, sotsiaalse positsiooni enesehinnang) lõikes?

Hariduse ja tervise enesehinnangu seoste vaatlemiseks võeti kasutusele läbitud õppeaastate arvu tunnus. Tunnuse vaatlusesse kaasatakse ainult 22-27-aastased. Põhjuseks on asjaolu, et hariduse mõjud ei pruugi 17-21-aastaste grupis välja tulla (näiteks suvaline 17-aastane ei ole üldjuhul kulutanud hariduse omandamisele rohkem aastaid kui tema eakaaslased). Seetõttu ei oleks võimalik indiviidi tervise enesehinnangut teiste eakaaslastega hariduse omandamisele kulutatud aastate alusel võrrelda.

Kasutades t-testi selgus, et läbitud õppeaastate ja tervisehinnangu vahel oli statistiliselt oluline seos Eestis, Hispaanias, Iirimaa ja Poolas (tabel 1). Tabelist 1 on näha, et kõrgemad tervisehinnangud olid Eestis, Iirimaa ja Poolas seostatud suurema läbitud õppeaastate arvuga mis ühtlasi tähendab ka seda, et hariduse omandamisele rohkem aastaid kulutanud vastajad omavad suuremat tõenäosust omada head tervisehinnangut. Üllatavalt on Hispaania puhul kõrgema tervise enesehinnanguga seostatud hoopiski väiksem hariduse omandamise panustatud aastate arv.

Tabel 1 Tervise enesehinnang ja keskmine läbitud õppeaastate arv.

Riik	Tervise enesehinnang	t	Vabadusastmete arv	p	Keskmine läbitud õppeaastate arv	Standardhälve
Saksamaa	Hea	-.34	468	.731	14.05	2.56
	Rahuldav/halb				14.15	2.5
Eesti	Hea	2.25	323	.025	13.32	2.44
	Rahuldav/halb				12.6	2.44
Hispaania	Hea	-2.2	355	.029	13.47	3.97
	Rahuldav/halb				14.79	3.69
Soome	Hea	1.89	340	.060	14.19	2.42
	Rahuldav/halb				13.44	2.49
Iirimaa	Hea	2.62	442	.009	15.25	2.92
	Rahuldav/halb				13.89	2.58
Leedu	Hea	1.81	21.15	.084	14.31	.21
	Rahuldav/halb				12.02	1.25
Poola	Hea	2.23	391	.026	13.84	.13
	Rahuldav/halb				12.92	.42
Venemaa	Hea	.34	523	.731	13.70	.12
	Rahuldav/halb				13.62	.18

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Et saada aimu kas ja kuidas võib sissetulekute suurus tervise enesehinnanguga seotud olla, võeti kasutusele majapidamise kõikide (neto) sissetulekute kvintiilide tunnus. Vastav tunnus võimaldab analüüsi kaasata kõik 17-27-aastaste vanusegruppi kuuluvad vastajad, kuna väldib probleemi, et enamus koolis käivaid õpilasi ei oma veel isiklikku sissetulekut. Kvintiili tunnuse mõju osutus statistiliselt oluliseks ainult Venemaal ja Iirimaa (tabel 2).

Tabelist 2 on näha, et Venemaa puhul kasvab head tervise enesehinnangut omavate vastajate arv iga majapidamise kogusissetuleku kvintiiliga. Iirimaa puhul ei ole mainitud seos niivõrd ilmne. Kuigi head tervisehinnangut omavate vastajate osakaal on suurim V kvintiilis ja väiksem I kvintiilis, siis IV kvintiilis on head tervise hinnangut omavate vastajate osakaal hoopiski madalam kui II ja III kvintiilis. Huvitav on ka asjaolu, et Iirimaa on I sissetuleku kvintiilis head tervise hinnangut omavate vastajate osakaal suurem kui V kvintiilis Venemaal.

Tabel 2 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja majapidamise kogu neto sissetuleku kvintiilide lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja arv					Hii-ruut statistik	p
	I kvintiil	II kvintiil	III kvintiil	IV kvintiil	V kvintiil		
Saksamaa	83.6% (92)	84.4% (76)	82.5% (85)	75.3% (64)	85.7% (84)	4.1	0.393
Eesti	68% (17)	68.9% (31)	80.3% (49)	82.6% (76)	83.7% (103)	7.12	.13
Hispaania	89.2% (58)	85.1% (63)	86.3% (63)	85.5% (47)	76.9% (40)	3.67	.452
Soome	87.4% (90)	83.8% (57)	91.1% (72)	88.7% (55)	96.9% (62)	6.71	.152
Iirimaa	83.9% (120)	93.9% (93)	95.5% (64)	88.5% (46)	96.4% (27)	11.26	.024
Leedu	95.7% (22)	87.1% (27)	89.7% (35)	84.9% (45)	93.3% (70)	3.58	.466
Poola	82.1% (32)	86.8% (66)	91.8% (78)	95.8% (69)	90.4% (85)	6.7	.152
Venemaa	62.2% (23)	61.9% (65)	70.4% (81)	77.3% (99)	83.7% (123)	19	.001

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Tööstaatuse ja tervise enesehinnangu seoste vaatlemiseks kasutati tunnuse „milline järgnevatest kirjeldustest kirjeldab kõige paremini teie olukorda viimase seitsme päeva jooksul?“ baasil loodud tööstaatuse tunnust. Kuna vaatluse all on 17-27-aastaste vanusegrupp, siis on siin tähtis roll ka õppijatel. Seetõttu vaadeldi tunnuse baasil 3 eri gruppi: töökäijad, töötud ja õpilased.

Peale hii-ruut testi läbiviimist selgus, et tööstaatusel oli statistiliselt oluline seos tervise enesehinnanguga Saksamaal, Hispaanias, Iirimaa, Leedus ja Venemaal (tabel 3). Tabelist 3 näeme, et peaaegu kõikides mainitud riikides on head tervisehinnangut omanud vastajate osakaalud töökäijate ja õppurite gruppides suuremad kui töötute omas. Erandiks on ainult Leedu kus on töötute seas suurem head tervisehinnangut omanud vastajate osakaal kui töökäijate grupis. Kõige suurema hea tervisehinnanguga vastajate osakaaluga on kooliskäijate grupp.

Tabel 3 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja vastaja tööstaatuse lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv			Hii-ruut statistik	p
	Peamine tegevus viimase 7 päeva jooksul: töötas	Peamine tegevus viimase 7 päeva jooksul: õppis	Peamine tegevus viimase 7 päeva jooksul: töötas		
Saksamaa	82.6% (322)	83% (352)	63.9% (39)	13.42	.001
Eesti	77.3% (215)	83.3% (214)	73.7% (42)	4.23	.121
Hispaania	89.3% (266)	89.7% (218)	77.6% (76)	10.9	.004
Soomes	89.9% (222)	87.1% (236)	80.4% (41)	3.71	.157
Iirimaa	93.6% (262)	94.9% (375)	88.8% (167)	7.57	.023
Leedu	81.4% (96)	95.1% (154)	85.7% (18)	13.39	.001
Poola	89.4% (330)	93.7% (281)	87.7% (50)	4.48	.106
Venemaa	71.3% (362)	76.8% (255)	58.8% (47)	10.94	.004

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Sotsiaalse positsiooni mõju nägemiseks kasutati tunnust enesehinnanguline positsioon ühiskonnas. Antud tunnuse mõju vaatlemiseks saab kasutada ainult 2012 aasta vooru andmeid (muudes voorudes tunnust ei eksisteeri). Tunnus omab statistiliselt olulist mõju Saksamaal, Hispaanias, Soomes ja Iirimaa (tabel 4). Mainitud riikide puhul on selgelt näha, et head tervisehinnangut omavad vastajad omasid ka kõrgemat enesehinnangut positsioonile ühiskonnas. Ühtlasi tähendab see ka seda, et vastajad kes hindavad enda positsiooni ühiskonnas kõrgemalt, omavad suuremat tõenäosust omada head tervisehinnangut. Suurim hinnangute erinevus head ja rahuldavat/halba tervisehinnangut omavate vastajate vahel oli Soomes, kus erinevuseks oli 1,01 punkti.

Tabel 4 Ühiskonna sotsiaalse positsiooni enesehinnangute keskmised riikide ja tervise enesehinnangute lõikes 17-27-aastaste vanusegrupis.

Riik	Tervise enesehinnang	t	Vabadusastmete arv	p	Keskmine sotsiaalse positsiooni enesehinnang ühiskonnas	Standardhälve
Saksamaa	Hea	3.35	242	.001	6.03	1.55
	Rahuldav/halb				5.16	1.75
Eesti	Hea	.128	179	.90	5.69	1.31
	Rahuldav/halb				5.65	1.52
Hispaania	Hea	2.13	129	.035	5.84	1.61
	Rahuldav/halb				5.03	1.52
Soome	Hea	2.19	138	.03	6.14	1.72
	Rahuldav/halb				5.13	1.89
Iirimaa	Hea	3.25	16.831	.0005	5.54	1.61
	Rahuldav/halb				4.84	.64
Leedu	Hea	.31	181	.76	5.73	1.82
	Rahuldav/halb				5.55	1.76
Poola	Hea	1.12	171	.263	5.11	1.7
	Rahuldav/halb				4.53	1.99
Venemaa	Hea	1.47	224	.142	5	1.53
	Rahuldav/halb				4.68	1.54

Allikas: ESS, VI voor.

Elukoha tüübi kirjelduse tunnuse ja tervise enesehinnangu tunnuse vahel on statistiliselt oluline seos Soomes, Poolas ja Venemaal (tabel 5). Ootuspärane osakaalude jaotus esineb Soome puhul, kus head tervisehinnangut omavate vastajate osakaal on suurim linnas elavatel vastajatel (tabel 5). Üllatavad on tulemused Venemaa ja Poola puhul, kus head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal on suurim külas või maakohas elavatel vastajatel.

Tabel 5 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja vastaja elukoha tüübi kirjelduse lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv			Hii-ruut statistik	p
	Elukoha tüüp: linn	Elukoha tüüp: väikelinn	Elukoha tüüp: küla / maakoh		
Saksamaa	84.2% (235)	81.5% (312)	80.5% (210)	1.44	.488
Eesti	81.6% (160)	75.4% (178)	83.2% (149)	4.51	.105
Hispaania	85.8% (145)	84.6% (176)	90.7% (244)	4.55	.103
Soome	92.5% (221)	85.6% (161)	85.3% (145)	6.78	.034
Iirimaa	93% (281)	90.8% (246)	95.1% (293)	4.24	.12
Leedu	90.1% (145)	85.9% (79)	90.3% (56)	1.2	.548
Poola	90.1% (191)	87.2% (191)	93.8% (286)	6.69	.035
Venemaa	70.6% (291)	68% (232)	83.5% (157)	15.46	< 0.0005

Allikas: ESS, voorud III – VI.

3) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja sotsiaalne osalus ning suhted?

Kooselu tunnuse vaatlemisel võeti vaatluse alla ainult 22-27-aastased kuna 17-21-aastaste grupis elab koos abikaasa või kaaslasega kõigest 2,9% vastajatest. 22-27-aastaste vastajate puhul elas koos kaaslase või abikaasaga 30,5% vastajatest. Kooselu staatus osutus statistiliselt

oluliseks ainult Iirimaa (lisa 4), kus abikaasa/kaaslaseta elanud vastajate seas oli head tervise enesehinnangut vastajate osakaal 85,2% (75 vastajat) ning abikaasa/elukaaslasega elanud vastajate seas oli osakaaluks 94,7% (338). Seega omavad kaaslaseta elavad 22-27-aastased mehed Iirimaa suuremat tõenäosust omada head tervisehinnangut kui kaaslasega elavad noormehed.

Sotsiaalse osaluse mõju vaatlemiseks kasutati tunnust „võrreldes oma eakaaslastega, kui tihti te võtate osa seltskondlikest kohtumistest või üritustest?“. Mõju osutus statistiliselt oluliseks Saksamaal, Hispaanias, Soomes, Leedus, Poolas ja Venemaal (tabel 6).

Tabel 6 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja subjektiivse sotsiaalsetest tegevustest osavõtu hinnangu lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv			Hii-ruut statistik	P
	Kui tihti te võtate osa seltskondlikest kohtumistest või üritustest: harvemini kui enamik eakaaslast	Kui tihti te võtate osa seltskondlikest kohtumistest või üritustest: umbes sama tihti kui enamik eakaaslast	Kui tihti te võtate osa seltskondlikest kohtumistest või üritustest: sagedamini kui enamik eakaaslast		
Saksamaa	73.1% (163)	84.6% (429)	84.8% (162)	15.26	< .0005
Eesti	76.6% (193)	81.5% (212)	82.6% (76)	2.53	.283
Hispaania	80.5% (140)	90% (342)	90.7% (78)	10.86	.004
Soomes	82.4% (168)	92.4% (267)	88.2% (90)	11.6	.003
Iirimaa	91.8% (169)	93.5% (462)	93.1% (190)	.59	.746
Leedu	75.4% (43)	87.8% (159)	100% (76)	19.56	< .0005
Poola	86.5% (167)	93.7% (413)	86.5% (83)	10.7	.005
Venemaa	66.7% (158)	74.7% (375)	76.2% (122)	6.39	.041

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Sotsiaalse aktiivsuse enesehinnangutest tulenevad erinevused tulevad eelkõige nähtavale võrreldes vähem aktiivseid kahe teise grupiga (tabel 6). Poolas ja Soomes on täheldatav mõnevõrra ootamatu seos, kus head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal oli suurim keskmiselt sotsiaalselt aktiivsete noormeeste puhul (vastavalt 93,7% ja 92,4%). Huvitav on ka asjaolu, et Leedus ei olnud kõrget sotsiaalset aktiivsust omavate vastajate hulgas mitte ühtegi halvemasse tervise enesehinnangu gruppi kuuluvat vastajat. Väikseim head tervist omavate vastajate osakaal oli Venemaa sotsiaalselt vähem aktiivsete vastajate seas.

- 4) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja erinevad hoiakulised tegurid (turvatunne, inimeste usaldamine, usuteenistustest osavõtt)?

Uurides seost tunnuse „kui turvaliselt tunnete end – või tunneksite end – jalutamas üksinda oma kodu ümbruses pimedal ajal?“ ja tervise enesehinnangu vahel selgus, et statistiline

oluline seos oli tunnuste vahel Saksamaal, Iirimaal, Leedus ja Venemaal (tabel 7). Võrreldes keskmiseid on mainitud riikide näha, et head tervisehinnangut omavad vastajad tunnevad üksinda pimedal ajal kohalikus piirkonnas jalutades turvalisemalt kui rahuldava/halva tervisehinnangu omajad. Seega omavad kodukohas pimedal ajal üksinda jalutades ennast turvalisemalt tundjad suuremat tõenäosust omada head tervisehinnangut.

Tabel 7 Hinnang turvatundele üksinda kohalikus piirkonnas jalutamisel riikide ja tervise enesehinnangute lõikes 17-27-aastaste vanusegrupis.

Riik	Tervise enesehinnang	t	Vabadusastmete arv	p	Turvatunne pimedal ajal kohalikus piirkonnas üksinda jalutades (keskmine hinnang, madalam on parem)	Standardhälve
Saksamaa	Hea	-3.68	912	< 0.0005	1.62	.64
	Rahuldav/halb				1.82	.67
Eesti	Hea	-1.92	608	.055	1.86	.7
	Rahuldav/halb				2	.76
Hispaania	Hea	-1.03	643	.304	1.77	.67
	Rahuldav/halb				1.85	.7
Soome	Hea	-2	596	.844	1.54	.55
	Rahuldav/halb				1.56	.53
Iirimaa	Hea	-3.09	876	.002	1.69	.02
	Rahuldav/halb				1.98	.09
Leedu	Hea	-3.05	39.734	< 0.004	2.21	.64
	Rahuldav/halb				2.66	.85
Poola	Hea	-1.17	734	.241	1.71	.61
	Rahuldav/halb				1.8	.57
Venemaa	Hea	-5.54	425.828	< .0005	1.93	.77
	Rahuldav/halb				2.27	.87

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Inimeste usaldamise mõju vaatlemiseks kasutati tunnust „üldiselt hinnates, kas teie arvates võib enamikku inimesi usaldada?“. Tunnuse mõju osutus statistiliselt oluliseks Saksamaal, Soomes, Iirimaal, Leedus, Poolas ja Venemaal (tabel 8). Tabelis 8 on näha, et kõikides mainitud riikides peale Soome on kõrgem inimeste usaldamise hinnang seotud hea tervisehinnanguga ja madalam inimeste usaldamise hinnang seotud rahuldava/halva tervise enesehinnanguga. Soomes oli seos hoopiski vastupidine. Soome puhul oli tegu väiksema statistiliselt olulise hinnangute erinevusega ning ühtlasi ka kõige kõrgemaid usaldusehinnanguid näitava riigiga. Soome madalam sotsiaalse usalduse hinnang oli ühtlasi kõrgem kõigi teiste riikide kõrgeimatest sotsiaalse usalduse hinnangutest. Antud tulemus võib vihjata, et teatud sotsiaalse usalduse tasemest alates võib sotsiaalse usalduse mõju dünaamika tervise enesehinnangule muutuda. Sotsiaalse usalduse puhul on tegu seni kõige enim riike statistiliselt oluliselt hõlmanud tunnusega.

Tabel 8 Hinnang inimeste usaldatavusele riikide ja tervise enesehinnangute lõikes 17-27-aastaste vanusegrupis.

Riik	Tervise enesehinnang	t	Vabadusastmete arv	p	Üldiselt hinnates, kas teie arvates võib enamikku inimesi usaldada? (keskmine hinnang, suurem on parem)	Standardhälve
Saksamaa	Hea	5.39	922	< .0005	5.14	2.07
	Rahuldav/halb				4.18	2.14
Eesti	Hea	1.62	605	.106	5.35	2.01
	Rahuldav/halb				5.02	2.04
Hispaania	Hea	1.6	642	.642	5.2	1.88
	Rahuldav/halb				4.84	1.9
Soome	Hea	3.45	596	.001	6.65	1.8
	Rahuldav/halb				6.86	1.96
Iirimaa	Hea	3.2	878	.001	5.61	2.21
	Rahuldav/halb				4.68	2.1
Leedu	Hea	4.57	311	< .0005	5.32	2.23
	Rahuldav/halb				3.51	2.14
Poola	Hea	2.38	737	.018	4.55	2.24
	Rahuldav/halb				3.88	2.12
Venemaa	Hea	2.06	934	.04	4.33	2.46
	Rahuldav/halb				3.96	2.3

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Usuteenistustest osavõtt oli statistiliselt olulise mõjuga Saksamaal, Poolas ja Venemaal (tabel 9). Tabelist 9 on näha, et kõigil kolmel riigil on usuteenistusest ka pühade väliselt osavõtjate seas suurim head tervisehinnangut omavate vastajate osakaal. Ainult Saksamaa puhul on näha tendentsi, et usuteenistustest osavõtmise arvu kasvuga, kasvab ka head tervisehinnangut omavate vastajate osakaal. Poola ja Venemaa puhul on head tervist omavate vastajate osakaalu suurusega teisel kohal hoopis usuteenistusest mitteosavõtjad ja kolmandal positsioonil pühadel või harvem usuteenistusi külastajad.

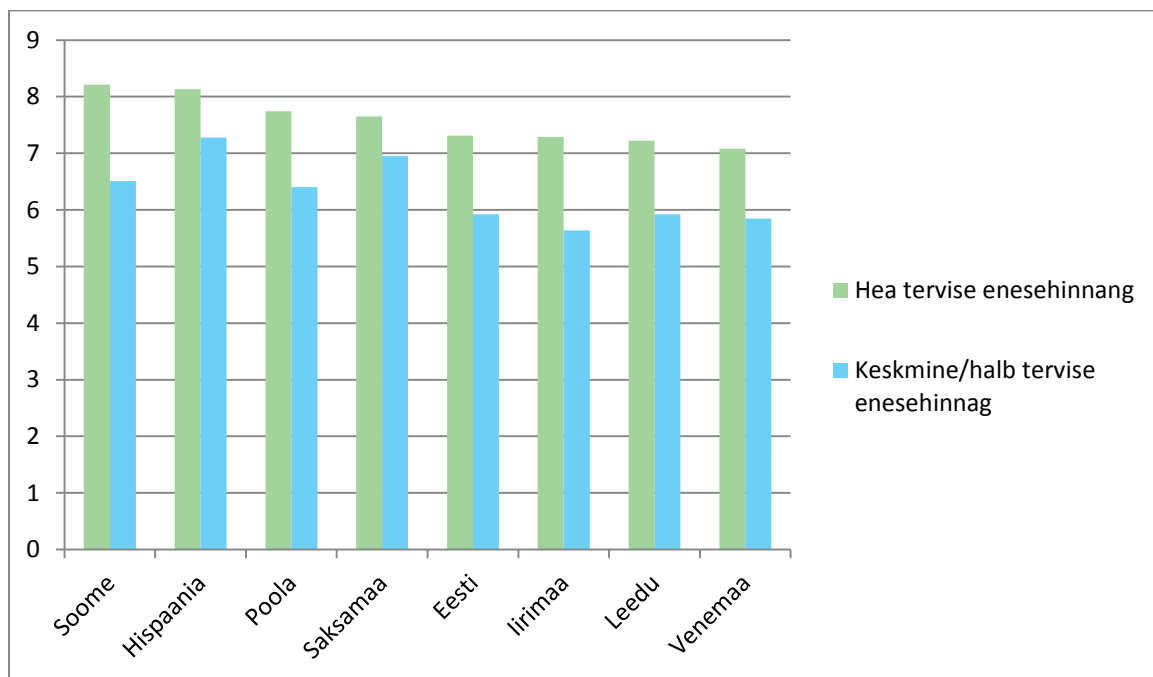
Tabel 9 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja usuteenistusest osavõtmise sageduste lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv			Hii-ruut statistik	P
	Külastan usuteenistusi: ka pühade väliselt	Külastan usuteenistusi: pühadel või harvem	Külastan usuteenistusi: mitte kunagi		
Saksamaa	89.2% (99)	84.2% (304)	78% (351)	9.84	.007
Eesti	74.1% (20)	78.8% (230)	81.5% (238)	1.27	.53
Hispaania	91.8% (67)	88.2% (165)	86.5% (332)	1.7	.43
Soome	93% (53)	89.9% (267)	85.2% (208)	4.15	.13
Iirimaa	94% (249)	93.6% (365)	91.2% (206)	1.78	.41
Leedu	81.8% (18)	88.6% (179)	89.5% (77)	1.05	.593
Poola	93.5% (415)	84.8% (190)	92.2% (59)	13.39	.001
Venemaa	76.8% (73)	68.1% (277)	75.2% (310)	6.4	.041

Allikas: ESS, voorud III – VI.

5) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja psühholoogiline heaolu?

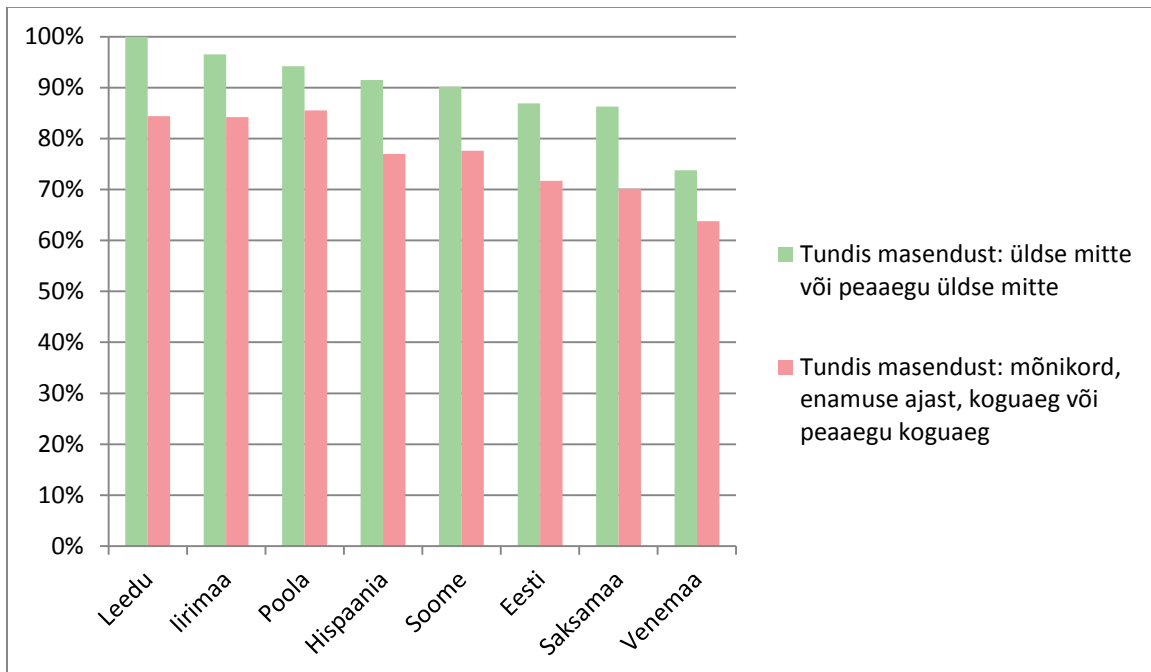
Õnne enesehinnangul („kui õnnelikuks te kõike kokkuvõttes end peate?“) oli statistiliselt oluline seos tervise enesehinnanguga kõigis kaheksas vaatluse all olevas riigis (lisa 5). Joonisel 2 on näha, et kõigi riikide puhul on kõrgem õnne enesehinnang seotud hea tervise enesehinnanguga. Tegu on seni ainsa tunnusega mis omab statistiliselt olulist seost tervisehinnanguga kõikides vaatluse all olevates riikides. Õnnelikkuse mõju tervisehinnangule ei ole riikides tõenäoliselt ühetaoline kuna tervisehinnangute poolest esikohal paiknev Iirimaa on head tervist omavate vastajate puhul hoopiski VI kohal ning tervisehinnangute lõikes IV positsioonil olev Soome on õnnelikkuse lõikes esikohal. Ühtlasi olid Soomes ja Iirimaa tervisehinnangu lõikes ka suurimad erinevused õnnelikkuse enesehinnangus, vastavalt 1,7 ja 1,65 punkti. Väikseimad olid erinevused Saksamaal ja Hispaanias, vastavalt 0,7 ja 0,85 punkti. Õnnelikkuse tugev seos tervise enesehinnanguga vihjab sellele, et tugevat seost on oodata ka masenduse tunnuse puhul.



Joonis 2 Õnne enesehinnang riikide ja tervise enesehinnangute lõikes 17-27-aastaste vanusegrupis. Allikas: ESS, voorud III – VI.

Depressiooni ja tervise enesehinnangu seose uurimiseks võeti kasutusele masenduse tundmise sageduse tunnuse viimase nädala jooksul. Peale hii-ruut testide läbiviimist selgus, et eelmises lõigus mainitud ootus osutus tõseks, masenduse tundmise tunnus omas statistiliselt olulist seost taaskord kõikide riikide puhul (lisa 6). Jooniselt 3 on näha, et kõikide riikide puhul oli hea tervisehinnangu andnud vastajate osakaal suurem nende seas kes ei olnud tundnud masendust (või olid tundnud väga vähesele määral). Leedu puhul on näha, et mitte ükski hea

tervisehinnangu vastajatest ei tundnud masendust, kuid antud tulemuse puhul tasub arvestada asjaoluga, et Leedu puhul on tunnus ainult 2012 aasta andmestikus ning teiste riikide puhul ka 2006 aasta voo andmetes. Suurim osakaalude erinevus oli Saksamaal (16,2%) ning väiksem oli erinevus Poolas (8,7%). Eesti puhul oli erinevuseks 15,2%.



Joonis 3 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja masenduse kogemise lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis. Allikas: ESS, voorud III ja VI.

Kontrollkeskme mõju uurimiseks kasutati tunnust „tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan“. Tunnuse mõju osutus oluliseks ainult Eestis, Poolas ja Venemaal (tabel 10). Kõigis kolmes riigis oli head tervise enesehinnangut omanud vastajate osakaal suurim väitega nõustunud vastajate hulgas. Eestis ja Venemaal oli head tervisehinnangut omanud vastajate osakaal väiksem „ei ole nõus ega vastu“ vastanute puhul, kuid Poolas oli „ei ole nõus ega vastu“ ning „ei ole nõus“ vastanute seas osakaal praktiliselt sama. Väitega nõusolijate näol võib tegu olla aktiivsemate indiviididega kes püüavad ise oma elu kontrollida. See võib tähendada, et nad tegelevad aktiivsemalt ka enda tervise parandamisega. Kahe teise grupi puhul võib analoogset mõttekäiku rakendades väita, et kahe teise vastajate grupi puhul on tegu pigem passiivsemate indiviididega ning seetõttu ei pruugi nad teha võrreldes nõusolijatega nii palju pingutusi enda tervise parandamiseks. See võib tingida madalama head tervist omanud vastajate osakaalu.

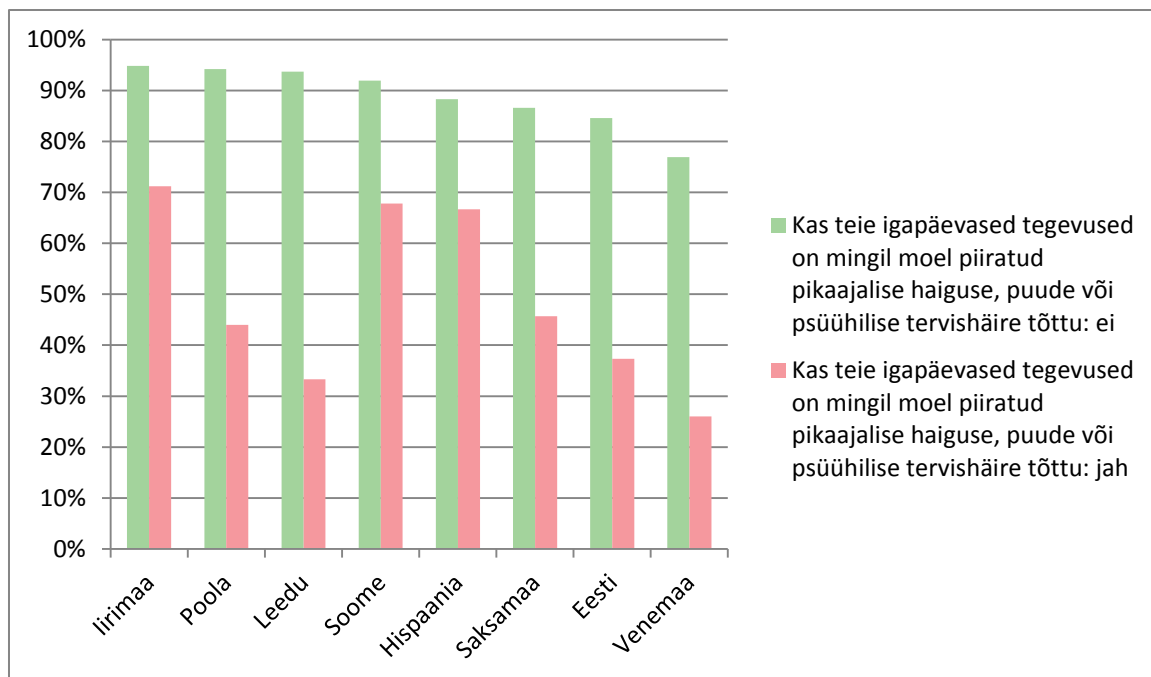
Tabel 10 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja tunnuse „tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan“ lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv			Hii-ruut statistik	p
	Tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan: nõus	Tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan: ei ole nõus ega vastu	Tunnen, et ma olen vaba ise otsustama selle üle, kuidas ma oma elu elan: ei ole nõus		
Saksamaa	83.1% (304)	78% (46)	76.3% (29)	1.74	.418
Eesti	84.1% (232)	57.1% (16)	66.7% (10)	13.96	.001
Hispaania	88.1% (200)	86.8% (46)	68.4% (13)	5.86	.053
Soome	89.3% (233)	80% (16)	72.7% (8)	4.05	.132
Iirimaa	94.4% (338)	90.3% (28)	84.6% (22)	4.38	.112
Leedu	96.5% (138)	90.3% (28)	84.6% (11)	4.7	.095
Poola	93.3% (280)	83.9% (47)	83.3% (15)	6.93	.031
Venemaa	73.7% (266)	57.6% (49)	64.3% (9)	8.76	.013

Allikas: ESS, III ja VI voor.

6) Kuidas on omavahel seotud noormeeste tervise enesehinnang ja objektiivsed tervisenäitajad?

ESS andmestiku puhul on objektiivsetele tervisenäitajatele lähimaks tunnuseks igapäeva tegevustes haiguse, puude, jõuetuse või vaimse probleemi tõttu piiratuse kogemise tunnus. Ühtlasi on siinkohal sobilik meenutada, et analüüsist on eemaldatud vastajad kes märkisid viimase 7 päeva peamiseks tegevuseks „püsivalt töövõimetu või puudega“ seega kehtivad tulemused pigem teovõimelise elanikkonna kohta. Tunnuse mõju osutus statistiliselt oluliseks kõikides riikides (lisa 7). Vastavas tulemuses ei ole mitte midagi üllatavat kuna tervisest tulenevate piirangute kogemine on indiviidide poolt väga lihtsasti hoomatav ning seega tuleb see ka tervisehinnangu formuleerimisel kergest mõtteisse (seda enam, et piiratust tuntakse just igapäevaste tegevuste käigus).



Joonis 4 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja terviseprobleemidest tulenevate piirangute kogemise või mitte kogemise lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis. Allikas: ESS, voorud III – VI.

7) Millised eespool käsitletud statistiliselt olulised tegurid mõjutavad noormeeste tervise enesehinnangut enim?

Siinkohal tuuakse välja kokkuvõtlik tabel näitamaks tunnuste mõjude suuruseid vastavates riikides (tabel 11). Tabeli 11 näol on tegu kokkuvõtva tabeliga, kus “+” märk tähistab tunnuseid, mis osutusid tervise enesehinnangu tunnusele statistiliselt oluliste mõju omama. Lähtudes tabelis kajastatud tulemustest, loodi kahte tüüpi regressioonanalüüsi mudelid. Esimese mudelitüübi (tabel 12) puhul loodi riigiti erinevad mudelid. Mudelitesse kaasati ainult tunnused, mis osutusid vastavas riigis tervise enesehinnangule statistiliselt olulist mõju omama. Lisapiiranguna ei kaasatud mudelisse tunnuseid mille puhul ei vaadeldud eelnevas analüüsis tervet 17-27-aastaste vanusegruppi ning välja jäeti ka ainult 2012 aasta andmetes esinenud tunnus. Mudelite loomisel esines mõningate riikide ja tunnuste puhul hessimaatriksi singulaarsuse probleem. Venemaa puhul esines probleem kontrollkeskme tunnusega, Iirimaaal sissetuleku kvintiili tunnusega ning Leedus igapäevaelu piirangute tunnusega. Leedu puhul kerkis esile ka probleem masenduse tundmise ja sotsiaalse aktiivsuse tunnuste kaasamisega (*quasi-complete separation*). Mainitud probleemide esinemise korral jäeti tunnus mudelist välja. Teise mudelitüübi tabelis (tabel 13) on kõikide riikide puhul kaasatud mudelisse tunnus mis oli eelnevas tabelis vähemalt ühe riigi mudelis statistiliselt oluline. Välja jäeti tunnused mille rakendamisel mudelisse esines tehnilisi probleeme (hessi maatriks, *quasi-complete separation*). Kuna Leedul mudeli puhul esines

probleeme koguni kolme tunnuse rakendamisega, siis jäetakse Leedu teisest regressiooni tabelist välja (Leedu kaasamisel peaks liialt tunnuseid kõrvale heitma). Ühtlasi jäid kehtima esimese mudelis mainitud vanusegrupi piirang ning ainult 2012 aasta andmetes esinenud tunnuse piirang.

Tabel 11 Tervise enesehinnangule statistiliselt olulist mõju avaldanud tegurid riikide lõikes (+). Tunnus eksisteerib ainult 2012 andmetes. Tunnus eksisteerib III ja VI voo andmetes. Esines probleeme regressioonanalüüsi mudeli loomisel. Vaadeldi ainult 22-27-aastaste vanusegruppi.

	Iirimaa	Saksamaa	Venemaa	Hispaania	Poola	Soome	Leedu	Eesti
Läbitud õpiaastate arv	+			+	+			+
Majapidamise sissetuleku kvintiil	+		+					
Töötas, õppis või töötu	+	+	+	+			+	
Sotsiaalne positsioon	+	+		+		+		
Elukaaslasega elamine	+							
Sotsiaalne aktiivsus		+	+	+	+	+	+	
Elukohta tüüp (küla/linn)			+		+	+		
Turvatusne pimedal ajal kohalikus piirkonnas üksinda jalutades	+	+	+				+	
Inimeste usaldamine	+	+	+		+	+	+	
Usuteenistustest osavõtt		+	+		+			
Õnne enesehinnang	+	+	+	+	+	+	+	+
Masenduse tundmine	+	+	+	+	+	+	+	+
Tunneb, et on vaba otsustama selle üle kuidas enda elu elab			+		+			+
Igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu	+	+	+	+	+	+	+	+

Allikas: ESS, voo III – VI.

Tabelist 11 on näha, et olulisimateks tunnusteks osutusid masenduse tundmine, õnne enesehinnang ning pikaajalisest haigusest, puudest või psüühilisest tervishäirest tulenevalt piirangute kogemine igapäeva elus. Üpriski tähtsaks osutusid ka tööstaatus tunnus, sotsiaalse aktiivsuse tunnus ning ka inimeste usaldamise tunnus.

Enne vastavate tabelite juurde liikumist mainin lühidalt mida tähendavad järgnevates tabelites taustvärvid. Tegu on veidi abstraktse kontseptsiooniga, kuid need värvid on lisatud, et muuta tabelis kajastuv info lugejale lihtsamini mõistetavaks. Toonid on võetud kasutusele kuna osade tunnuste puhul tähendab negatiivne kordaja „positiivset“ mõju ning mõndade puhul jällegi „negatiivset“ mõju. Rohekas toon tähendab, et vastava tunnuse kasvamine või kahanemine või esinemine või mitte-esinemine suurendab tõenäosust kuuluda head tervisehinnangut omavate vastajate gruppi, punaka tooni puhul tõenäosus kuuluda head tervisehinnangut omanud vastajate hulka jällegi väheneb.

Tabel 12 Multinomiaalse logistilise regressiooni mudelid, sõltuvaks tunnuseks dihhotoomne tervise enesehinnang (hea ja rahuldav/halb), taustkategooria „rahuldav/halb“; iga riigi puhul on mudelisse kaasatud ainult eelnevalt statistiliselt oluliseks osutunud tunnused.

Tunnus		Saksamaa		Eesti		Hispaania		Soome		Poola		Venemaa		Iirimaa		Leedu	
		B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Sissetuleku kvintil ^a	I kvintil											-1.496	.224				
	II kvintil											-1.516*	.22				
	III kvintil											-	.233				
	IV kvintil											-1.459**	.785				
Tööstaatus ^b	töötas	1.382***	3.984			.719	2.047					-.243	1.372	.302	1.353	-.544	.58
	õppis	1.367***	3.924			-.812*	2.252					1.296	3.655	.309	1.363	.848	2.336
Sotsiaalne aktiivsus ^c	harvemini kui enamik eakaaslast	.434	1.544			-.356	.701	1.253**	3.5	.875	2.4	-.052	.95				
	umbes sama tihti kui enamik eakaaslast	.326	1.385			.581	1.788	1.1**	3.005	1.662***	5.267	.913	2.492				
Elukoha tüüp ^d	linn							1.524***	4.592	-.185	.748	-.563	.57				
	väikelinn							.196	1.217	-.73	.482	-.559	.572				
Turvatuus		-.708***	.493									-.644**	.525	-.576*	.562	-.85***	.427
Inimeste usaldamine		.145*	1.156					-.029	.815	.168	1.183	.026	1.027	-.115	.891	.382***	1.466
Usuteenistustest osavõtt ^e	ka pühade väliselt	.383	1.466							.149	1.161	-.708	.493				
	pühadel või vähem	.059	1.061							.222	1.248	-.275	.759				
Õnnelikkuse enesehinnang		.051	1.053	.386***	1.471	.318***	1.374	.748***	2.113	.354***	1.424	.128	1.137	.065	1.067	.087	1.091
Masenduse tundmine ^f		.29	1.336	.647*	1.91	.757**	2.133	.152	.773	.369	1.164	.408	1.503	1.337***	3.808		
Tunneb, et on vaba otsustama selle üle kuidas enda elu elab ^g	nõus			-.455	.634					.417	1.518						
	ei ole nõus ega ole vastu			-1.494*	.224					-1.177	.308						
Piirangute tundmine igapäeva tegevustes ^h		-	.081	-	.132	-1.205*	.3	-3.79	.684	-	.061	-	.021	-2.749**	.064		
		2.517***		2.022***						2.794***		3.845**					

Allikas: ESS, voorud III ja VI.

a – taustkategooria „V kvintil“

b – taustkategooria „töötu“

c – taustkategooria „sagedamini kui enamik eakaaslast“

d – taustkategooria „küla või maakohat“

e – taustkategooria „üldse mitte“

f – taustkategooria „mõnikord, enamuse ajast, kogu aeg või peaaegu kogu aeg“

g – taustkategooria „ei ole nõus“

h – taustkategooria „ei“

*- sig < 0.1

** - sig < 0.05

*** - sig < 0.01

Tabelist 12 näeme, et mitmed varasemalt statistiliselt olulist mõju omanud tunnused kaotavad mudelisse lisamisel oma olulisuse. Saksamaal statistilise olulisuse säilitanud tunnustest oli šansside suhe suurim tööstaatusel ja väikseim igapäevastes tegevustes piirangute tundmise tunnus. Eesti mudelis omab suurimat šansside kordajat õnne tunnus ning väikseimat taaskord piirangute tundmise tunnus. Hispaanias oli olulisuse nivool 95% suurim mõju masenduse tundmise tunnusel ning väikseim õnnelikkuse tunnusel. Soome puhul on suurim šansside suhe elukoha tüübi tunnuse kategooria „linn“ puhul ning väikseim õnnelikkuse tunnuse puhul. Üllatavalt kaotas piirangute kogemise tunnus oma statistiliselt olulise mõju. Poolas omab suurimat šansside kordajat sotsiaale aktiivsuse tunnuse „umbes sama tihti kui enamik eakaaslast“ ning väikseimat piirangute tunnus. Venemaa mudelis omab suurimat šansside kordajat turvatunde tunnus ning väikseimat taaskord piirangute tunnus. Väikseimat šansside kordajat omab piirangute tunnus ka Iirimaaal ning suurimat kordajat omab masenduse tundmise tunnus. Leedu puhul omab suurimat kordajat inimeste usaldamise tunnus ning väikseimat turvatunde tunnus, kuid tasub meenutada, et Leedu mudelist jäi tehnilistel põhjustel mitmeid tunnuseid välja. Tabeli kokkuvõtteks saab öelda, et kuigi piirangute tunnus oli peaaegu kõikjal statistiliselt olulise mõjuga, siis üllatavalt oli üldjuhul mudelites tunnus mis omab tervise enesehinnangu üle piirangute tunnusest suuremat mõju.

Tabel 13 Multinomiaalse logistilise regressiooni mudelid, sõltuvaks tunnuseks dihhotoomne tervise enesehinnang (hea ja rahuldav/halb), taustkategooria „rahuldav/halb“.

Tunnus		Saksamaa		Eesti		Hispaania		Soome		Poola		Venemaa		Iirimaa	
		B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp(B)
Tööstaatus ^b	töötas	1.428** *	4.17	.571	1.77	.792	2.209	.452	1.572	-.372	.689	.403	1.497	.462	1.586
	õppis	1.424** *	4.153	.962	2.617	-.84*	2.316	-.198	.82	-1.037	.354	.868	2.382	.499	1.647
Sotsiaalne aktiivsus ^c	harvemini kui enamik eakaaslasi	.471	1.601	-.157	.855	-.357	.7	1.31**	3.706	.963	2.620	-.15	.861	.034	1.035
	umbes sama tihti kui enamik eakaaslasi	.341	1.406	.279	1.321	.599	1.82	1.096**	2.991	1.691** *	5.423	.249	.779	.254	1.289
Elukoha tüüp ^d	linn	.049	1.050	.065	1.067	.067	1.069	1.578** *	4.845	-.07	.932	-.658*	.518	-.636	.529
	väikelinn	-.283	.753	-.733	.48	-.006	.994	.447	1.563	-.403	.668	-.968**	.38	-.018	.982
Turvatumne		-.721***	.486	.415	1.514	-.225	.798	.492	1.636	-.275	.759	-.386**	.68	-.529	.589
Inimeste usaldamine		.141*	1.151	.114	1.121	-.054	.947	-.034	.966	.178	1.194	-.007	.993	-.14	.869
Usuteenistustest osavõtt ^e	ka pühade väliselt	.393	1.481	-.843	.431	.582	1.79	1.384	3.992	.283	1.327	.48	1.615	.301	1.351
	pühadel või vähem	.007	1.007	-.05	.951	.405	1.499	.569	1.767	.215	1.24	-.193	.825	.165	1.179
Õnnelikkuse enesehinnang		.046	1.047	.349***	1.417	.34***	1.405	.774***	2.168	.43***	1.537	.147**	1.159	.093	1.097
Masenduse tundmine ^f		.297	1.346	.94**	2.559	.747*	2.11	.185	1.203	.164	1.178	-.033	.968	1.287**	3.624
Piirangute tundmine igapäeva tegevustes ^h		-.2538** *	.079	-.2309***	.099	-1.115	.328	-.361	.697	-.2867** *	.057	-3.029***	.048	2.661** *	.07

Allikas: ESS, voorud III ja VI.

b – taustkategooria „töötu“

c – taustkategooria „sagedamini kui enamik eakaaslasi“

d – taustkategooria „küla või maakoh“

e – taustkategooria „üldse mitte“

f – taustkategooria „mõnikord, enamuse ajast, kogu aeg või peaaegu kogu aeg“

h – taustkategooria „ei“

*- sig < 0.1

** - sig < 0.05

*** - sig < 0.01

Tabeli 13 peamine eesmärk on võimalikult lihtsasti hoomatavalt tuua välja riikidevahelisi erinevusi. Erinevustega torkavad eelkõige silma Saksamaa, Soome, Poola ja Venemaa. Saksamaa eristub teistest riikidest selgelt tööstaatusel olulisuse poolest, kuid jagab koos Venemaaga turvatunde olulisuse iseärasust. Üllatavalt ei ole Saksamaal ka statistiliselt olulist mõju õnnelikkuse ja masenduse tundmise tunnustel. Soome puhul on silmatorkavateks tunnusteks sotsiaalse aktiivsuse ja ka elukoha tüübi tunnus. Sotsiaalse aktiivsuse tunnuse mõju poolest sarnaneb Soome Poolaga, kus tunnus säilitas statistilise olulisuse ainult „umbes sama tihti kui enamik eakaaslasi“ kategoorias (šansside kordaja suurem kui Soome puhul). Elukoha tüübi tunnus on sarnaselt Soomega oluline ka Venemaal, kuid tunnuste mõju on riigiti erinev. Soome puhul suurendab linnas elamine võrreldes maakohtades elanutega tõenäosust omada head tervisehinnangut, kuid Venemaa puhul linnas (ning ka väikelinnas) elamine hoopiski vähendab võrreldes maakohas elanutega tõenäosust omada positiivset tervisehinnangut. Ülejäänud riigid on üksteisega pigem sarnased jagades õnnelikkuse, masenduse tundmise ning piirangute tundmise tunnuse mõju olulisust.

5. ARUTELU

Noorte tervise enesehinnangut puudutavat kirjandust eksisteerib minimaalselt ning suurem osa tervisehinnangut käsitlevast kirjandusest baseerub pigem vanema elanikkonna uurimisest saadud tulemustel. Antud asjaolu on ka mõistetav, kuna nagu analüüsi algul näha võis, on noorte näol tegu kõige paremat tervist omava demograafilise grupiga, mistõttu on üldjuhul üpriski keerukas põhjendada miks peaks 17-27-aastaste tervis üldsegi uurima (erandiks noorte tervisekäitumise uurimused). Vähesese noori puudutava kirjanduse hulga tõttu kujunes analüüs välja pigem nõelte otsimiseks heinakuhest kui erinevate noorte tervise enesehinnangut mõjutavate tegurite võrdluseks erinevate riikide vahel.

Enesehinnangulist tervist käsitlevale kirjandusele tuginedes otsustati kaitsevääkohustusealiste meeste enesehinnangulise tervise analüüsi kaasata nende sotsiaal-majanduslikku staatust, sotsiaalset osalust ja suhteid, objektiivset tervist ja psühholoogilist heaolu kajastavad tegurid.

Universaalseimateks teguriteks osutusid tunnus *„kas teie igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu?“*; tunnus *„kui suurel osal ajast eelmise nädala jooksul olite masenduses?“* ning tunnus *„kui õnnelikuks te kõike kokkuvõttes end peate?“*, mis omasid statistiliselt olulist mõju kõikides vaadeldud riikides. Mainitud tegurid kuulusid analüüsis objektiivsete tervisenäitajate gruppi ja psüühilise/psühholoogilise heaolu gruppi. Siinkohal tasub meenutada, et analüüsist jäeti välja individid kes olid märkinud enda viimase 7 päeva peamiseks tegevuseks vastusevariandi „püsivalt töövõimetu või puudega“. Depressiooni kogemise ja igapäevaelus kogetavate piirangute tunnuse puhul on statistiliselt oluline seos põhjendatav küllaltki lihtsa ideega - need on asjad mida vastajal on kõige lihtsam hoomata. Kui individil palutakse hinnata tema tervist, siis tõenäoliselt tulevad talle eelkõige pähe just need lihtsalt hoomatavad tegurid. Siiski ei pruugi depressiooni ja/või piirangute kogemine konkreetse andmestiku puhul ilmingimata tähendada indiviidi üleüldist kehva tervist. Siinkohal mängib rolli ka piirangute kogemise sagedus ja periood. Leinoneni, Heikkineni ja Jylhä artiklist (2001) teame, et ajajooksul kohanevad inimesed oma tervise probleemidega ning võivad seetõttu hakata andma varasemaga võrreldes positiivsemaid tervisehinnanguid. ESS-i piirangute tunnuse puhul ei ole otseselt teada kui pikka aega tähendab sõna „pikaajalise“ küsimuses „kas teie igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu?“, „Pikk aeg“ võib tähendada nii aastaid või isegi aastakümneid, samas aga võib mõne isiku jaoks olla ka mõni kuu, mistõttu pole ta võib olla suutnud asjaoludega kohaneda ning

annab oma tervisele ebaadekvaatselt negatiivse hinnangu. Analoogne probleem võib esineda ka depressiooni puhul, kui inimene võib olla kogenud viimasel nädalal mõnda negatiivset sündmust. Tulles tagasi kergesti hoomatavate tegurite juurde, siis tõenäoliselt käib nende alla ka õnnelikkus. Kuigi õnnelikkuse tunnuse mõju saaks põhjendada näiteks tervise heaolu mudelile tuginedes, samuti ka uurimustega mis tõestavad õnnelikkuse/positiivse mõtlemise tervist parandavat mõju, siis tuleb meenutada, et antud juhul on tegu tervise enesehinnanguga, mitte objektiivsete tervisenäitajate mõõtmisel saadud tulemusega. Seetõttu tasuks seletuseks kaaluda järjekordset lihtsat ideed – on üpriski ebatõenäoline, et õnnelik inimene millegi üle kurdab. Antud kolme tunnuse puhul on tegu tõepoolest universaalsete tunnustega, sest need on kõikide vastajate jaoks lihtsasti mõistetavad ning seetõttu mängivad tervise enesehinnangu küsimisel rolli kõigi vastajate puhul.

Sotsiaal-majanduslike tegurite puhul ei olnud tulemused riigiti enam nii ühtsed: hakkasid ilmnenema mõningad riikide iseärasused (kuigi otseselt midagi riikide tunnuste järgi grupeerimist võimaldavat ei selgunud).

Õpiaastate tunnuse mõju tervise enesehinnangule vaadeldi ainult 22-27-aastaste puhul. Tunnus osutus statistiliselt oluliseks Iirimaal, Hispaanias, Poolas ja Eestis. Suurem haridusaastate arv oli seostatav parema tervisega Eestis, Poolas ja Iirimaal, kuid Hispaanias oli suurem haridusaastate arv seostatav hoopiski halvema tervisehinnanguga. Kirjanduse ülevaatest teame, et hariduse mõju tervisehinnangule kasvab ajajooksul kuna haridus võimaldab saada paremaid töökohti mis tähendab üldjuhul ka kõrgemat töötasu või vähem ohtlikku töökeskkonda. Mõlemad hüved soodustavad näiteks tervisele vähem kahjulikus keskkonnas viibimist ning kõrgem töötasu võib võimaldada paremat arstiabi. Seetõttu võib arvata, et Eestis, Poolas ja Iirimaal hakkavad kõrgema hariduse mõjud ilmnenema varasemas eas kui mujal. See tähendaks, et vastavates riikides on oluline seos ka tööstaatusel (õpilane, hõivatud või töötu), kuid nende kolme riigi puhul oli tööturustaatus mõju oluline ainult Iirimaal. On võimalik, et rolli mängis asjaolu, et tööstaatus vaadeldi 17-27-aastaste puhul, kuid hariduse mõju ainult 22-27-aastaste puhul. Nõutuks teeb ka Hispaania tulemus, kus suurem õpiaastate arv oli seostatav madalama tervisehinnanguga.

Tööstaatus oma statistiliselt olulist mõju lisaks Iirimaale ka Leedus, Hispaanias, Saksamaal ja Venemaal. Paremaid tervisehinnanguid õpilaste puhul võib selgitada mõnevõrra noorem vanus. Samuti võib töökoha omamine tähendada paremaid võimalusi terviseeest hoolitsemiseks, mis selgitab üldjuhutu, et hõivatud vastajate seas on suurem osakaal

positiivset tervisehinnangut omanud vastajaid. Leedu puhul täheldatud nähtus, et töötute hulgas on võrreldes hõivatutega suurem osakaal positiivset tervisehinnangut omavaid vastajaid jääb hetkel mõistmatuks.

Saksamaa, Hispaania ja Iirimaa puhul toetab ideed, et töökoha omamine võimaldab paremaid vahendeid terviseparandamiseks ka enesehinnang positsioonile ühiskonnas. *Sotsiaalse positsiooni* enesehinnang omas lisaks mainitud riikidele olulist mõju ka Soomes. Kõikide riikide puhul oli kõrgem positsiooni hinnang seostatav paremate tervisehinnangutega. Vastav tulemus on kooskõlas USA noorte seas läbiviidud uurimuse tulemustega (Goodman jt, 2007).

Sissetuleku kvintiilide osutus oluliseks ainult Venemaa ja Iirimaa noormeeste puhul. Venemaa puhul oli nähtav seos, et peaaegu iga kvintiiliga kasvas head tervist omavate vastajate osakaal (I ja II kvintiili puhul olid marginaalsed erinevused). Arvestades ka varasemaid tulemusi, siis võib arvata, et Venemaal on noormeeste tervise hinnangul tugev seos nende rahaliste võimalustega: vastavale mõttele annab tuge ka Venemaa regressioon analüüsi mudel. Iirimaa puhul olid väiksemate positiivse tervisehinnanguga osakaaludega kvintiilid I ja III kvintiil. Kuna Irimaal on kahe-tasemeline tervishoiu süsteem, siis see selgitab väiksemat positiivse tervisehinnangu osakaalu I kvintiili puhul (vaesemad kasutavad ainult riigi poolt pakutavaid tervishoiuteenuseid). III kvintiili puhul peab taaskord tunnistama nõutust.

Elukoha tüübi tunnuse puhul oli ootuspärane tulemus Soome puhul, kus linna elanike puhul oli selgesti nähtav suurem positiivset tervisehinnangut omanud vastajate seas. Üllatavalt oli Poola ja Venemaa puhul head tervisehinnangut omanud vastajate osakaal hoopiski suurem küla või maakoha elanike seas, sest kirjanduses on välja toodud, et maakohtade elanike kehvemad tervisehinnangud on osaliselt põhjendatavad asjaoluga, et maakohtades elavad pigem vanemad inimesed. Kuna siinkohal on vaatluse all ainult noorte inimeste tervis, siis võib see vihjata asjaolule, et vanus on maakohtade elanike halvema tervisehinnangu üheks peamiseks põhjuseks ning struktuuralsed tegurid võivad olla teisejärgulised.

Noormeeste *sotsiaalse aktiivsuse* puhul olid tulemused üpris ootuspärased Saksamaal, Hispaanias, Leedus ja Venemaal, kuid madalamat sotsiaalset aktiivsust omanud vastajate seas oli positiivset tervisehinnangut omanud indiviidide osakaal väikse, kui sotsiaalselt aktiivsemate indiviidide puhul. Soome ja Poola puhul oli positiivset tervisehinnangut omanud vastajate osakaal suurim keskmise aktiivsusega vastajate seas. Antud tulemus võib vihjata näiteks asjaolule, et Soomes ja Poolas võib sotsiaalne kokkusaamine tähendada eelkõige

näiteks alkoholi või muude tervistkahjustavate ainete tarbimist ning seetõttu on sotsiaalselt aktiivseimate grupis väiksem positiivset tervisehinnangut omanud vastajate osakaal.

Kooselu tunnus osutus statistiliselt oluliseks ainult Iirimaal, kuid ootamatult selgus, et paremat tervist omavad eelkõige hoopiski vallalised noormehed. Kuna kõik kirjandusallikad viitavad elukaaslasega elavate meeste paremale tervisele, siis jääb antud nähtus hetkel mõistmatuks.

Tunnus „*kui turvaliselt tunnete end – või tunneksite end – jalutamas üksinda oma kodu ümbruses pimedal ajal*“ osutus oluliseks Saksamaal, Iirimaal, Leedus ja Venemaal. Kõik seosed olid ootuspärased. Antud tunnuse statistiline olulisus mainitud riikides võib vihjata erinevate elupiirkondade suuremale sotsiaalsele ebavõrdsusele. Kui vastajad ei tunne ennast kodukandis turvaliselt, siis võib see tähendada mõnes vaesemas piirkonnas elamist. Vaesem piirkond võib mõjutada tervisehinnangut läbi struktuuriliste tegurite, näiteks meditsiiniteenuste halvema kättesaadavuse kaudu. Madalam turvatunne tähendab ka üpriski otseselt kuritegevuse suuremat määra kodukandis mis jällegi suurendab terviseriske. See on nähtav ka asjaolust, et madalaimad turvatunde hinnangud pärinevad kunagistest kommunismi riikidest - Venemaalt ja Leedust – ning endiste kommunismi riikide puhul täheldatakse veel tänapäevalgi suuremaid kuritegevuse määrasid kui Lääne-Euroopas üldiselt.

Turvatunde tunnusele on üpriski lähedane ka *sotsiaalse usalduse* tunnus, mis osutus lisaks eelmises lõigus mainitud riikidele oluliseks ka Soomes ja Poolas. Soome puhul oli täheldatav nähtus, et Soome puhul oli tegu väikseima hinnangute erinevusega ning ühtlasi ka kõige kõrgemaid usaldusehinnanguid näitava riigiga. Soome madalam sotsiaalse usalduse hinnang oli ühtlasi kõrgem kõigi teiste riikide kõrgeimatest sotsiaalse usalduse hinnangutest. Antud tulemus võib vihjata sellele, et teatud sotsiaalse usalduse tasemest alates võib sotsiaalse usalduse mõju dünaamika tervise enesehinnangule muutuda, st väga sotsiaalselt sidusas keskkonnas elavad inimesed võivad anda oma tervisele hinnangu teistsuguste väärtuste järgi. Teisalt võib see näidata, et inimese haigestumise korral hakkavad teised tema vastu suuremat hoolivust välja näitama ning see võib suurendada sotsiaalse sidususe hinnangut.

Usuteenistuste külastamise suurema arvu ja tervisehinnangu vahel oli seos otseselt nähtav ainult Saksamaa puhul. Tunnuse mõju oli oluline ka Poolas ja Venemaal. Kõigi kolme riigi puhul oli täheldatav suurim positiivse tervisehinnangu vastajate osakaal usuteenistusi enim külastavate vastajate puhul, siiski olid erinevused mitte külastajatega Poola ja Venemaa puhul marginaalsed ning suurimad erinevused olid hoopiski vastajatega, kes külastasid usuteenistusi

pühadel või harvem. Vastava tunnuse puhul on seosed liialt erisugused, et hakata otsima võimalikke seletusi täheldatud tulemustele.

Regressiooni mudelite puhul oli huvitavaks asjaolu, et kuigi eelnevalt tundus pikaajalise haiguse vms tõttu piirangute kogemine igapäevaelus suure mõjuga tervisehinnangule kõikides vaadeldud riikides, siis näiteks Soome puhul muutus tunnus statistiliselt mitteoluliseks. Soome puhul osutusid kõige olulisemateks teguriteks linnas elamine ning hinnang enda õnnelikkusele mis vihjab mittemateriaalsete tegurite väärtustamisele, mis on ka heaolu riikide puhul tavaliselt oodatav tulemus. Saksamaa mudeli puhul jäid olulisemateks teguriteks *tööstaatus*, *turvatus* ning *piirangute kogemise* tunnus. Vastavate tunnuste tähtsus vihjab, et Saksamaal omab tähtsat mõju tervisehinnangule stabiilsuse omamine enda elus. Hispaania puhul osutus olulisimaks teguriks *õnne* tunnus mis võib vihjata võimalikule kultuurilisele iseärasusele, kus õnnetuid inimesi nähakse haigete inimestena. Eesti mudelisse jõudis ainult kolm tegurit: *õnnelikkus*, *depressiooni kogemine* ning ja ka *piirangute kogemise* tunnus. Kõik tunnused jäid ka statistiliselt oluliseks. Seetõttu võib arvata, et Eesti elanikud kasutavad enda tervisehinnangu määramisel varasemalt mainitud universaalseid ning kõigile lihtsasti mõistetavaid tegureid. Poola puhul jäid tähtsateks teguriteks *sotsiaalne aktiivsus*, *õnnelikkus* ja *piirangute kogemise* tunnus. Venemaa puhul jäid olulisteks *sissetuleku kvintiili* tunnus, *turvatus* tunnus ning *piirangute kogemise* tunnus. Antud tegurid vihjavad suurele ebavõrdusele Venemaal, mistõttu võivad rikkamad elanikud saada näiteks paremat arstiabi.

Vaadeldes riike sotsiaalkaitse režiimide lõikes näeme mõningaid iseärasusi. Bismarklikku režiimi esindava Saksamaa puhul oli näha, et suurt mõju tervisehinnangu tunnuse üle omas *tööstaatus* tunnus. Kuna bismarkliku režiimi puhul sõltuvad sotsiaaltoetuste suurused paljugi tööandjast, siis on tegu oodatava seosega. Saksamaal eksisteerib nii erasektori poolt pakutav ravikindlustus kui ka riigipoolne ravikindlustus (internations.org, 2015). Kuigi mõlema ravikindlustusega on võimalik saada riigis arstiabi ning saadavas abis ei esine erinevusi kvaliteedis, võimaldab erasektori poolt pakutav ravikindlustus saada arstiabi kiiremini (internations.org, 2015). Üpris suurt mõju omas ka *turvatus* tunnus. Kuna bismarklik režiim ei taotle ühiskonna võrdsust, siis võib esineda suurt ebavõrdsust. Suurem ebavõrdsus tähendab aga, et erinevates ühiskonna klassides paiknevatel isikutel võivad olla drastiliselt erinevad elutingimused. Seega võivad halvema tervisega inimesed elada märkimisväärselt ohtlikemates (kõrgema kuritegevuse määraga) elurajoonides. Tervisehinnangute poolest kuulus Saksamaa vaadeldud riikide puhul pigem keskpärase tervisehinnanguga riikide hulka.

Anglo-Saksi režiimi esindas analüüsis Iirimaa. Ka Iirimaal eksisteerib nii erasektori poolt pakutav kui ka riigipoolne ravikindlustus. Erasektori poolt kindlustatud kogevad taas mõnevõrra kiiremat teenindust (kvaliteet on sama). Kuigi Anglo-Saksi režiimile on iseärased pigem tagasihoidlikud toetustemäärad, siis tervishoiu teenustesse panustatakse siiski pigem heldemalt. Iirimaal on loodud näiteks *National Treatment Purchase Fund*. Mainitud fond loodi eesmärgiga vähendada ravijärjekordasid avaliku sektori poolt kindlustatute seas (ntpf.ie, 2015). Tervisehinnangute poolest oli Iirimaa siinses uurimuses kõrgeimate tervisehinnangutega riik, võimalik, et tulenevalt just vastava fondi loomise tõttu. Suurimat mõju tervisehinnangule omas Iirimaal *masenduse tundmise* tunnus, kuid antud iseärasus on seostatav pigem kultuuriliste kui sotsiaalpoliitiliste (sotsiaalkaitse režiim) teguritega.

Ida-Euroopa režiimi esindasid Venemaa, Leedu, Eesti ja Poola. Vaadeldes riikide tervisehinnanguid ning riikides tervisehinnangule statistiliselt olulist mõju omanud tunnuseid, siis on erinevustest tulenevalt neid kolme riiki ühe režiimi esindajateks pidada. *Läbitud õppeaastate* arv osutus statistiliselt oluliseks ainult Eestis, *majapidamise sissetuleku kvintiili* tunnus ainult Venemaal ja *sotsiaalse aktiivsuse* tunnus ainult Poolas (ühtlasi oli see ka Poola olulisim tunnus). Eestis osutus olulisimaks *õnnelikkuse* tunnus, Venemaal *turvatuunde* tunnus ning Leedus *inimeste usaldamise* tunnus (kuigi tasub meeles pidada, et Leedu regresiooni mudelist jäeti tehnilistel põhjustel mitmeid tunnuseid välja). Leedu, Eesti ja Venemaa puhul osutus hii-ruut testi baasil statistiliselt oluliseks *kontrollkeskme* tunnus (kuna tunnust ei saanud rakendada regressioonanalüüsis, siis on mõju suurus teadmata). Neljast riigist olid parimad tervisehinnangud Poolas ning halvimal Venemaal. Võimalik, et kehvemad tervisehinnangud Venemaal tulenevad seal kuni 2010 aastani kehtinud regressiivsest sotsiaalmaksu süsteemist mille tulemusel võisid tervishoiu teenused olla alarahastatud. Sotsiaalmaksu määr algas 26%-st, kuid aastas rohkem kui 6 000 000 rubla teeninud indiviidide puhul oli määraks kõigest 2% (Dmitrieva, 2009). Poola tervishoiusüsteemi iseärasuseks on, et lisaks riigi eelarvest eraldavatele ressurssidele, läheb iga töötaja bruto palgast umbes 8,5% Riikliku Tervise Fondi (europe-cities.com, 2015) mis võib tähendada tervishoiusüsteemi paremat rahastatust. Poola puhul tasub ka arvestada, et tegu on küll endise kommunistliku riigiga, kuid ta ei kuulunud Nõukogude Liidu koosseisu. Seetõttu on Poola tervishoiu süsteemi areng olnud Eestist, Leedust ja Venemaast mõnevõrra erinev.

Skandinaavia režiimi esindajaks oli Soome. Tervisehinnangute poolest oli Soome pigem keskpäraste hinnangutega ning soolises ja vanuselises lõikes sarnanes tervisehinnangute poolest Hispaaniaga. Kuna Soome puhul on tegu heaolu riigiga, siis rahalisi probleeme

tervishoiu teenuste kasutamisel ei eksisteeri. Soome kodanikele on kõik põhilised meditsiiniteenused tasuta kättesaadavad (sh ka hambaravi) (europe-cities.com, 2015). Olulisimaks tunnuseks osutus Soomes *elukoha tüübi* tunnus. See võib tähendada, et kuigi rahalisi takistusi terviseteenuste tarbimiseks Soomes ei eksisteeri, siis on raviteenused kättesaadavad eelkõige linnades (struktuuralsed puudused).

Lõuna-Euroopa režiimi esindajaks oli Hispaania. Nagu eelnevalt mainitud olid tervise enesehinnangud väga sarnased Soome omadega. Suurimat mõju omas Hispaanias *masenduse tundmise* tunnus, mille mõju olulisus võib tuleneda kultuurilistest iseärasustest. Kuigi Lõuna-Euroopa sotsiaalkaitse režiimid katavad üldjuhul tervisega seotud kulutused vaid osaliselt, siis Hispaania puhul panustatakse tervishoidu riigi poolt väga palju ressursse. See võib selgitada tervisehinnangute sarnasust Soomega. Siiski pole Hispaanias raviteenused kõigile tasuta kättesaadavad (näiteks töötutel kehtib ravikindlustus piiratud aja jooksul) (seg-social.es, 2015), samuti ei ole hambaravi tasuta (expactica.com, 2015). Antud negatiivset osa võib leevendada asjaolu, et Hispaanias on 1000 elaniku kohta 4,9 arsti (2013 aasta andmetel) (vastav näitaja on ainult suurem San Marinos – 5,1) (data.worldbank.com, 2015).

KOKKUVÕTE

Bakalaureusetöös vaadeldi erinevate tegurite mõju kaitsevähkohustusealiste noormeeste tervise enesehinnangule Venemaal, Poolas, Leedus, Eestis, Iirimaa, Hispaanias, Soomes ja Saksamaal kasutades Euroopa Sotsiaaluuringu andmeid. Uurimuses selgus, et 17-27-aastaste noormeeste näol on tegu raskesti uuritava ning mõistetava inimgrupiga. Probleemid tulenesid pigem vanuselisest, kui soolisest tegurist. Nimelt leiab vanusevahemikus 17-27 aastat aset mitmeid sündmusi nagu näiteks kooli lõpetamine, tööturule siirdumine ja vanemate kodust lahkumine mis võivad omada mõju sellele kuidas ja mille alusel vastaja enda tervisehinnangu kujundab. Lisaks selgus, et erinevate riikide noorte puhul mängivad rolli erinevad tegurid. Näiteks Saksamaal osutus oluliseimaks teguriks tööstaatus, Eestis õnnelikkus, Hispaanias ja Iirimaa masenduse tundmine või mitte tundmine, Soomes elukoha tüüp, Poolas sotsiaalne aktiivsus, Venemaal turvatunne (enda elurajooni piires) ja Leedus sotsiaalne usaldus. Antud tulemuste mõtestamisel peab aga arvestama asjaoluga, et regressioonanalüüsi mudelitesse, mille baasil antud järeldused tehtud on, ei kaasatud vanuselistest eripäradest tulenevalt näiteks haridusetunnust ning mõningad tunnused jäid mudelitest välja tehnilistel põhjustel. Võimalik, et mõnevõrra segaste tulemuste probleemi saaks vältida sihtotstarbelisema (st just 17-27-aastaste vanusegruppi vaatleva) andmestiku kasutamisega (mida hetkel kahjuks ei eksisteeri). Siiski saab üpriski kindlalt väita, et erinevate riikide noorte tervisehinnangu kujundamisel on kõikjal oma roll pikaajalise haigusest, puudest või psüühilisest tervishäirest tulenevate piirangute kogemisel igapäevaelus, õnnelikkuse enesehinnangul ja masenduse kogemisel või mitte kogemisel.

KASUTATUD KIRJANDUS

About the NTPF. Kasutatud 01.06.2015 <http://www.ntpf.ie/home/about.htm>.

Baron-Epel, O., Kaplan, G., Haviv-Messika, A., Tarabeia, J., Green, M. S., & Kaluski, D. N. (2005). Self-reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis MABAT-National health and nutrition survey 1999-2001. *Social Science & Medicine* (1982), *61*(6), 1256-1266.

Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A., & Modan, B. (2003). Gender Differences in the Self-Rated Health-Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontologist*, *43*(3), 396-405.

Bertakis, K., Azari, R., Helms, J., Callahan, E., & Robbins, J. (2000). Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. *The Journal of Family Practice*, *49*(2), 147-152.

Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 836-840.

Comer, J., Mueller, K., 1995. Access to healthcare: urban–rural comparisons from a Midwestern agricultural state. *Journal of Rural Health* *11*,128–136.

Dmitrieva, A. (2009). Russia Replaces Unified Social Tax with Social Contributions. Kasutatud 01.06.2015 http://www.whitecase.com/files/Publication/39075e20-ea6c-426f-a964-21a856262bad/Presentation/PublicationAttachment/49c0125a-9fda-410c-9521-2586208eeb96/Article_Russia_Replaces_Unified_Social_Tax_with_Social_Contributions.pdf

Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M., & Ellaway, A. (2005). Neighbourhood environment and its association with self rated health: Evidence from Scotland and England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *59*, 207-213.

Eberhardt, M.S., Ingram, D. D., Makuc, D.M., 2001. Urban and Rural Health Chartbook: Health, United States, 2001. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.

Eikemo, T., Bambra, C., Joyce, K., & Dahl, E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries. *The European Journal of Public Health*, 593-599.

- Fenger, H.J.M. (2007). Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology. *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences*, 3(2), 1–30.
- Goodman, E., Huang, B., Schafer-Kalkhoff, T., & Adler, N. (2007). Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity which Influences Adolescents' Self Rated Health. *Journal of Adolescent Health*, 41(5), 479-487.
- Groot, W. (2000). Adaptation and scale of reference bias in self-assessments of quality of life. *Journal of Health Economics*, 19(3), 403-420.
- Han, B. (2002). Depressive Symptoms and Self-Rated Health in Community-Dwelling Older Adults: A Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(9), 1549-1556.
- Health Care in Germany*. Kasutatud 31.05.2015 <http://www.internations.org/germany-expats/guide/working-in-germany-15460/health-care-in-germany-3>.
- Healthcare in Poland*. Kasutatud 01.06.2015 <http://www.europe-cities.com/en/633/poland/health/>
- Healthcare in Finland*. Kasutatud 01.06.2015 <http://www.europe-cities.com/en/633/finland/health/>
- Heistaro, S., Jousilathi, P., Lahelma, E., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: A long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 227-232.
- Hosseinpour, A., Williams, J., Amin, A., Carvalho, I., Beard, J., Boerma, T., . . . Shea, B. (2012). Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health. *PLoS ONE*, E34799-E34799.
- Ito, T., Larsen, J., Smith, N., & Cacioppo, J. (1998). Negative information weighs more heavily on the brain: The negativity bias in evaluative categorizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 887-900.
- Joutsenniemi, K., Martelin, T., Koskinen, S., Martikainen, P., Härkänen, T., Luoto, R., & Aromaa, A. (2006). Official marital status, cohabiting, and self-rated health--time trends in Finland, 1978-2001. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 476-483.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316.

Kaitseministeerium (2015). Aruanne kaitseväekohustuste täitmisest ja kaitseväeteenistuse korraldamisest 2014. aastal. Tallinn.

Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T., & Jegier, A. (2008). Employment Status and Self Rated Health. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(3), 227-236.

Kavanagh, A., Bentley, R., Turrell, G., Broom, D., & Submarian, S. (2006). Does gender modify associations between self rated health and the social and economic characteristics of local environments? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 490-495.

Kennedy, B., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: Multilevel analysis. *Bmj*, 317, 917-921.

Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., Dam, R., Subramanian, S., & Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*, B4471.

Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R., Mero, R.P., Chen, J.C., 1998. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *Journal of the American Medical Association* 279(21), 1703–1708.

Larson, J. (1999). The Conceptualization Of Health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people — a 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1329-1341.

Ligi, J. (2006). Aruanne kaitseväekohustuste täitmisest ja kaitseväeteenistuse korraldamisest 2005. aastal. Tallinn.

Liu, S., & Griffiths, S. M. (2011). From economic development to public health improvement: China faces equity challenges. *Public Health*, 125, 669–674.

- Mcgee, D., Liao, Y., Cao, G., & Cooper, R. (1999). Self-reported Health Status and Mortality in a Multiethnic US Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 149(1), 41-46.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (2008). Education and Self-Rated Health: Cumulative Advantage and Its Rising Importance. *Research on Aging*, 30(1), 93-122.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(4), 364-370.
- Monnat, S., & Pickett, C. (2011). Rural/urban differences in self-rated health: Examining the roles of county size and metropolitan adjacency. *Health & Place*, 17(1), 311-319.
- Mulsant, B., Ganguli, M., & Seaberg, E. (n.d.). The Relationship Between Self-Rated Health and Depressive Symptoms in an Epidemiological Sample of Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 954-958.
- Murata, C., Kondo, T., Tamakoshi, K., Yatsuya, H., & Toyoshima, H. (2006). Determinants of self-rated health: Could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(3), 369-380.
- Nicholson, A., Rose, R., & Bobak, M. (2010). Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated health in diverse European populations. *Health Psychology*, 29(2), 227-235.
- Oja, L. (2015). Meeste tervis: Rahvastiku terviseuuringute ja ajateenijate üldfüüsilise testi tulemuste näitel. *Inimressurss ja riigikaitse: jätkusuutliku arengu väljakutsed* (27-35). Strateegilise Jätkusuutlikkuse Kompetentsikeskus.
- Okosun, I., Choi, S., Matamoros, T., & Dever, G. (2001). Obesity Is Associated with Reduced Self-Rated General Health Status: Evidence from a Representative Sample of White, Black, and Hispanic Americans. *Preventive Medicine*, 32(5), 429-436.
- Paul, K., & Moser, K. (2008). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.

Pollard, M., & Harris, K. M. (2013). Nonmarital Cohabitation, Marriage, and Health Among Adolescents and Young Adults. RAND Working Paper Series WR-997.

Popham, F., Gray, L., & Bambra, C. (2012). Employment status and the prevalence of poor self-rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004. *BMJ Open*, 2, E001342.

Physicians (per 1,000 people). Kasutatud 01.06.2015
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>

Reile, R., Helakorpi, S., Klumbiene, J., Tekkel, M., & Leinsalu, M. (2014). The recent economic recession and self-rated health in Estonia, Lithuania and Finland: A comparative cross-sectional study in 2004-2010. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68(11), 1072-1079.

Reile, R., & Leinsalu, M. (2013). Differentiating positive and negative self-rated health: Results from a cross-sectional study in Estonia. *International Journal of Public Health*, 58(4), 555-564.

Roelfs, D., Shor, E., Davidson, K., & Schwartz, J. (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*, 72(26), 840-854.

Shetterly, S., Baxter, J., Mason, L., & Hamman, R. (1998). Self-rated health among Hispanic vs non-Hispanic white adults: The San Luis Valley Health and Aging Study. *American Journal of Public Health*, 86(12), 1798-1801.

Shibuya, K., Hashimoto, H., & Yano, E. (2002). Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: Cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 324, 16.

Siahpush, M., Spittal, M., & Singh, G. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18-26.

Silva, L., & Barreto, S. (2012). Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Revista De Saúde Pública*, 46(3), 407-416.

Strine, T., Chapman, D., Kobau, R., & Balluz, L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 432-438.

The healthcare system in Spain. Kasutatud 01.06.2015
http://www.expatica.com/es/healthcare/Getting-healthcare-in-Spain_101467.html

Tsai, J., Ford, E., Li, C., Pearson, W., & Zhao, G. (2010). Binge Drinking and Suboptimal Self-Rated Health Among Adult Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1465-1471.

Vaez, M., & Laflamme, L. (2003). Health Behaviors, Self-Rated Health, and Quality of Life: A Study Among First-Year Swedish University Students. *Journal of American College Health*, 51(4), 156-162.

Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771.

Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: A test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 26-34.

Workers. Kasutatud 01.06.2015 http://www.seg-social.es/Internet_6/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/BeneficiariosSituac30476/index.htm

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health*, 13, 320.

Youm, Y., Laumann, E., Ferraro, K., Waite, L., Kim, H., Park, Y., . . . Lee, J. (2014). Social network properties and self-rated health in later life: Comparisons from the Korean social life, health, and aging project and the national social life, health and aging project. *BMC Geriatrics*, 14, 102.

Zunzunegui, M., Koné, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58(10), 2069-2081.

Zunzunegui, M., Béland, F., & Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30(5), 1090-1099.

Õun M. (2010). Kaitseressursside Ameti arstlike komisjonide tööst viie aasta jooksul. *Kaitseressursside amet 5.aastapäeva raamat*. Kaitseressursside amet: 17-18.

LISAD

Lisa 1 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal 17-27-aastaste noormeeste puhul Eestis voorude lõikes.

Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv				Hii-ruut statistik	p
III voor	IV voor	V voor	VI voor		
74.6% (103)	74.5% (116)	82.9% (116)	85.7% (156)	9.69	.021

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lisa 2 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide lõikes.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv
Saksamaa	62.2% (7075)
Eesti	47.1% (3356)
Hispaania	64.8% (5202)
Soome	66.6% (5363)
Iirimaa	85.2% (7195)
Leedu	54.2% (1978)
Poola	60.8% (4195)
Venemaa	37.2% (3653)

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lisa 3 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide lõikes.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv		Hii-ruut statistik	p
	Mehed	Naised		
Saksamaa	81.9% (758)	74.7% (592)	13.49	< .0005
Eesti	79.8% (489)	79.9% (498)	.005	.943
Hispaania	87.6% (565)	82.8% (558)	6.02	.014
Soome	88.3% (528)	87.2% (510)	.34	.559
Iirimaa	93.1% (821)	91.3% (735)	1.86	.173
Leedu	88.6% (279)	84.2% (310)	2.68	.101
Poola	90.8% (671)	85.5% (612)	9.89	.002
Venemaa	72.3% (680)	59.9% (687)	34.978	< .0005

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lisa 4 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja vastaja kooselu staatuse lõikes 21-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv		Hii-ruut statistik	p
	Elas koos abikaasa või kaaslasega	Ei elanud abikaasa ega kaaslasega		
Saksamaa	82.7% (86)	81.2% (298)	.12	.729
Eesti	78.4% (76)	76.2% (173)	.18	.676
Hispaania	88.5% (46)	85.4% (264)	.34	.562
Soome	89.6% (138)	85.6% (161)	1.22	.27
Iirimaa	85.2% (75)	94.7% (338)	9.45	.002
Leedu	76.6% (36)	83.8% (67)	.99	.320
Poola	86.7% (111)	91.7% (243)	2.39	.122
Venemaa	69.8% (169)	72.4% (205)	.43	.511

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lisa 5 Õnne enesehinnang riikide ja tervise enesehinnangute lõikes 17-27-aastaste vanusegrupis.

Riik	Tervise enesehinnang	t	Vabadus-astmete arv	p	Õnne enesehinnang (keskmine hinnang, suurem on parem)	Standardhälve
Saksamaa	Hea	4.17	217.01	<.0005	7.65	1.65
	Rahuldav/halb				6.95	2.02
Eesti	Hea	7.45	168.26	<.0005	7.31	1.63
	Rahuldav/halb				5.92	1.9
Hispaania	Hea	5.11	641	<.0005	8.13	1.37
	Rahuldav/halb				7.28	1.57
Soome	Hea	6.6	74.25	<.0005	8.21	1.23
	Rahuldav/halb				6.51	2.1
Iirimaa	Hea	5.81	66.61	<.0005	7.29	1.86
	Rahuldav/halb				5.64	2.15
Leedu	Hea	3.76	311	<.0005	7.22	2
	Rahuldav/halb				5.92	1.58
Poola	Hea	5.04	75.1	<.0005	7.74	1.66
	Rahuldav/halb				6.4	2.11
Venemaa	Hea	7.99	439.18	<.0005	7.08	.08
	Rahuldav/halb				5.85	.13

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lisa 6 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja masenduse kogemise või mitte kogemise lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv		Hii-ruut statistik	p
	Tundis masendust: üldse mitte või peaaegu üldse mitte	Tundis masendust: mõnikord, enamuse ajast, koguaeg või peaaegu koguaeg		
Saksamaa	86.3% (289)	70.1% (89)	16.23	<.0005
Eesti	86.9% (173)	71.7% (86)	11.43	.001
Hispaania	91.5% (182)	77% (77)	12	.001
Soome	90.2% (220)	77.6% (38)	6.17	.013
Iirimaa	96.5% (302)	84.2% (85)	19.03	<.0005
Leedu	100% (125)	84.4% (54)	20.62	<.0005
Poola	94.2% (242)	85.5% (100)	7.77	.009
Venemaa	73.8% (206)	63.8% (113)	5.15	.023

Allikas: ESS, III ja VI voor.

Lisa 7 Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal riikide ja terviseprobleemidest tulenevate piirangute kogemise või mitte kogemise lõikes 17-27-aastaste meeste vanusegrupis.

Riik	Head tervise enesehinnangut omavate vastajate osakaal ja vastajate arv		Hii-ruut statistik	P
	Kas teie igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu: jah	Kas teie igapäevased tegevused on mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise tervishäire tõttu: ei		
Saksamaa	45.7% (48)	86.6% (710)	105.1	< .0005
Eesti	37.3% (22)	84.6% (467)	74.67	< .0005
Hispaania	66.7% (14)	88.3% (551)	8.75	.003
Soome	67.8% (61)	91.9% (466)	43.02	< .0005
Iirimaa	71.2% (47)	94.8% (771)	52.74	< .0005
Leedu	33.3% (9)	93.7% (269)	88.68	< .0005
Poola	44% (22)	94.2% (648)	140.35	< .0005
Venemaa	26% (20)	76.9% (642)	91.84	< .0005

Allikas: ESS, voorud III – VI.

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Rene Juuse (11.03.1993)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihlitsentsi) enda loodud teose „Kaitseväekohustus-ealiste noormeeste tervise enesehinnang ja seda mõjutavad tegurid“, mille juhendaja on Avo Trumm
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **01.06.2015**