

Tartu Ülikool
tervishoiu instituut

**TERVISE ENESEHINNANGU
SOTSIAALMAJANDUSLIKUD ERINEVUSED EESTIS:
Euroopa Sotsiaaluuring 2004**

Magistritöö rahvatervishoius

Ülle Sildever

Juhendaja: Kersti Pärna, MD, MPH, PhD
Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi lektor

Tartu 2007

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 07. mail 2007. a. lubada väitekirja rahvatervishoiu magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Toivo Aavik, PhD

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduskonna psühholoogia osakonna teadur ja
arstiteaduskonna tervishoiu instituudi teadur

Kaitsmine: 14. juunil 2007. a.

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID	4
LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	7
2.1 Tervise enesehinnang	7
2.1.1 Tervise enesehinnangu määramine	7
2.1.2 Tervise enesehinnangut kirjeldavad regulaarsed küsitlusuuringud Eestis	8
2.2 Sotsiaalmajanduslik seisund.....	10
2.2.1 Sotsiaalmajanduslikku seisundit kirjeldavad tegurid	10
2.3 Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavaid uuringuid maailmas	12
2.4 Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavaid uuringuid Eestis.....	15
3. TÖÖ EESMÄRGID	17
4. MATERJAL JA METOODIKA	18
4.1 Andmebaas	18
4.2 Töös kasutatavad tunnused.....	19
4.3 Andmeanalüüs	20
5. TULEMUSED.....	22
6. ARUTELU	28
7. JÄRELDUSED.....	31
8. KASUTATUD KIRJANDUS	32
SUMMARY	37
LISA	38
TÄNUAVALDUSED	41
CURRICULUM VITAE	42

KASUTATUD LÜHENDID

CI	usaldusvahemik (<i>confidence interval</i>)
ESU	Euroopa Sotsiaaluuring
OR	šansisuhe (<i>odds ratio</i>)
SES	sotsiaalmajanduslik seisund (<i>socioeconomic status</i>)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuritakse Eesti täiskasvanute tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikke erinevusi. Töö eesmärkideks oli (1) kirjeldada tervise enesehinnangut ja sotsiaalmajanduslikku seisundit ning (2) analüüsida tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahelisi seoseid.

Töö põhineb Eestis 2004. aastal läbiviidud Euroopa Sotsiaaluuringul. Uuringus intervjueriti Eesti kogurahvastikku esindavat valimit, mille 35–54-aastastel täiskasvanutel (n=627) uuriti tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikke erinevusi. Oma tervist hinnati 5-astmelisel skaalal: väga hea, hea, rahuldav, halb ja väga halb. Sotsiaalmajanduslikest teguritest analüüsiti haridust, tööhõivet, majanduslikku heaolu, vanust, rahvust, elukohta ja perekonnaseisu. Seost tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahel hinnati logistilise regressiooniga.

Uuringutulemused näitavad, et 49,5% vastanutest hindasid oma tervist vähemalt heaks ja 50,5% rahuldavaks või halvemaks. Meeste ja naiste tervise enesehinnangus olulist erinevust ei leitud. Meestega võrreldes hindasid naised mõnevõrra sagedamini oma tervist väga heaks, kuid harvem väga halvaks. Suurem osa uuringus osalenutest olid abielus või vabaabielus, keskharidusega, töötavad ja eesti rahvusest. Naistega võrreldes oli meeste hulgas rohkem põhihariduse ja vähem kõrgharidusega vastanuid. Oma majanduslikku heaolu hindasid üle poole vastanutest heaks ja ligi pooled halvaks.

Oma tervist rahuldavaks või halvemaks hinnanuid esines rohkem madalama haridustasemega, mittetöötavate, majanduslikult halvasti toimetulevate ja vanema vanuserühma meeste ning naiste hulgas. Ei leitud tervise enesehinnangu seost rahvuse, elukoha ega perekonnaseisuga.

Kokkuvõtteks tuleb käesolevale tööle toetudes enam eesmärgistada tervisepoliitika riiklikult koordineeritud suunamist konkreetsetele riskirühmadele ja sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse vähendamisele.

Märksõnad: tervise enesehinnang, sotsiaalmajanduslik seisund;

1. SISSEJUHATUS

Rahvusvahelistes teadusuuringutes esitatakse jätkuvalt tõendeid kasvavatest sotsiaalmajanduslikest erinevustest elanikkonna tervises ja käsitletakse ebavõrdsust tervises kui üht peamist seni lahendamata tervishoiuprobleemi arenenud riikides (1). Madalam haridustase, väiksem sissetulek ja madalam ametialane kuuluvus tähendavad suuremat riski haigestuda ja enneaegselt surra (2).

Eelöelduga kooskõlas näeb Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) (*World Health Organization*) raampoliitika aastaks 2020 ette vähendada kõigis liikmesriikides sotsiaalmajanduslike rühmade terviseerinevusi vähemalt ühe neljandiku võrra, parandades oluliselt ebasoodsas olukorras olevate inimrühmade tervist (2, 3).

Terviseinvesteeringu ja -arengu Euroopa Büroo püüab tagada tõenduspõhise ja süstemaatilise lähenemise sotsiaalmajandusliku seisundi ja tervise vaheliste seoste hindamisele, et seeläbi integreerida sotsiaalmajanduslikud tervisemõjurid WHO Euroopa regiooni maade tervisearengustrateegiasse (4).

Iga riigi seisukohalt on oluline tema rahvastiku tervis, mille üheks väljendusviisiks on inimeste rahulolu oma tervisliku seisundiga (5). Iseseisvusaastate algus koos siirdemajanduse eripäraga tõi kaasa tervisekriisi süvenemise Eestis. Sarnaselt paljudele teistele endise kommunistibloki riikidele olid sel ajal Eestis inimeste hinnangud oma tervisele madalad (2). Ehkki alates 1994. aastast on keskmine eluiga Eestis aeglaselt kasvanud (6), on ebavõrdsusele suunatud tervisepoliitikas vaja järjepidevat teavet, et teadvustada, millised on rahvastikurühmade sotsiaalmajanduslikud erinevused tervises ja missugustel rahvastikurühmadel on suurem risk haigestuda ja enneaegselt surra (2). Tervise enesehinnangu kui ühe tervise ja elukvaliteedi põhinäitaja uurimine on üks WHO poolt heaks kiidetud võimalusi rahvastiku tervise jälgimiseks (7).

Käesolevas magistritöös uuritakse enesehinnangulise tervise ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid Eestis läbi viidud Euroopa Sotsiaaluuringu (ESU) 2004 põhjal.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1 Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang (*self-perceived health, self-rated health, self-reported health*) on usaldusväärne mitmemõõtmeline üldise tervise näitaja, mida on kasutatud paljudes epidemioloogilistes uuringutes (8, 9). Suurem vajadus tervise enesehinnangu määramise järele tekkis 1990. aastatel kui pidevalt suurenes uuringute maht terviseteadustes, mis omakorda põhjustas vajaduse suuremuse asemel kasutusele võtta uus universaalne tervisenäitaja. Halvem tervise enesehinnang on eri uuringute põhjal osutunud seotuks hilisema kõrge suremusmääraga (2).

Tervis on ressurss mitte ainult pikema eluea, vaid ka täisväärtusliku elu mõistes (8). Kuna WHO määratleb tervist täieliku kehalise, vaimse ja sotsiaalse heaoluna (3), siis tervise enesehinnang ei ole ainult meditsiiniliste diagnooside puudumine, vaid bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete elementide kombinatsioon, mis aitab kujundada inimese tunnetust oma tervisest (8).

2.1.1 Tervise enesehinnangu määramine

Tervise enesehinnang selgitatakse välja lihtsa ja üheselt mõistetava küsimuse abil, näiteks: „Kuidas hindate oma tervist?“ või „Kuidas Te üldiselt hindate oma tervist?“. Erinevate uuringute rahvusvahelise võrreldavuse tagamiseks soovib WHO kasutada tervise enesehinnangu uurimisel 5-astmelist skaalat: väga hea, hea, rahuldav/keskmine, halb, väga halb. Eelistatult kasutatakse viit sõnalist kategooriat, mitte numbrilist ega tähtedega skaalat, kuna need võivad eri maades omada erinevat tähendust (7). Vähem kasutatakse vastuse hindamiseks 4-astmelist skaalat: väga hea, hea, halb, väga halb (10). Mõned uurijad ei soovita eelnimetatud vastusevariante vastajale ette öelda, vaid lasta

inimesel spontaanselt vastata. Kui vastus ühessegi tavapäraestest kategooriatest ei sobi, siis esitatakse täpsustav küsimus (7).

Rahvusvaheline võrreldavuse tagamine on muutnud tervise enesehinnangu küsitlusuuringutes kõige enam kasutatud terviseseisundit iseloomustavaks näitajaks, sidudes endas nii vaimse kui füüsilise terviseseisundi (2, 11).

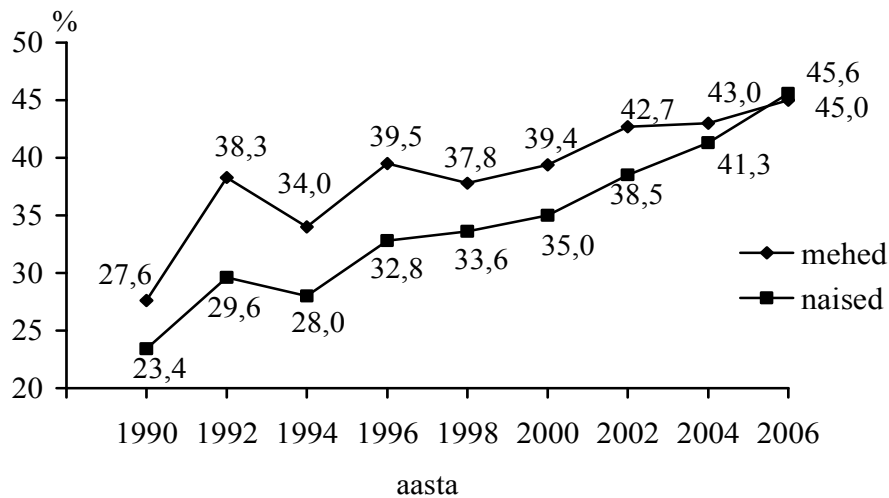
2.1.2 Tervise enesehinnangut kirjeldavad regulaarsed küsitlusuuringud Eestis

Eestis regulaarselt läbiviidavad küsitlusuuringud on kasutanud tervise enesehinnangu iseloomustamiseks 5-astmelist skaalat, mis on rahvusvaheliselt tunnustatud ja võimaldab erinevate riikide uuringute tulemusi omavahel võrrelda.

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 1990–2004

Alates 1990. aastast igal paaris aastal postiküsitlusuuringuna läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu valimiks on rahvastikuregistrist võetud 16–64-aastaste juhuvalim. Valimi suurus on aastate lõikes kõikunud vahemikus $n=948$ (1992) ja $n=3074$ (2004) (12–20). Uuringu toimumine kõigil aastatel ühtse metoodika alusel ja suures osas samu küsimusi sisaldanud küsimustikuga võimaldab jälgida tervise enesehinnangu muutumist uuringuaastate jooksul.

Nii meeste kui naiste hulgas kasvas oma tervist vähemalt heaks hinnanute levimusmäär aastatel 1990–2004. Aastal 1990 hindas oma tervist vähemalt heaks 27,6% meestest ja 23,4% naistest, aastal 2006 vastavalt 45,0% ja 45,6% (Joonis 1) (12–20).



Joonis 1. Vähemalt hea tervise enesehinnanguga Eesti 16–64-aastaste täiskasvanute levimusmäär aastatel 1990–2004 (12–20).

Eesti Terviseuuring 1996/1997, 2006/2007

Eesti Terviseuuring 1996/1997 on intervjuul põhinev uuring, kus valimi moodustasid 1989. aasta rahvaloenduse põhjal alalised Eesti elanikud vanuses 15–79 aastat (21). Vastanutest (n=4711) hindasid 41,8% oma tervist väga heaks või heaks (22). Kordusuuringu (2006/2007) tulemused pole veel kättesaadavad.

Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2003–2006

Uuringut viiakse läbi igal aastal omnibuss-küsitlusena. Valimi moodustavad Eesti Vabariigi alalised elanikud vanuses 15–74 aastat. Valimi suurus on aastate lõikes kõikunud vahemikus n=980 (2004) ja n=1503 (2006) (23–27). Uuringuaastate jooksul on vähenenud vastanute osakaal, kes hindasid oma tervist rahuldavaks või halvemaks (55% 2003. ja 46% 2006. aastal). Esmakordselt hindasid rohkem kui pooled vastanutest oma tervist vähemalt heaks 2006. aastal (27).

2.2 Sotsiaalmajanduslik seisund

Sotsiaalmajanduslik seisund (*socioeconomic status*) on kompleksne näitaja, mis on tuletatud erinevate üksteisest sõltuvate tegurite kombinatsioonidest (28, 29). Kasutades ainult ühte sotsiaalmajanduslikku tegurit võib tulemus olla eksitav või pakkuda vähem täpsemat informatsiooni sotsiaalmajandusliku seisundi iseloomustamiseks (29). Tava-päraselt tuleneb tegurite valik sotsiaalmajandusliku seisundi kirjeldamiseks läbiviidud uuringus sisalduvatest küsimustest.

2.2.1 Sotsiaalmajanduslikku seisundit kirjeldavad tegurid

Klassikalised täiskasvanute sotsiaalmajanduslikku seisundit iseloomustavad tegurid epidemioloogilistes uuringutes on haridus, sissetulek või majanduslik heaolu ning amet või tööhõive. Need tegurid on omavahel tihedalt seotud. Sotsiaalmajanduslik seisund on muutuv näitaja, sisaldades ajas muutuvaid või potentsiaalselt muutuvaid tegureid nagu haridus, majanduslik aktiivsus ja majanduslik heaolu (30, 31).

Haridus on kõige rohkem kasutatud tegur sotsiaalmajandusliku seisundi iseloomustamiseks. Hariduse eeliseks on selle omandamine tavaliselt enne tööle asumist ja sissetuleku tekkimist. Mingile haridustasemele jõudmine ise sõltub eelkõige vaimsetest eeldustest ning on seotud tervisekäitumise valikute ja haiguste riskitegurite kogumiga edasises elus (32). Kõrgem haridus tagab tõenäoliselt parema positsiooni tööturul, mis suure tõenäosusega on seotud suurema sissetulekuga (29). Seega iseloomustab haridus inimeste elukvaliteeti (2).

Tööhõive on seotud inimese haridustasemega ning moodustab olulise lüli omandatud hariduse ja sissetuleku vahel (29).

Sissetulek on rohkem seotud materiaalse heaoluga kui tööhõive ja haridus ning võib mõjutada tervisekäitumist läbi tarbimise ja materiaalsete ressursside kättesaadavuse.

Materiaalsete ressursside puudus võib mõjutada tervisekäitumist läbi tervisevalikute, mis nõuavad rahalisi kulutusi (29). Majanduslikku heaolu hinnatakse uuringutes sageli sissetuleku järgi, mis on üheselt mõistetav objektiivne näitaja ja hõlmab endas kahte poolt: sissetulek ning kulutused. Inimese toimetuleku enesehinnang sõltub sellest, kuidas ta hindab oma majanduslikku heaolu teiste ühiskonnaliikmetega võrreldes (33, 34).

Sageli käsitletakse sotsiaalmajandusliku seisundi iseloomustamisel tegureid sugu, vanus, rahvus, elukoht, perekonnaseis, mida tavapäraselt liigitatakse sotsiaaldemograafiliste tegurite alla (28).

Rahvus moodustab keeruka seletuse bioloogiast ja kultuurilisest taustast ning soodustab erinevate terviseuskumuste ja tervisekäitumise väljakujunemist. Seetõttu loetakse rahvust oluliseks teguriks, mis mõjutab rahvastiku tundlikkust välismõjude suhtes (29).

Elukoht (maa/linn) iseloomustab inimeste elutingimusi, mis võivad oluliselt mõjutada haridust ja tööhõivet (29).

Perekonnaseis on seotud sotsiaalsete suhete ja sotsiaalse toe võimalustega indiviididele. Sotsiaalsed suhted on olulised sotsiaalse identiteedi aspektist, pakkudes tähtsaid sotsiaalseid ressursse nagu emotsionaalset tuge, informatsiooni, ligipääsu uutele sotsiaalsetele kontaktidele, erinevaid sotsiaalseid rolle ning kogemust, kuidas täita sotsiaalseid ja isiklikke kohustusi ja kanda vastutust (29).

Käesolevas töös kasutatakse sotsiaalmajandusliku seisundi iseloomustamiseks järgmisi tegureid: haridus, tööhõive, majanduslik heaolu, vanus, rahvus, elukoht ja perekonnaseis.

2.3 Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavaid uuringuid maailmas

Eri aegadel, eri riikides ja eri uuringukavanditega tehtud töödega on leitud, et kehvem tervise enesehinnang on seotud kehvema sotsiaalmajandusliku seisundiga (9, 35, 36). Niisugune seos kehtib olenemata sellest, kas sotsiaalmajanduslikku seisundit iseloomustatakse hariduse, ameti, sissetuleku, majandusliku heaolu, mõne muu tunnuse või mitme tunnuse kombinatsiooni kaudu (9, 35, 37).

Ülevaate tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavatest uuringutest maailmas ajavahemikus 2000–2007 annab tabel 1.

Kuigi tervise enesehinnang on Ida-Euroopa ja endistes Nõukogude Liidu riikides üldiselt halvem (Ungari, Venemaa, Valgevene) kui Lääne-Euroopas (Rootsi, Šveits, Taani) (38), esinevad tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku seisundiga kõikjal (39, 40). Kõige tugevamaid seoseid on leitud halvema tervise enesehinnangu ja madalama haridustaseme vahel (9, 41, 42). Erandina ilmnes Venemaal läbiviidud uuringus vastupidine seos (38). Erinevate uuringute põhjal on hinnanud materiaalselt vähem kindlustatud (35, 43, 44) ja majanduslikult mitteaktiivsed (35, 45) täiskasvanud oma tervist halvemaks.

Vanuse suurenedes tervise enesehinnang halveneb (9, 10, 46). Naistega võrreldes on mehed tavapäraselt hinnanud oma tervist paremaks (40, 47, 48). Tervise enesehinnangu seosest perekonnaseisuga on leitud, et partneriga elavad mehed hindavad oma tervist paremaks (47). Maal elavad täiskasvanud on hinnanud oma tervist halvemaks, seda eriti Ida-Euroopa riikides (40). Mõnede uuringute andmetel pole leitud seost halvema tervise enesehinnangu ning perekonnaseisu (39) ja elukoha vahel (46, 49).

Tabel 1. Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavaid uuringuid maailmas, 2000–2007.

Artikkel	Uuringu kirjeldus	Tulemused
Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. Soc Sci Med, in press 2007 (47).	Euroopa 15-aastaste ja vanemate täiskasvanute Euroopa Sotsiaaluuring 21 riigis, 2002.	Madalam haridus ja töötus olid seotud halvema tervise enesehinnanguga kõigis vaadeldud riikides Majanduslik heaolu ja kõrgem tööalane positsioon olid seotud parema tervise enesehinnanguga.
Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Klumbiene J, Pudule I, Tekkel M. Trends in the magnitude of educational inequalities in health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland during 1994–2004. Public Health 2006;120:841–853 (49).	<i>FinBalt</i> projektil põhinevad 20–64-aastaste läbilõikelised uuringud Soomes, Lätis, Leedus ja Eestis, 1994–2004.	Tervise enesehinnang oli halvem madalama haridusega meestel ja naistel kõigis riikides. Ei leitud seost tervise enesehinnangu ja elukoha ega partneri olemasolu vahel.
Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Kasmel A, Klumbiene J, Pudule I. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. Eur J Public Health 2006;16:8–20 (46).	<i>FinBalt</i> projektil põhinevad 20–64-aastaste läbilõikelised uuringud Soomes, Lätis, Leedus ja Eestis, 1994–2000.	Madalam haridustase oli seotud halvema tervise enesehinnanguga kõigis riikides. Ei leitud seost tervise enesehinnangu ja elukoha ega partneri olemasolu vahel.
Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Dominguez V. Trend of socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. Gac Sanit 2006;20:178–182 (41).	Hispaanias läbiviidud 20–74-aastaste uuringud, 1987–2001.	Madalama haridustase oli seotud halvema tervise enesehinnanguga.
Hemström O. Health inequalities by wage income in Sweden: the role of work environment Soc Sci Med 2005;61:637–647 (44).	Rootsis läbiviidud 20–64-aastaste uuringud, 1998–1999.	Madalama sissetulekuga vastanutel oli halvem tervise enesehinnang.
Nicholson A, Bobak M, Murphy M, Rose R, Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. Soc Sci Med 2005;61:2345–2354 (50).	Venemaal läbiviidud 55-aastaste ja vanemate täiskasvanute uuring, 2002.	Madalama hariduse ja sissetulekuga vastanutel oli halvem tervise enesehinnang.

van Lenthe FJ, Schrijvers CTM, Droomers M, Joung IMA, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. Eur J of Public Health 2004;14:63–70 (51).	Hollandis läbiviidud 15–74-aastaste uuring, 1991.	Majanduslikult vähemkindlustatud hindasid oma tervist halvemaks.
Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. Soc Sci Med 2003;56:2505–2514 (48).	Ameerika Ühendriikides läbiviidud 21-aastaste ja vanemate täiskasvanute uuring, 1987.	Suurem sissetulek ja kõrgem haridus olid seotud parema hinnanguga oma tervisele.
Balabanova DC, McKee M. Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants. Scand J Public Health 2002;30:306–312 (10).	Bulgaarias läbiviidud 18-aastaste ja vanemate uuring, 1997.	Madalam haridus ja halvem majanduslik toimetulek olid seotud halvema tervise enesehinnanguga.
Gilmore A, McKee M, Rose R. Determinants and inequalities in self-perceived health in Ukraine Soc Sci Med 2002;55:2177–2188 (40).	Ukrainas läbiviidud 18–65-aastaste uuring, 2000.	Madalam haridus oli seotud halvema tervise enesehinnanguga.
Silventoinen K, Lahelma E. Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1984 and 1994. J Epidemiol Community Health 2002;56:253–258 (52).	Soomes, Rootsis, Norras ja Taanis läbiviidud 25–75-aastaste uuringud, 1984/85 ja 1994/95.	Soomes oli madalama haridusega meestel halvem tervis. See ei leidnud kinnitust Soome naistel ega ülejäänud kolme riigi vastanutel.
Krokstad S, Kunst AE, Westin S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. J Epidemiol Community Health 2002; 56:375–380 (53).	Norras läbiviidud 25–69-aastaste uuringud, 1984–1986 ja 1995–1997.	Madalam tervise enesehinnang oli seotud madalama haridusega.
Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries Soc Sci Med 2000;51: 1343–1350 (42).	Eestis, Lätis, Leedus, Poolas, Tšehhis, Ungaris ja Venemaal läbiviidud 25–69-aastaste uuring, 1996–1998.	Madalam haridus ja vähene materiaalne kindlustatus olid seotud halvema tervise enesehinnanguga kõigis riikides.

2.4 Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku seisundi vahelisi seoseid kirjeldavaid uuringuid Eestis

Teadusartiklid

Eesti tervisekäitumise 2000. aasta uuringu andmetel andsid 16–64-aastaste vanuserühmas suurema sissetulekuga vastanud tervise enesehinnanguks “hea” ja “väga hea” poole sagedamini, võrreldes väiksema sissetulekuga vastanutega (vastavalt 59% ja 30%). Kõrgharidusega vastanutest 41% hindasid oma tervist heaks või väga heaks, põhiharidusega vastanutest tegid seda 25%. Hinnang oma tervisele kategoorias „halb“ või „väga halb“ oli püsinud aastatel 1990–2000 suhteliselt stabiilsena 8–12% piires nii meestel kui naistel (54).

FinBalt Health Monitor koostööprogrammi raames oli ühtse standarditud küsitlusannekidega uuritud tervisekäitumist Eestis, Soomes, Lätis ja Leedus (55). Balti riikide ja Soome 20–64-aastaste täiskasvanute võrdlusel ajaperioodil 1994–2000 leiti, et mida madalam oli haridustase, seda halvem hinnang anti oma tervisele (46). Samasugune tulemus leiti ka nelja riigi võrdlusel ajaperioodil 1994–2004. Kümne aasta jooksul paranes Balti riikides peamiselt kõrgema haridusega meeste tervise enesehinnang. Üldine hariduslik ebavõrdsus enesehinnangulises tervises jäi aastate lõikes püsima (49).

Eesti Terviseuuringu 1996/1997 põhjal järelitati, et 25–79-aastastest täiskasvanutest andsid oma tervisele halvema enesehinnangu vene rahvusest, madalama haridustaseme ja sissetulekuga vastanud, samuti maal elavad mehed. Alg- ja põhiharidusega meestel oli 2,5 korda ja naistel ligikaudu 4 korda suurem tõenäosus hinnata oma tervist halvemaks kui ülikooliharidusega sookaaslastel (8).

Uuringuraportid

Uuringu „Sotsiaalmajanduslik kuuluvus ja selle toimetehhanismid vaimse ja füüsilise tervise määramisel“ (1996/1997) põhjal leiti, et 25–79-aastaste vanuserühmas hindasid naised oma tervist halvemaks kui mehed. Tervise enesehinnang halvenes vanuse kasvades. Venelased hindasid oluliselt sagedamini oma tervist keskmiseks või halvaks kui eestlased. Perekonnaseisu järgi olulisi erinevusi tervise enesehinnangus ei esinenud. Maal ja väiksemates linnades elavad mehed ja naised hindasid oma tervist halvemaks kui nende sookaaslased Tallinnas. Kõrgharidusega meestest ja naistest hindasid pooled, aga

põhihariduse ja sellest madalama haridustasemega meestest 76% ja naistest 80% oma tervist keskmiseks või halvaks. Keskharidusega vastanutel esines keskmist või halba üldist terviseseisundit oluliselt sagedamini kui kõrgharidusega täiskasvanutel. Keskmist või halba tervis enesehinnangut esines rohkem töötutel ja majanduslikult mitteaktiivsetel meestel ja naistel. Madalamal ametiastmel olevatel vastanutel esines sagedamini keskmist või halba üldist terviseseisundit (2).

Eesti Terviseuuringu 1996/1997 andmete põhjal koostatud kogumikus “*Social inequalities in health in Estonia*” (2002) leiti, et oma tervist hindasid halvemaks need 25–79 aastased täiskasvanud, kes elasid maal või väiksemates linnades, olid madalama haridustaseme, mittetöötavad ja väiksema sissetulekuga (56).

Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi ühisprojektina läbiviidava iga-aastase küsitlusuuringu andmetel seostus tervise enesehinnang vanuse, soo, rahvuse, elukoha, hariduse ja sissetulekuga. Vanuse tõustes tervise enesehinnang halveneb, naised hindasid oma tervist halvemaks kui mehed, mitte-eestlased halvemaks kui eestlased, suuremate asulate elanikud ja kõrgharitud hindasid oma tervist paremaks ning esines tendents, mille kohaselt sissetulekute suurenedes kõrgenesid hinnangud tervislikule seisundile (23–27).

Eestis 2004. aastal läbiviidud Euroopa Sotsiaaluuringu andmete põhjal pole siiani tervise enesehinnangu seoseid sotsiaalmajanduslike teguritega uuritud. Seda lünka püüab täita käesolev magistritöö.

3. TÖÖ EESMÄRGID

Käesoleva uurimistöõ üldeesmärgiks on uurida Eesti 35–54-aastaste täiskasvanute tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikke erinevusi Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 põhjal.

Magistritöö alaeesmärgid on:

- kirjeldada tervise enesehinnangut ja sotsiaalmajanduslikku seisundit;
- analüüsida tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahelisi seoseid.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1 Andmebaas

Käesolev töö põhineb Euroopa Sotsiaaluuringul (ESU) 2004, mis viidi Eestis läbi ajavahemikus november 2004 kuni jaanuar 2005. ESU on sotsioloogiline võrdlusuuring Euroopas, mida on läbi viidud alates 2002. aastast igal teisel aastal. Eesti liitus uuringuga 2004. aastal.

Uuringu üldine eesmärk oli kaardistada ja seletada muutusi Euroopa poliitilistes ja majanduslikes struktuurides, inimeste hoiakutes, uskumustes ning väga mitmekesise rahvastiku käitumises. Aastal 2004 osales uuringus ligi 20 riiki.

Uuringu küsimustikus oli kokku ligi 400 küsimust erinevatest valdkondadest nagu rahulolu ja üldised hoiakud, sotsiaalne ja poliitiline usaldus ning poliitiline aktiivsus, töö ja toimetulek, sotsiaalsed kontaktid ja toetus, hoiakud töö ja töötamise suhtes, hoiakud immigratsiooni suhtes ning tervis ja tervishoid. Eestis koostati ankeet nii eesti kui vene keeles. Uuritavaid intervjueeris 61 Statistikaameti küsitlejat (5).

ESU valimisse kuulusid 15-aastased ja vanemad inimesed. Eestis oli eesmärk saada vastused 2000 inimeselt. Loendiks valiti rahvastikuregister ning valim koostati süstemaatilise valiku teel. Eelnevalt jäeti loendist välja puuduliku aadressiga ja suletud kirjed. Isikud sorteeriti soo ja vanuse järgi. Esialgse valimi suuruseks oli 2867 isikut, kust erinevatel põhjustel langes välja 123, kes olid kolunud välismaale või surnud ja 755, kellega ei õnnestunud erinevatel põhjustel intervjuud läbi viia (isik polnud mitmekordse külastuse jooksul kättesaadav, keeldumine intervjuust). Kokku koguti 1989 intervjuud. Lõplik vastamismäär oli 72,5% (5).

4.2 Töös kasutatavad tunnused

Tervise enesehinnang põhineb küsimusel (C7, vt lisa), kus küsitletav hindas oma tervise seisundit 5-astmelisel skaalal: väga hea, hea, rahuldav, halb, väga halb. Selle alusel moodustati kaks rühma: *vähemalt hea tervise enesehinnang* (väga hea, hea) ja *rahuldav või halvem tervise enesehinnang* (rahuldav, halb, väga halb). Töös nimetatakse antud kahte rühma ka järgmiselt: *parem (kõrgem)* ja *halvem (madalam)* tervise enesehinnang.

Sotsiaalmajandusliku seisundi iseloomustamiseks kasutati järgmisi tunnuseid:

- Sugu: mees / naine;
- Vanuserühm: 35–44 / 45–54;
- Elukoht: Tallinn / muu linn / maa;
- Rahvus: eestlane / mitte-eestlane;
- Perekonnaseis: abielus või vabaabielus / vallaline / lahutatud, lesk või lahus elav;
- Haridus: põhiharidus / keskharidus / kõrgharidus;
- Tööhõive: töötav / mittetöötav;
- Majanduslik heaolu: hea / halb.

Vanus oli arvestatud täisaastates (küsimus F3, vt lisa). Käesolevas töös kasutati 35–54-aastaste andmeid ning moodustati neist kaks 10-aastast vanuserühma 35–44 ja 45–54. Vanuserühma alumise piiri valikul lähtuti sellest, et 35-aastased on juba abiellunud ning valdavalt haridustee lõpetanud. Vanuserühma ülemise piiri valikul arvestati sellega, et alla 55-aastastel esineb harvem kroonilisi haigusi.

Rahvus põhineb kuulumisel mitte-rahvusvähemusse või rahvusvähemusse (küsimus C24, vt lisa), mille järgi moodustati kaks rühmas: *eestlased* ja *mitte-eestlased*.

Perekonnaseis põhineb neljal küsimusel (F62–65, vt lisa), mille alusel moodustati kolm rühma: *abielus / vabaabielus*, *vallaline* ja *lesk / lahutatud / lahus elav*.

Elukoht põhineb küsimusel (F5, vt lisa), kus küsitletav määratles oma elukoha järgmisel skaalal: suurlinn, suurlinna eeslinn või ääreala, linn või väikelinn, küla, talu või kodu maakohas. Selle alusel moodustati kolm rühma: *Tallinn* (suurlinn), *muu linn* (suurlinna eeslinn või ääreala linn või väikelinn) ja *maa* (küla, talu või kodu maa kohas).

Haridus põhineb kahel küsimusel (F6 ja F6c, vt lisa). Haridustaseme aluseks oli küsitlusajaks lõpetatud kõrgeim haridustase, mille alusel moodustati kolm rühma: *kõrgharidus* (isikud kes on lõpetanud kõrgema õppeasutuse), *keskharidus* (isikud, kes on lõpetanud keskkooli, gümnaasiumi või mõne muu keskharidust andva õppeasutuse) ja *põhiharidus* (rühma kuuluvad ei ole omandanud keskharidust).

Tööhõive põhineb küsimusel F8c (vt lisa) ja rühmitati kaheks: *töötavad* (isikud, kes on tööga hõivatud) ja *mittetöötavad* (isikud, kes ei ole tööga hõivatud nagu töötud / pensionil / kodused / õppivad / töövõimetud).

Majanduslik heaolu põhineb küsitletava hinnangul (F33, vt lisa) oma majanduslikule toimetulekule ühele neljast kategooriast: elan/elame mugavalt praeguse sissetuleku juures, saame hakkama praeguse sissetuleku juures, praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada, praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada. Andmete analüüsimisel on majandusliku toimetuleku hinnang rühmitatud kaheks: *hea* (saab hästi hakkama) ja *halb* (ei saa hakkama).

4.3 Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammidega StatCrunch ja Stata 9. Andmeanalüüs viidi eraldi läbi naistele ja meestele, kuna varasemate rahvusvaheliste ning Eestis läbiviidud uuringute andmetel on mehed ja naised tavapäraselt hinnanud oma tervist erinevalt ning leitud seosed tervise enesehinnangu ning sotsiaalmajandusliku seisundi vahel on olnud erinevad (2, 8, 39).

Tervise enesehinnangu ning sotsiaalmajanduslike tegurite kirjeldamiseks kasutati lihtsat sagedustabelit koos suhteliste sagedustega. Rühmadevaheliste erinevuste määramiseks kasutati χ^2 -testi (olulisuse nivoo 0,05). Seost enesehinnangulise tervise ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahel hinnati logistilise regressioonanalüüsiga ja arvatati välja šansisuhted (*odds ratio*, OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% *confidence interval*, CI). Logistilises regressioonanalüüsis kasutati tervise enesehinnangut binaarse sõltuva tunnuseks ja sotsiaalmajanduslike tegureid sõltumatute tunnustena. Logistilisel regressioonanalüüsil kohandati tervise enesehinnangu šansisuhe (OR) kõigile teistele

teguritele. Leitud ORi väärtus 1 osutab vastava tunnuse korral võrdlusaluseks võetud rühmale.

Analüüsitavate küsimustike lõplik arv 627 sisaldas ühte ankeeti, kus polnud vastatud tervise enesehinnangu küsimusele ja 18 ankeeti, kus puudus informatsioon sotsiaal-majanduslikku seisundit iseloomustavatele küsimustele. Seetõttu jäeti need ankeedid logistilisest regressioonist välja.

5. TULEMUSED

Uuringualusteks oli kokku 627 täiskasvanut vanuses 35–54 aastat, nende hulgas 263 meest ja 364 naist.

Suurem osa vastanutest hindas oma tervist heaks (44,2%) või rahuldavaks (41,9%) (tabel 2). Meeste ja naiste osakaal oma tervise hindamisel heaks või rahuldavaks oli küllaltki sarnane. Meestega võrreldes oli naiste hulgas mõnevõrra rohkem neid, kes hindasid oma tervist väga heaks (5,8% vs 4,6%), kuid vähem neid, kes hindasid oma tervist väga halvaks (0,6% vs 3,0%).

Tervise enesehinnangu järgi vastajate jaotamisel kahte rühma andis vähemalt hea hinnangu (hea ja väga hea) oma tervisele 49,2% meestest ja 49,7% naistest (kokku 49,5%) ning rahuldava või madalama hinnangu (rahuldav, halb ja väga halb) 50,8% meestest ja 50,3% naistest (kokku 50,5%). Nendes kahes rühmas meeste ja naiste tervise enesehinnangus statistiliselt olulist erinevust ei leitud ($p < 0,9$).

Tabel 2. Tervise enesehinnang 35–54-aastaste täiskasvanute hulgas soo järgi, Euroopa Sotsiaaluuring 2004.

Tunnused	Mees		Naine		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Kokku	263	100,0	364	100,0	627	100,0
Tervise enesehinnang						
väga hea	12	4,6	21	5,8	33	5,3
hea	117	44,5	160	43,9	277	44,2
rahuldav	107	40,7	156	42,9	263	41,9
halb	18	6,8	25	6,8	43	6,9
väga halb	8	3,0	2	0,6	10	1,6
mittevastanud	1	0,4	0	0,0	1	0,1

Vastanutest kuulus 46,4% 35–44 ja 53,6% 45–54-aastaste vanuserühma (tabel 3). Rahvuse järgi oli uuringus rohkem eestlasi (75,3%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus (70,0%) olevaid, hariduse järgi keskkharidust omavaid (61,1%) ning tööhõive järgi töötavaid (81,7%) isikuid. Võrreldes naistega oli meeste hulgas rohkem põhihariduse (17,9% vs 8,8%) ja vähem kõrgharidusega (21,3% vs 30,0%) vastanuid. Oma

majanduslikku heaolu hindasid üle poole vastanutest heaks (55,8%) ja ligi pooled halvaks (44,2%).

Tabel 3. Sotsiaalmajanduslike tegurite jaotus 35–54-aastaste täiskasvanute hulgas soo järgi, Euroopa Sotsiaaluuring 2004.

Tunnused	Mees		Naine		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Kokku	263	100,0	364	100,0	627	100,0
Vanus (aastates)						
35–44	125	47,5	166	45,6	291	46,4
45–54	138	52,5	198	54,4	336	53,6
Rahvus						
eestlane	192	73,0	280	77,0	472	75,3
mitte-eestlane	62	23,6	77	21,1	139	22,2
mittevastanud	9	3,4	7	1,9	16	2,5
Elukoht						
Tallinn	69	26,2	110	30,2	179	28,5
muu linn	98	37,3	154	42,3	252	40,2
maa	96	36,5	100	27,5	196	31,3
Perekonnaseis						
abielus/vabaabielus	195	74,1	244	67,0	439	70,0
lesk/lahutatud/lahus elav	35	13,3	79	21,7	114	18,2
vallaline	31	11,8	41	11,3	72	11,5
mittevastanud	2	0,8	0	0	2	0,3
Haridus						
põhiharidus	47	17,9	32	8,8	79	12,6
keskharidus	160	60,8	223	61,2	383	61,1
kõrgharidus	56	21,3	109	30,0	165	26,3
Tööhõive						
töötav	209	79,5	303	83,2	512	81,7
mittetöötav	54	20,5	61	16,8	115	18,3
Majanduslik heaolu						
hea	144	54,8	206	56,6	350	55,8
halb	119	45,2	158	43,4	277	44,2

Noorema vanuserühmaga võrreldes oli oma tervist rahuldavaks või halvemaks hinnanute osakaal suurem vanemas vanuserühmas (40,9% vs 58,8%) (tabel 4). Eestlastest hindas oma tervis halvemaks 51,3% meestest ja 47,9% naistest (mitte-eestlastest vastavalt 46,8% ja 58,4%). Oma tervist hindas rahuldavaks või halvemaks 30,4% kõrgharidusega meestest ja 41,3% naistest (põhiharidusega vastavalt 70,2% ja 75,0%). Tööhõive järgi hindas oma tervist rahuldavaks või halvemaks 73,9% mittetöötavatest ning majandusliku heaolu järgi 67,8% halvasti toimetulevatest vastanutest.

Tabel 4. Oma tervisele rahuldava või halvema hinnangu andjate osakaal 35–54-aastaste täiskasvanute sotsiaalmajanduslikes rühmades soo järgi, Euroopa Sotsiaaluuring 2004.

Tunnus	Mees		Naine		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Vanus (aastates)						
35–44	52	41,6	67	40,4	119	40,9
45–54	81	59,2	116	58,6	197	58,8
Rahvus						
eestlane	98	51,3	134	47,9	232	49,3
mitte-eestlane	29	46,8	45	58,4	74	53,2
Elukoht						
Tallinn	29	42,0	60	54,5	89	49,7
muu linn	50	51,0	72	46,8	122	48,4
maa	54	56,8	51	51,0	105	53,8
Perekonnaseis						
abielus/vabaabielus	98	50,5	114	46,7	212	48,4
lesk/lahutatud/lahus elav	17	48,6	45	57,0	62	54,4
vallaline	18	58,1	24	75,0	42	58,3
Haridus						
põhiharidus	33	70,2	24	75,0	57	72,2
keskharidus	83	52,2	114	51,1	197	51,6
kõrgharidus	17	30,4	45	41,3	62	37,6
Tööhõive						
töötav	90	43,3	141	46,5	231	45,2
mittetöötav	43	79,6	42	68,9	85	73,9
Majanduslik heaolu						
hea	51	35,4	78	37,9	129	36,9
halb	82	69,5	105	66,5	187	67,8

Kohandatud šansisuhted näitavad, et tõenäosus madalamat tervise enesehinnangut anda oli oluliselt suurem vanema vanuserühma, madalama haridustasemega, mittetöötavate ja majanduslikult halvasti toimetulevate meeste hulgas (tabel 5). Meestel ei leitud tervise enesehinnangu seost perekonnaseisu, rahvuse ja elukohaga.

Tabel 5. Tervisele antud hinnangute šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% CI), 35–54-aastaste meeste hulgas, Euroopa Sotsiaaluuring 2004.

Tunnus	Mehed	
	OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Vanus (aastates)		
35–44	1	1
45–54	2,03 (1,24–3,32)	2,50 (1,38–4,51)
Rahvus		
eestlane	1	1
mitte-eestlane	0,83 (0,47–1,48)	0,70 (0,33–1,46)
Elukoht		
maa	1	1
muu linn	1,26 (0,72–2,23)	0,68 (0,34–1,39)
Tallinn	1,82 (0,97–3,40)	1,05 (0,45–2,48)
Perekonnaseis		
abielus/vabaabielus	1	1
lesk/lahutatud/lahus elav	0,93 (0,45–1,90)	0,69 (0,29–1,63)
vallaline	1,36 (0,63–2,92)	0,57 (0,21–1,54)
Haridus		
kõrgharidus	1	1
keskharidus	2,51 (1,31– 4,79)	3,17 (1,46– 6,91)
põhiharidus	5,41 (2,32–12,60)	4,16 (1,51–11,49)
Tööhõive		
töötav	1	1
mittetöötav	5,13 (2,50–10,50)	3,90 (1,67–9,11)
Majanduslik heaolu		
hea	1	1
halb	4,15 (2,47–7,00)	3,72 (2,01–6,89)

* Iga OR kohandati tabelis esitatud ülejäänud tunnustele.

Madalamat tervise enesehinnangut võrreldes kõrgemaga anti meeste vanemas vanuserühmas 2,50 korda sagedamini kui nooremas. Keskharidusega meestel oli 3,17 korda ja põhiharidusega meestel 4,16 korda suurem risk anda rahuldav või halb tervise enese-

hinnang võrreldes kõrgharidusega meestega. Madalam tervise enesehinnang oleneb samuti tööhõivest, olles mittetöötavatel meestel 3,90 korda kõrgem kui töötavatel meestel. Šanss madalamaks tervise enesehinnanguks oli meestel 3,72 korda suurem halva majandusliku toimetuleku korral võrreldes hea majandusliku toimetulekuga.

Meeste tervise enesehinnangu šansisuhte kohandamine kõigile teistele teguritele muutis mõnevõrra nõrgemaks seosed põhihariduse, mittetöötamise ning halva majandusliku toimetulekuga, kuid need seosed jäid statistiliselt oluliseks. Meeste tervise enesehinnangu šansisuhte kohandamine tugevdas seost keskhariduse ja vanusega.

Kohandatud šansisuhted näitavad, et nii nagu meestel, oli šanss anda madalamat tervise enesehinnangut oluliselt suurem vanema vanuserühma, madalama haridustasemega, mittetöötavate ja majanduslikult halvasti toimetulevate naiste hulgas (tabel 6). Võrreldes meestega olid naistel seosed sotsiaalmajanduslike teguritega mõnevõrra nõrgemad. Sarnaselt meestega ei leitud naistel tervise enesehinnangu seost perekonnaseisu, rahvuse ja elukohaga.

Šanss madalamaks tervise enesehinnanguks oli naistel 2,40 korda kõrgem vanemas vanuserühmas võrreldes nooremaga. Risk anda madalam tervise enesehinnang oli põhiharidusega naistel 3,16 korda suurem kui kõrgharidusega naistel. Olulist vahet ei ilmnenud kõrghariduse ja keskharidusega naiste hinnangute vahel. Madalamat tervise enesehinnangut esines 2,04 korda rohkem mittetöötavatel kui töötavatel naistel. Risk madalamaks tervise enesehinnanguks oli naistel 3,03 korda suurem halva kui hea majandusliku toimetuleku korral.

Pärast naiste tervise enesehinnangu šansisuhte kohandamist kõigile teistele teguritele muutusid seosed põhihariduse, mittetöötamise ja halva majandusliku toimetulekuga mõnevõrra nõrgemaks, kuid jäid statistiliselt oluliseks. Naiste tervise enesehinnangu šansisuhte kohandamine tugevdas seost vanusega nii nagu meestelgi.

Tabel 6. Tervisele antud hinnangu šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% CI), 35–54-aastaste naiste hulgas, Euroopa Sotsiaaluuring 2004.

Tunnus	Naised	
	OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Vanus (aastates)		
35–44	1	1
45–54	2,09 (1,37–3,18)	2,40 (1,51–3,84)
Rahvus		
eestlane	1	1
mitte-eestlane	1,53 (0,92–2,55)	1,01 (0,56–1,84)
Elukoht		
maa	1	1
muu linn	1,19 (0,72–1,96)	0,87 (0,49–1,53)
Tallinn	0,87 (0,50–1,49)	1,35 (0,71–2,57)
Perekonnaseis		
abielus/vabaabielus	1	1
lesk/lahutatud/lahus elav	1,50 (0,90–2,51)	1,07 (0,59–1,91)
vallaline	1,61 (0,82–3,15)	1,79 (0,83–3,87)
Haridus		
kõrgharidus	1	1
keskharidus	1,49 (0,94– 2,36)	1,26 (0,76–2,10)
põhiharidus	4,27 (1,76–10,35)	3,16 (1,13–8,83)
Tööhõive		
töötav	1	1
mittetöötav	2,54 (1,41–4,57)	2,04 (1,04–3,99)
Majanduslik heaolu		
hea	1	1
halb	3,25 (2,11–5,02)	3,03 (1,85–4,97)

* Iga OR kohandati tabelis esitatud ülejäänud tunnustele.

6. ARUTELU

Uuring keskendus 35–54-aastaste täiskasvanute tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslike erinevuste uurimisele Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 põhjal.

Käesolevas uuringus jagunesid vastanud tervise enesehinnangu järgi kahte peaaegu võrdsesse rühma: napilt üle poolte hindasid oma tervist rahuldavaks või halvemaks ja veidi vähem oli neid, kes andsid tervise enesehinnanguks vähemalt hea. Ligikaudselt samasugused tulemused on saadud Eestis aastatel 1999–2005 läbiviidud erinevate uuringutega (22–26). *FinBalt* projektil põhinevad uuringud näitavad, et Soomes hindas oma tervist rahuldavaks või halvemaks kolmandik, kuid Lätis ja Leedus sarnaselt Eestiga üle poole vastanutest (46). Näiteks Ukrainas hindas 69,3% meestest ja 89,2% naistest oma tervist rahuldavaks või halvemaks (40). Seega on Eestis tervise enesehinnang võrreldav teiste Balti riikidega, kuid oluliselt parem võrreldes teistes endistes Nõukogude Liidu liikmesriikides (50, 51) ja halvem kui arenenud Lääne-Euroopa riikides (41, 46).

Erinevates uuringutes on leitud, et naistega võrreldes hindavad mehed oma tervist paremaks (23–26, 40, 47, 48). Selline tulemus võib olla seotud asjaoluga, et mehed kipuvad sagedamini oma terviseprobleeme eitama, aga naised pööravad rohkem tähelepanu väiksematele terviseprobleemidele ja kalduvad tegelikku olukorda võimendama (23). Käesolevas uuringus ei leitud erinevust meeste ja naiste tervise enesehinnangus.

Vanuse kasvades halvenes tervise enesehinnang nii meestel kui naistel, mis on kooskõlas varasemate uuringutega (9, 10, 23, 26, 46, 47, 49) ja on põhjendatav vananemisega kaasnevate bioloogiliste muutustega inimorganismis.

Maal ning Tallinnast väiksemates linnades elavad mehed ja naised hindasid oma tervist mõnevõrra halvemaks kui Tallinnas elavad vastanud, kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline ja on seletatav väheste erinevustega linna ja maapiirkondade vahel Eestis. Samasugune tulemus saadi ka Eesti Terviseuuringu (1996/1997) andmetel (22).

Varasemate nii rahvusvaheliste kui Eesti uuringute tulemused (2, 8, 9, 35, 39, 41, 45–47) kinnitavad haridustaseme seotust tervise enesehinnanguga. Madalama haridusega mehed ja naised hindasid oma tervist oluliselt halvemaks kui kõrgharidusega vastanud. Tervise enesehinnangu seotus haridustasemega on põhjendatav sellega, et hariduse

omandamisel muutuvad väärtushinnangud ning lisandub teadmisi tervist väärtustava elulaadi suhtes (2).

Varem läbiviidud uuringutes ilmneb, et majanduslikult mitteaktiivsed inimesed annavad oma tervisele halvema hinnangu kui majanduslikult aktiivsed inimesed (45). Samasugune seos ilmnes ka käesolevas uuringus, mida saab põhjendada paremaks tervisehinnanguks olulise kõrgema haridusega, mis omakorda tagab parema positsiooni tööturul ning sellest tuleneva sotsiaalse heaolu.

Materiaalselt vähem kindlustatud inimesed on hinnanud oma tervist halvemaks võrreldes materiaalselt paremini kindlustatud isikutega (23–26, 35, 38, 40, 42, 47). Käesoleva uuringu tulemused näitasid olulist seost parema majandusliku heaolu ja parema tervise enesehinnangu vahel, mida saab põhjendada sellega, et materiaalsete ressursside olemasolu võib mõjutada tervisekäitumist läbi tervisevalikute, mis nõuavad rahalisi kulutusi.

Kuigi mõnedes varem läbiviidud uuringutes on leitud, et partneriga elavate täiskasvanute tervise enesehinnang on parem kui lahus elavatel või lahutatutel (47), siis käesolevas uuringus tervise enesehinnangu ja perekonnaseisu vahel seost ei leitud.

Eestis varasematel aastatel läbiviidud uuringute tulemustes on kirjeldatud, et mitte-eestlased annavad oluliselt halvema hinnangu oma tervisele kui eestlased (2, 23), kuid käesolevas uuringus ei leitud seost rahvuse ja tervise enesehinnangu vahel, mis võib olla põhjendatav sellega, et üleminekuperioodi algul muutus eriti raskeks mitte-eestlaste olukord, kuna paljud endised suurettevõtted, kus töötasid peamiselt mitte-eestlased, suleti ja tekkis suurem risk jääda töötuks, keelebarjäär põhjustas infosulu ning vähenesid sotsiaalsed kontaktid, kuna paljud tuttavad ja sõbrad lahkusid Eestist (8). Aastate jooksul on Eestisse jäänud mitte-eestlased uue olukorraga rohkem kohanenud ja seetõttu on ilmselt tervise enesehinnang eestlaste ja mitte-eestlaste vahel ühtlustunud.

Uuringut piiravaks teguriks võib pidada seda, et tegemist oli läbilõikelise uuringuga, mis ei võimalda teha järeldusi seoste põhjuslikkuse osas. Et tegemist oli ankeetküsitlusel põhineva uuringuga, ei saa välistada vastamise ebatäpsusest tulenevat nihet tulemustes. Tähelepanuta ei saa jätta vastamismäära 72,5%. Kui lähtuda tavapärasest eeldusest, et vastamata jätnute hulgas esineb rohkem halva tervisega inimesi, võib uuringutulemustes kajastatud tervise enesehinnang osutada tegelikust paremaks. Uuringu tugevaks küljeks

oli andmete kogumine rahvusvaheliselt ühtse küsimustikuga, mis annab edaspidi võimaluse võrrelda uuringus osalenud riikide tulemusi.

Kokkuvõtteks võib Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 põhjal öelda, et Eesti ühiskond on tugevalt kihistunud terviseressursi jaotumise alusel. Madalama haridustasemega, mitte-töötavate, majanduslikult halvasti toimetulevate ja vanema vanuserühma mehed ning naised osutasid madalama tervise enesehinnangu osas kõige enam deprivatiseeritud rahvastikurühmadeks.

7. JÄRELDUSED

Töö annab Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 andmetel põhjaliku ülevaate Eesti 35–54-aastaste täiskasvanute tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikest erinevustest, ning võimaldab teadvustada, millistel rahvastikurühmadel on suurem risk halvale tervisele ja haigestumisele.

Eestis esineb rohkem rahuldavat või halvemat tervise enesehinnangut madalama haridustasemega, mittetöötavatel ja majanduslikult halvasti hakkama saavatel 35–54-aastastel täiskasvanutel.

Käesolevale tööle toetudes tuleb:

- enam eesmärgistada rahvatervishoiu meetmete riiklikult koordineeritud suunamist konkreetsetele riskirühmadele;
- rohkem tähelepanu pöörata madalama haridustasemega elanike haridustaseme ja kutseoskuste tõstmisele, mis annab nendes riskirühmades parema võimaluse tööhõiveks ja majandusliku toimetuleku parandamiseks, mis omakorda väljendub sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse vähenemises ja paremas tervises.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997;44:901–910.
2. Leinsalu M, Aluoja A, Noorkõiv R, Vasar V. Sotsiaalmajanduslik kuuluvus ja selle toimetehhanismid vaimse ja füüsilise tervises seisundi määramisel. Lõpparuanne. Tallinn, 2003.
3. World Health Organization. Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization; 1999.
4. Socioeconomic determinants of health. <http://www.euro.who.int/socialdeterminants> (29.04.2007).
5. Euroopa sotsiaaluuring 2004. Eesti raport. Tallinn: Eesti Tervise- ja käitumisteaduste Tippkeskus;2005.
6. World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA–DB). Updated January 2007. <http://www.euro.who.int/hfadb> (4.04.2007).
7. de Bruin A, Picavet HCV, Nossikov A. Health interview surveys. Towards International Harmonization. WHO Regional Publications European Series 1996;58:51–53.
8. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–861.
9. Ala-Mursula L, Vahterna J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working time: Associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:272–278.
10. Balabanova DC, McKee M. Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants. *Scand J Public Health* 2002;30:306–312.
11. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol* 1998;27:208–213.
12. Lipand A, Kasmel A, Tasa E, Puska P, Berg MA. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuurimus 1990. aasta kevadel. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute; 1992.

13. Lipand A, Kasmel A, Tasa E, Puska P, Berg MA. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuurimus 1992. aasta kevadel. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute; 1993.
14. Lipand A, Kasmel A, Tasa E, Leinsalu M, Uutela A, Puska P, Helakorpi S. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1994. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute; 1995.
15. Kasmel A, Kasmel K, Traat U, Markina A, Uutela A, Helakorpi S, Puska P. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 1996. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute; 1997.
16. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K, Markina A, Prättälä R, Helasoja V, Puska P. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1998. Publications of the National Public Health Institute; 1999.
17. Kasmel A, Lipand A, Markina A, Kasmel K. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2001.
18. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2002. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2003.
19. Rahu M, Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2004–2005. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2005. www.tai.ee (24.04.2007).
20. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
21. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R, Silver B. Eesti terviseuuring. Metodoloogiline ülevaade. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1998.
22. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R, Silver B. Eesti terviseuuring. Tabelid. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1999.
23. Elanike ootused arstiabi suhtes 2002. www.haigekassa.ee (29.04.2007).
24. Elanike rahulolu arstiabiga 2003. www.haigekassa.ee (29.04.2007).
25. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2004. www.haigekassa.ee (29.04.2007).
26. Elanike hinnang tervisele ja arstiabile 2005. www.haigekassa.ee (29.04.2007).
27. Elanike hinnang tervisele ja arstiabile 2006. www.haigekassa.ee (29.04.2007).

28. Highlights on health, Estonia 2005.
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Proges/chhest/demographic/20050131_1
(24.04.2007).
29. Pärna K. Socioeconomic differences in smoking in Estonia: National and international comparisons [doctoral dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2005.
30. Tervisedenduse glossaar. Genf: Maailma Terviseorganisatsioon. www.terviseinfo.ee
(24.04.2007).
31. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample
Lancet 1997;350:1584–1589.
32. Rahu M, Rahu K, Baburin A, Leon D. Alkoholisõltuva suremuse hariduserinevused Eestis – kas meil on vaja seda teada? *Eesti Arst* 2003;82:85–92.
33. Masso M, Pedastsaar K. Puuetega inimeste toimetulek ja vajadused. Poliitikaanalüüs. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2007. www.sm.ee (29.04.2007)
34. Kaasa A. Regionaalsed erinevused Eesti sotsiaalmajanduslikus arengus. Tartu: Tartu Ülikool; 2003.
35. Wang N, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L et al. Perceived health as related to income, socioeconomic status, lifestyle and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol* 2005;15:155–162.
36. Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in developed countries: the facts and the options. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, eds. *Oxford textbook of public health. Vol 3: The practice of public health* Oxford: Oxford University Press, 2001. pp. 1773–1790.
37. Müller A. Education, income inequality and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ* 2002;324:1–4.
38. Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Soc Sci Med* 1998;10:1355–1366.
39. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med* 1998;47:269–279.
40. Gilmore A, McKee M, Rose R. Determinants and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med* 2002;55:2177–2188.

41. Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Dominguez V. Trend of socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. *Gac Sanit* 2006; 20:178–182.
42. Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000;51:1343–1350.
43. Stonks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *J Epidemiol Community Health* 1998;52:548–557.
44. Hemström O. Health inequalities by wage income in Sweden: the role of work environment. *Soc Sci Med* 2005;61:637–647.
45. Monden C. Socioeconomic health inequalities in Latvia – a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2004;32:217–223.
46. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Kasmel A, Klumbiene J, Pudule I. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *Eur J Public Health* 2006;16:8–20.
47. Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med*, in press 2007.
48. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003;56:2505–2514.
49. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Klumbiene J, Pudule I, Tekkel M. Trends in the magnitude of educational inequalities in health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland during 1994–2004. *Public Health* 2006;120:841–853.
50. Nicholson A, Bobak M, Murphy M, Rose R, Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Soc Sci Med* 2005;61:2345–2354.
51. van Lenthe FJ, Schrijvers CTM, Droomers M, Joung IMA, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health* 2004;14:63–70.
52. Silventoinen K, Lahelma E. Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1984 and 1994. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:253–258.
53. Krokstad S, Kunst AE, Westin S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:375–380.

54. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise suundumused aastatel 1990 kuni 2000. Eesti Arst 2002;81:262–268.
55. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prättälä R, Klumbiene J, Pudule I. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. Eur J Public Health 2004;14:32–36.
56. Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. Social inequalities in health in Estonia. Main report. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia, 2002. pp.14–18. <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> (24.04.2007).

SUMMARY

Socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia: European Social Survey 2004

The present study describes socioeconomic differences in self-perceived health among adults in Estonia. The objectives were (1) to describe self-perceived health and socioeconomic status and (2) to examine associations between self-perceived health and socioeconomic factors.

This study was based on a subsample of the 35–54-years-old adult population (n=627) of the European Social Survey, conducted in Estonia in 2004. Self-perceived health was rated on the 5-point scale: very good, good, fair, poor and very poor. Socioeconomic status was measured by the level of education, employment, economic well-being, age, ethnicity, type of residence and marital status. Logistic regression analysis was applied to assess association between self-perceived health and socioeconomic status.

The present study confirms that 49.5% of respondents rated their health at least good and 50.5% less than good. No significant difference was found in self-perceived health of men and women. Women rated their health as very good more frequently than men, but as very poor more rarely than men. Overall, the prevalent proportions of respondents were with secondary education, employed, married or co-habiting, and Estonians. There were more respondents with basic education, but less respondents with higher education among men compared to women. Economic well-being was rated as good by over half and as poor by almost half of respondents.

In adjusted logistic regression analysis, less than good self-rated health was associated with lower education, unemployment, lower economic well-being and older age group in both genders. No relationship was found between less than good self-perceived health and marital status, ethnicity, and type of residence.

It can be concluded on the basis of the results of this study that the health policies of Estonia should be directed towards addressing specific risk groups and fundamental issues of socioeconomic inequality.

LISA
EUROOPA SOTSIAALUURING 2004

Töös kasutatud küsimused

C7 Üldiselt hinnates, milline on teie tervislik seisund (nii füüsiline kui vaimne tervis)? Kas teie arvates on see....? (Lugege ette...)

väga hea	1
hea	2
rahuldav	3
halb	4
või, väga halb?	5
(EOÖ)	8

C24 Kas te kuulute („kuuluma“ viitab kiindumusele või identifitseerimisele) Eestis rahvusvähemusgruppi?

JAH	1
EI	2
(EOÖ)	8

F2 Sugu

Mees	1
Naine	2

F3 Mis aastal te sündisite?

Sünniaasta

F5 Kus te praegu elate, kas see on....?

suurlinn	1
suurlinna eeslinn või ääreala	2
linn või väikelinn	3
küla	4
talu või kodu maakohas	5
(EOÖ)	8

F6 Milline on teie kõige kõrgem omandatud haridustase?

- 01 Ei oma kutse-, ameti- ega erialaharidust
- 02A Kutseharidus, õppeaeg alla 3 aasta
- 02B Kutseharidus, õppeaeg 3 aastat või rohkem
- 03 Kutseharidus koos põhihariduse omandamisega
- 04 Kutseharidus koos keskhariduse omandamisega
- 05 Kutsekeskharidus põhihariduse baasil
- 06 Kutsekeskharidus keskhariduse baasil
- 07 Keskeri-/ tehnikumiharidus pärast põhiharidust
- 08 Keskeri-/ tehnikumiharidus pärast keskharidust
- 09 Kutsekõrgharidus
- 10 Rakenduskõrgharidus (diplomiõpe
- 11 Bakalaureus (kõrgharidus)
- 12 Magister
- 13 Teaduste kandidaat/doktor

F6c Millise hariduse omandasite üldhariduskoolis (või teist liiki õppeasutuses üldhariduse õppekava raames)?

- 1 Keskharidus
- 2 Põiharidus (mittetäielik keskharidus)
- 3 Algharidus
- 4 Alghariduseta
- 5 Kirjaoskamatu

F8a Millised järgnevatest kirjeldustest kirjeldab kõige paremini teie olukorda viimase seitsme päeva jooksul? Valige ainult üks vastusevariant?

- Tasustatud tööl või ajutiselt eemal (töövõtja, eraettevõtja, töötate perefirmas) 01
- Õpite (tasustamata tööandaja poolt) või õpingutest ajutiselt puhkusel 02
- Töötute ja otsite aktiivselt tööd 03
- Töötute, kuid ei otsi aktiivselt tööd 04
- Püsivalt töövõimetu või invaliidistunud 05
- Pensionil 06
- Kohustuslikul ühiskondlikult kasulikul tööl või ajateenistuses 07
(see ei kehti TÖÖ kohta sõjaväeteenistuses, vaid ainult kohustusliku ajateenistuse kohta)
- Kodune, hoolitsete laste või kellegi teise eest 08
(MUU) 09
(EOÖ) 88

F33 Milline järgnevatest kirjeldustest vastab teie arvates kõige paremini teie leibkonna praegusele sissetuleku tasemel?

Elan/elame mugavalt praeguse sissetuleku juures	1
Saame hakkama praeguse sissetuleku juures	2
Praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada	3
Praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada	4
(EOÖ)	8

F62 Milline käesoleval kaardil toodud ametliku perekonnaseisu kirjeldustest kehtib teie kohta kõige paremini? Kas te olete...

abielus	1
lahus elav, kuigi endiselt ametlikult abielus	2
lahutatud	3
lesk	4
pole kunagi abielus olnud?	5
(keeldus vastamast)	7
(EOÖ)	8

F63 Kas te elate praegusel hetkel oma abikaasaga koos?

JAH	1
EI	2
(keeldus vastamast)	7
(EOÖ)	8

F64 Kas te elate praegusel hetkel koos muu elukaaslasega?

JAH	1
EI	2
(keeldus vastamast)	7
(EOÖ)	8

F65 Kas te elate praegusel hetkel koos elukaaslasega?

Jah	1
EI	2
(keeldus vastamast)	7
(EOÖ)	8

TÄNUAVALDUSED

Minu siiras tänu:

- Kersti Pärnale väärtuslike nõuannete, kriitiliste märkuste, asjalike kommentaaride, suure pühendumise ja igakülgse abi eest magistritöö kirjutamisel;
- Inge Ringmetsale statistiliselt olulise panuse eest andmete analüüsimisel;
- perekonnale mõistva suhtumise, moraalse ja praktilise toe eest.

CURRICULUM VITAE

Nimi: Ülle Sildever

Sünniaeg: 07. mai 1966

Haridus:

2002–2004 Tallinna Meditsiinikool – rakenduskõrgharidus

1984–1987 Tallinna Meditsiinikool – ämmaemand

1981–1984 Tallinna 49. Keskkool

1973–1981 Tallinna 34. 8-klassiline kool

Töökogemus:

1987– Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik