

**Tartu Ülikool  
Tervishoiu instituut**

**HÜPERTOONIA TÕVE DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE  
TERVISEKÄITUMINE NING  
PEREARSTI JA PEREÕE OSA SELLE KUJUNDAMISEL**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Sirje Sammul**

**Juhendaja: Margus Viigimaa, meditsiinidoktor,  
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Kardioloogiakeskuse juhataja,  
Tallinna Tehnikaülikooli kardiovaskulaarmeditsiini professor**

**Tartu 2006**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis ja üheksas Tartu linna perearstipraksises.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 15. mail 2006 lubada väitekiri rahvatervishoiu magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Jaak Maaros, meditsiinidoktor,

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Spordimeditsiini- ja taastusravi kliiniku juhataja,

Tartu Ülikooli spordimeditsiini ja taastusravi professor

Kaitsmine: 14. juunil 2006

## SISUKORD

SISUKOKKUVÕTE	4
1. SISSEJUHATUS	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	7
2.1. Hüpertooniatõve olemus, põhjused ja levimus	7
2.2. Tervisliku toitumise olulisus mittemedikamentoosse ravi osana	9
2.3. Kehakaalu ja kehalise aktiivsuse osa hüpertooniatõve kulus	11
2.4. Suitsetamise ja alkoholarbimise mõju hüpertooniatõvele	12
2.5. Psühhosotsiaalsed tegurid ja hüpertooniatõbi	13
2.6. Tervishoiutöötajate osa tervisekäitumisalase teabe levitamisel	14
3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK	15
4. MATERJAL JA METOODIKA	16
4.1. Ülevaade valimi moodustamisest ja uuringu läbiviimisest	16
4.2. Uurimismeetodi kirjeldus	17
4.3. Andmete statistiline analüüs	18
5. TULEMUSED	19
5.1. Antropomeetrilised, füsioloogilised ja sotsiaalmajanduslikud näitajad	19
5.2. Toitumisharjumused	23
5.2.1. Toidu rasvasisaldus ja rasvaine eelistus	23
5.2.2. Soolatarbimine	23
5.2.3. Erinevate toidugruppide tarbimine viimase nädala jooksul	23
5.3. Kehakaal ja kehaline aktiivsus	28
5.3.1. Kehakaal	28
5.3.2. Kehaline aktiivsus	29
5.4. Suitsetamisharjumused	32
5.5. Alkoholarbimise harjumused	35
5.6. Psühhosotsiaalsed tegurid	36
5.6.1. Hinnangud tervisele ja eluviisile	36
5.6.2. Stress-seisundi olemasolu tajumine	37
5.6.3. Hoiakud tervisekäitumise muutmiseks	38
5.7. Tervisekäitumisalane nõustamine	38
5.7.1. Teabesaamise põhilised allikad	38
5.7.2. Nõuannete saamine tervisekäitumise muutmiseks	39
5.7.3. Muutused tervisekäitumises perearsti ja pereõe abiga	41
6. ARUTELU	43
6.1. Tervist mõjustav käitumine	43
6.1.1. Toitumisharjumused	43
6.1.2. Kehakaal ja kehaline aktiivsus	45
6.1.3. Suitsetamise ja alkoholarbimise harjumused	46
6.1.4. Stress-seisundi olemasolu tajumine	47
6.2. Tervisekäitumisalane teadlikkus ja tervise enesehinnang	47
6.3. Tervishoiutöötajate osa tervisekäitumise kujundamisel	49
6.3.1. Tervishoiutöötajate osa nõuandjana	49
6.3.2. Muutused tervisekäitumises perearsti ja pereõe nõuannete järgi	50
7. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED	52
8. KASUTATUD KIRJANDUS	53
LISA	57
SUMMARY	66
TÄNUAVALDUSED	67
CURRICULUM VITAE	68

## SISUKOKKUVÕTE

Uurimistöö eesmärgiks oli saada ülevaade Tartu linna hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumisasest teadlikkusest ning selle mõjutamisest perearsti ja pereõe poolt. Ankeetküsitluse abil uuriti 390 patsienti. Andmete analüüsiks kasutati tabelarvutusprogrammi *Microsoft Excel 2000* ja statistikatarkvara paketti *SPSS 10.0 for Windows*.

Maailmas läbiviidud uuringud on näidanud tervisliku toitumise, liigse soolatarbimise piiramise, ülekaalulisuse vähendamise, kehalise aktiivsuse suurendamise, liigse stressi vähendamise ning suitsetamisest loobumise mõju vererõhuväärtuste alanemisele.

Käesolevast uurimistööst selgus, et suurem osa vastajatest tarbis vähese rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piima ja piimatooteid ning värsket puu- ja köögivilja, samuti eelistas vähema rasvasisaldusega toitu. Söögilauas ei lisanud valmistoidule mitte kunagi soola ligemale pooled, seejuures kasutas valdav osa uurituteid siiski tavalist keedusoola (mitte pansoola). Ülekaalulisi oli 2/3 küsitletutest. Kardioprotektiivse tervisetreeninguga (vähemalt kolm korda nädalas, minimaalselt 30 minutit korraga kerge hingelduse ja higistuse tekkimiseni) tegelejaid oli vaid 1/5. Igapäevasuitsetajaid oli 1/3 uurituteid ja nendest veidi üle poolte suitsetasid päevas 10 või enam sigaretti. Veidi enam kui 1/3 küsitletutest tundsid end viimasel kuul "tunduvalt rohkem kui tavaliselt" stressis (pingeseisundis) olevat.

Soovitusi tervisekäitumise muutmiseks olid küsitletud saanud kõige enam kahes valdkonnas, neist tervislikumaks toitumiseks ligemale pooled ja suitsetamisest loobumiseks veidi enam kui kolmandik. Viimase kuue kuu jooksul muudeti tervisekäitumist perearsti või pereõe nõuannete järgi eelkõige toitumisega seoses. Kõrgem haridustase korreleerus tervislikuma toitumise, suurema kehalise aktiivsuse, madala kehamassiindeksi ja vähema sigarettide arvu tarbimisega päevas. Sagedamini tervisetreeninguga tegelejalatel olid madalamad süstoolse vererõhuväärtused ja väiksemad kehamassiindeksid.

Uurimistööst järelduvalt tuleb tõsta patsientide teadlikkust kõigis tervisekäitumise valdkondades, vaatamata sellele, et parimad tulemused ilmsesid toitumisharjumustes.

## 1. SISSEJUHATUS

Südame-veresoonkonnahaigused on sagedasemad haigestumise ja suremuse põhjustajad nii Euroopas kui Eestis (1, 2). Arvestuste kohaselt kaotatakse Euroopa riikides varajaste surmade tõttu südame-veresoonkonnahaigustesse 1/3 eluaastatest (1). Nii suremuskordaja kui ka kahjuks esmaste hüpertooniatõve haigusjuhtude arv on Eestis viimasel kümnendil tõusutendentsiga (2, 3).

Hüpertensiooni täiskasvanul defineeritakse kui vererõhu püsivat kõrgenemist süstoolse rõhuga  $\geq 140$  mmHg ja diastoolse rõhuga  $\geq 90$  mmHg (4, 5). Püsivalt kõrge vererõhk soodustab komplikatsioonide teket erinevates organites nagu süda, aju, neerud ja veresooned, mille tagajärjeks on südame isheemiatõve, müokardi infarkti, südamepuudulikkuse, ajuinsuldi, neerupuudulikkuse või ateroskleroosist tingitud perifeersete arterite ahenemise kujunemine (4). Uuringutega on leitud, et pärilikkuse osa hüpertooniatõve tekkes võrreldes tervislike eluviisidega on väike (5).

Tervislike eluviiside abil mõjustatavateks valdkondadeks on toitumine, liigne soolatarbimine, ülekaalulisus, vähene kehaline aktiivsus, suitsetamine, liigne alkoholitarbimine ja stress. Uuringute andmetel (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) on nimetatud valdkondadest kõigis saavutatud märkimisväärseid tulemusi vererõhu alanemisele.

Nii hüpertooniatõve ennetamiseks kui mittemedikamentoosse ravi osana on olulisel kohal tervislik tasakaalustatud toidusedel, millesse peab kuuluma vähemalt 500 grammi värsked puu- ja köögivilju päevas, madala rasvasisaldusega piim ja piimatooted, rasvane kala ning väherasvane liha ja sellest valmistatud tooted. Soolatarbimist peab piirama viiele grammile päevas ja üheks abinõuks selle saavutamisel on vältida soola lisamist valmistoidule. Kolesterooli osakaal, saaduna eelkõige kõrge rasvasusega piima- ja lihatoodetest ning kanamunadest, peab tervislikus toitumises jääma alla 300 mg päevas (13). Selline tasakaalustatud toidusedel üheltpoolt ja mõõdukas kehaline aktiivsus teiselt poolt aitab vältida liigse kehakaalu kujunemist. Kardioprotektiivset laadi aeroobne tegevus nagu näiteks tervisejooks, kiirkõnd, ujumine vähemalt 30 minutit korraga minimaalselt kolm korda nädalas on vererõhku alandava mõjuga, sest paraneb kardiaalne funktsioon (9, 14).

Suitsetajatel on vererõhuväärtused uuringute andmetel oluliselt kõrgemad kui mittersuitsetajatel (10). Suitsetamine koos kõrgeenenud vereseerumi üldkolesterooli tasemega tõstab oluliselt riski kardiovaskulaarseks suremuseks (15). Ka alkoholitarbimisel on otsene toime vererõhu kõrgeenemisele, eriti siis kui alkoholi tarbitakse suurtes doosides ja ilma toiduta (11, 16). Samuti stress, mille kujunemist soodustab igapäevaelus ettetulevad probleemid tööl või pereelus, aitab kaasa vererõhu kõrgeenemisele. Seda on näidanud maailmas läbiviidud mitmed uurimused (17, 18).

Tervishoiutöötajate osa terviseteadlikkuse tõstmisel on paljude kirjandusallikate põhjal olulise tähtsusega, millest sõltub kuivõrd toimuvad muutused paremusele hüpertooniku senises tervisekäitumises (6, 19).

Lähtuvalt eeltoodust on käesoleva uurimistöö eesmärgiks saada ülevaade hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi tervisekäitumisalasest teadlikkusest ning selle mõjutamisest perearsti ja pereõe poolt, milleni jõudmiseks on püstitatud järgmised ülesanded:

- selgitada uuritavate tervisekäitumine ja sellealane teadlikkus
- uurida, kas ja millisel määral on toimunud muutused senises tervisekäitumises viimase aasta jooksul ja keda peavad uuritavad ise peamisteks nõustajateks erinevates tervisekäitumise valdkondades.

Autorile teadaolevatel andmetel ei ole Eestis hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide seas sarnaste eesmärkidega uuringut korraldatud. Seetõttu annab käesolev uurimus ülevaate hüpertoonikute tervisekäitumisest ja sellega seotud teadlikkusest. Uurimuse tulemused peaksid huvi pakkuma rahvatervise seisukohast, andes suuna tegevuse kavandamiseks, mille eesmärk on hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi tervisekäitumise mõjutamine ning ennetustöö üldise kvaliteedi parandamine.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### 2.1. Hüpertooniatõve olemus, põhjused ja levimus

Hüpertensiooni täiskasvanul defineeritakse kui vererõhu püsivat kõrgenemist süstoolse rõhuga üle  $\geq 140$  mmHg ja diastoolse rõhuga  $\geq 90$  mmHg (4, 5). Hüpertensiooni klassifikatsioon vererõhuväärtuse alusel on toodud tabelis 1 (5, 20).

**Tabel 1. Vererõhuväärtuste klassifikatsioon (mmHg)**

Vererõhuväärtuse kategooria	Süstoolne vererõhk	Diastoolne vererõhk
Optimaalne	<120	<80
Normaalne	120-129	80-84
Kõrge-normaalne	130-139	85-89
I astme hüpertensioon (kerge)	140-159	90-99
II astme hüpertensioon (mõõdukas)	160-179	100-109
III astme hüpertensioon (raske)	$\geq 180$	$\geq 110$

Hüpertooniatõve klassifikatsioon rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) alusel on järgmine: essentsiaalne hüpertensioon ehk hüpertooniatõbi ehk kõrgvererõhutõbi (I10); südamekahjustusega hüpertooniatõbi (I11); neerukahjustusega hüpertooniatõbi (I12); südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi (I13) (4).

Uuringutega ei ole leitud selget seost vererõhu kõrgenemise ja geneetiliste põhjuste vahel, kuigi on täheldatud mõnedes geenides esinevaid variante, mistõttu inimene võib olla vastuvõtlikum mõne teguri toimele nagu näiteks soolatundlikkus, ravim tundlikkus (21). Pärilikkus mõjutab mingil määral hüpertooniatõve patogeneesi, kuid olulisemat rolli etendavad haiguse kujunemises ja selle kulul ebatervislikud eluviisid (5).

Hüpertooniatõve arengus on soodustavaks teguriks ülekaalulisus (4, 5). Liigse kehakaalu kujunemises on peamiseks põhjuseks organismis moodustub positiivne energiabilanss (talletatuna nahaaluses rasvkoes), mis tekib üheltpoolt pikaajaliselt ja üle organismi vajaduste tarbitud lipiidide (rasvade) ja süsivesikute hulga ning teiselt poolt vähese kehalise aktiivsuse tulemusena. Nahaaluse rasvkoe ladestumine abdominaalselt (androidne lipiide ladestumistüüp) tekitab häireid lipiidide ainevahetuses ja suurendab riski hüpertooniatõve kujunemiseks (22).

Oluliseks põhjuseks kõrgvererõhutõve tekkes on ka suurenenud naatriumi (keedusoola rikka toidu tarbimisel) ja vähenenud kaaliumi sisaldus (vähendab naatriumi vererõhku tõstvat toimet) toidus. Lisaks eeltoodule soodustab kõrgvererõhutõve teket suitsetamine ja alkoholi liigtarbimine ning pikaajaline stress (4, 19, 20). Püsivalt kõrge vererõhk soodustab komplikatsioonide nagu südame isheemiatõve, müokardiinfarkti, südamepuudulikkuse; ajuinsuldi, transitoorse ajuisheemia, demetsuse; neerupuudulikkuse; perifeersetes arterites ahenemise või silmavõrkkesta arterite ahenemise teket (4).

Vaatlusuuring (25 aasta vältel) näitas, et suremuse risk südame-veresoonkonnahaigustesse tõuseb oluliselt kui hüpertensioonile ja ülekaalulisusele lisandub hüperkolesteroleemia (kõrgenenud vereseerumi üldkolesterooli tase) (23). Südame-veresoonkonnahaigustesse suremuse üldriski hindamisel kasutatakse *SCORE* (*Systematic Coronary Evaluation*) riskitabelite süsteemi, mis on välja töötatud Euroopas läbiviidud uurimuste põhjal ja mille alusel on võimalik prognoosida fataalset surmariski 10 aasta jooksul. *SCORE* arvestab selliseid riskitegureid nagu sugu, vanus, suitsetamisharjumus, süstoolne ja diastoolne vererõhk ning üldkolesterooli või üldkolesterooli/HDL-kolesterooli suhe (13, 20).

Igal aastal põhjustavad südame-veresoonkonnahaigused Euroopas (49 riiki) 4,35 miljonit ja Euroopa Liidus (25 riiki) 1,9 miljonit surmajuhtu. Arvestuste kohaselt kaotatakse eluaastatest 1/3 varajase surma tõttu südame-veresoonkonnahaigustesse (1). Eestis on samuti eluaastate kao sagedasemaks põhjuseks kardiovaskulaarhaigused, mis moodustavad 33% summaarsest haiguskoormusest. Viimane tähendab kaotust rahva tervises, mida väljendatakse surmade tõttu kaotatud eluaastate ning haigestumise ja välispõhjuste tõttu vähenenud täie tervise juures elatud eluaastate koguarvuna (24). Eestis on suremuskordaja hüpertooniatõvest tingitud surmapõhjustesse aasta-aastalt tõusnud, olles 1998. aastal 17,9; 2002. aastal 32,4 ning 2004. aastal 48,5 (2). Statistiliste kirjade alusel on tõusnud viimastel aastatel ka diagnoositud hüpertooniatõve esmaste haigusjuhtude arv: 1998. aastal 9832; 2002. aastal 23166; 2003. aastal 19061 ja 2004. aastal 19436 (3).

Preventiivtöö tõhustamiseks on Eestis vastuvõetud "Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020". Selle üldeesmärgiks on saavutada püsiv langus varajases haigestumises ja suremuses südame-veresoonkonnahaigustesse. Strateegia kohaselt peaks aastaks 2020 olema alla 65-aastaste meeste ja naiste suremus vähenenud vastavalt 40% ja 30%. Strateegia ülesandeks on eelduste ja tingimuste loomine riigi ja kohaliku omavalitsuse

tasandil, mille kaudu suureneks eelkõige inimeste kehaline aktiivsus, tõuseks tervislik toitumine ja väheneks suitsetamine (25). Eesti Haigekassa toetusel on välja töötatud “Eesti südame- ja veresoonkonnahaiguste preventsiiooni juhised”, mille eesmärk on vähendada kardiovaskulaarsete atakkide tekke riski ja seeläbi pidurdada enneaegset töövõime kaotust, pikendada eluiga ja parandada elukvaliteeti. Juhised on heaks abimaterjaliks kliinilises praktikas (13).

## **2.2. Tervisliku toitumise olulisus mittemedikamentoosse ravi osana**

Mitmetes kirjandusallikates (6, 26) on refereeritud uurimust, millega on tõestatud *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) dieedi olulist osa vererõhuväärtuste alanemisele nii hüpertoonikutel kui normotoonikutel. *DASH* dieeti kuulub rikkalikult puu- ja köögivilju, selles on madal toidu küllastunud rasvhapete sisaldus ja vähese rasvasisaldusega piimatooted. Küllastunud rasvhappeid (tõstavad vereseerumi kolesteroolitaset) leidub loomsetes toiduainetes nagu sealiha (ka searasv), täispiimas (4%) ja sellest valmistatud toodetes, praetud toitutes ning paljudes pagaritoodetes (27).

Mõjutusuuringust (459 uuritavat, jälgimisaeg kolm nädalat) järeldus, et *DASH* dieedi mõjul alanes hüpertooniatõve diagnoosiga uuritutel süstoolne vererõhk 11,4 mmHg ja diastoolne vererõhk 5,5 mmHg võrreldes kontrollgrupiga, kelle toidusedelis olid kõrge rasvasisaldusega piimatooted ning vähe puu- ja köögivilja. Uurimuses osalejatel jälgimisaja jooksul soolatarbimine ei muutunud ning alkoholitarbimine oli mõõdukas või puudus üldse (28). *DASH* dieedi efektiivsust vererõhu alandajana tõstab oluliselt kaalium, mida organism omastab puu- ja köögiviljadest (6).

Maailmas läbiviidud suured uurimused nagu *INTERSALT* (*The International Study of Salt and Blood Pressure*), *INTERMAT* (*The International Population Study on Macronutrients and Blood Pressure*) ja *DASH-Sodium* on näidanud, et keedusoola liigsel tarbimisel on kõrgvererõhutõve tekkimises ja kulus oluline roll (29). Uurimus *DASH-Sodium* (412 uuritavat) näitas, et soolatarbimise vähendamine (180 mmol kuni 100 mmol ehk 10,5 g kuni 6 grammini ööpäevas) alandas süstoolset vererõhku keskmiselt 6,7 mmHg võrreldes kontrollgrupiga (7). Kuna keedusoolas sisaldub naatriumkloriid, mis soodustab vererõhu tõusu, siis soovitatakse

hüpertoonikutel tarbida soolana naatrium- ja kaaliumkloriidi segu (pansoola) (14). Vererõhu reaktsioon toiduga saadavale naatriumile on indiviiditi erinev ja seda iseloomustatakse mõistega “soolatundlikkus”. Uuringutega on leitud, et toiduga saadava naatriumi vähendamine vererõhu alandamiseks omab suuremat efekti (tingituna ensümaalsest RAAS-süsteemi vastusest) alates keskeast ning kõrgvererõhutõve või diabeedi diagnoosiga isikutel (6, 29).

Kardioprotektiivne toime on eelkõige rasvasest kalast (heeringas, sardiin, tuunikala, lõhe) saadavatel oomega-3-polüküllastumata rasvhapetel, mis pidurdavad tromboosi ja ateroskleroosi kujunemist (30). Metaanalüüsist (90 randomiseeritud katset) järeldus, et kõrges doosis ( $\geq 3$  g/d) oomega-3-polüküllastumata rasvhapete tarbimisel vähenes süstoolne vererõhk 4,0 mmHg ja diastoolne vererõhk 2,5 mmHg võrreldes kontrollrühmaga (31). Kiudaineid, mis aitavad tagada normaalse seedetegevuse ja vähendada kehakaalu, omastab organism kõikidest teraviljatoodetest, puu- ja köögiviljadest ning kaunviljadest (14). 20 randomiseeritud katse alusel on tõestatud 14 g kiudaineterikka toidu tarbimisel päevas vererõhu alanemine, vastavalt 1,6 mmHg süstoolse ja 2,0 mmHg diastoolse vererõhu osas (32).

Vereseerumi üldkolesterooli sisalduse määravad tarbitud lipiide hulk ja liik (rikkalikult saadakse küllastunud rasvaderikkast toidust), samuti toidus sisalduv kolesterool (rohkest kanamunas, täispiimatoodetes) ja ülekaalulisus (14). Lipiide (triglütseriidide, üldkolesterooli, lipoproteiinidest LDL- ja HDL-kolesterooli) normväärtusest erinev või ebaõige suhe vereseerumis (düslipideemia) on soodustavaks teguriks ateroskleroosi ja hüpertooniatõve kujunemisele (33).

Üldjoontes peab toitumine olema mitmekülgne ja toiduga saadav energiahulk tasakaalus selle kulutamisega. Olulisemad soovitused on järgmised (13, 14):

- Tarbida tuleks puu- ja köögivilju (kokku vähemalt 500 g päevas), täisteratooteid ja (rukki)leiba, madala rasvasisaldusega piima ja piimatooteid, (rasvast) kala ning väherasvast liha ja sellest valmistatud lihatooteid.
- Rasvad peavad moodustama 30% (sealhulgas küllastunud rasvade osakaal kuni 10%), valgud 20% ja süsivesikud 50% päevasest kaloraažist. Kolesterooli saamine toiduga peab jääma alla 300 mg päevas.
- Soolatarbimist peab piirama kuni viie grammini päevas. Vältida tuleks soola lisamist valmistoidule ja osta väiksema soolasisaldusega tooteid.

- Vältida rafineeritud suhkru (soodustab triglütseriidide tõusu vereseerumis) kasutamist ja magusate karastusjookide tarbimist.
- Toiduvalmistamisel eelistada hautamist, fooliumis küpsetamist või röstimist praadimisele.

### **2.3. Kehakaalu ja kehalise aktiivsuse osa hüpertooniatõve kulus**

Paljude erinevate uuringute alusel võib ülekaalulisust lugeda otseselt seotuks vererõhu kõrgenemisega (6, 19). Uuring *EUROASPIRE II (EUROpean Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events)* 15 Euroopa linnas (5536 uuritavat) näitas muuhulgas, et antihüpertensiivse ravi saajate seas oli ülekaalulisi 48% ja rasvunuid 31% (34).

Kehakaalu alandavaks dieediks on tasakaalustatud toidusedel, mis tagab kaalulanguse 0,5-1,0 kg nädalas ja sisaldab vähem kaloreid kui organism vajab (14). Metaanalüüs (34 randomiseeritud kontrollkatset, 4874 uuritavat) näitas, et kehakaalu langus keskmiselt 5,1 kg alandas süstoolset vererõhku keskmiselt 4,4 ja diastoolset 3,6 mmHg (8). Läbilõikeline uuring (3127 katsealust) näitas, et suurenenud kehamassiindeks seostub oluliselt madalama haridustaseme, sagedase TV-vaatamise, madala füüsilise aktiivsuse ja suitsetamisharjumustega nii meestel kui naistel (35).

Regulaarne kehaline aktiivsus tasemel, mis põhjustab pulsi kiirenemist, hingamissageduse tõusu parandab kardiaalset võimekust ja samas normaliseerib kehakaalu, alandab kõrgenenud vereliipiide taset vereseerumis ja vähendab stressist tingitud pingeseisundit. Igasugune kehaline liikumine on soodsa toimega, kuid aeroobne tegevus, mis parandab organismi hapnikuga omastamise võimet, on kõige kasulikum. Madal aeroobne tase on seotud igapäevaelu tegevustega, millele lisandub vähene füüsiline aktiivsus. Kui inimene liigub vähemalt 60 minutit päevas madalal aeroobsel tasemel, siis võib seda pidada rahuldavaks. Kõrge intensiivsusega aeroobse tasemega tegevused on näiteks kiirkõnd, tervisejooks, jalgrattaga sõitmine, suusatamine, ujumine või koormustrenažööridel treenimine (14, 36). Tervisetreeningu alustamisele istuva eluviisiga inimese puhul peab eelnema kehalise võimekuse hindamine, treeningtüübi ning selle intensiivsuse, sageduse ja kestvuse valimine. Krooniliste haigustega inimesed peavad kehalise aktiivsuse suurendamisel lähtuma haiguse sümptomitest ja olema kontaktis arstiga (36).

Metaanalüüsist (54 randomiseeritud kliinilist katset) järeldus, et regulaarne aeroobne kehaline aktiivsus vähemalt 30 minutit minimaalselt kolm korda nädalas alandas süstoolset vererõhku 3,8 mmHg ja diastoolset vererõhku 2,6 mmHg võrreldes inaktiivsete hüpertooniatõve diagnoosiga uuritutega (9). Soomes läbiviidud uurimus (5935 meest ja 6227 naist, vanuses 25-64 aastat) näitas vaba aja füüsilise koormuse olulisust vererõhule. Nii meestel kui naistel, kes olid vabal ajal kõrgema füüsilise aktiivsustasemega, vähenes risk hüpertooniatõve kujunemiseks. Samas tööalane füüsiline aktiivsus vähendas samuti riski kõrgvererõhutõve tekkeks (37).

Kokkuvõtlikud soovitused kehaliseks aeroobseks aktiivsuseks (13):

- säilitav kehaline aktiivsus – 20-60 minutit aeroobset treeningut 1-2 korda nädalas
- arendav kehaline aktiivsus – 20-60 minutit aeroobset treeningut 3-5 korda nädalas
- intensiivsuse arvestamisel lähtuda 60-90% südamelöögisageduse ealisest maksimumist, teisisõnu 220-st lahutada vanus või 205-st lahutada ½ vanust
- ühe kehalise treeninguga peaks kulutama vähemalt 300 kcal energiat.

## 2.4. Suitsetamise ja alkoholitarbimise mõju hüpertooniatõvele

Tubaka põlemisel tekib ligemale 4000 keemilist ühendit, millest 0,2%-5% moodustab nikotiin. Endoteeli (veresoone sisekesta) düsfunktsionaalsuse kujunemist soodustab teiste tegurite (hüpertooniatõbi, kestvalt kõrge lipiidide tase vereseerumis, vähene füüsiline aktiivsus) kõrval ka suitsetamine (22). Populatsiooniuuring näitas, et kõrgvererõhutõvega meestel, kel esines hüperkolesteroleemia ja kes suitsetasid, oli oluliselt kõrgem suremus südame-veresoonkonnahaigustesse enne 55. eluaastat (15). Terviseuuring (*Health Survey for England*), mis viidi läbi Inglismaal (1994-1996, 33 860 uuritavat) näitas vererõhuväärtuste olulist erinevust suitsetajatel ja mittersuitsetajatel. Neil, kes suitsetasid rohkem kui 20 sigaretti päevas oli vererõhk kõrgem kui kuni 10 sigaretti päevas suitsetajatel. Samas leiti, et kroonilise (pikaajalise) suitsetamise efekt vererõhule oli madal (10). Eestis on koostatud ravijuhend suitsetaja abistamiseks tubakast loobumisel (38).

Epidemioloogilised ja eksperimentaaluuringud on näidanud olulist seost kõrge vererõhu ja alkoholikoguse (alates 3 dringist päevas) vahel (6). Ameerika Ühendriikides kasutusel olev

drink on samaväärne 14 grammi absoluutse alkoholiga (22). Kui alkoholi (vein, õlu, liköör) tarbimine oli nädalas rohkem kui 210 grammi, siis suurenesid oluliselt vererõhuväärtused (11). Metaanalüüs (15 randomiseeritud katset, 2234 jälgitavaga, vanuses 27-57 aastat) näitas, et alkoholikoguse tarbimise vähenemisel (6 dringilt 1 dringile päevas) langes vererõhk keskmiselt 3,3 mmHg süstoolse ja 2,1 mmHg diastoolse osas (39). Populatsiooniuurimus (2609 inimest, vanuses 35-80 aastat) näitas, et risk vererõhu kõrgenemiseks tõuseb oluliselt, kui tarbitakse päevas üle 2 dringi ja seejuures ilma toiduta (16). Hüpertoonikud peaks vähendama alkoholi tarbimist 20-30 grammini etanooli meeste ja 10-20 grammini naiste puhul (20).

## **2.5. Psühhosotsiaalsed tegurid ja hüpertooniatõbi**

Psüühilist pinget suurendavad elusündmused nagu probleemid tööl või kodus, mis on tavalisem stressor igapäevaelus. Inimese reaktsioon stress-seisundile (pingeseisundile) on erinev, mistõttu võivad toimuda muutused tervisekäitumises, näiteks sagedasem suitsetamine, tekkida ebaregulaarne toitumine või väheneda kehaline aktiivsus (14). Psühholoogilised tegurid nagu ärevus, depressioon, sotsiaalne isolatsioon ja krooniline elustress tõstavad sümptomaatilise närvisüsteemi kaudu südame löögisagedust ja kõrgendavad vererõhku (40).

Uuring hüpertoonikutel (1115 katsealust) andis stressirohkele tegevusele (vaimne aritmeetiline kalkulatsioon, rääkimine ebameeldivatest asjadest jne.) vastuseks süstoolse ja diastoolse vererõhu tõusu ning südame löögisageduse kiirenemise võrreldes kontrollgrupiga (17). Ka pikaajaline tööpinge mõjutab vererõhku, mida näitas 24-tunnise monitooringu järgselt saadud oluliselt kõrgemad süstoolse ja diastoolse vererõhuväärtused (18). Süstemaatiline ülevaade (25 randomiseeritud kontrollkatset üle 45-aastaste seas) näitas kehakaalu langetamise, soolatarbimise piiramise ja stressi vähendamise positiivset mõju süstoolse vererõhu alanemisele, igäüks neist vastavalt 5,2/2,9/1,0 mmHg võrra (12). Uurimus (1748 inimest vanuses 25-74 aastat) näitas olulist seost nii meeste kui naiste seas madalama haridustaseme, kõrgema vereseerumi kolesteroolinäitajate, suurenenud kehamassiindeksi ning väiksema kehalise aktiivsuse vahel (41).

Tervise enesehinnangu ja rahvastiku tervisekäitumise näitajate (haigestumus, suremus) vahel on leitud universaalset seost. Kui arenenud tööstusriikides korreleeruvad suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus ja alkoholitarbimine keskmisest madalama enesehinnanguga, siis endistes

Ida-Euroopa maades kuuluvad nimetatud tervisekäitumise valdkonnad pigem keskmisest kõrgema kui madalama tervise enesehinnangu juurde (42).

## **2.6. Tervishoiutöötajate osa tervisekäitumisalase teabe levitamisel**

Tervisekäitumise mõjustamine algab hüpertooniatõve teket soodustavate või selle kulgu raskendavate olulisemate põhjuste personaalsest identifitseerimisest ja sellele vastavast tegevusest. Preventsiooni edukuse barjäärideks võivad olla patsiendi madal motivatsioon tervisekäitumise muutmiseks, kultuurilised eripärad või majanduslikud põhjused (näiteks kehv majanduslik seis madala rasvasisaldusega toiduainete ostmiseks, kehaliseks liikumiseks). Tervisekäitumises toimuva muutuse õnnestumise määravad tervishoiutöötajate teadmised ja oskused ennetustööd korraldada, samas takistuseks võib olla nende puudulik tähelepanu patsientide tervisealase harituse tõstmise vajalikkusele (6, 26). Suurendamaks terviseteadlikkust ja inimeste kaasatust tervist edendavatesse tegevustesse on väljatöötatud rida teooriad ja mudeleid, mis aitavad selgitada millisel viisil tervisesõnumeid patsiendini kõige efektiivsemalt vahendada (43).

Uuringus (266 jälgitavat, kolme aasta jooksul) toitumisalase harituse tõstmise tõhususest andis paremad tulemused reaalselt mõjustamist saanute grupis kui nende seas, kellele jagati vaid infovoldikuid. Tulemusena vähenes oluliselt nii süstoolne kui diastoolne vererõhk, liigne kehamass ja kolesteroolitase vereseerumis ning suurenes tervisliku toitumise (vähene küllastunud rasvade sisaldus, rohke puu- ja köögivilja ning kala tarbimine) osakaal (44). Multikomponentse (kahe või enama) tervisekäitumise valdkonna samaaegse muutmise mõju vererõhu alanemisele on suurem kui üksikkomponentidest koosneval sekkumisprotsessil (6). Seda näitas ka kliiniline katse (810 jälgitavat kuue kuu jooksul) kolmes grupis: 1. tervisekäitumisalane interventsioon soovitusetega (kaalulangetamine, liigse soolatarbimise vähendamine, kehalise aktiivsuse suurendamine, limiteeritud alkoholi tarbimine); 2. eeltoodud interventsioonile lisandus *DASH* dieet ja 3. vaid nõuandeid saav võrdlusgrupp. Kui hüpertooniatõve levimus uuringu algul oli 38%, siis interventsiooni järgselt oli see grupiti järgmine: 17% esimeses, 12% teises ja 26% kolmandas grupis (45).

### 3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK

Uurimistöõ eesmärgiks oli saada ülevaade Tartu linna hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumisasalast teadlikkusest ning selle mõjutamisest perearsti ja pereõe poolt.

Eesmärgist lähtuvalt püstitati uurimistöõle järgmised ülesanded:

1. Uurida Tartu linna hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervist mõjustavat käitumist (toitumine, kehaline aktiivsus, suitsetamise ja alkoholitarbimise harjumused, stress- ehk pingeseisundi olemasolu tajumine).
2. Selgitada uuritavate tervist mõjustava käitumise alane teadlikkus.
3. Uurida, kas ja kuidas on toimunud muutused tervisekäitumises viimase aasta (12 kuu) jooksul.
4. Selgitada perearsti ja pereõe osakaal nõuandjana tervist mõjutava käitumise kujundamisel.

Uurimistöõle püstitati järgmine hüpotees:

- hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi teadlikkuse tase tervisliku käitumise olulisusest on madal.

Uurimistöõst saadavad tulemused võiksid rakendust leida rahvatervise valdkonnas, näidates suuna tegevuseks, mille eesmärk on hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi tervisekäitumise mõjustamine ja sellega kõrgvererõhutõve kulu kergendamine.

## **4. MATERJAL JA METOODIKA**

### **4.1. Ülevaade valimi moodustamisest ja uuringu läbiviimisest**

Valimi moodustamise aluseks oli Eesti Haigekassa Lõuna osakonna andmed perearstikeskuste/praksiste kohta Tartu linnas. Perearstid valiti uuringusse juhuvaliku teel. Algselt oli planeeritud uuringusse kaasata vähemalt 12 perearsti. Lõplikuks arvuks, kes andsid nõusoleku uuringus oma nimistu patsientidega osaleda ja olid teadlikud uurimistöö läbiviimisest, kujunes üheksa. Kolm perearsti loobusid uuringus osalemast suure töökoormuse tõttu. Väikese hulga perearstide (üheksa) kaasamine aitas kergemini jälgida uurimistöö käiku, olla pidevas kontaktis perearstidega, mis omakorda tagas uuringu õnnestumise.

Uuringu läbiviimise aluseks oli rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10). Selle järgi võis uuringusse kaasata diagnoosikoodidega I10 (essentsiaalne hüpertooniatõbi), I11 (südamekahjustusega hüpertooniatõbi), I12 (neerukahjustusega hüpertooniatõbi) ja I13 (südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi) ja seejuures raskusastmega I-III hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendid. Uuringusse ei võinud kuuluda kaasuvate raskete diagnoosidega patsiendid, kelle anamnees oli koormatud, näiteks väljendunud raske südamepuudulikkuse, ajuinsuldi, müokardiinfakti, insuliinsõltuva diabeedi, raskekujulise liigeshaiguse või bronhiaalastmaga. Selle põhjuseks olid piirangud eelkõige kehalisele aktiivsusele, mistõttu uuringu tulemusi oleks olnud töö lõppfaasis keerulisem üldistada.

Uurimistöö viidi läbi ajavahemikul mai - oktoober 2004 (15.05.04-15.07.04 ja 01.09.04-31.10.04). Suvisel puhkuste ajal oli uuringu läbiviimine ajutiselt katkestatud, et vältida uuringu asjatut venimist.

Vastutava uurija poolt selgitati perearstidele uurimistöö eesmärki ja läbiviimise kriteeriume ning olulisust neid jälgida. Perearsti kui uuringu läbiviija poolt esitati ankeet vastamiseks igale järjestikusele tema vastuvõtule pöörduvale patsiendile, kes vastas uurimistöö kriteeriumidele ja valdas eesti keelt. Küsimustikule vastamine toimus uuritava poolt vabatahtlikkuse printsiibil. Perearstil ja pereõel polnud lubatud abistada patsienti ankeedi täitmisel. Uuritav täitis ankeedi perearstikeskuse ooteruumis, milleks kulus 15-20 minutit ning andis selle suletud kodeeritud ümbrikusse tagasipanduna pereõe kätte, kelle vahendusel jõudsid täidetud ankeedid vastutava

uurijani. Viimane hoidis ankeete vaid endale teadaolevas kohas ja töötles neis sisalduvaid andmeid isiklikult.

Perearstipraksiste kaudu jaotati laiali kokku 420 ankeeti arvestusega, et hõlmata käesoleva uuringuga vähemalt 10% sobilikest hüpertooniatõve diagnoosiga patsientidest. Perearstide vahendusel nende elektroonilise andmebaasi kaudu saadud teabe järgi oli nimistutes (sõltuvalt selle suurusest ja vanuselisest koosseisust) uurimistöö kriteeriumidele vastavate patsientide arv vahemikus 250-450. Laialijaotatud ankeetidest saadi täidetuna tagasi 412. Küsimustikku keeldus täitmast kaheksa patsienti erinevatel põhjustel (sagedamini ajapuudus, soovimatus osaleda). Tagastatud ankeetidest tuli analüüsikõlbmatuse tõttu välja jätta 22, kuna need olid väga puudulikult täidetud. Järelikult oli võimalik uurimistöös kasutada 390 ehk 93% kõigist välja jagatud ja tagastatud ankeetidest. Uuringus osales ühe perearstinimistu kohta keskmiselt 44 patsienti.

## **4.2. Uurimismeetodi kirjeldus**

Uurimismeetodiks oli ankeetküsimustik (toodud Lisas), mille koostamisel oli aluseks võetud Eesti Täiskasvanud Elanikkonna Tervisekäitumise Uuringu küsimustik (46). Sarnaste küsimuste kasutamine võimaldas kokkuvõtvast arutelu tuua võrdlust hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi ja eesti rahvastiku tervisekäitumise kohta üldisemalt. Ülejäänud küsimuste formuleerimisel tugineti teemaga seotud kirjandusallikatele.

Küsimustikus olid järgmised valdkonnad, mis andsid vastuse uuritava tervisekäitumisele, sellealasele teadlikkusele ja ülevaate nõustamisalase tegevuse läbiviijate kohta:

- uuritava taustandmed (sugu, vanus, perekonnaseis, haridus, ametiala, eelnevaga seotud tegevuse põhiline iseloom ja sissetulek)
- suitsetamise ja alkoholitarbimise harjumused
- toitumistavad
- kehapikkus, -kaal ja kehaline aktiivsus
- tervis ja arstiabi (üldine hinnang tervisele ja eluviisile; stress- ehk pingeseisundi olemasolu tajumine; vereseerumi üldkolesterooli ja vererõhuväärtused; vererõhkualandavate ravimite kasutamine; tervisekäitumisalaste nõuannete saamine ja olulisemad nõustajad).

Küsimustiku valiidsuse kontrollimiseks korraldati pilootuuring aprillis 2004, milles osales 10 patsienti. Pilootuuringu järgselt tehti ankeeti mõningaid parandusi, eelkõige vältimaks vastusevariantidest enama kui kahe valikut (välja arvatud juhud, kui vastamine seda eeldas).

Taotlus uurimistöö läbiviimiseks esitati Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteele 15.04.2004. Komiteelt saadi nõusolek uurimistööks 26.04.04 (Protokoll number 126/3).

### **4.3. Andmete statistiline analüüs**

Uurimistöö on kirjeldav, kvantitatiivne ja osaliselt kvalitatiivne. Andmete analüüsis kasutati tabelarvutusprogrammi *Microsoft Excel 2000* ja statistikatarkvara paketti *SPSS 10.0 for Windows*.

Uurimistöös kasutati andmete analüüsil sagedus- ja korrelatsioonanalüüsi. Näitajate statistiliselt olulist erinevust meeste ja naiste vahel hinnati t-testi alusel. Rühmadevaheliste erinevuste hindamisel kasutati hii-ruut ( $\chi^2$ ) testi. Erinevust peeti oluliseks, kui  $p < 0,05$ . Uuritute antropomeetrilised ja füsioloogilised näitajad on esitatud aritmeetilise keskmise  $\pm$  standardhälbena (SD).

Tunnustevahelisi seoseid hinnati Spearmani korrelatsioonikordaja abil, kuna tegemist oli järjestikuste tunnustega. Korrelatsioonikordaja ( $r$ ) väärtus võib olla vahemikus miinus ühest kuni üheni. Kui  $r=1$  on tegemist kahe tunnuse vahelise tugeva positiivse seosega; kui  $r=0$ , siis need tunnused pole omavahel seotud ja kui  $r=-1$ , siis on tegemist tugeva, kuid vastupidise seosega (47). Töös kirjeldati vaid neid korrelatiivseid seoseid, mille  $p < 0,05$  ehk usaldatavus oli üle 95%.

## 5. TULEMUSED

Ankeetküsitluse teel saadud andmete paremaks edastamiseks grupeeriti need teemade lõikesse. Järgnevalt ülevaade andmetöötluse tulemustest.

### 5.1. Antropomeetrilised, füsioloogilised ja sotsiaalmajanduslikud näitajad

Analüüsiti 390 uurimistöö kriteeriumidele vastanud patsiendi poolt täidetud ankeeti. Vastajatest 52,3% (n=204) olid mehed ja 47,7% (n=186) naised. Valdav osa (95,1%, n=371) uuritustest olid rahvuselt eestlased ja 4,9% (n=19) venelased.

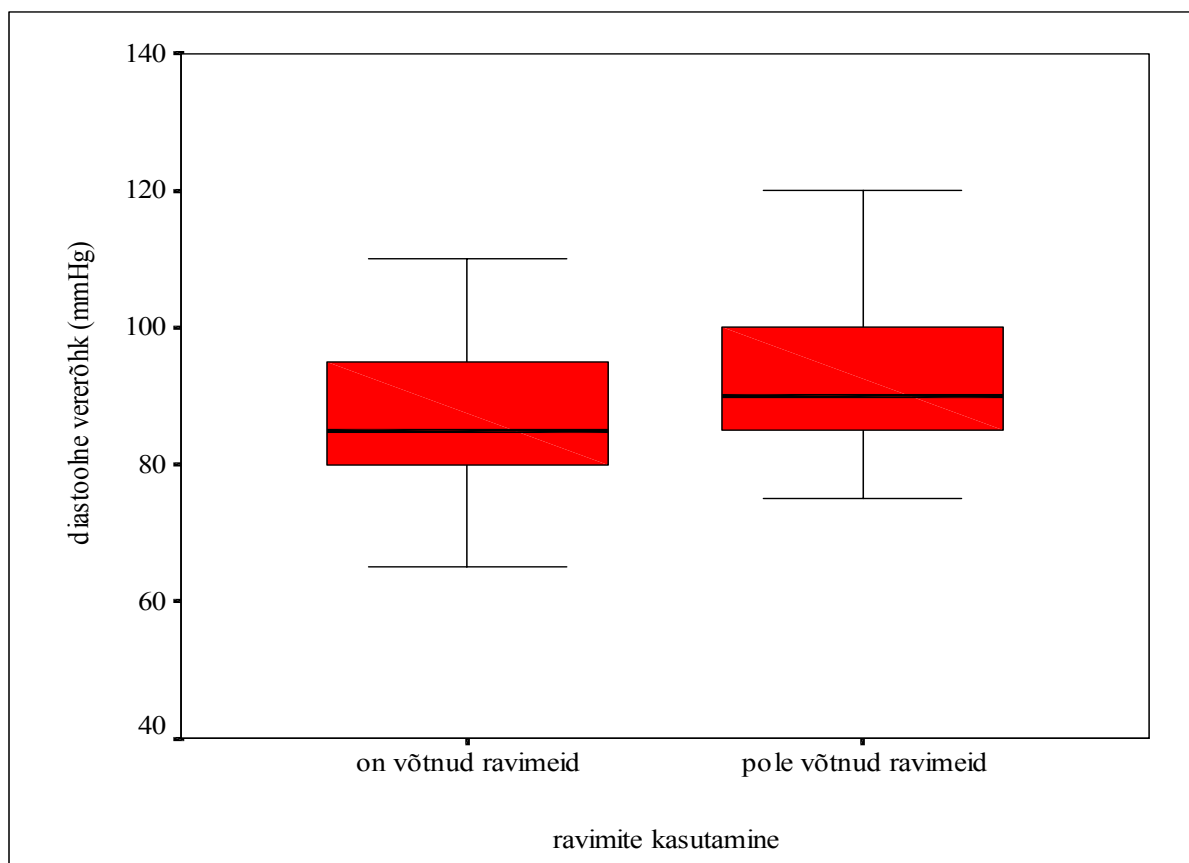
Uuringus osalejate keskmine vanus oli  $52,2 \pm 8,7$  aastat ja keskmiseks kehamassiindeksiks kujunes  $26,4 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>. Uuritav pidi küsimustikku märkima viimati määratud vereseerumi kolesterooliväärtuse, samuti süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtuse. Kui uuritav ei teadnud eeltoodud väärtusi või tal polnud neid kunagi määratud, pidi ta ankeeti märkima "0". Vastajate keskmiseks kolesterooliväärtuseks vereseerumis oli  $4,7 \pm 2,1$  mmol/l ja seejuures "ei teadnud või pole seda kunagi määratud" 3,8% uuritustest (n=15). Vererõhuväärtusi "ei teadnud või pole seda kunagi määratud" 14,1% uuritustest (n=55). Vastajate seas kujunes keskmiseks süstoolse vererõhu väärtuseks  $144,2 \pm 32,5$  mmHg ja diastoolse vererõhu väärtuseks  $85,1 \pm 19,1$  mmHg (Tabel 1).

**Tabel 1. Uuritute antropomeetrilised ja füsioloogilised näitajad**

Tunnus	Aritmeetiline keskmine $\pm$ SD
Vanus (aastat)	$52,2 \pm 8,7$
Kehamass (kg)	$77,9 \pm 10,9$
Kehapikkus (cm)	$172 \pm 9,4$
Kehamassiindeks (kg/m <sup>2</sup> )	$26,4 \pm 3,8$
Süstoolne vererõhk (mmHg)	$144,2 \pm 32,5$
Diastoolne vererõhk (mmHg)	$85,1 \pm 19,1$
Kolesterooli tase vereseerumis (mmol/l)	$4,7 \pm 2,1$

Iseloomustamaks süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtusi, võib öelda, et arsti poolt väljakirjutatud vererõhku alandavaid ravimeid oli viimase nädala jooksul kasutanud 79% (n=308) uuritutest. Vastajatest 21% (n=82), kes ei olnud viimase nädala jooksul vererõhuravimeid kasutanud, oli suuremal osal (17,7%, n=69) põhjuseks “ravimid lõppenud”. Teised põhjendasid ravimite mittekasutamist “sest tunnen end ilma ravimiteta hästi” (2,8%, n=11) ja “sest oli muu põhjus” 0,5% (n=2). Muu põhjusena märgiti “ei ole raha ravimite ostmiseks” ja “ei saanud arsti vastuvõtule sobivat aega”. Analüüsis ravimite kasutamisest viimase nädala jooksul vastanute soo järgi olulisi erinevusi ei esinenud.

Korrelatsioonanalüüs näitas, et viimase nädala jooksul arsti poolt väljakirjutatud ravimeid vererõhu alandamiseks mittekasutanute seas olid diastoolse vererõhu väärtused kõrgemad kui ravimeid korrektselt võtnute hulgas ( $r=0,188$ ,  $p<0,000$ ) (Joonis 1) ning samuti olid neil kõrgemad kehamassiindeksid ( $r=0,119$ ,  $p<0,019$ ).



**Joonis 1. Seos viimase nädala jooksul vererõhku alandavate ravimite kasutamise ja diastoolse vererõhu väärtuste vahel**

Haridustasemelt oli enamikul uuritutel kesk- või keskeriharidus, vastavalt 22,8% ja 45,9% ning kõrgharidust omas 20,0%. Meeste ja naiste haridustasemes olulisi erinevusi ei ilmnunud. Perekonnaseisult oli valdav osa vastajaid (82,0%) abielus/vabaabielus (Tabel 2).

Teavet netosissetulekust ühe pereliikme kohta kuus võis ka märkimata jätta ja seda võimalust kasutas 6,9% (n=27) uuritutest. Kokkuvõttes võib öelda, et peaaegu pooled (47,4%, n=172) vastajatest märkisid sissetulekuks ühe pereliikme kohta 2001-3000 EEK kuus. Peaaegu võrdselt oli vastajaid, kelle netosissetulek kuus ühe pereliikme kohta oli vähem kui 2000 EEK või vahemikus 3001-5000 EEK, vastavalt 24,8% (n=90) ja 26,7% (n=97). Vaid 1,1% (n=4) vastajatest märkis sissetulekuks ühe pereliikme kohta kuus enam kui 5000 EEK.

Ametialalt oli veidi enam kui neljandik uuritutest (27,2%) teenistujad, mis oli ankeedis lahtikirjutatud kui teenindus-, müügitöötaja või kontoriametnik. Uuritutest 23,1% olid spetsialistid, mis tähendas eriharidust nõudvatel ametikohtadel töötavaid insenere, teadlasi, arste, õpetajaid/õppejõude, meditsiiniõdesid vms. Vastajatest 15,1% olid oskustöölised (aednikud, kalurid, talunikud, elektrikud, puusepad, õmblejad vms). 10,8% uuritutest olid pensionärid ja samapalju (10,5%) oli ettevõtjaid/omanikke. Teiste ametiala (juhid, lihttöölised) esindajate ning samuti koduste ja töötute arv oli väiksem (Tabel 2).

Lähtuvalt ametialast oli uuritute seas tegevuse põhiliseks iseloomuks “pigem vaimne kui füüsiline” 35,9% (n=140) vastajatest. ”Nii vaimseks kui füüsiliseks” hindas enda tegevuse iseloomu 28,5% (n=111) ja “pigem füüsiliseks kui vaimseks” 20,3% (n=79) uuritutest. Vastusevarianti “ainult vaimne” märkis 13,3% (n=52) ja “ainult füüsiline” vaid 2% (n=8) uuritutest. Tulemuste analüüs vastanute soo järgi olulisi erinevusi ei näidanud.

Korrelatsioonanalüüs näitas, et noorematesse vanusegruppidesse (25-34 aastat) kuuluvate uuritute seas oli haridustase kõrgem ( $r=-0,177$ ,  $p<0,000$ ) ja nende hulgas oli rohkem ettevõtjaid või juhtival ametikohal olijaid ( $r=0,396$ ,  $p<0,000$ ). Küsitletute seas, kelle töö iseloom oli “ainult vaimne” sõltuvalt ametialast, oli haridustase kõrgem ( $r=-0,351$ ,  $p<0,000$ ). Sissetulek ühe pereliikme kohta kuus oli väiksem nende vastajate seas, kelle haridustase oli madalam ( $r=0,304$ ,  $p<0,000$ ) või kui uuritav oli abielus ( $r=0,208$ ,  $p<0,000$ ).

**Tabel 2. Uuritute sotsiaalmajanduslikud näitajad (arv ja %) soo lõikes**

Sotsiaalmajanduslikud näitajad	Mehed		Naised		Kokku	
	arv (n=204)	%	arv (n=186)	%	arv (n=390)	%
<b>Haridus</b>						
Põhiharidus	15	7,4	29	15,6	44	11,3
Keskharidus	48	23,5	41	22,0	89	22,8
Keskeriharidus	97	47,5	82	44,1	179	45,9
Kõrgharidus	44	21,6	34	18,3	78	20,0
<b>Perekonnaseis</b>						
Abielus/vabaabielus	180	88,2	140	75,3	320	82,0
Vallaline	9	4,4	14	7,5	23	5,9
Lahutatud/lahus elav	10	4,9	25	13,4	35	9,0
Lesk	5	2,5	7	3,8	12	3,1
<b>Ametiala</b>						
Ettevõtja, omanik	34	16,7	7	3,8	41	10,5
Tippjuht	3	1,5	3	1,6	6	1,5
Keskastmejuht	18	8,8	6	3,2	24	6,2
Spetsialist	50	24,5	40	21,5	90	23,1
Teenistuja	34	16,7	72	38,7	106	27,2
Oskustööline	43	21,1	16	8,6	59	15,1
Lihttööline	3	1,5	3	1,6	6	1,5
Töötu	1	0,5	4	2,2	5	1,3
Kodune	0	0	11	5,9	11	2,8
Õppur	0	0	0	0	0	0
Pensionär	18	8,8	24	12,9	42	10,8

## 5.2. Toitumisharjumused

### 5.2.1. Toidu rasvasisaldus ja rasvaine eelistus

Küsimusele “millise rasvasisaldusega toitu põhiliselt tarbite” vastas 73,8% (n=288) küsitletutest “püüan tarbida vähema rasvasisaldusega toitu”. Uuritutest 18,5% (n=72) “ei pööra toidu rasvasisaldusele mingit tähelepanu” ja 7,7% (n=30) “eelistan rasvasemat toitu”. Analüüs vastanute soo järgi tõi välja mõned statistiliselt olulised erinevused. Kui meestest eelistas rasvasemat toitu 11,8% uuritutest, siis naistest 3,2%. Vähema rasvasisaldusega toitu püüdis tarbida enam naised kui mehed (82,3% *versus* 66,2%).

Peamise rasvaina toiduvalmistamisel kodus kasutas valdav osa (85,4%, n=333) uuritutest toiduõli. Margariini kasutas 7,4% (n=29), võid või peamiselt võid sisaldavat rasvainet 3,8% (n=15) ja searasva või muud loomset rasva 3,3% (n=13) küsitletutest.

### 5.2.2. Soolatarbimine

Soola ei lisa toidule söögilauas “mitte kunagi” 46,2% (n=180) uuritutest. Vastajatest 51,5% (n=201) märkis, et lisab soola toidule “harilikult siis, kui toit ei ole piisavalt soolane” ja 2,3% (n=9) “üsna sageli enne toidu maitsmist”. Statistiliselt oluline erinevus esines meeste ja naiste vahel. Kui meestest ei lisa soola toidule söögilauas “mitte kunagi” 32,4%, siis naistest 61,3%. Meeste seas oli oluliselt rohkem ka neid, kes lisasid söögilauas toidule soola “harilikult siis, kui toit ei ole piisavalt soolane” võrreldes naistega (64,7% *versus* 37,1%).

Täpsustades soolaliiki, mida uuritav tavaliselt kasutas toiduvalmistamisel või lisa söögilauas, vastas 81,5% (n=316) uuritutest “tavaline keedusool”. “Pansoola või muud vähendatud naatriumisisaldusega soola” kasutas 14,6% (n=57) uuritutest ja “jodeeritud soola” 3,8% (n=15). Meeste ja naiste vahel ei esinenud olulist erinevust soolaliikide eelistuses.

### 5.2.2. Erinevate toidugruppide tarbimine viimase nädala jooksul

Uuritavate igapäevases toitumisest selgema ülevaate saamiseks on tulemused toidugruppide tarbimise osas esitatud kahes rühmas: “mitte kordagi” ja “6-7 päeval” viimase nädala jooksul, sest need iseloomustavad kõige paremini tervislikku toitumist.

Analüüs näitas, et “mitte kordagi” viimase nädala jooksul ei tarbinud uuritute 70,5% kiirsööke, 47,9% magusaid karastusjooke ja 19% praetud toite (kartulit, vorsti, kanamuna vms.). Viimase nädala jooksul ei tarbitud “mitte kordagi” järgmisi toidugruppe: rasvane kala (heeringas, sardiin, lõhe, tuunikala) ja kalatoidud (65,4% uuritute); linnulihatoidud (25,4%);  $\leq 2,5\%$  piim ja piimatooted (20,3%); värske köögivili (18,2%); mitmevilja- ja täisteratooted (17,4%). Täpsem ülevaade kõikide toidugruppide tarbimisest “mitte kordagi” viimase nädala jooksul on toodud tabelis 3.

Tulemuste analüüsist järeldus, et “6-7 päeval” viimase nädala jooksul oli uuritute 59,7% tarbinud värsked puuvilja/marju (vähemalt 200 g päevas); 57,2% rukkileiba; 82,3% madala rasvasusega ( $\leq 2,5\%$ ) piima ja piimatooted. Arvestatav osa vastajatest olid “6-7 päeval” viimase nädala jooksul tarbinud ka järgmisi toidugruppe: mitmevilja- ja täisteratooted (29,5%); keedetud köögivili (28,9%); taine liha ja sellest valmistatud lihatooted, sealhulgas sink (23,3%); rasvane kala ja kalatoidud (22,3%) ning vähemalt 200 grammi värsket köögivilja (18,5%). Samas tarbis “6-7 päeval” viimase nädala jooksul 36,1% uuritute lihaprodukte (sardellid, viinerid, vorst); 20,5% maiustusi ja 15,6% kanamuna ja munatooted. Täpsemalt kõikidest tarbitud toidugruppidest “6-7 päeval” viimase nädala jooksul tabelis 4.

Meeste ja naiste võrdlus toidugruppide tarbimise sageduses näitas, et madala rasvasusega ( $\leq 2,5\%$ ) piim ja piimatooted olid “6-7 päeval” viimase nädala jooksul olnud menüüs naistel oluliselt sagedamini kui meestel (96,7% *versus* 69,1%) ja lihaprodukte (viinerid, sardellid, vorst) tarbisid naised oluliselt harvem kui mehed (25,8% *versus* 50,1%). Samaaegselt “mitte kordagi” ei joonud viimase nädala jooksul magusaid karastusjooke oluliselt rohkem naised kui mehed (62,4% *versus* 34,8%).

**Tabel 3. Uuritute osakaal erinevate toidugruppide tarbimises (arv, %) “mitte kordagi” viimase nädala jooksul erinevates soorühmades**

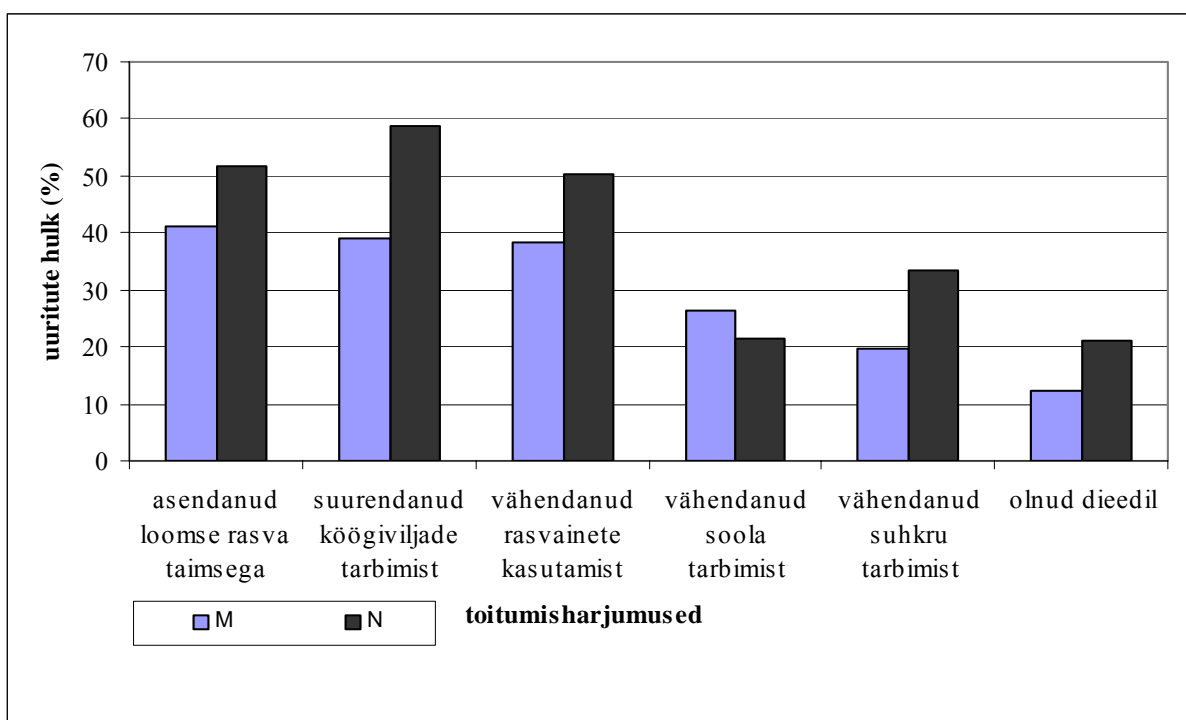
Toidugrupp	Mehed		Naised		Kokku	
	arv (n=204)	%	arv (n=186)	%	arv (n=390)	%
≤2,5% piim ja -tooted	52	25,5	27	14,5	79	20,3
Värske puuvili/marjad	13	6,4	10	5,4	23	5,9
Keedetud köögivili	18	8,8	12	6,4	30	7,7
Värske köögivili	48	23,5	23	12,4	71	18,2
Rasvane kala/kalatoidud	137	67,1	118	63,4	255	65,4
Taine liha ja -tooted	8	3,9	5	2,7	13	3,3
Linnulihatoidud	61	29,9	38	20,4	99	25,4
Lihaproduktid	28	13,7	10	5,4	38	9,7
Mitmevilja- ja täisteratooted	33	16,2	35	18,8	68	17,4
Rukkileib	11	5,4	23	12,4	34	8,7
Kanamuna ja -toidud	11	5,4	25	13,4	36	9,2
Praetud toidud	38	18,6	36	17,6	74	19,0
Kiirsöögid	121	59,3	154	82,8	275	70,5
Maiustused	28	13,7	10	5,4	38	9,7
Magusad karastusjoogid	71	34,8	116	62,4	187	47,9

**Tabel 4. Uuritute osakaal erinevate toidugruppide tarbimises (arv, %) “6-7 päeval” viimase nädala jooksul erinevates soorühmades**

Toidugrupp	Mehed		Naised		Kokku	
	arv (n=204)	%	arv (n=186)	%	arv (n=390)	%
≤2,5% piim ja -tooted	141	69,1	180	96,7	321	82,3
Värske puuvili/marjad	88	43,1	145	78	233	59,7
Keedetud köögivili	50	24,5	63	33,9	113	28,9
Värske köögivili	32	15,7	40	21,5	72	18,5
Rasvane kala/kalatoitud	13	6,4	74	39,8	87	22,3
Taine liha ja -tooted	35	17,2	56	30,1	91	23,3
Linnulihatoidud	6	2,9	11	5,9	17	4,3
Lihaproduktid	103	50,1	38	25,8	141	36,1
Mitmevilja- ja täisteratooted	55	27	60	32,3	115	29,5
Rukkileib	122	59,8	101	54,3	223	57,2
Kanamuna ja -toidud	41	20,1	20	10,8	61	15,6
Praetud toidud	18	8,8	7	3,8	25	6,4
Kiirsöögid	14	6,9	6	3,2	20	5,1
Maiustused	33	16,2	47	25,2	80	20,5
Magusad karastusjoogid	17	8,3	3	1,6	20	5,1

Korrelatsioonanalüüsist toitumisharjumuste kohta tervikuna selgus, et kõrgema haridustasemega uuritavad kasutasid toiduvalmistamisel vähem tavalist keedusoola ( $r=0,285$ ,  $p<0,000$ ). Samuti tarbisid nad viimase nädala jooksul sagedamini vähese rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piima ( $r=0,216$ ,  $p<0,000$ ) ja piimatooteid ( $r=0,298$ ,  $p<0,000$ ), keedetud köögivilja ( $r=0,224$ ,  $p<0,000$ ), värsket puuvilja ( $r=0,197$ ,  $p<0,000$ ), linnuliha ( $r=0,320$ ,  $p<0,000$ ), rukkileiba ( $r=0,242$ ,  $p<0,000$ ) ning mitmevilja- ja täisteratooteid ( $r=0,297$ ,  $p<0,000$ ), kuid vähem praetud toite ( $r=-0,257$ ,  $p<0,000$ ). Uuritavad, kes olid suurema sissetulekuga ühe pereliikme kohta kuus, tarbisid sagedamini viimase nädala jooksul rasvast kala ( $r=0,158$ ,  $p<0,002$ ).

Analüüs tervislikel põhjustel ettevõetud olulisema(de)st muutus(t)est toitumises viimase aasta jooksul näitas, et uuritute 48,5% (n=189) olid suurendanud köögiviljade tarbimist; 46,1% (n=179) asendanud loomse rasva taimse rasvaga ja 44,1% (n=171) vähendanud rasvainete kasutamist. Samas 26,1% (n=102) uuritute olid vähendanud suhkru tarbimist ja peaaegu samapalju (24,1%) (n=94) soola tarbimist. Vastajatest 16,4% (n=64) märkis, et on olnud dieedil kaalu langetamiseks. Meeste ja naiste poolt antud vastuste analüüs muutustest toitumises viimase aasta jooksul näitas, et statistiliselt oluline erinevus esines kahes valdkonnas: naised olid rohkem kui mehed suurendanud köögiviljade tarbimist (vastavalt 58,6% versus 39,2%) ja samas vähendanud suhkru tarbimist (33,3% versus 19,6%) (Joonis 2).



**Joonis 2. Uuritute osakaal (%) olulisemate ettevõetud muutuste järgi toitumisharjumustes tervislikel põhjustel viimase aasta jooksul soo lõikes**

### 5.3. Kehakaal ja kehaline aktiivsus

#### 5.3.1. Kehakaal

Iseloomustamaks uuritute kehakaalu ja kehapikkuse suhet, on käesolevas töös kasutatud kehamassiindeksit ehk Quetelet' indeksi, mis saadakse kehakaalu jagamises kehapikkuse ruuduga ( $\text{kg/m}^2$ ) (27). Vastavalt kehamassiindeksile jaotati uuritavad nelja kategooriasse: alakaaluline (kehamassiindeks 14,0-19,9), normkaaluline (20,0-24,9), ülekaaluline (25,0-29,9) ja rasvunud ( $>30,0$ ). Normkaalus olevaid uurituid oli 38,2%, ülekaalulisi 44,6% ja rasvunuid 15,9% vastanutest. Ülevaade uuritute kehamassiindeksite jaotumisest vanusegruppide lõikes soo järgi on toodud tabelis 5.

**Tabel 5. Uuritute jaotus kehamassiindeksi järgi (%) erinevates soo- ja vanuserühmades**

Kehamassiindeks	Mehed (M)					Kokku (n=204)
	Vanuserühmad					
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
14,0-19,9	6,7	0,0	0,0	0,0	13,6	2,0
20,0-24,9	26,7	58,3	30,7	50,0	50,0	42,6
25,0-29,9	33,3	60,0	60,0	39,3	27,3	46,1
>30,0	6,7	8,3	9,3	10,7	9,1	9,3
Kehamassiindeks	Naised (N)				Kokku (n=186)	Kokku M/N (n=390)
	Vanuserühmad					
	35-44	45-54	55-64	65-74		
14,0-19,9	2,2	0,0	0,0	0,0	0,5	1,3
20,0-24,9	42,2	44,2	23,5	26,7	33,3	38,2
25,0-29,9	26,7	39,5	47,1	63,3	43,0	44,6
>30,0	16,3	28,9	29,4	10,0	23,1	15,9

Uuritute kehamassiindeksite analüüs soo lõikes tõi välja statistiliselt olulise erinevuse. Naiste hulgas oli rasvunuid oluliselt rohkem kui meeste seas (23,1% versus 9,3%). Korrelatsioonanalüüsist selgus, et kõrgema haridustasemega uuritavad olid madalama kehamassiindeksiga ( $r=-0,279$ ,  $p<0,000$ ).

Vastanutest 41,5% (n=162) andsid enda kehakaalule hinnanguks “olen ülekaaluline” ja 45,4% (n=177) “olen normkaaluline”. Alakaaluliseks pidas end 1,5% (n=6) uuritavat. Kehakaalule ei osanud hinnangut anda 11,5% (n=45) küsitletutest. Uuritutest 53,8% (n=210) “ei ole kunagi üritanud” liigset kehakaalu langetada. Samas märkis vastajatest 19,5% (n=76), et on kehakaalu langetanud “1-2 korda” ja 5,2% (n=20) “rohkem kui kolm korda”. Uuritutest 21,5% (n=84) vastas, et ei ole kehakaalu langetanud, sest “ma ei ole olnud ülekaaluline”.

Analüüsides vastuseid soo lõikes kehakaalule antud hinnangutes ja liigse kehakaalu langetamise üritustes, ilmnesid statistiliselt olulised erinevused. Naised andsid enda kehakaalule hinnanguks “ülekaaluline” oluliselt rohkem kui mehed (52,7% *versus* 31,4%). Samuti on naised üritanud enda liigset kehakaalu oluliselt sagedamini langetada kui mehed (37,6% *versus* 12,8%).

### **5.3.2. Kehaline aktiivsus**

Vabal ajal tervisetreeninguga tegelemise võib koormustaseme järgi hüpertooniatõve ohjamise seisukohast üldjoontes jaotada kaheks. Kardioprotektiivseks loetakse sellist tervisetreeningu sagedust, millega tegeletakse kas “iga päev”, “4-6 korda nädalas” või “2-3 korda nädalas” vähemalt 30 minutit korraga kerge hingelduse, higistuse tekkeni. Sarnase sagedusega tervisetreeningut harrastas summaarselt 21,5% (n=84) uuritutest. Kardioprotektiivset toimet ei oma sagedus, kui tervisetreeninguga tegeletakse “kord nädalas”, “2-3 korda kuus” või “mõned korrad aastas”. Sellisel tasemel tegeles tervisetreeninguga summaarselt 72,6% (n=283) uuritutest. Uurituid, kes tervisetreeninguga “ei tegele haiguse tõttu”, oli 5,9% (n=23). Kui analüüsida meeste ja naiste vastuseid eraldi, siis mehed tegelesid oluliselt sagedamini kardioprotektiivset toimet omava tervisetreeninguga (2-3 korda nädalas või rohkem) kui naised (26% *versus* 16,1%). Lähemalt uuritute tervisetreeninguga tegelemise sagedusest vanuserühmade järgi soo lõikes tabelis 6.

Täpsustades uuritute liikumisaktiivsust päeva lõikes, mis saavutatakse summaarselt liikumist nõudvate tegevuste kaudu nagu jalutamine, jalgrattasõit, majapidamistöodega tegelemine ja/või liikumist nõudva hobi harrastamine, selgus, et vastajatest 37,2% (n=145) oli sellega hõivatud üle ühe tunni ja 39,5% (n=154) üle kahe tunni päevas. 23,3% (n=91) uuritutest vastas, et nende päevane liikumine erinevate eeltoodud tegevuste kaudu jääb alla ühe tunni. Analüüs vastanute soo järgi statistiliselt olulisi erinevusi ei näidanud.

**Tabel 6. Tervisetreeninguga tegelejad (%) sageduste järgi erinevates soo- ja vanuserühmades**

Tervisetreeninguga tegelemise sagedus	Mehed (M)					Kokku (n=204)
	Vanuserühmad					
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Iga päev	6,7	5,6	0,0	0,0	0,0	1,5
4-6 korda nädalas	6,7	27,8	4,0	0,0	0,0	6,9
2-3 korda nädalas	20,0	27,8	26,7	7,1	4,5	18,6
Üks kord nädalas	20,0	22,2	16,0	12,5	0,0	14,7
2-3 korda kuus	13,3	13,9	60,7	26,8	13,6	23,5
Mõned korrad						
aastas või üldse mitte	33,3	2,8	22,7	48,2	54,5	30,4
Ei tegele haiguse tõttu	0,0	0,0	0,0	5,4	27,3	4,4

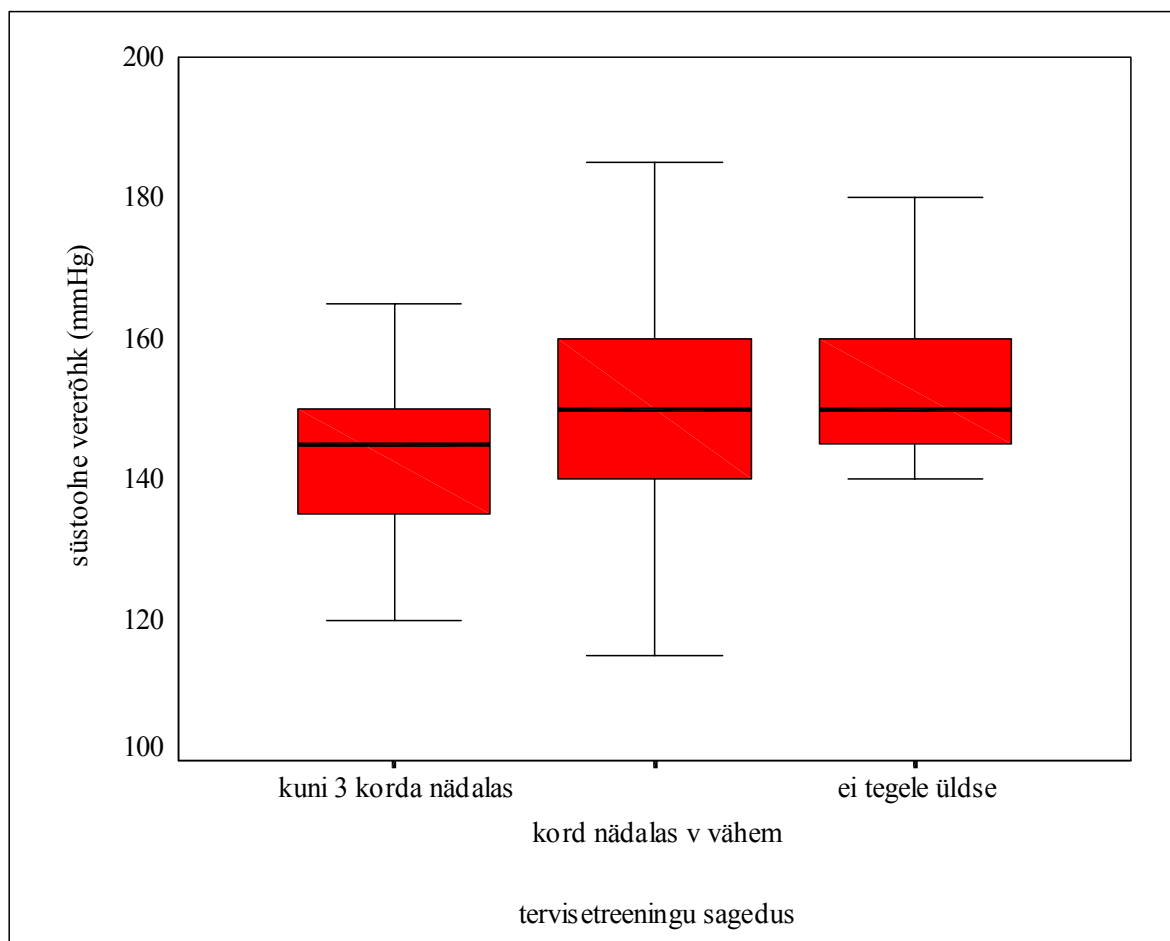
  

Tervisetreeninguga tegelemise sagedus	Naised (N)				Kokku (n=186)	Kokku M/N (n=390)
	Vanuserühmad					
	35-44	45-54	55-64	65-74		
Iga päev	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
4-6 korda nädalas	15,6	0,0	0,0	0,0	3,8	5,4
2-3 korda nädalas	22,2	18,6	2,9	10,0	12,4	15,6
Üks kord nädalas	28,9	11,6	20,6	23,3	21,0	17,7
2-3 korda kuus	13,3	20,9	17,6	33,3	19,9	21,8
Mõned korrad						
aastas või üldse mitte	20,0	41,9	47,1	23,3	35,5	32,5
Ei tegele haiguse tõttu	0,0	7,0	11,8	10,0	7,5	5,9

Hinnanguks enda füüsilisele vormile märkis 55,9% (n=218) uuritutest “keskmine”, “üsna heaks” pidas enda füüsilist vormi 28,2% (n=110) ja “üsna halvaks” 13,3% (n=52) vastajatest. “Väga hea” hinnangu andjaid enda füüsilisele vormile oli 2,6% (n=10). Meeste ja naiste vastuste võrdlemine näitas olulist erinevust “üsna hea” ja “üsna halva” hinnangu andjate vahel enda füüsilisele vormile (vastavalt 36,8% versus 18,8% ja 5,4% versus 22,0%).

Korrelatsioonanalüüsist järeldus, et kõrgema haridustasemega uuritavad tegelesid tervisetreeninguga (vähemalt poole tunni jooksul kerge hingelduse, higistuse tekkeni) sagedamini ( $r=-0,331$ ,  $p<0,000$ ). Vanuse suurenedes vähenes tervisetreeninguga tegelemise sagedus ( $r=0,411$ ,  $p<0,000$ ). Samuti tegelesid sotsiaalselt aktiivsemad (töökäivad *versus* pensionärid) uuritavad tervisetreeninguga sagedamini ( $r=0,244$ ,  $p<0,000$ ) ja hindasid enda käesoleva aja füüsilist vormi kõrgemalt ( $r=0,308$ ,  $p<0,000$ ).

Samuti näitas korrelatsioonanalüüs, et uuritutel, kes tegelesid sagedamini tervisetreeninguga, olid väiksemad kehamassiindeksi väärtused ( $r=0,353$ ,  $p<0,000$ ) ja madalamad süstoolse vererõhu näitajad ( $r=0,179$ ,  $p<0,000$ ). Ülevaاتlikult joonise 3 abil. Uuritavatel, kes tegelesid päevas rohkem summaarselt liikumist nõudvate tegevustega (jalutamine, jalgrattasõit, majapidamistööd või hobid), olid väiksemad kehamassiindeksid ( $r=-0,202$ ,  $p<0,000$ ).



**Joonis 3. Seos süstoolse vererõhuväärtuste ja tervisetreeninguga tegelemise sageduste vahel**

## 5.4. Suitsetamisharjumused

Elu jooksul ei ole kunagi regulaarselt suitsetanud 38,2% uuritutest. Suitsetamise staaži arvestades oli “üle 15 aasta” suitsetanud 18,7% ja “6-10 aastat” 16,9% uuritutest. Mõlemasse järgnevasse vastusevarianti, “kuni 5 aastat” ja “11-15 aastat” regulaarselt suitsetanud, kuulus võrdselt (13,1%) uurituid (Tabel 7). Kui analüüsida meeste ja naiste vastuseid eraldi suitsetamise staaži osas, siis meeste seas oli oluliselt rohkem neid, kes olid suitsetanud pikemat aega (kuus aastat ja enam) kui naiste hulgas, vastavalt 77% ja 17,7%.

Käesoleval ajal ei suitseta “üldse mitte” 57,9% uuritutest, samas suitsetab “iga päev” 35,4% ja “juhuslikult” 6,7% vastajatest (Tabel 7). Meeste ja naiste vahel olid statistiliselt olulised erinevused suitsetamise staatuse osas käesoleval ajal. Kui meestest igapäevasuitsetajaid oli 54,4%, siis naistest vaid 14,5%. Käesoleval ajal ei suitsetanud üldse 38,2% meestest ja 79,6% naistest.

Täpsustades suitsetatud sigarettide keskmist hulka käesoleval ajal suitsetajate hulgas, selgus, et 42,1% uuritutest tarbis “1-9 sigaretti” ja 45,1% “10-19 sigaretti” päevas. “Üle 20 sigaretti” päevas suitsetas 12,2% vastajatest (Tabel 7). Siinkohal oli arvestatud nii filtriga kui filtrita sigarettide hulka, kuigi valdav enamus (98,2%) suitsetajatest tarbis filtriga sigarette. Mees- ja naissuitsetajate vahel oli oluline erinevus päevas tarbitud sigarettide hulgas. Kui meestest tarbis päevas “1-9 sigaretti” 32,3%, siis naiste seas oli neid 75,7%. Päeva jooksul suitsetas “10-19 sigaretti” 51,2% meestest ja 24,3% naistest. Uurituid, kes tarbisid “üle 20 sigaretti” päevas, olid vaid meeste hulgas.

Käesoleval ajal suitsetajatest vastas küsimusele, et “kas teid paneb muretsema fakt, et suitsetamine on kahjulik teie tervisele” veidi enam kui pooled (57,3%, n=94) “mõningal määral” ja 20,1% (n=33) “mitte eriti”. Uuritutest 17,7% (n=29) märkis suitsetamise kahjuliku mõju kohta tervisele “olen väga mures”, seevastu 4,9% (n=8) vastas “üldse mitte”. Selgitades käesoleval ajal suitsetajate seas soovi suitsetamisest loobuda, märkis 41,5% (n=68) “jah”, 26,2% (n=43) “ei”, kuid 32,3% (n=53) oli veel kõhkleva seisukohal (“ei oska öelda”).

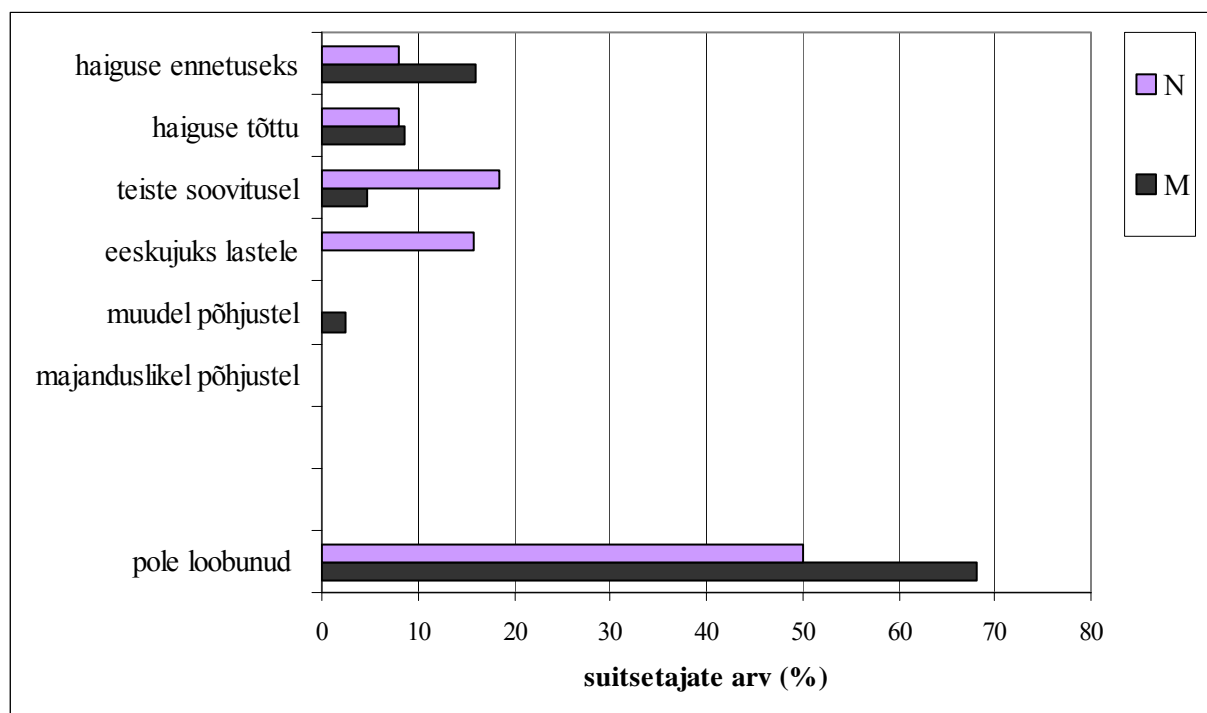
**Tabel 7. Uuritute jaotus suitsetamise harjumuse järgi (arv, %) erinevates soorühmades**

Suitsetamine	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
<b>Suitsetamise staaž</b>						
Kuni 5 aastat	11	5,4	40	21,5	51	13,1
6-10 aastat	50	24,5	16	8,6	66	16,9
11-15 aastat	46	22,5	15	2,7	51	13,1
üle 15 aasta	61	29,9	12	6,5	73	18,7
<b>Ei ole kunagi suitsetanud</b>	36	17,6	113	60,8	149	38,2
<b>Suitsetamine käesoleval ajal</b>						
Iga päev	111	54,4	27	14,5	138	35,4
Juhuslikult	15	7,7	11	5,9	26	6,7
Üldse mitte	78	38,2	148	79,6	226	57,9
<b>Keskmine sigarettide (filtriga/filtrita) arv päevas</b>						
1-9 tk.	41	32,3	28	75,7	69	42,1
10-20 tk.	65	51,2	9	24,3	74	45,1
>20 tk.	20	15,7	0	0,0	20	12,2

Käesoleval ajal suitsetajatest ei ole proovinud “mitte kordagi” suitsetamisest loobuda 66,5% (n=109) uuritutest. Suitsetamisest loobumise katseid oli tehtud järgmiselt: 23,8% uuritutest “1-2 korda”, 8,5% “3-4 korda” ja 1,2% “üle 5 korra”. Analüüs vastanute soo järgi tõi välja erinevuse, et meeste seas oli oluliselt rohkem neid, kes pole proovinud “mitte kordagi” suitsetamisest loobuda kui naiste hulgas (42,6% *versus* 11,8%).

Küsimusele, mis on olnud käesoleval ajal suitsetajatel viimase aasta jooksul olulisim põhjus suitsetamisest loobumiseks, vastasid 14,0% (n=23) “tõsiste haiguste ennetuseks”. Teisi põhjusi “haiguse, vaevuse tõttu” või “teiste soovitusel” tõi välja vastavalt 8,5% (n=14) ja 7,9% (n=13) suitsetajatest. Viimase aasta jooksul ei ole loobunud või proovinud loobuda suitsetamisest 64,1% (n=105) (Joonis 4). Tulemuste analüüs suitsetamisest loobumise põhjustes vastanute soo järgi näitas, et “teiste soovitusel” oli oluliselt sagedasem põhjus naiste kui meeste seas (18,4%

versus 4,8%). Samas viimase aasta jooksul pole suitsetamisest loobunud või proovinud seda teha rohkem mehi kui naisi (68,3% versus 50%).



**Joonis 4. Uuritute osakaal (%) suitsetamisest loobumise põhjuste järgi ning suitsetamisest mitteloobunute arv (%) viimase aasta jooksul soo lõikes**

Korrelatsioonanalüüs suitsetamisharjumuste kohta käesoleval ajal suitsetajate hulgas näitas, et uuritavad, kelle haridustase oli kõrgem, tarbisid päevas vähem sigarette ( $r=-0,262$ ,  $p<0,002$ ), samuti olid nad rohkem mures suitsetamise kahjuliku toime pärast tervisele ( $r=-0,242$ ,  $p<0,002$ ) ja nad olid rohkem arv kordi üritanud suitsetamisest loobuda ( $r=0,293$ ,  $p<0,000$ ). Käesoleval ajal suitsetajate süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtused olid kõrgemad kui mittersuitsetajatel (vastavalt  $r=-0,135$ ,  $p<0,008$ ;  $r=-0,106$ ,  $p<0,037$ ) ning rohkem sigarette päeva jooksul suitsetanutel olid kõrgemad süstoolse vererõhu väärtused ( $r=0,201$ ,  $p<0,010$ ). Uuritud, kes praegusel ajal olid sotsiaalselt aktiivsemad (töölkäivad versus pensionäridega) tarbisid päevas suurema arvu sigarette ( $r=-0,237$ ,  $p<0,005$ ). Samas sotsiaalselt vähemaktiivsete (pensionärid) uuritute seas oli enam käesoleval ajal mittersuitsetajaid ( $r=-0,299$ ,  $p<0,000$ ) ja samuti neid, kes ei olnud elu jooksul kunagi regulaarselt suitsetanud ( $r=-0,231$ ,  $p<0,000$ ).

## 5.5. Alkoholitarbimise harjumused

Vastusele “viina või teiste kangete alkoholsete jookide (konjak, viski, liköör vmt.) tarbimise kohta” märkis 50,3% uuritustest “mõned korrad aastas”, 31% “mõned korrad kuus” ja 8,2% “üks kord nädalas”. Uuritustest 10,5% ei tarbinud viina või teisi kangeid alkoholseid jooke “üldse mitte” (Tabel 8). Meeste ja naiste vastuseid alkoholitarbimise harjumustest analüüsid esines olulisi erinevusi. Kui meeste seas oli 15,7% vastajaid, kes tarbisid viina või teisi kangeid alkoholseid jooke “üks kord nädalas”, siis naiste hulgas neid ei olnud. Naised märkisid viina või teiste kangete alkoholsete jookide tarbimise kohta “üldse mitte” oluliselt sagedamini kui mehed (19,9% versus 2%).

Õlut ei tarbinud “üldse mitte” 36,9% uuritustest. Vastajatest 17,7% märkis, et tarbivad õlut “mõned korrad aastas” ja 8,7% “2-3 korda kuus”. Kui 29,3% uuritustest vastas, et tarbivad õlut kas “üks kord nädalas” või “2-3 korda nädalas”, siis 7,4% tarbis õlut “iga päev” (Tabel 8). Meestest ja naistest õlletarbijate vahel esinesid olulised erinevused. Kui meestest oli “iga päev” õlletarbijaid 12,7%, siis naistest 1,6%. “Mõned korrad aastas” või “üldse mitte” ei tarbinud meestest õlut 33,9%, kuid naistest 77,4% uuritustest. Meestest tarbis õlut “kord nädalas” või “2-3 korda nädalas” 40,7% küsitletutest, samas kui naiste hulgas oli neid 16,7%.

**Tabel 8. Uuritute jaotus alkoholitarbimise järgi (arv, %) erinevates soorühmades**

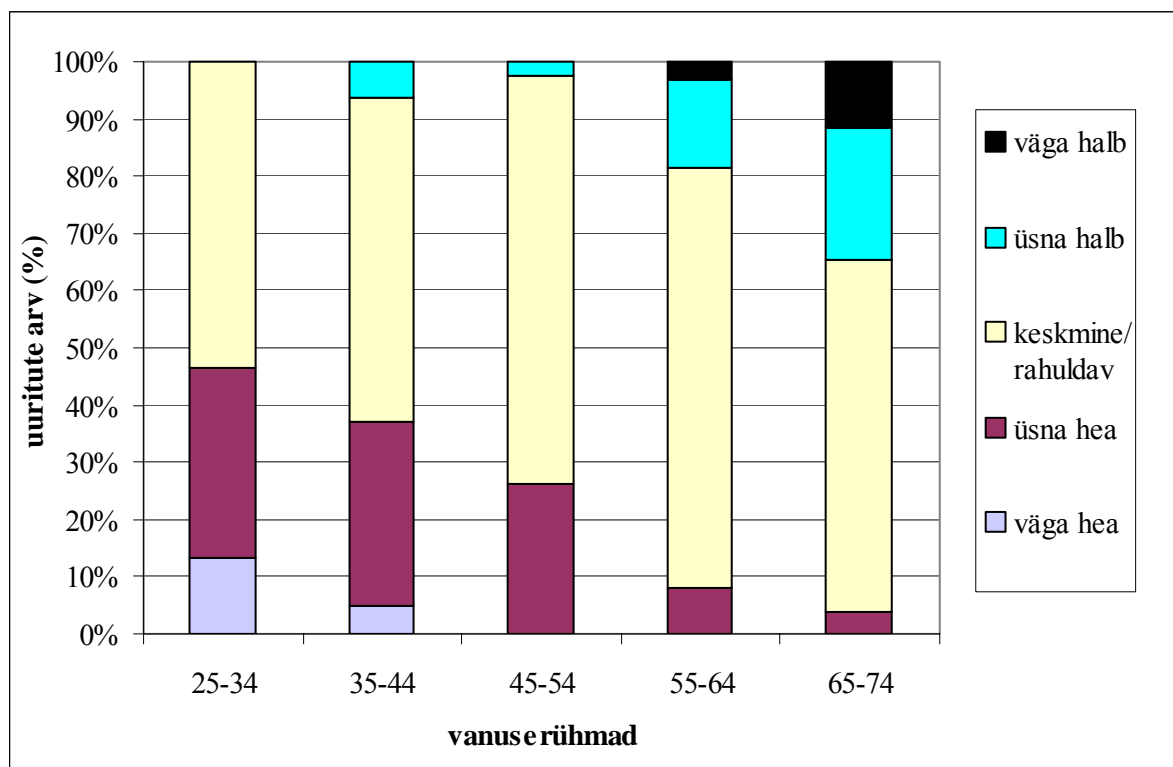
Tarbimise sagedus	Mehed		Naised		Kokku	
	arv (n=204)	%	arv (n=186)	%	arv (n=390)	%
<b>Viina või kange alkoholi tarbimine</b>						
Üks kord nädalas	32	15,7	0	0	32	8,2
2-3 korda kuus	82	40,2	39	21,0	121	31,0
Mõned korrad aastas	86	42,2	110	59,1	196	50,3
Üldse mitte	4	2,0	37	19,9	41	10,5
<b>Õlle tarbimine</b>						
Iga päev	26	12,7	3	1,6	29	7,4
2-3 korda nädalas	54	26,5	13	7,0	67	17,2
Üks kord nädalas	29	14,2	18	9,7	47	12,1
2-3 korda kuus	26	12,7	8	4,3	34	8,7
Mõned korrad aastas	34	16,7	35	18,8	69	17,7
Üldse mitte	35	17,2	109	58,6	144	36,9

## 5.6. Psühhosotsiaalsed tegurid

### 5.6.1. Hinnangud tervisele ja eluviisile

Uuritutest 66,9% (n=261) andsid enda tervisele hinnanguks “keskmine/rahuldav”. Seevastu 19% (n=74) küsitletutest hindas enda tervist “üsna heaks” ja 10% (n=39) “üsna halvaks”. “Väga hea” andis hinnanguks enda tervisele 1,5% (n=6) ja “väga halb” 2,6% (n=10) uuritutest. Hinnangud tervisele vanusegruppide lõikes on toodud joonisel 5. Mees- ja naisvastajate poolt antud hinnangutes enda tervisele olid statistiliselt olulised erinevused. Kui meestest hindas 29,4% enda tervist “väga heaks” või “üsna heaks”, siis naistest tegi seda vaid 10,8%. “Keskmine/rahuldav” andis hinnanguks enda tervisele 58,3% meestest ja 76,3% naistest. Kui analüüsida tulemusi vanusegruppide järgi, siis 25-44 aastaste vastajate seas hinnati oluliselt sagedamini tervist “väga heaks” või “üsna heaks” võrreldes sama hinnanguga üle 65 aastaste

seas (9,5% versus 0,5%). Korrelatsioonanalüüs näitas, et mida noorem uuritav, seda parem hinnang enda tervisele ( $r=0,409$ ,  $p<0,000$ ).



**Joonis 5. Uuritute hinnangud enda tervisele vanusegruppide lõikes (%)**

Enda eluviisi käesoleval ajal hindas vastajatest 67,9% ( $n=265$ ) “pigem tervislikuks” ja 25,1%, ( $n=98$ ) “pigem mittetervislikuks”. Uuritutest 4,9% ( $n=19$ ) märkis hinnanguks enda eluviisile “täiesti tervislik” ja 2,1% ( $n=8$ ) “täiesti mittetervislik”. Meeste ja naiste poolt antud vastustes olulisi erinevusi ei esinenud. Korrelatsioonanalüüs hinnangutest tervisele ja eluviisile näitas, et kõrgema haridustasemega uuritavad annavad parema hinnangu enda tervisele ( $r=-0,185$ ,  $p<0,000$ ) ja eluviisile ( $r=0,186$ ,  $p<0,000$ ).

### 5.6.2. Stress-seisundi olemasolu tajumine

Küsimusele, kas “tunnete end stress- ehk pingeseisundis olevat” viimase 30 päeva jooksul vastas 37,9% ( $n=148$ ) uuritutest “jah, kuigivõrd, kuid mitte rohkem kui tavaliselt”. Samale küsimusele vastas summaarselt 37,4% ( $n=146$ ) küsitletutest, et “tunduvalt rohkem kui tavaliselt” või “minu elu on praegu talumatu”. Viimati toodud vastusevarianti märkis väike osa

(3,6%, n=14) uuritutest. Seejuures “üldse mitte” ei tundnud end stress- ehk pingeseisundis olevat 24,6% (n=96) vastajatest. Stress-seisundi olemasolu tajumise erinevus meeste ja naiste poolt ei olnud statistiliselt oluline.

Korrelatsioonanalüüs näitas, et mida sotsiaalselt aktiivsem (ettevõtjad, juhtival ametikohal olijad) ja mida enam vaimsem (sõltuvalt ametialast) oli uuritava tegevuse iseloom, seda enam tundis ta end stressis (pingeseisundis) olevat viimase 30 päeva jooksul (vastavalt  $r=0,262$ ,  $p<0,000$ ;  $r=0,158$ ,  $p<0,002$ ). Uuritaval, kes tundis end enam stressis (pingeseisundis) olevat, olid kõrgemad süstoolse vererõhu ( $r=-0,239$ ,  $p<0,000$ ) ja diastoolse vererõhu ( $r=-0,171$ ,  $p<0,001$ ) väärtused.

### **5.6.3. Hoiakud tervisekäitumise muutmiseks**

Täpsustades uuritute hoiakuid väite kohta “kas kõrgvererõhutõbi on tervislike eluviiside abil ohjatatav”, vastasid veidi enam kui pooled uuritutest (56,4%, n=220) “enam-vähem õige”. “Täiesti õige” märkis selle väite vastuseks 23,9% (n=93) ja “raske öelda” 19,7% (n=77) uuritutest. Teisele väitele “minu vanuses on liiga hilja muuta oma käitumist tervislikumaks” märkis küsitletutest 36,2% (n=141) vastuseks “täiesti vale”. Uuritutest 33,8% (n=132) olid väitega nõus tasemel “enam-vähem vale”, neljandik vastajatest (25,4%, n=99) märkis “raske öelda” ja 4,6% (n=18) “enam-vähem õige”.

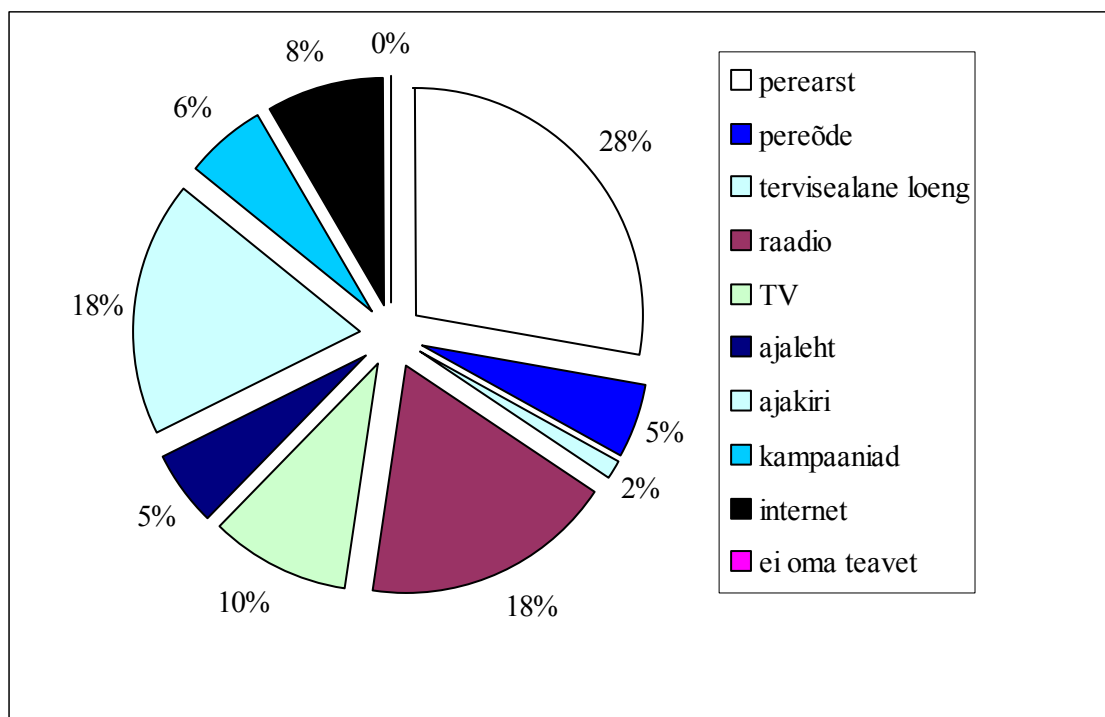
Analüüs soo lõikes mõlema väite osas hoiakute kohta olulisi erinevusi ei andnud. Korrelatsioonanalüüs näitas järgmist: kõrgema haridustasemega uuritavad nõustuvad sagedamini väitega, et kõrgvererõhutõbi on tervislike eluviiside abil ohjatatav ( $r=-0,242$ ,  $p<0,000$ ) ja käitumise tervislikumaks muutmisel ei ole vanus takistuseks ( $r=0,349$ ,  $p<0,000$ ).

## **5.7. Tervisekäitumisalane nõustamine**

### **5.7.1. Teabesaamise põhilised allikad**

Tervisekäitumisalase teabe saamise põhiliseks allikaks viimase aasta jooksul nimetas 27,9% (n=109) uuritutest perearsti. Vastajatest 18,2% (n=71) said põhilise osa teabest terviseajakirju lugedes, 17,7% (n=69) raadio vahendusel ja 10,0% (n=39) televisiooni kaudu. Internetis

surfates hankis teavet 8,3% (n=36) uuritutest. Ülejäänud teabe saamise allikad (pereõde, tervisealane loeng, ajaleht) omasid küsitlute seas vähemtähtsat (6% ja väiksemat) osakaalu, sealhulgas ka osalemine tervisekampaniates (näiteks Südamenädal). Vastajaid, kes ei olnud saanud tervisekäitumisalast teavet, ei esinenud. Täpsem ülevaade jooniselt 6. Meeste ja naiste vastustes teabesaamise põhiliste allikate kohta olulisi erinevusi ei esinenud.



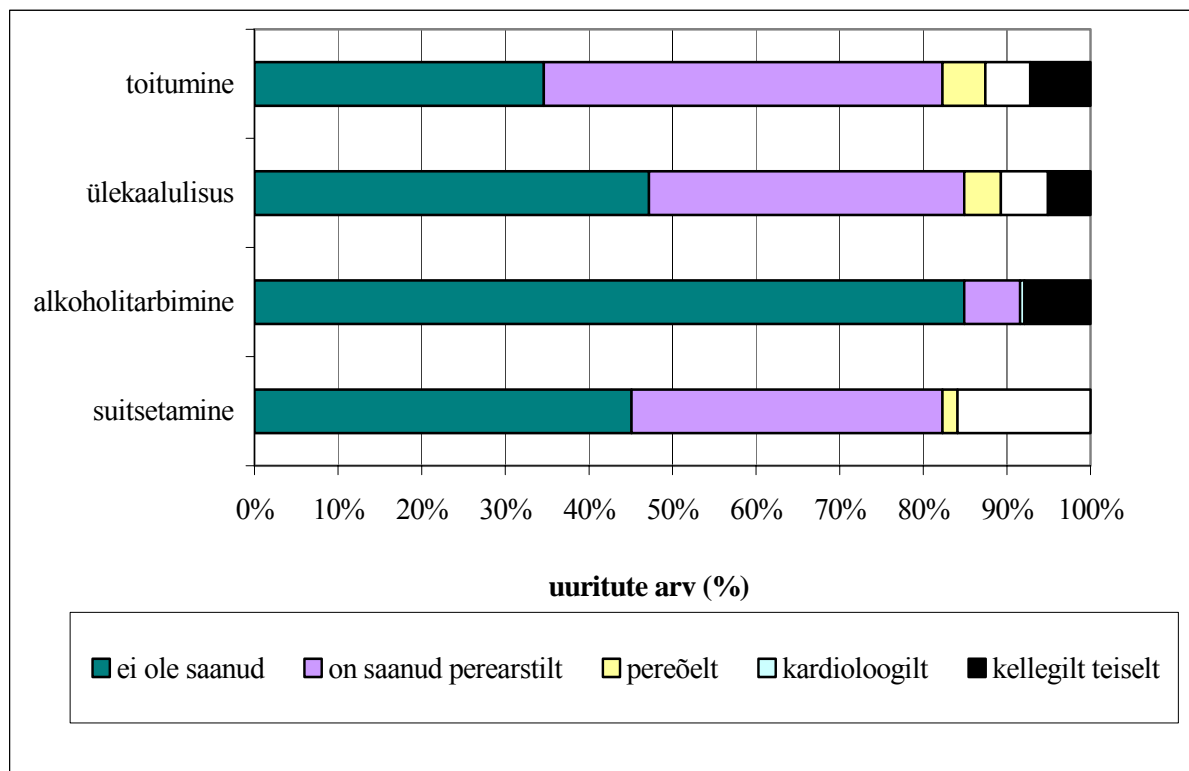
**Joonis 6. Uuritute osakaal (%) tervisekäitumisalase teabe saamise põhiliste allikate järgi**

### 5.7.2. Nõuannete saamine tervisekäitumise muutmiseks

Järgnevalt tulemustest, millega selgitati kuivõrd on uuritavaid nõustatud tervisekäitumise erinevates valdkondades viimase aasta (12 kuu) jooksul ja keda peavad vastajad ise olulisemaks konkreetseid nõuandeid andnud isikuks.

Käesoleval ajal suitsetajatest (n=164) vastas 45,1% (n=74), et nad ei olnud saanud soovitusi suitsetamisest loobumiseks. Kui uuritav oli saanud vastavasisulisi soovitusi, siis märgiti 37,2% (n=61) vastaja poolt olulisemaks konkreetseid nõuandeid andnud isikuks perearsti ja 15,9%

(n=26) poolt kardioloogi (Joonis 7). Analüüs meeste ja naiste poolt antud vastustest näitas, et mehed olid saanud oluliselt rohkem nõuandeid suitsetamisest loobumiseks kui naised (60,3% versus 36,8%).



**Joonis 7. Nõuannete saamine erinevates tervisekäitumise valdkondades (%) viimase aasta jooksul**

Viimase aasta jooksul ei olnud saanud konkreetseid soovitusi alkoholitarbimise vähendamiseks 84,9% (n=331) uuritutest. Kui vastaja oli saanud sellekohaseid soovitusi, siis 7,9% (n=31) pidas olulisemaks konkreetseid nõuandeid jaganud isikuks “kedagi teist” (märgiti pereliiget, sõpra, töökaaslast), 6,7% (n=26) perearsti ja 0,5% (n=2) kardioloogi (Joonis 7).

Toitumisharjumuste muutmiseks tervislikel põhjustel ei olnud saanud soovitusi 34,6% uuritutest (n=135). Kui uuritav oli saanud soovitusi, siis pidas 47,7% (n=186) olulisemaks konkreetseid nõuandeid jaganud isikuks perearsti, 7,2% (n=28) “kedagi teist” (sõbranna, pereliige või töökaaslane). Pereõe ja kardioloogi osakaal olulisima nõuandjana oli peaaegu võrdne, vastavalt 5,1% (n=20) ja 5,4% (n=21) (Joonis 7). Meeste ja naiste vastuste võrdlemine

näitas, et naised olid oluliselt rohkem saanud toitumisealaseid nõuandeid kui mehed (74,2% versus 57,4%).

Ülekaalulisuse kahjuliku toime teavitamise osas südamertervisele ei olnud saanud soovitusi 47,2% (n=184) uuritutest. Konkreetseid nõuandeid saanuna, pidas olulisemaks nõustajaks 37,7% (n=147) pereearsti, 5,6% (n=22) kardioloogi, 5,1% (n=20) “kedagi teist” (pereliige, sõbranna, töökaaslane) ja 4,4% (n=17) pereõde (Joonis 7). Meeste ja naiste vastuste võrdlus olulist erinevust ei näidanud.

### **5.7.3. Muutused tervisekäitumises perearsti ja pereõde abiga**

Uurides hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumises toimunud muutusi viimase kuue kuu jooksul perearstilt ja pereõelt saadud konkreetsete nõuannete järgi selgus, et uuritavatest kõige enam (41,8%, n=163) korrigeerisid enda toitumist, vähendades rasvarikka toidu tarbimist. Ka liigse stressi vähendamisele aitasid kaasa perearsti ja pereõde poolt antavad nõuanded ja nende järgi püüdis vähendada liigset pingeseisundit 27,7% (n=108) uuritutest. Peaaegu võrdselt püüdis uuritud senist tervisekäitumist paremaks muuta kahes valdkonnas: soolatarbimise piiramine ja liigse kehakaalu langetamine, vastavalt 19,7% (n=77) ja 18,5% (n=72) vastajatest. Kui kehalist aktiivsust püüdis perearsti ja pereõde konkreetsete nõuannete järgi suurendada 11,8% (n=46) uuritutest, siis liigset alkoholitarbimise vähendamist ja suitsetamisest loobumist vaid üksikud uuritutest, vastavalt 1,8% (n=7) ja 1,0% (n=4). Tabelis 9 on toodud uuritute poolt ettevõetud muutused tervisekäitumise erinevates valdkondades meeste ja naiste osas olulisimate nõustajate järgi.

Analüüsides ettevõetud muutusi viimase kuue kuu jooksul perearsti ja pereõde konkreetsete nõuannete järgi vastanute soo järgi, esines statistiliselt olulisi erinevusi kolmes tervisekäitumise valdkonnas: rasvarikka toidu tarbimise vähendamisel (26,9% meestest ja 58,1% naistest); soola tarbimise piiramisel (9,8% meestest ja 30,6% naistest) ja liigse kehakaalu langetamisel (9,3% meestest ja 28,5% naistest).

**Tabel 9. Uuritute poolt ettevõetud muutused (arv, %) viimase kuue kuu jooksul tervisekäitumise erinevates valdkondades perearsti ja pereõe nõuannete järgi soo lõikes**

<b>Tervisekäitumise valdkond (vastajate arv)</b>	<b>Olulisim nõustaja</b>							
	<b>Mehed</b>				<b>Naised</b>			
	<b>perearst</b>		<b>pereõde</b>		<b>perearst</b>		<b>pereõde</b>	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Suitsetamisest loobumine (n=4)	3	1,5	0	0,0	1	0,5	0	0
Liigse alkoholitarbimise vähendamine (n=7)	6	2,9	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Liigse soolatarbimise piiramine (n=77)	14	6,9	6	2,9	47	25,3	10	5,4
Rasvarikka toidu tarbimise vähendamine (n=163)	45	22,1	10	4,9	77	41,4	31	16,7
Liigse kehakaalu langetamine (n=72)	19	9,3	0	0	46	24,7	7	3,8
Kehalise aktiivsuse suurendamine (n=46)	18	8,8	2	1,0	23	12,4	3	1,6
Liigse stressi vähendamine (n=108)	46	22,5	2	1,0	57	30,6	3	1,6

## **6. ARUTELU**

Käesoleva uurimistööga, mis viidi läbi Tartu linnas hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide seas, selgitati uuritute tervist mõjustavat käitumist ja sellealast teadlikkust erinevates valdkondades nagu toitumine, kehaline aktiivsus, stress- ehk pingeseisundi tajumine, suitsetamine ja alkoholitarbimine. Samuti anti ülevaade uuritute poolt ettevõetud muutustest enda tervisekäitumises viimase aasta (12 kuu) jooksul ja selgitati selles osas peamised konkreetseid nõuandeid jaganud isikud.

Uurimistööks planeeritud nelja kuu jooksul jõuti üheksa perearstipraksise kaudu küsitleda 412 patsienti. Puudulikult täidetud ankeete oli suhteliselt vähe (22 tükki), mis viitab küsimustiku arusaadavusele. Seega sai kasutada andmete analüüsis 390 ankeeti. Uurimistöö käigus eetilisi probleeme ei esinenud. Uuring oli anonüümne ja küsimustikule vastamine toimus vabatahtlikkuse printsiibil.

Autorile teadaolevalt ei ole Eestis sarnast tervisekäitumisalast uuringut hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide hulgas läbi viidud. Seetõttu võiks käesoleva uuringu praktiliseks väärtuseks pidada ülevaate saamist hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumisest ja sellealastest teadlikkusest, mis aitaks kaasa edasise tegevuse kujundamisele terviseteadlikkuse tõstmisel.

Kuna käesoleva uurimistöö läbiviimiseks vajaliku ankeedi koostamisel võeti aluseks Eesti Täiskasvanud Rahvastiku Tervisekäitumise Uuringu (46) küsimustik, siis on võimalik kokkulangevates küsimustes kõrvutada mõlema uuringuga saadud tulemusi omavahel.

### **6.1. Tervist mõjustav käitumine**

#### **6.1.1. Toitumisharjumused**

Tasakaalustatud toidusedeli abil, milles on madal küllastunud rasvade sisaldus ja rikkalikult puu- ja köögivilju, on ilmnenu maailmas läbiviidud uuringutega oluline vererõhu alanemine (6, 28). Kardioprotektiivseks loetakse rohkem rasvase kala, kuid vähem muna- ja munatoodete ning praetud toitide tarbimist (13, 14, 31). Lähtuvalt eeltoodust järeldus positiivsena

käesolevast uuringust, et “vähema rasvasisaldusega toitu püüdis tarbida” suurem osa (73,8%) küsitletutest, kuid nende seas oli oluliselt rohkem naisi kui mehi. Samuti väärrib esile tõstmist tulemus, et “6-7 päeval” viimase nädala jooksul tarbis suurem osa küsitletutest vähese rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piima ja piimatooteid (82,3%), vähemalt 400 grammi värsket puu- ja köögivilja (78,2%) ning veidi enam kui pooled (57,2%) rukkileiba ja ligemale kolmandik (29,5%) mitmevilja- ja täisteratooteid. Positiivseks võib pidada, et kanamuna ja munatoitude kui ühe kolesteroolirikka toidugrupi esinemine viimase nädala jooksul “6-7 päeval” oli menüüs vaid 15,6% uuritutest. Samas “6-7 päeval” viimase nädala jooksul oli menüüs taine liha ja sellest valmistatud tooted (sealhulgas sink) vaid neljandikul (23,3%) ja linnulihatoitud vähestel (4,3%) uuritutest. Soovõrdlusest järeldus, et madala rasvasisaldusega piim ja piimatooted olid naistel viimasel nädalal “6-7 päeval” oluliselt sagedamini menüüs kui meestel.

Oluline on märkida, et “mitte kordagi” viimase nädala jooksul ei tarbinud uuritutest 2/3 (70,5%) kiirsööke, peaaegu pooled (47,9%) magusaid karastusjooke ja viiendik (19%) praetud toite. Nimetatud toidugruppides on suur osa küllastunud rasvadel või rafineeritud suhkrul, mis soodustab düslipideemia kujunemist (13, 33). Samaaegselt on negatiivne, et viimase nädala jooksul ei olnud “mitte kordagi” toidusedelis rasvast kala ja kalatoite 2/3 (65,4%), linnulihatoite neljandikul (25,4%) ja madala rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piima ja piimatooteid viiendikul (20,3%) uuritutest. Naiste hulgas oli oluliselt vähem neid, kes viimasel nädalal “mitte kordagi” ei tarbinud magusaid karastusjooke või värsked puuvilju/marju (vähemalt 200 grammi päevas) kui meeste seas.

Olulisel kohal hüpertooniatõve kulu kergendamisel on liigse soolatarbimise piiramine ja soovitus asendada tavaline keedusool vähema naatriumisisaldusega pansoolaga (7, 14). Soolana tarbisid valdav osa (81,5%) uuritutest “tavalist keedusoola” ja kardioprotektiivse toimega pansoola vaid väike osa uuritutest (14,6%). Söögilauas ei lisanud valmistoidule “mitte kunagi” soola ligemale pooled (46,2%) vastajatest. Arvestades liigse soolatarbimise ohtlikkust hüpertooniatõvele, peaks nende osakaal, kes valmistoidule soola ei lisa olema mõnevõrra suurem. Samas kõrgema haridustasemega uuritud tarbisid vähem tavalist keedusoola ja toitusid üldse tervislikumalt, tarbides sagedamini viimase nädala jooksul vähema rasvasisaldusega piima- ja lihatooteid, värsket puuvilja, rukkileiba ja vähem praetud toite.

Värsked puu- ja köögivilja (kokku 400 grammi päevas) tarbijate hulk “6-7 päeval” viimase nädala jooksul oli eesti rahvastiku seas läbiviidud tervisekäitumise uuringus väiksem (43,7%)

kui käesolevas uuringus (78,2%). Seda tulemust võib olla mõjutanud tervishoiutöötajate poolt antud soovitused tervislikuks toitumiseks, mis on oluline osa elustiili kujundamises hüpertooniatõve diagnoosiga patsienditel. Pansoola kasutamise osakaal soolaliigina oli veidi kõrgem käesolevas uuringus kui Eesti Täiskasvanud Rahvastiku Tervisekäitumise Uuringus (vastavalt 10,5% ja 14,6%).

### **6.1.2. Kehakaal ja kehaline aktiivsus**

Liigne kehakaal on üks soodustavatest riskiteguritest hüpertooniatõvele (4), mille tagajärjel kujunevad lipiide ainevahetuse häired (22). Käesolevas uuringus oli ülekaalulisi ja rasvunuid (kehamassiindeksiga  $\geq 25$ ) ligemale 2/3 (60,5%) küsitletutest. Seejuures oli naiste seas oluliselt rohkem rasvunuid (kehamassiindeks  $\geq 30$ ) kui meeste hulgas. Eesti rahvastiku seas läbiviidud tervisekäitumise uuringus oli vähem ülekaalulisi kui käesolevas uuringus (42,8% *versus* 60,5%). Arvestades ülekaalulisuse vähendamise olulisust vererõhu alanemisele (26), võib lugeda tulemust, et käesolevas uuringus oli ülekaalulisi ligemale 2/3, negatiivseks.

Regulaarsel aeroobsel kehalisel aktiivsusel on positiivne mõju vererõhu alanemisele ja kehakaalu normaliseerimisele (9, 14). Sellise kardioprotektiivse tervisetreeninguga (vähemalt kolm korda nädalas, minimaalselt 30 minutit korraga kerge hingelduse ja higistuse tekkimiseni) tegelejaid käesolevas uuringus oli vaid viiendik (21,5%). Mehed tegelesid eeltoodud tasemel tervisetreeninguga oluliselt sagedamini kui naised. Eesti rahvastiku seas läbiviidud uuringus oli eeltoodud kriteeriumidele vastava tervisetreeninguga tegelejaid veidi enam (30%).

Maaailmas läbiviidud uuringutega on leitud, et ka päevane summaarne liikumisaktiivsus, mis saavutatakse igapäevatoimingutega, hobiga tegelemise või kutsetöoga seoses, on olulise tähtsusega (37). Käesolevast uuringust järeldus, et päevane summaarne liikumisaktiivsus (saavutatav jalutamise, jalgrattasõidu, liikumist nõudva hobi harrastamise või majapidamistöodega) oli suuremal osal küsitletutest (76,7%) üks tund või enam (sealhulgas üle kahe tunni 39,5%). Rahuldavaks võib lugeda päevast liikumisaktiivsuse taset, millega ollakse hõivatud vähemalt 60 minutit (14).

Cournoti ja kaasautorite (35) andmetel seostatakse madalamat haridustaset kõrgema kehamassiindeksi ja madalama füüsilise aktiivsuse tasemega. Ka käesolevas uuringus korreleerus madalam haridustase kõrgema kehamassiindeksi ja väiksema tervisetreeningu

sagedusega. Uuritutel, kes tegelesid sagedamini tervisetreeninguga, olid madalamad kehamassiindeksid ja madalamad süstoolse vererõhu näitajad.

### **6.1.3. Suitsetamine ja alkoholitarbimise harjumused**

Suitsetamine on üks riskiteguritest, mis kõrgvererõhutõve diagnoosiga inimestel suurendab oluliselt riski teiste kardiovaskulaarhaiguste kujunemiseks (15). Päevas tarbitud suurem sigarettide arv (üle 20) seostub kõrgemate vererõhuväärtustega kui vähem (kuni 10) suitsetatud sigarettide hulk (10).

Käesolevas uuringus oli regulaarselt senise elu jooksul suitsetanud ligemale 2/3 (61,8%) uuritutest. Pikema suitsetamisstaažiga olid mehed, kellest suurem osa (77%) olid suitsetanud kuus aastat või enam. Praegusel ajal ei suitsetanud üldse ligemale 2/3 (57,9%) uuritutest, kuid samas igapäevasuitsetajaid oli 1/3 (35,4%). Arvestades, et suitsetamine koos kõrge vererõhuga suurendab oluliselt riski koronaarhaiguste tekkeks, võib järgmist fakti käesolevast uuringust, et suitsetajatest ligemale pooled (45,1%) tarbisid päevas “10-19 sigaretti” ja veidi enam kui kümnendik (12,2%) koguni “üle 20 sigareti”, pidada negatiivseks saadud tulemuseks hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendide hulgas.

Käesoleval ajal suitsetajate süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtused olid kõrgemad kui mitesuitsetajatel ning suurem tarbitud sigarettide arv päeva jooksul korreleerus kõrgemate süstoolse vererõhu väärtustega. Meeste hulgas oli oluliselt rohkem igapäevasuitsetajaid kui naiste seas ja üle 20 sigareti päevas tarbijate hulgas olid ainult mehed. Võrreldes käesoleva uurimistööga saadud tulemusi eesti rahvastiku seas läbiviidud tervisekäitumise uuringuga, oli viimases käesoleval ajal igapäevasuitsetajaid veidi rohkem (35,4% *versus* 41,3%) ja samuti oli suurem nende arv, kes tarbisid päevas “10-20” sigaretti (45,1% *versus* 79,4%), kuid veidi vähem “üle 20 sigareti” päevas suitsetajaid (12,2% *versus* 8,1%).

Käesolevas uuringus oli 2/3 (66,5%) neid igapäevasuitsetajaid, kes polnud kordagi suitsetamisest loobunud (võrdluseks Eesti Rahvastiku Tervisekäitumise Uuringus 23,1%). Nende seas, kes olid viimase aasta jooksul suitsetamisest loobunud, oli olulisim põhjus “tõsiste haiguste ennetuseks” (14%). Kõrgem haridustase oli eelduseks vähema hulga sigarettide tarbimisele päevas ja samuti sagedasemateks loobumisüritusteks.

Alkoholitarbimine käesoleva uurimistöö andmetel jäi suhteliselt madalale tasemele. Pooled (50,3%) vastajatest tarbisid viina või teisi kangeid alkohoolseid jooke (konjak, viski, liköör vms.) vaid “mõned korrad aastas” ja ligemale kolmandik (31%) “2-3 korda kuus”. Samas kui 20% naistest ei tarbinud viina või teisi kangeid alkohoolseid jooke üldse, siis meeste seas oli neid 2%. Veidi enam kui kolmandik (36,9%) uuritustest ei tarbinud üldse õlut, samas iga päev jõi õlut 7,4%. Ligemale viiendik oli neid, kes jõi õlut kas “mõned korrad aastas” (17,7%) või “2-3 korda nädalas” (17,2%). Naiste seas oli oluliselt rohkem neid, kes ei tarbinud õlut üldse või jõi seda “mõned korrad aastas” võrreldes meestega.

#### **6.1.4. Stress-seisundi olemasolu tajumine**

Stressori toimel tõuseb sümpaatilise närvisüsteemi innervatsiooni kaudu südame löögisagedus ja kõrgeneb vererõhk (40). Stressoriks võivad olla probleemid tööl või kodus, samuti pikaajaline tööpinge (14, 18).

Käesolevas uuringus oli veidi enam kui kolmandik uuritustest (37,4%), kes tundsid end viimase 30 päeva jooksul stress- ehk pingeseisundis olevat kas “tunduvalt rohkem kui tavaliselt” või “minu elu on praegu talumatu” ja ainult neljandik vastajatest (24,6%) ei tajunud endas “üldse mitte” stressi (pinget). Võrreldes stress- ehk pingeseisundi olemasolu tajumist eesti rahvastiku hulgas läbiviidud uuringuga, olid tulemused veidi erinevad: stressi/pinget “tunduvalt rohkem kui tavaliselt” tajus endas 21% ja “üldse mitte” 23,6% vastajatest. Hüpertooniatõbi kui krooniline haigus võis olla üheks teguriks, et stress-seisundi tajumine oli käesolevas uuringus osalejatel kõrgem.

## **6.2. Tervisekäitumisalane teadlikkus ja tervise enesehinnang**

Käesolevas uuringus oli suitsetajaid (iga päev või juhuslikult) 42,1%. Nendest oli suitsetamise kahjuliku toime pärast tervisele “väga mures” ligemale viiendik (17,7%) ja neljandik (25%) “mitte eriti” või “üldse mitte”. Võrreldes seda eesti rahvastiku seas toimunud uuringuga, olid tulemused üldjoontes sarnased: “väga mures” oli veidi enam kui viiendik (22,4%) ja “mitte eriti” või “üldse mitte” ligemale kolmandik (28,9%). Teades, et suitsetamine on kahjuliku toimega südame-veresoonkonnaseisundile, on taunimist väärt, et hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide seas oli teave suitsetamise kahjulikkuse kohta suhteliselt madal.

Olukord tervislikel põhjustel ettevõetud muutustest toitumises viimase aasta jooksul oli käesolevas uuringus võrreldes eesti rahvastikus läbiviidud uuringuga tunduvalt parem. Viimase aasta jooksul olid suurendanud ligemale pooled (48,5%) uuritustest köögiviljade tarbimist (*versus* eesti rahvastiku uuringus 16,2%), samuti olid toimunud olulised muutused teistes valdkondades: asendasid loomse rasva taimsega (46,1% *versus* 11,5%) ja kasutasid vähem rasvaineid (44,1% *versus* 20,4%). Suhkru ja soola tarbimise piiramises ja kehakaalu langetamisel dieediga olid muutusi ette võtnud kuni neljandik (25%) vastajatest. Oluliselt enam olid viimase aasta jooksul tervislikel põhjustel suurendanud naised köögiviljade tarbimist ja vähendanud suhkru tarbimist kui mehed. Käesolevast uuringust järelduvalt on positiivne tõdeda, et hüpertooniatõve diagnoosiga uuritud on suuremal või vähemal määral muutnud enda toitumist tervislikumaks.

Käesolevas uuringus osalejatest olid ülekaalulised ligemale 2/3 (60,5%). Samas veidi enam kui pooled (53,8%) küsitletutest ei olnud kunagi üritanud enda liiget kehakaalu langetada. Kuid enda kehakaalu hinnates vastasid 41,5% “olen ülekaaluline” ja 11,5% ei osanud kehakaalule hinnangut anda.

Uurimistööga sooviti väidetele “kas kõrgvererõhutõbi on tervislike eluviiside abil ohjatu” ja “minu vanuses on liiga hilja muuta oma käitumist tervislikumaks” vastusi otsides saada teavet, kuivõrd teadlikud on hüpertoonikud muutmaks enda senist käitumist tervislikumaks. Ilmnes, et kõrgema haridustasemega uuritud andsid õigema vastuse mõlemale väitele. Uuritustest ligemale neljandik (23,9%) märkis, et kõrgvererõhutõbi on tervislike eluviiside abil ohjatu. Teisele väitele vastas kolmandik (36,2%), et kunagi (vanusest hoolimata) pole hilja muutusi ette võtta, samas kui neljandik (25,4%) uuritustest oli kõhkleva seisukohal (“raske öelda”). Ka need tulemused hoiakutest näitavad hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide seas teadlikkuse suurendamise vajalikkust.

Tervise enesehinnangu ja rahvastiku tervisekäitumise näitajate vahel on leitud uuringutega korreleeruvat seost (42). Käesolevas uurimistöös anti hinnanguks enda tervisele 2/3 (66,9%) vastajate poolt “keskmine/rahuldav”, järgnevalt “üsna hea” (19%) või “üsna halb” (10%). Mõningase erinevusega toodud tulemustest hindasid enda tervist eesti rahvastiku tervisekäitumise uuringus osalejad, sest nende hulgas oli vähem (46,7%) “keskmise/rahuldava” ja veidi enam (23,9%) “üsna hea” hinnangu andjaid. Samuti oli eesti rahvastiku hulgas rohkem (18,2%) neid, kes hindasid enda tervist “heaks”. Hinnangute erinevuse kahe uuringu tulemuste

vahel võis tingida asjaolu, et käesolev uuring viidi läbi kroonilise haiguse diagnoosi omavate inimeste (hüpertoonikute) seas. Käesolevast uurimistööst järeldus, et nooremad hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendid hindasid enda tervist kõrgemalt kui vanemad (üle 65-aastased) ja meeste seas oli rohkem (29,4%) keskmisest kõrgema (“üsna hea” ja “väga hea”) hinnangu andjaid kui naiste (10,8%) hulgas.

Tervisekäitumisalase teabe põhiline allikas veidi enam kui neljandiku (27,9%) uuritute jaoks oli perearst. Olulist osa teabe saamise allikatena etendasid ka terviseajakirjad (18,2%) ja meediast eelkõige raadio (17,9%). Interneti osakaal teabe saamise allikana oli madal (8,3%). Vaatamata interneti kättesaadavusele tänapäeval, võis selle põhjuseks olla asjaolu, et uuritute keskmine vanus oli 52,2 aastat. Samas on negatiivne, et tervisekampaaniate (sealhulgas ka Südamenädal) osakaal hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide seas tervisetabe saamise põhilise allikana oli väga madal (6%). Siit järelduvalt peaks suurendama veelgi informatsiooni kättesaadavust, sealhulgas ka tervisekampaaniatele, mida võiks näiteks jagada ka esmatasandi tervishoiu kaudu.

### **6.3. Tervishoiutöötajate osa tervisekäitumise kujundamisel**

Järgnevalt ülevaade kas ja millises tervisekäitumise valdkonnas on tervishoiutöötajad andnud uuritutele soovitusi senist käitumist tervislikumaks muuta. Samuti sellest, missuguses tervist mõjustavas valdkonnas on uuritud viimase kuue kuu jooksul ette võtnud muutusi perearstilt või pereõelt saadud konkreetsete nõuannete järgi.

#### **6.3.1. Tervishoiutöötajate osa nõuandjana**

Tervishoiutöötajatel, sealhulgas ennekõike esmatasandil töötavatel perearstidel koos oma meeskondadega, lasub kohustus tervist mõjustava käitumisalase teadlikkuse tõstmisel ja selle muutmisele kaasaaitamise eest (26, 33). Käesolevast uurimistööst selgus, et soovitusi arstilt (siin perearst või kardioloog) tervislikel põhjustel toitumisharjumuste muutmiseks olid saanud pooled uuritutest (53,1%) ja pereõelt 5,1%. Eesti Täiskasvanud Rahvastiku Tervisekäitumise Uuring näitas, et toitumisharjumuste muutmiseks oli kümnendik vastajatest (10,6%) saanud soovitusi arstilt (polnud täpsustatud eriala) ja 1,7% muult tervishoiutöötajalt. Saadud tulemuste põhjal võib teha järelduse, et käesolevas uuringus oli toitumisharjumuste kujundamisel konkreetseid nõuandeid jagades tervishoiutöötajate osakaal tunduvalt suurem kui eesti

rahvastiku seas läbiviidud uuringust selgus. Samas ei olnud veidi vähem kui pooled hüpertooniatõve diagnoosiga patsientidest saanud soovitusi tervisekäitumist muuta. Arvestades maailmas läbiviidud uuringute põhjal tehtud järeldusi, et toitumisharjumused omavad prevalentset osa elustiili muutmisel, peaks soovitusi mittesaanute osa (34,6%) olema veelgi väiksem.

Suitsetamisest loobumise soovitusi saajaid arstilt (eriala täpsustamata) käesoleval ajal suitsetajate seas oli Eesti Täiskasvanud Rahvastiku Tervisekäitumise Uuringus 18,7%, muult tervishoiutöötajalt 3,3%. Võrreldes saadud andmeid käesoleva uuringu tulemustega, oli soovitusi saanud arstilt (siin perearst või kardioloog) rohkem kui pooled (53,2%) käesoleval ajal suitsetajatest. Samas oli küllalt suur (45,1%) nende käesoleval ajal suitsetajate arv, kes ei olnud saanud üldse soovitusi suitsetamisest loobumiseks.

Käesolevas uuringus ei olnud ülekaalulisuse kahjuliku toime teavitamise osas südamerõivisele mingeid soovitusi saanud ligemale pooled (47,2%) vastajatest. Samas oli uuritute ülekaalulisi ligemale 2/3 ja liigne kehakaal on üks soodustavatest teguritest hüpertooniatõve kulu raskendamises ja komplikatsioonide tekkes (5). Konkreetseid nõuandeid saanute seas nimetati olulise nõustajana perearsti veidi enam kui kolmandiku uuritute poolt (37,7%), samas kardioloogi ja pereõe osakaal nõuannete andjana jäi madalaks (kummalgi 5% piires).

Kuna alkoholitarbimine käesolevas uuringus osalejatel oli suhteliselt madal, siis ka soovitusi saajaid tervishoiutöötajatelt liigse alkoholitarbimise vähendamisel oli vaid 7,2%.

### **6.3.2. Muutused tervisekäitumises perearsti ja pereõe nõuannete järgi**

Kirjanduse põhjal peetakse elustiili mõjutust oluliseks nii hüpertooniatõve ennetamisel kui selle mittefarmakoloogilises ravis (6, 26, 45). Lähtuvalt käesoleva uuringu laiaulatuslikkusest, polnud võimalik täpsustada, milliste meetoditega ja kuivõrd kindlakujulise tegevuskava järgi (eesmärkide seadmine, selle alusel tegevuse läbiviimine, jälgimine) toimub perearstikeskustes ebatervislike eluviiside vähendamise mõjustamine tegelikult. Kuid küsimus “kuivõrd on uuritud muutnud enda tervisekäitumist viimase kuue kuu jooksul perearstilt ja pereõelt saadud konkreetsete nõuannete järgi” annab siiski ettekujutuse sellealase tegevuse toimumisest. Siinkohal võib öelda, et pereõe osakaal konkreetsete nõuannete jagajana jäi erinevates

tervisekäitumise valdkondades üpris tagasihoidlikuks, väljaarvatud soovitude jagamine rasvarikka toidu vähendamisel (10,5% uuritute seas).

Uuritutest peaaegu pooled (41,8%) korrigeerisid enda toitumisharjumusi rasvarikka toidu vähendamise teel perearstilt ja pereõelt saadud konkreetsete nõuannete järgi. Seejuures viisid enam kui pooled naistest (58,1%) seda muutust sagedamini läbi kui mehed (26,9%). Ligemale kolmandik (27,7%) uuritutest vastas, et liigse stressi vähendamine viimase kuue kuu jooksul toimus perearsti nõuannete kohaselt. Olgu siinkohal toodud võrdluseks tulemus, et stress- ehk pingeseisundis tundis end olevat 37,4% uuritutest. Järelikult valdav osa uuritutest on otsinud abi perearsti juurest ja püüdnud liigset pinget maandada.

Ligemale viiendik vastajatest piirasid soolatarbimist (19,7%) või langetasid kehakaalu (18,5%) perearstipraksistest saadud konkreetsete nõuannete kohaselt. Kehalise aktiivsuse tõstmisel ning suitsetamisest loobumisel viimase kuue kuu jooksul perearsti või pereõe nõuannete järgi toimunud muutused oli tagasihoidlikumad, toimudes alla 12% või vähema hulga uuritute seas.

Uurimistööle oli püstitatud järgmine hüpotees: hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi teadlikkuse tase tervisekäitumise olulisusest on madal. Uurimistöö tulemustest lähtuvalt, milles osales 390 hüpertoonikut, võib öelda, et püstitatud hüpotees leidis kinnitust. Kuigi toitumise osas oli uuritute teadlikkus parim võrreldes teiste tervisekäitumise valdkondadega (vähene kehaline aktiivsus, ülekaalulisus, suitsetamine, stress), võib siiski tõdeda, et teadlikkuse üldine tase oli madal. Käesoleva uurimistöö tulemuste võrdlemine eesti rahvastiku seas läbiviidud uuringuga näitas, et hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide käitumine oli parem vaid toitumisega seotud valdkonnas. Samas peab arvestama, et hüpertoonikute seas, kui kõrge südame-veresoonkonnahaiguste ataki riskiga kontingent, peaks teadlikkuse tase olema palju kõrgem kui üldpopulatsioonis, et ohjata kõrgvererõhutõve kulgu.

## 7. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Uurimistöö tulemuste põhjal on peamised järeldused ja nendest tulenevad soovitusel järgmised:

1. Uuritute teadlikkus oli kõrgeim toitumisharjumustega seotud tervisekäitumise valdkonnas. Sellele viitasid tulemused, et suuremal osal küsitletutest oli 6-7 päeval viimase nädala jooksul menüüs vähese rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piim ja piimatooted ning värske puu- ja köögivilja, samuti püüdsid nad tarbida vähese rasvasisaldusega toitu. Seejuures oli taunitav tulemus, et valdav osa (81,5%) uuritutele tarbisid tavalist keedusoola ja pansoola kasutajate osakaal jäi madalaks (14,6%).
2. Ülekaalulisi (kehamassiindeksiga  $\geq 25$ ) oli ligemale 2/3 uuritutele (60,5%). Kardioprotektiivset laadi tervisetreeninguga (vähemalt kolm korda nädalas, minimaalselt 30 minutit korraga kerge hingelduse ja higistuse tekkimiseni) tegelejaid oli 1/5 (21,3%) uuritutele.
3. Igapäevasuitsetajaid oli kolmandik (35,4%) uuritutele, sealhulgas veidi enam kui pooled nendest suitsetasid päevas 10 sigaretti või enam. Suitsetamise kahjuliku toime pärast tervisele oli "väga mures" vaid kuuendik (17,7%) suitsetajatest.
4. Kõige enam olid uuritud saanud konkreetseid nõuandeid perearstilt kahes tervisekäitumise valdkonnas: ligemale pooled (47,7%) küsitletutele toitumisharjumuste tervislikumaks muutmisel ja veidi enam kui kolmandik (37,2%) käesoleval ajal suitsetajatest sellest loobumiseks. Ka viimase kuue kuu jooksul muudeti enda senist tervisekäitumist perearsti või pereõe nõuannete järgi eelkõige toitumisega seoses. Siiski pereõe osakaal konkreetsete nõuannete jagajana jäi perearsti kõrval tagasihoidlikuks.
5. Tulemustest lähtuvalt leidis kinnitust uurimistööle püstitatud hüpotees hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi madalast teadlikkuse tasemest, et tervisekäitumine on olulise tähtsusega kõrgvererõhutõve kulu kergendamisel.
6. Perearsti ja pereõe osakaal konkreetsete nõuannete jagajana peaks olema veelgi suurem kõigis tervisekäitumise valdkondades nagu toitumine, ülekaalulisus, kehaline aktiivsus, suitsetamine, alkoholitarbimine ja stress. See aitaks oluliselt tõsta patsientide teadlikkust ja loodaks eeldused reaalsete muutuste toimumiseks paremusele tervist mõjustavas käitumises.

## 8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Petersen S, Peto V, Ragner M, Leal J, Gray A. European cardiovascular disease statistics 2005. London: British Heart Foundation. Available from: URL: <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=1570> (viimati külastatud 20.05.06).
2. Surnud surmapõhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Rahvastikusündmused. Statistikaameti kodulehekülj. Kättesaadav: URL: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/Rahvastik.asp> (viimati külastatud 29.04.06).
3. Registreeritud esmaste haigusjuhtude arv (RHK-10 peatükkide järgi). Haigestumuse statistika. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj. Kättesaadav: URL: <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> (viimati külastatud 20.05.06).
4. Viigimaa M, toimetaja. Arteriaalne hüpertensioon – praktilised aspektid. Tartu: Eesti Hüpertensiooni Ühing; 2000. lk. 7-11.
5. Arterial hypertension. In: Beers MH, Berkov R, editors. The merck manual of diagnosis and therapy. Seventeenth edition. Merck Research Laboratories Division of Merck & Co., Inc; 1999. p. 1629-1634.
6. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2006;47:296-322.
7. Sacks FM, Svetky LP, Vollmer WM. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001;344:3-10.
8. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Brobbee DE, Geleijnese JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878-884.
9. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effects of aerobic exercise on blood pressure. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann of Intern Med* 2002;136:493-503.
10. Primavesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure. Evidence from the Health Survey for England. *Hypertension* 2001;37:187-198.
11. Fucks FD, Chambless LE, Whelton PK, Nieto FJ. Alcohol consumption and the incidence of hypertension. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Hypertension* 2001; 37: 1242-1249.

12. Ebrahim S, Smith GD. Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects on non-pharmacological interventions. *J Public Health* 1998;20:441-448.
13. Viigimaa M, töögrupi juht. Eesti südame- ja veresoonkonna haiguste preventsiiooni juhised. *Eesti Arst* 2006;3:182-216.
14. Kasmel A, Lipand A, koostajad. Südamerõhke käsiraamat. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 1997. lk. 36-86.
15. Thomas F, Rudnichi A, Bacri AM, Bean K, Guize L, Benetos A. Cardiovascular mortality in hypertensive men according to presence of associated risk factors. *Hypertension* 2001;37:1256-1264.
16. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Fredenheim JL, Muti P, Farinara E, et al. Relationship of alcohol drinking patterns to risk of hypertension. A population-based study. *Hypertension* 2004;44:813-820.
17. Kaushik R, Mahajan SK, Rajesh, V. Stress profile in essential hypertension. *Hypertens Research* 2004;27:619-624.
18. Schanel PL, Schwartz PA, Landsbergis K, Warren K. Longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up. *Psychosomatic Medicine* 1998;60:944-951.
19. Franco V, Oparil S, Carretero OA. Hypertensive therapy: part II. Review: clinical cardiology. *Circulation* 2004;109:3081-3088.
20. Viigimaa M. Mida on uut hüpertensiooni juhistes? *Vererõhk* 2004;1:11-59.
21. Luft FC. Geneticism of essential hypertension. *Hypertension* 2004;43:1155-1163.
22. Zilmer M, Karelson E, Vihalemm T. Meditsiiniline biokeemia II. Inimorganismi metabolism: biokeemilised ja meditsiinilised aspektid. Tartu; 1999. lk. 24-25, 154-157, 172-175.
23. Thomas F, Bean K, Pannier B, Oppert JM, Guize L, Benetos A. Cardiovascular mortality in overweight subjects. The key role of associated risk factors. *Hypertension* 2005;46:654-665.
24. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tartu Ülikool: Tervishoiu instituut; 2004. lk. 3-45.
25. Südame ja veresoonkonna haiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. RTL, 01.03.2005, 24, 340.
26. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-1291.

27. Toitumise juhised. WHO Euroopa Regiooni "Tervis kõigile" raampoliitika Tervis 21. 11. Siht: Tervislikum elulaad. 2000. lk. 4-37.
28. Appel MJ, Moore TJ, Obarzanek E. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med.* 1997;336:1117-1124.
29. Jones DW. Dietary sodium and blood pressure. *Hypertension* 2004;43:932-941.
30. Wahrburg U. What are the health effects of fat? *Eur J Nutr* 2004;43(Suppl1):I/6-I/11.
31. Geleijnse JM, Giltay EJ, Grobbee DE, Donders AR, Kok FJ. Blood pressure response to fish oil supplementation: metaregression analysis of randomized trials. *J Hypertens* 2002;20:1493-1499.
32. He J, Whelton PK. Effects of dietary fiber and protein intake on blood pressure: a review of epidemiologic evidence. *Clin Exp Hypertens* 1999;21:785-796.
33. Adopting healthful lifestyle habits to lower LDL cholesterol and reduce CHD risk. ATP III Final Report. *Circulation* 2002;106:3253-3287.
34. Bacquer D, Backer GD, Cokkinos D, Keil U, Montaye M, Östör E. Overweight and obesity in patients with established coronary heart disease. Are we meeting the challenge? *Eur Heart J* 2004;25:121-128.
35. Cournot M, Ruidavets JB, Marquie JC, Esquirol Y, Baracat B, Ferrieres J. Environmental factors associated with body mass index in population of Southern France. *Eur J of Cardiovasc Prev&Rehab* 2004;11:291-297.
36. Benefits of exercise. Merck Manual Home Edition. Available from: URL: <http://www.merck.com/mmhe/print/sec01/ch006/ch006b.html> (välja printitud 27.04.06).
37. Barengo NC, Hu G, Kastarinen M, Lakka TA, Pekkarinen H, Hissinen A. Low physical activity as a predictor for antihypertensive drugs treatment in 25-65-year-old populations in Eastern and Western Finland. *J Hypertens* 2005;23:293-299.
38. Suitsetaja praktiline abistamine tubakast loobumisel. Ravijuhend. Lege Artis e-kodulehekülge. Kättesaadav: URL: <http://www.legeartis.ee> (välja printitud 20.04.06).
39. Xue X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai O, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure. A meta-analysis of randomized trials. *Hypertension* 2001;38:1112-1117.
40. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation* 1999; 99:2192-2217.

41. Schröder H, Rohlfis I, Schmelz EM, Marrugat J. Relationship of socioeconomic status with cardiovascular risk factors and lifestyle in a Mediterranean population. *Eur J Nutr* 2004;43:77-85.
42. Kiivet R, Harro J, toimetajad. Eesti rahva tervis 1991-2000. Health in Estonia. Tartu, 2002. lk. 61-62.
43. Harro, M, tõlkija. Sissejuhatus tervise edendamisel kasutatavatesse teoreetilistesse mudelitesse. Tartu; 2002. lk. 5-6.
44. Bemelmans WJ, Broer J. Long-term effects of nutritional group education for persons at high cardiovascular risk. *Eur J of Public Health* 2004;14:240-245.
45. The PREMIER collaborative research group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. Main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA* 2003;289:2083-2093.
46. Eesti Täiskasvanud Rahvastiku Tervisekäitumise Uuring 2004. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2005. lk. 11-138.
47. Roomets S. Statistika algkursus. Tallinn, 2003. lk. 55-60.

## LISA

### Lugupeetud ankeedile vastaja!

Minu nimi on Sirje Sammul ja olen Tartu Ülikooli Tervishoiu instituudi rahvatervishoiu eriala magistrand.

Teie ees on küsimustik, mis on minu magistritöö aluseks teemal “Tartu linna hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumine” Magistritöö juhendajaks on kardioloog, professor Margus Viigimaa (MD).

Magistritöö eesmärk on välja selgitada Tartu linna hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumisalane teadlikkus ja sellega seotud tegevus perearstipraksises. Saadud tulemused leiavad rakendamist terviseedendusliku töö kvaliteedi tõstmisel ja individuaaltöö tõhususe parandamisel patsientidega, sealhulgas ka Teiega.

Olete üks juhuslikult väljavalitu 420-st, kellel palun vastata küsimustikule, millest oleneb minu uurimistöö lõpptulemus ja selle hilisem rakendamine terviseedenduslikus töös.

Igale vastajale garanteerin temalt saadud andmete salastatuse, sest uuringu tulemused avaldan kokkuvõtlike tabelite ja joonistena.

### Ankeedi täitmise juhend

*Enne vastamist mõelge palun hoolikalt küsimuse üle ja valige kõige sobivam vastus etteantud vastusevariantide hulgast, tõmmates sellele ringi ümber või märkides omapoolse vastusevariandi punktiirile. Kui Te ei ole kindel vastuses, siis valige võimalikult parim ligikaudne vastus.*

Meeldivat koostööd ootama jäädes

Sirje Sammul

1. **Kas Te olete?**
  - 1 mees
  - 2 naine
  
2. **Teie sünniaasta on**  
19 .....
  
3. **Teie rahvus on?**
  - 1 eestlane
  - 2 venelane
  - 3 muu (*palun kirjutage*) .....
  
4. **Milline on Teie perekonnaseis?**
  - 1 abielus/vabaabielus
  - 2 vallaline
  - 3 lahutatud/lahus elav
  - 4 lesk
  
5. **Kui suur on Teie netosissetulek (kinnipeetavad maksud maha arvatud) kuus ühe pereliikme kohta? (Soovi korral võite mitte vastata)**
  - 1 kuni 500 EEK
  - 2 500–1000 EEK
  - 3 1001–1500 EEK
  - 4 1501–2000 EEK
  - 5 2001–2500 EEK
  - 6 2501–3000 EEK
  - 7 3001–3500 EEK
  - 8 3501-5000 EEK
  - 9 5001-10 000 EEK
  - 10 üle 10 000 EEK
  
6. **Milline on Teie haridus?**
  - 1 põhiharidus (1-9 klassi)
  - 2 keskharidus (10-12 klassi)
  - 3 keskeriharidus
  - 4 kõrgharidus
  
7. **Millisesse järgnevatest loeteludest Te praegu kuulute?**  
(*Märkige kõige olulisem amet*)
  - 1 ettevõtja, omanik
  - 2 tippjuht (direktor, esimees vms.)
  - 3 keskaastme juht (osakonna-, büroo-, tsehhijuhataja vms.)
  - 4 spetsialist (eriharidust nõudval ametikohal – insener, arst, õpetaja/õppejõud, meditsiiniõde, sotsiaaltöötaja, loominguline töötaja vms.)
  - 5 teenistuja (kontoriametnik, teenindus- ja müügitöötaja vms.)
  - 6 oskustöeline (elektrik, õmbleja, puusepp, käsitöeline, aednik, talunik, kalur vms.)
  - 7 lihttöeline (valvur, transporditöeline, majahoidja vms.)
  - 8 töötu
  - 9 kodune
  - 10 õppur (ka üliõpilane)
  - 11 pensionär

8. Milline on Teie tegevuse põhiline iseloom (lähtuvalt eelmisest küsimusest)?  
(Tõmmake ring ümber ainult ühele võimalikule variandile)

- 1 ainult vaimne
- 2 pigem vaimne kui füüsiline
- 3 nii vaimne kui füüsiline
- 4 pigem füüsiline kui vaimne
- 5 ainult füüsiline

### Teie tervis ja arstiabi

9. Milline on käesoleval ajal Teie üldine hinnang oma tervisele?  
(Tõmmake ring ümber ainult ühele võimalikule variandile)

- 1 väga hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine/rahuldav
- 4 üsna halb
- 5 väga halb

10. Kas Te tunnete end stress- ehk pingeseisundis olevat viimase kuu (30 päeva) jooksul?

(Märkige vaid üks variant)

- 1 jah, minu elu-olu on praegu talumatu
- 2 jah, tunduvalt rohkem kui tavaliselt
- 3 jah, kuigivõrd, kuid mitte rohkem kui tavaliselt
- 4 ei, üldse mitte

11. Missugune oli Teie viimati määratud vere kolesterooli väärtus?

..... mmol/l (kui Te ei tea või Teil pole seda kunagi määratud, märkige 0)

12. Kui Teil on määratud veres kolesteroolisisaldust ja see on olnud kõrge, kas Teile anti nõuandeid, kuidas kolesteroolitaset veres toitumisega reguleerida?

- 1 ei
- 2 jah

13. Milline oli viimati mõõdetuna Teie vererõhu väärtus?

..... mmHg (kui Te ei tea või Teil pole seda kunagi määratud, märkige 0)

14. Kas Te olete viimase nädala jooksul kasutanud arsti poolt väljakirjutatud ravimeid vererõhu alandamiseks?

- 1 jah
- 2 ei, kui vastus oli eitav, siis põhjendage, miks

(märkige olulisim põhjus)

- 3 ravim(id) lõppes(id)
- 4 unustasin võtta
- 5 tunnen end ilma ravimi(te)ta hästi
- 6 muu (palun täpsustage) .....

**15. Kuidas hindate oma eluviisi käesoleval ajal?**

- 1 täiesti mittetervislik
- 2 pigem mittetervislik
- 3 pigem tervislik
- 4 täiesti tervislik

**Suitsetamine**

**16. Kas olete kunagi elus regulaarselt suitsetanud?**

- 1 ei
- 2 jah, kui vastus on jaatav, siis *täpsustage palun, kui kaua*
  - 3 kuni 5 aastat
  - 4 6-10 aastat
  - 5 11-15 aastat
  - 6 üle 15 aasta

**17. Kas Te suitsetate käesoleval ajal?**

*(Märkige vaid üks variant)*

- 1 iga päev
- 2 juhuslikult
- 3 üldse mitte *Kui vastasite "üldse mitte", siis jätkake vastamist küsimusest nr. 24*

**18. Kui palju Te suitsetate keskmiselt päevas?**

*(Vastake palun iga suitsuliigi kohta eraldi)*

- 1 filtriga sigarette ..... tk. (üks pakk on 20 sigaretti)
- 2 filtrita sigarette ..... tk.
- 3 paberosse ..... tk.
- 4 piipu ..... tk.
- 5 sigareid ..... tk.

**19. Kas Teid paneb muretsema fakt, et suitsetamine on kahjulik Teie tervisele?**

- 1 olen väga mures
- 2 mõningal määral
- 3 mitte eriti
- 4 üldse mitte

**20. Kas Te tahaksite loobuda suitsetamisest?**

*(Märkige vaid üks variant)*

- 1 ei
- 2 jah
- 3 ei oska öelda
- 4 ei suitseta praegu

**21. Kui mitu korda olete tõsiselt üritanud loobuda suitsetamisest?**

- 1 mitte kordagi
- 2 1 – 2 korda
- 3 3 – 4 korda
- 4 üle 5 korra

22. **Kas viimase aasta (12 kuu) vältel on keegi järgmistest inimestest soovitanud Teil loobuda suitsetamisest?**
- 1 ei
  - 2 jah, kui vastus oli jaatav, siis täpsustage palun, kes andis Teile konkreetseid nõuandeid (*märkige kõige olulisem nõustaja*)
    - 3 perearst
    - 4 pereõde
    - 5 kardioloog
23. **Kui Te loobusite või proovisite loobuda suitsetamisest viimase aasta (12 kuu) jooksul, siis millisel põhjusel?** (*Märkige vaid kõige olulisem põhjus*)
- 1 haiguse või vaevuse tõttu
  - 2 et ennetada tõsiseid haigusi
  - 3 majanduslikel põhjustel
  - 4 eeskujuks lastele
  - 5 teiste soovitusel
  - 6 muudel põhjustel (*palun märkige*) .....
  - 7 ma ei ole loobunud ega püüdnud loobuda suitsetamisest viimase aasta jooksul

### Toitumine

24. **Millist peamist rasvainet kasutate toidu valmistamisel kodus?** (*Märkige ainult kõige olulisem variant*)
- 1 margariin
  - 2 võid või peamiselt võid sisaldavat rasvainet
  - 3 searasva või muud loomset rasva
  - 4 toiduõli
  - 5 ei kasuta ühtegi rasvainet
25. **Millise rasvasisaldusega toitu Te tavaliselt tarbite?** (*Märkige kõige olulisem variant*)
- 1 eelistan rasvasemat toitu
  - 2 ei pööra toidu rasvasisaldusele mingit tähelepanu
  - 3 püüan tarbida vähema rasvasisaldusega toitu
26. **Kas olete viimase aasta vältel muutnud midagi järgnevast loetelust oma toitumises tervislikel põhjustel?** (*Märkige olulisim(ad) muutused*)
- |  |       |      |
|--|-------|------|
| vähendanud rasvainete kasutamist.....      | 1 jah | 2 ei |
| asendanud loomse rasva taimse rasvaga .... | 1 jah | 2 ei |
| suurendanud köögivilja tarbimist.....      | 1 jah | 2 ei |
| vähendanud soola tarbimist.....            | 1 jah | 2 ei |
| vähendanud suhkru tarbimist.....           | 1 jah | 2 ei |
| olnud dieedil kaalu langetamiseks .....    | 1 jah | 2 ei |

**27. Kui tihti Te sõite viimasel nädalal järgmisi toite?**  
(Tõmmake palun igal real ainult ühele numbrile ring ümber)

toiduaine	mitte kordagi	1-2 päeval	3-5 päeval	6-7 päeval
praetud toidud (kartul, vorst, muna vms.)	1	2	3	4
riis, makaronid	1	2	3	4
madala rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piim	1	2	3	4
madala rasvasisaldusega ( $\leq 2,5\%$ ) piimatooted (juust, kohupiim, jogurt)	1	2	3	4
linnulihtoidud	1	2	3	4
rasvane kala (heeringas, sardiin, lõhe, tuunikala)	1	2	3	4
kalatoidud	1	2	3	4
taine liha ja lihatooted (sealhulgas sink)	1	2	3	4
lihaproduktid (vorst, viinerid, sardellid)	1	2	3	4
värske köögivili (väh. 200 grammi päevas)	1	2	3	4
keedetud köögivili (sealhulgas kartul)	1	2	3	4
värske puuvili/marjad (väh. 200 grammi päevas)	1	2	3	4
maiustused (kõmmid, šokolaad)	1	2	3	4
kanamunad/munatoidud	1	2	3	4
rukkileib	1	2	3	4
mitmevilja- täisteratooted	1	2	3	4
magusad karastusjogid	1	2	3	4
kiirsöögid	1	2	3	4

**28. Kas Te lisate söögilauas toidule soola?**

(Märkige kõige olulisem variant)

- 1 mitte kunagi
- 2 harilikult siis, kui toit ei ole piisavalt soolane
- 3 üsna sageli enne toidu maitsmist

**29. Millist soola Te tavaliselt kasutate toidu valmistamisel (või lisate söögilauas)?**

(Märkige vaid kõige olulisem variant)

- 1 tavalist keedusoola
- 2 pansoola või muud vähendatud naatriumisisaldusega soola
- 3 jodeeritud soola
- 4 ei kasuta üldse soola

**30. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil viimase aasta (12 kuu) jooksul soovitanud muuta toitumisharjumusi tervislikel põhjustel?**

- 1 ei
- 2 jah, kui vastus oli jaatav, siis täpsustage palun, kes andis Teile konkreetseid nõuandeid  
(Märkige kõige enam nõustanud isik)
- 3 perearst
- 4 pereõde
- 5 kardioloog
- 6 keegi teine (palun täpsustage) .....

## Alkoholi tarbimine

**31. Kui sageli Te tarbite viina või teisi kangeid (konjak, viski, liköör vms.) alkohoolseid jooke?**

*(Märkige vaid üks variant)*

- 1 2-3 korda nädalas
- 2 üks kord nädalas
- 3 2-3 korda kuus
- 4 mõned korrad aastas
- 5 üldse mitte

**32. Kui sageli te tavaliselt tarbite õlut?**

*(Märkige vaid üks variant)*

- 1 iga päev
- 2 2-3 korda nädalas
- 3 kord nädalas
- 4 2-3 korda kuus
- 5 mõned korrad aastas
- 6 üldse mitte

**33. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teil soovitanud viimase aasta (12 kuu) jooksul vähem alkoholi tarbida?**

- 1 ei
- 2 jah, kui vastus oli jaatav, siis täpsustage palun, kes andis Teile konkreetseid nõuandeid

*(Märkige kõige rohkem nõustanud isik)*

- 3 perearst
- 4 pereõde
- 5 kardioloog
- 6 keegi teine (palun täpsustage) .....

## Pikkus, kaal ja kehaline aktiivsus

**34. Kui pikk Te olete?**

..... cm

**35. Kui palju Te kaalute (kerges riietuses)?**

..... kg

**36. Mida Te arvate käesoleval ajal oma kehakaalust?**

- 1 olen alakaaluline
- 2 olen normkaaluline
- 3 olen ülekaaluline
- 4 ei oska hinnata

**37. Kas Te olete kunagi üritanud oma liigset kehakaalu langetada?**

- 1 ei ole kunagi üritanud
- 2 1 – 2 korda
- 3 rohkem kui 3 korda
- 4 ma ei ole olnud ülekaaluline

- 38. Kuidas Te hindate oma käesoleva aja füüsilist vormi?**  
(Märkige vaid üks variant)
- 1 väga hea
  - 2 üsna hea
  - 3 keskmine
  - 4 üsna halb
  - 5 väga halb
- 39. Kui mitu minutit päevas summaarselt Te tegelete jalutamise, jalgrattasõidu, majapidamistöodega või oma hobiga, mis nõuab liikumist?**  
(Märkige üks võimalikult täpne variant)
- 1 vähem kui 15 minutit
  - 2 15-29 minutit
  - 3 30-44 minutit
  - 4 45-59 minutit
  - 5 üle 1 tunni
  - 6 üle 2 tunni
- 40. Kui sageli tegelete vabal ajal tervisetreeninguga vähemalt poole tunni jooksul nii, et hakkate kergelt hingeldama ja higistama?**  
(Märkige vaid üks variant)
- 1 iga päev
  - 2 4-6 korda nädalas
  - 3 2-3 korda nädalas
  - 4 kord nädalas
  - 5 2-3 korda kuus
  - 6 mõned korrad aastas või üldse mitte
  - 7 ei tegele haiguse tõttu
- 41. Kas keegi järgnevatest isikutest on Teid teavitanud viimase aasta jooksul ülekaalulisuse kahjulikkusest südamerõivisele?**
- 1 ei
  - 2 jah, kui vastus oli jaatav, siis täpsustage palun, kes Teile andis konkreetseid nõuandeid  
(Märkige vaid kõige enam nõustanud isik)
  - 3 perearst
  - 4 pereõde
  - 5 kardioloog
  - 6 keegi teine (palun täpsustage) .....
- 42. Kust olete kuulnud/lugenud viimase aasta (12 kuu) jooksul kõige enam tervisekäitumise alast teavet? (Märkige kõige olulisem allikas)**
- 1 perearstilt
  - 2 pereõelt
  - 3 tervisealaselt loengult
  - 4 raadiost
  - 5 televisioonist
  - 6 ajalehest
  - 7 terviseajakirjast
  - 8 osaledes tervisekampaaniates (näiteks Südamenädal)
  - 9 surfates internetis
  - 10 ei ole saanud tervisekäitumisalast teavet

43. **Kas olete viimase poole aasta (kuue kuu) jooksul muutnud oma tervisekäitumist vastavalt perearstilt/pereõelt saadud konkreetsetele nõuannetele? Jaatava vastuse korral täpsustage palun, kes oli nõustaja.**  
(Märkige vaid olulisim nõustaja)

Tervisekäitumise osa	ei	jah	olulisim nõustaja	
Suitsetamisest loobumine	1	2	3 perearst	4 pereõde
Liigse alkoholi tarbimise vähendamine	1	2	3 perearst	4 pereõde
liigse soolatarbimise piiramine	1	2	3 perearst	4 pereõde
Rasvarikka toidu tarbimise vähendamine	1	2	3 perearst	4 pereõde
Liigse kehakaalu langetamine	1	2	3 perearst	4 pereõde
Kehalise aktiivsuse suurendamine	1	2	3 perearst	4 pereõde
Liigse stressi vähendamine	1	2	3 perearst	4 pereõde

44. **Kuidas hindate järgmisi väiteid hoiakute kohta?**  
(Märkige ainult üks variant nii a kui b kohta eraldi)

- a kõrgvererõhutõbi on tervislike eluviiside abil ohjatatav
- 1 täiesti õige
  - 2 enam-vähem õige
  - 3 raske öelda
  - 4 enam-vähem vale
  - 5 täiesti vale
- b minu vanuses on liiga hilja muuta oma käitumist tervislikumaks
- 1 täiesti õige
  - 2 enam-vähem õige
  - 3 raske öelda
  - 4 enam-vähem vale
  - 5 täiesti vale

**Täna Teid meeldiva koostöö eest!**

## **SUMMARY**

### **Health behaviour among patients of hypertension and the role of general practitioners and family nurses in shaping it.**

The aim of this study was to obtain an overview of the awareness of health behaviour among patients of Tartu suffering from hypertension and the role of general practitioners and family nurses in influencing it. 390 patients were included into the study through a questionnaire. The statistics software package SPSS 10.0 for Windows and Microsoft Excel 2000 was used to analyse the data.

Studies carried out around the world have shown that healthy eating, limited salt intake, weight loss, physical activity, reducing stress and not smoking have influence on lowering blood pressure levels.

During the study it became clear that the majority of respondents consumed low-fat milk and milk products and fresh fruit and vegetables, as well as preferring food that contains less fat. Salt was never added to home-cooked meals on the dining table by almost a half of those surveyed, but the majority still used ordinary cooking salt (not pan salt). Two-thirds of respondents were overweight. Only one-fifth were involved in cardio-protective exercise routines (at least 3 times per week, 30 minutes at a time, leading to slight hyperpnoea). One-third of those studied were daily smokers, and half of those smoked 10 or more cigarettes per day. A little more than a third of respondents had felt “noticeably more stressed than usual” during the last month.

Recommendations for health behaviour had mostly been given to the people under study with regard to two areas: almost half had received advice about better nutrition, while slightly more than a third had been counselled on giving up smoking. Changes had been made in the last six months first and foremost in the area of healthy eating upon the advice of GPs and family nurses. There was a correlation between higher education and better nutrition, more physical activity, lower body weight index and lower smoking rates per day. People who more frequently exercised had lower systolic blood pressure values and lower body weight indices. In accordance with this study, patient awareness must be raised in all areas of health behaviour regardless of the fact that the best results were obtained in nutritional habits.

## **TÄNUAVALDUSED**

### **Minu siiras tänu:**

- Juhendajale prof. Margus Viigimaale väärtuslike nõuannete ja igati abivalmis suhtumise eest magistritöö kirjutamisel.
- Üheksale perearstile ja pereõele Tartu linnas vastutuleliku suhtumise ja igati korrektse tegevuse eest uurimistöö läbiviimisel ja selle õnnestumisele kaasaaitamise eest.
- Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi kollektiivile sõbraliku suhtumise ja igakülgse abi eest nii magistriõpingute kui magistritöö kirjutamise ajal.
- Minu lähedastele kannatliku ja igakülgse toetava suhtumise eest nii magistratuuris õppimise kui magistritöö kirjutamise ajal.

# CURRICULUM VITAE

## SIRJE SAMMUL

**Sünniaeg ja koht:** 13.11.1970 Viljandi  
**Kodakondsus:** eesti  
**Aadress:** Kaunase pst. 15-16 Tartu  
**E-post:** sirje.sammul001@mail.ee

### Haridus:

2003-2006 Tartu Ülikooli Arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe  
2000-2002 Tartu Meditsiinikool, bakalaureusele vastav tase (*cum laude*)  
1994-1997 Tartu Meditsiinikool, õenduse eriala (kiitusega)  
1990-1993 Tartu Ülikooli Arstiteaduskond, farmaatsia eriala (lõpetamata)  
1989.a. lõpetatud J. Köleri nimeline Viljandi 4. Keskkool (hõbemedaliga)

### Töökogemus:

1997-tänaeni OÜ Perearst Maire Nirk, pereõde