

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**TERVISETEADLIKKUS JA SELLEGA SEOTUD TEGURID
EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKUS 2025. AASTAL**

Magistritöö rahvatervishoius

Evgeniya Maslakova

Juhendajad: **Mall Leinsalu, MPH, PhD, Tervise Arengu Instituut,
Epidemioloogia ja biostatistika osakond, juhtivteadur**
**Sigrid Vorobjov, MSc, PhD, Tervise Arengu Instituut,
Riskikäitumise uuringute osakond, juhataja**

Tartu 2026

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 25.05.2026 lubada väitekirj terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kadi Krinal, PhD, Tallinna Tehnikaülikooli tervisetehnoloogiate instituudi vanemteadur, E-tervise keskuse juht

Kaitsmine: 04.06.2026

Sisukord

Kasutatud lühendid	4
Lühikokkuvõte	5
1. Sissejuhatus	6
2. Kirjanduse ülevaade	8
2.1 Terviseteadlikkus	8
2.2 Terviseteadlikkuse levimus Euroopas	10
2.3 Terviseteadlikkust käsitlevad uuringud Eestis	11
2.4 Terviseteadlikkus ja sellega seotud tegurid	12
2.5 Terviseteadlikkus tervise ebavõrdsuse kontekstis	16
2.6 Kirjanduse ülevaate kokkuvõte	19
3. Eesmärgid	20
4. Materjal ja metoodika	21
4.1 Andmestik ja valimi moodustamine	21
4.2 Töös kasutatud tunnused	22
4.3 Andmeanalüüs	24
5. Tulemused	27
5.1 Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse tase	27
5.2 Terviseteadlikkuse seos demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega	32
5.3 Ebapiisava terviseteadlikkuse seosed valitud tervisenäitajatega	33
5.4 Terviseteadlikkuse mõju demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vahelistele seostele	35
6. Arutelu	37
7. Järeldused ja ettepanekud	44
8. Kasutatud kirjandus	46
Summary	51
Tänuavaldus	53
<i>Curriculum vitae</i>	54
Lisad	55
Lisa 1. Uuringus kasutatud küsimused (HLS24EST)	55
Lisa 2. Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal	59

Kasutatud lühendid

AOR	kohandatud šansside suhe (ingl <i>adjusted odds ratio</i>)
BHIS	Belgia terviseuuring (ingl <i>Belgian Health Interview Survey</i>)
CI	usaldusvahemik (ingl <i>confidence interval</i>)
EL	Euroopa Liit
EMO	erakorralise meditsiini osakond
HLQ	terviseteadlikkuse küsimustik (ingl <i>Health Literacy Questionnaire</i>)
HLS	rahvusvaheline terviseteadlikkuse uuring (ingl <i>Health Literacy Survey</i>)
HLS19	2019–2021 terviseteadlikkuse uuring (ingl <i>Health Literacy Survey</i>)
HLS24	2024–2026 terviseteadlikkuse uuring (ingl <i>Health Literacy Survey</i>)
HLS-EU	2011. aasta Euroopa terviseteadlikkuse uuring (ingl <i>European Health Literacy Survey</i>)
HLS-EU-Q	Euroopa terviseteadlikkuse uuringu küsimustik (ingl <i>Health Literacy Survey Questionnaire</i>)
HLSAC	rahvusvaheline kooliõpilaste terviseteadlikkuse küsimustik (ingl <i>Health Literacy for School-Aged Children</i>)
JA PreventNCD	projekt „Vähi ja muude mittenakkushaiguste ennetamine tervisemõjurite kaudu“ (ingl <i>Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases</i>)
M-POHL	WHO rahvastiku ja organisatsioonilise terviseteadlikkuse mõõtmise tegevusvõrgustik (ingl <i>Measuring Population and Organizational Health Literacy Network</i>)
NVS	lühike terviseteadlikkuse instrument (ingl <i>Newest Vital Sign</i>)
OR	šansside suhe (ingl <i>odds ratio</i>)
REALM	täiskasvanute meditsiinilise kirjaoskuse kiirhindamise instrument (ingl <i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>)
SHARE	Euroopa tervise, vananemise ja tööjätu uuring (ingl <i>Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i>)
TOFHLA	täiskasvanute funktsionaalse terviseteadlikkuse test (ingl <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (ingl <i>World Health Organization</i>)

Lühikokkuvõte

Terviseteadlikkus hõlmab inimese teadmisi, motivatsiooni ja oskusi leida, mõista, hinnata ja kasutada tervisealast teavet. See on oluline sotsiaalne tervisemõjur, mis on ühiskonnas ebavõrdselt jaotunud ja seotud tervise ebavõrdsusega. Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust on seni vähe uuritud.

Käesoleva magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust 2025. aastal, analüüsida selle seoseid demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega ning hinnata, mil määral võib terviseteadlikkus mõjutada nende vahelisi seoseid.

Töö põhines Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse uuringu (ingl *Health Literacy Survey*, HLS24EST) andmetel. Planeeritud uuringuvalim oli 10 000 täiskasvanut ja kohandatud vastamismäär oli 25,5%. Analüüsi kaasati 2438 Eesti täiskasvanut, kellest 51,5% olid naised. Rühmadevahelisi erinevusi hinnati hii-ruut testiga ning seoseid logistilise regressiooni abil. Tulemused esitati šansside suhetena (ingl *odds ratio*, OR) koos 95% usaldusvahemikega (ingl *confidence interval*, CI).

Ebapiisav terviseteadlikkus esines 70,1%-l Eesti täiskasvanud rahvastikust ehk ligikaudu seitsmel täiskasvanul kümnest. Kohandatud analüüsis oli ebapiisav terviseteadlikkus statistiliselt oluliselt seotud vanuse, koduse keele, majandusliku raskuse ja ühiskondliku positsiooniga. Tugevaimad seosed ilmneseid vanusega, kus 70-aastastel ja vanematel oli 2,67 korda suurem šanss ebapiisava terviseteadlikkuse esinemiseks võrreldes 18–29-aastastega, samuti ühiskondliku positsiooniga, kus enda hinnangul madalamal positsioonil olnutel oli 2,52 korda suurem šanss ebapiisava terviseteadlikkuse esinemiseks võrreldes kõrge positsiooniga inimestega. Ebapiisav terviseteadlikkus oli seotud halva enesehinnangulise tervise ja rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega, kuid mitte sagedasema esmatasandi arstiabi kasutamisega. Tulemused viitavad sellele, et terviseteadlikkus võib osaliselt selgitada sotsiaalmajandusliku olukorra ja tervise vahelisi seoseid.

Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal Eestis on suur. Terviseteadlikkus on Eesti täiskasvanud rahvastikus ebavõrdselt jaotunud ja on seotud nii enesehinnangulise tervise kui ka terviseprobleemide esinemisega. Tervise edendamisel, haiguste ennetamisel ja tervishoiuteenuste kujundamisel tuleks senisest enam arvestada inimeste terviseteadlikkusega ning tagada, et tervisealane teave ja teenused oleksid erinevatele elanikkonnarühmadele ühtemoodi arusaadavad ja kasutatavad.

1. Sissejuhatus

Terviseteadlikkus hõlmab inimeste teadmisi, motivatsiooni ja oskusi, et leida, mõista, hinnata ja rakendada tervisealast teavet (1). Rahvatervishoiu ja tervisedenduse vaates käsitletakse terviseteadlikkust ressursina, mis kujuneb tervisehariduse ja tervisekommunikatsiooni tulemusena ning võimestab inimesi tervisega seotud otsuste tegemisel (1, 2). Maailma Terviseorganisatsiooni (ingl *World Health Organization*, WHO) hinnangul on terviseteadlikkus oluline tervisemõjur. Selle jälgimiseks ja sekkumiste mõju hindamiseks soovitatakse terviseteadlikkust mõõta järjepidevalt (3).

Varem tehtud uuringutes on leitud, et terviseteadlikkus erineb demograafilistes ja sotsiaalmajanduslikes rühmades (4–9) ning halvem terviseteadlikkus omakorda seostub ebasoodsamate tervisetulemitega (10, 11). Seetõttu on terviseteadlikkust käsitletud ka ühe võimaliku mehhanismina, mille kaudu kujunevad või püsivad tervisealased erinevused rahvastikurühmade vahel (4, 5). Tervise ebavõrdsus on sotsiaalmajanduslike rühmade vahel esinev süstemaatiline, sotsiaalselt kujundatud ning välditav erinevus tervises (12). See erinevus tuleneb eeskätt võimu, sissetuleku ning muude ressursside ebavõrdsest jaotusest ning sellest, kuidas see kujundab inimeste igapäevaseid elutingimusi ja ligipääsu tervishoiule ning haridusele (13).

Ebapiisav terviseteadlikkus on oluline väljakutse tervisepoliitikale Euroopas (9). Varasemad terviseteadlikkuse uuringud näitavad, et ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal varieerub riigiti märkimisväärselt. 2011. aastal tehtud Euroopa terviseteadlikkuse uuringus (ingl *European Health Literacy Survey*, HLS-EU) oli ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal 29%–62% (8, 9). Aastatel 2019–2021 tehtud terviseteadlikkuse uuringus (ingl *Health Literacy Survey*, HLS19) oli ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal 25%–72% (7). Kuna Eesti neis rahvusvahelistes võrdlusuuringutes ei osalenud, puudus seni standardiseeritud instrumendiga mõõdetud ja rahvusvaheliselt võrreldav teave Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse kohta. Seetõttu ei olnud teada, kas ja kuidas erineb Eesti terviseteadlikkus teiste Euroopa riikide omast.

Eesti osales 2025. aastal esimest korda rahvusvahelises terviseteadlikkuse uuringus (ingl *Health Literacy Survey*, HLS24), milles mõõdeti standardiseeritud instrumendiga täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust. Magistritöös otsitakse vastust küsimusele, milline on Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse tase 2025. aastal, kuidas on terviseteadlikkus seotud demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega ning mil määral võib terviseteadlikkus

mõjutada nende tegurite ja tervisenäitajate vahelisi seoseid. Töös kasutatakse Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse uuringu (HLS24EST) andmeid.

Töö tulemused aitavad kirjeldada terviseteadlikkuse jaotust Eesti täiskasvanud rahvastikus ning selle seoseid erinevate rahvastikurühmade ja tervisenäitajatega. Tulemused võivad anda sisendi terviseteadlikkuse parandamisele suunatud sekkumiste sihistamiseks ning toetada tervise ebavõrdsuse vähendamise strateegiate kujundamist Eesti täiskasvanud rahvastikus.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Terviseteadlikkus

Termin „terviseteadlikkus” (ingl *health literacy*) võeti esmakordselt kasutusele 1970. aastatel ning mõiste sisu on aja jooksul arenenud (14). Magistritöös lähtutakse Sørenseni jt (2012) esitatud kontseptuaalsest mudelist, mille järgi hõlmab terviseteadlikkus inimeste teadmisi, motivatsiooni ja oskusi, et leida, mõista, hinnata ja rakendada tervisealast teavet. See võimaldab teha igapäevaelus teadlikke otsuseid tervishoiu, haiguste ennetamise ja tervisedenduse valdkonnas, et säilitada või parandada elukvaliteeti kogu elukaare vältel. (1) Terviseteadlikkus kujuneb elukaare vältel ja on seotud elukestva õppega (1, 4, 15).

Terviseteadlikkust ei käsitleta kirjanduses üksnes inimese oskusena, vaid ka organisatsioonide ja süsteemide omadusena. Organisatsiooniline terviseteadlikkus viitab sellele, mil määral organisatsioonid toetavad inimesi terviseinfo ja teenuste leidmisel, mõistmisel ning kasutamisel. (16) Terviseteadlikkust tuleb seetõttu vaadelda kontekstis, sest tervisetulemused sõltuvad nii inimese omadustest kui ka tervishoiusüsteemi korralduslikest ja struktuursetest teguritest (1, 17). Käesolevas töös keskendutakse siiski terviseteadlikkusele inimese tasandil.

Nii nagu üldine kirjaoskus, hõlmab ka terviseteadlikkus konkreetseid oskusi, mille tase varieerub inimeste lõikes. Terviseteadlikkust on kirjeldatud kolme tasandina: funktsionaalne, interaktiivne ja kriitiline terviseteadlikkus. Funktsionaalne terviseteadlikkus hõlmab baasoskusi, nagu terviseinfo lugemine ja mõistmine. Interaktiivne terviseteadlikkus viitab võimele aktiivselt suhelda ja osaleda tervisega seotud otsustes. Kriitiline terviseteadlikkus tähendab oskust hinnata terviseinfo usaldusväärsust ja mõista tervist mõjutavaid laiemaid sotsiaalseid tegureid. (6, 18)

Kriitilise terviseteadlikkuse mõisteanalüüsi autorite hinnangul hõlmab see lisaks info kriitilisele hindamisele ka teadlikku otsustamist, tõhusat suhtlust tervishoiutöötajatega ning võimestumist, mistõttu võib kriitiline terviseteadlikkus olla oluline rahvatervishoiu ja tervisedenduse seisukohalt (19). Laiemalt võib terviseteadlikkust käsitleda tervisehariduse ja tervisekommunikatsiooni keskse tulemusena (18).

Lisaks on terviseteadlikkust käsitletud iseseisva tervisemõjurina ning väärtusliku ressursina, mis on seotud nii inimese kui ka kogukonna võimestamisega (1, 3, 6, 11, 18, 20–21). Maailma Terviseorganisatsiooni järgi on terviseteadlikkus tähtis tegur mittenakkushaiguste ennetamisel, kuna piiratud terviseteadlikkus on sageli seotud mitmete muudetavate riskiteguritega, mis suurendavad mittenakkushaiguste riski (3). Võrreldes struktuursete, sealhulgas sotsiaalsete ja

majanduslike teguritega, on terviseteadlikkus suhteliselt kiiresti mõjutatav. Seetõttu võib terviseteadlikkuse edendamine toetada tervisealaste otsuste tegemist, mõjutada tervisekäitumist ning aidata rahvastiku tasandil kaasa parematele tervisetulemustele ja suuremale tervisevõrdsusele (1, 4, 15).

Varem tehtud süstemaatilises ülevaates leidsid Eichler jt (2009), et piiratud terviseteadlikkusega seotud lisakulud moodustavad 3–5% kogu aastasest tervishoiukulust (22). Hiljutine süstemaatiline ülevaade (Tusoni jt 2025) toetab madala terviseteadlikkuse seost suuremate tervishoiukuludega, kuid ei täpsusta kulude mahtu (23). Ka Ameerika Ühendriikide riikliku andmestiku põhjal tehtud uuringus leiti, et prognoositud halvem terviseteadlikkus oli seotud suuremate tervishoiuteenuste kasutamise ja retseptiravimitega seotud kuludega (24). Seega võib terviseteadlikkuse arendamine väljaspool tervishoiusüsteemi toetada haiguste ennetust ning vähendada survet tervishoiusüsteemile (1). Samas eeldab tõhus terviseteadlikkuse arendamine, et sekkumised ei piirduks üksnes inimeste oskuste parandamisega, vaid tegeleksid ka keskkondlike ja ühiskondlike barjääride vähendamisega (6). Oluline on ka tervishoiusüsteemi organisatsiooniline arendamine, et ebapiisava terviseteadlikkusega inimesed suudaksid paremini tervishoiusüsteemis orienteeruda (22).

Terviseteadlikkuse mõõtmiseks on välja töötatud palju instrumente, kuid rahvatervishoiu spetsialistide jaoks on endiselt probleemiks ühtse ja rahvusvaheliselt kasutatava terviseteadlikkuse instrumendi puudumine. Ajalooliselt on terviseteadlikkuse hindamisel kõige sagedamini kasutatud Ameerika Ühendriikide kontekstis välja töötatud instrumente: täiskasvanute meditsiinilise kirjaoskuse kiirhindamise instrumenti (ingl *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*, REALM, 1993), täiskasvanute funktsionaalse terviseteadlikkuse testi (ingl *Test of Functional Health Literacy in Adults*, TOFHLA, 1995) ning lühikest terviseteadlikkuse instrumenti (ingl *Newest Vital Sign*, NVS, 2005). Hiljem lisandusid kaks põhjalikult välja töötatud instrumenti: terviseteadlikkuse küsimustik (ingl *Health Literacy Questionnaire*, HLQ, 2013), mis töötati välja Austraalia üldrahvastiku põhjal, ning Euroopa terviseteadlikkuse uuringu küsimustik (ingl *Health Literacy Survey Questionnaire*, HLS-EU-Q), mida peetakse üheks rahvusvaheliselt enim kasutatud terviseteadlikkuse instrumendiks. (25)

HLS-EU-Q põhineb terviseteadlikkuse kontseptuaalsel mudelil ning mõõdab terviseteadlikkust terviseinfo leidmise, mõistmise, hindamise ja kasutamise kaudu kolmes valdkonnas: tervishoius, haiguste ennetamises ja tervise edendamises (26). Käesolevas töös mõõdeti üldist terviseteadlikkust HLS19-Q12 instrumendiga, mis on HLS-EU-Q47-l põhinev valideeritud lühivorm ning sobib kasutamiseks rahvusvahelistes võrdlusuuringutes (27).

2.2 Terviseteadlikkuse levimus Euroopas

Järgnevalt antakse ülevaade ebapiisava terviseteadlikkuse levimusest Euroopas varem tehtud uuringute põhjal, et kirjeldada terviseteadlikkuse taset ning selle riikidevahelist varieeruvust. Siin peatükis käsitletakse ebapiisava terviseteadlikkusena nii puudulikku kui ka vähest terviseteadlikkust. Piisavaks terviseteadlikkuseks loetakse nii piisav kui ka suurepärase terviseteadlikkuse. Allpool käsitletud uuringutes on terviseteadlikkuse mõõtmiseks kasutatud HLS-EU-Q instrumenti või selle lühemaid versioone, kuid piisava ja ebapiisava terviseteadlikkuse piirid võivad uuringuti erineda. Lisaks on uuringud läbilõikelised ning andmed kogutud erinevatel aastatel ja eri viisidel, mistõttu tuleb tulemusi võrrelda teatud ettevaatusega. Eesti tulemuste võrdlust varem tehtud Euroopa uuringutega, arvestades käesolevas töös kasutatud metoodikat, käsitletakse arutelu osas.

2011. aastal kaheksas ELi liikmesriigis läbi viidud Euroopa terviseteadlikkuse uuringu (ingl *European Health Literacy Survey*, HLS-EU) kohaselt oli puudulik terviseteadlikkus 12,4%-l ning vähene terviseteadlikkus 35,2%-l vastajatest. Seega oli koguvalimis ebapiisav terviseteadlikkus peaaegu igal teisel vastajal (47,6%). (8–9) Järgmises Euroopa terviseteadlikkuse uuringus (ingl *Health Literacy Survey 2019*, HLS19), mis viidi 2019.–2021. aastal läbi 17 Euroopa riigis, oli ebapiisava terviseteadlikkusega vastajate osakaal kõigi osalenud riikide lõikes 46%. Ligikaudu 33%-l vastajatest oli terviseteadlikkus vähene ja 13%-l puudulik. Riikidevahelised erinevused olid siiski suured: ebapiisava terviseteadlikkusega vastajate osakaal varieerus riigiti 25%-st kuni 72%-ni. Seega oli HLS19 uuringus osalenud riikides ebapiisav üldine terviseteadlikkus sõltuvalt riigist ligikaudu igal neljandal kuni peaaegu kolmel neljandikul elanikest. (7) Belgia terviseuuringu (ingl *Belgian Health Interview Survey*, BHIS) 2018. aasta andmetel oli ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal Belgia täiskasvanud rahvastikus 34,2% (15). 2020. aastal Lätis ja Leedus tehtud rahvastikupõhise terviseteadlikkuse uuringu tulemuste kohaselt oli ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal Lätis 79% ja Leedus 73% (28). Taanis 2016.–2017. aastal läbi viidud rahvastikupõhises uuringus oli 8,2%-l uuritavatest puudulik, 30,9%-l vähene ning 60,9%-l piisav terviseteadlikkus (29). Saksamaal analüüsiti 2014. aastal Saksamaa terviseteadlikkuse uuringu (ingl *Health Literacy Survey Germany*, HLS-GER) andmetel terviseteadlikkust vanuserühmade kaupa. Tulemustest selgus, et ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal suurenes vanusega. Ebapiisav terviseteadlikkus esines 47,3%-l 15–29-aastastest, 47,2%-l 30–45-aastastest, 55,2%-l 46–64-aastastest ning 66,3%-l 65–99-aastastest vastajatest. (30) Šveitsi 2019/2020. aasta Euroopa tervise, vananemise ja tööjātu uuringu (ingl *Survey of Health,*

Ageing and Retirement in Europe, SHARE) koguti andmeid ka terviseteadlikkuse kohta. Valimi keskmine vanus oli 67,5 aastat. Kaalutud andmete põhjal oli vähese terviseteadlikkuse levimus 6,6% ja puuduliku terviseteadlikkuse levimus 24,6%. (31)

Ebapiisav terviseteadlikkus on Euroopas laialt levinud, mistõttu võib seda pidada oluliseks rahvatervishoiu probleemiks (4, 32). Samas ei jaotu ebapiisav terviseteadlikkus rahvastikus ühtlaselt: Euroopa terviseteadlikkuse uuringu põhjal esineb seda sagedamini mõnes rahvastikurühmas, mis viitab haavatavamate rühmade olemasolule (8).

2.3 Terviseteadlikkust käsitlevad uuringud Eestis

Terviseteadlikkust on Eesti erialakirjanduses käsitletud vähemalt alates 2012. aastast (33–34). Elanike terviseteadlikkus on Eesti riiklikus tervisepoliitikas oluline teema (35–36) ning rahvatervishoiu seaduses tuuakse rahvatervishoiu meetmena välja elanike tervisealane võimestamine, sealhulgas tõenduspõhise terviseabe kättesaadavaks tegemine ja terviseharituse parandamine (37). Vaatamata sellele on seni avaldatud terviseteadlikkuse andmed Eestis olnud killustunud ning kuni 2025. aastani puudus süstemaatiline ülevaade standardiseeritud ja rahvusvaheliselt tunnustatud mõõdikuga. Lisaks esineb terminoloogilist ebaühtlust nii teaduskirjanduses kui poliitikadokumentides, mis võib raskendada terviseteadlikkuse mõõtmist ja tulemuste võrreldavust eri allikate lõikes. Terviseteadlikkuse mõiste kõrval on ingliskeelse mõiste *health literacy* kohta kasutatud ka teisi eestikeelseid vasteid: teaduskirjanduses “tervisealane kirjaoskus” (38–40), “tervisekirjaoskus” (33–34), poliitikadokumentides on olnud kasutusel pigem mõiste “terviseharitus” (35, 37, 41–42).

Eestis on terviseteadlikkust uuritud riiklikul tasandil. Sotsiaalministeeriumi tellimusel on valminud kaks terviseteadlikkust käsitlevat raportit (41, 43). 2019. aastal viidi inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamise raames läbi elanikkonna küsitlus (n = 1000), kus muu hulgas mõõdeti elanike terviseteadlikkust. Terviseteadlikkuse mõõtmiseks kombineeriti erinevate allikate küsimusi. Üle poole vastanutest pidas terviseabe leidmist, mõistmist ja tõlgendamist ning kasutamist lihtsaks, kuid ligikaudu kolmandik tõdes raskusi teabe usaldusväärsuse hindamisel. Tulemusi analüüsiti ka sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes: kõrgema haridusega vastajad hindasid oma terviseteadlikkust paremaks ning Eesti rahvusest vastajad pidasid teabe leidmist lihtsamaks kui mitte-eestlased. (43) Need tulemused on kooskõlas rahvusvahelise kirjandusega (4, 7).

2022. aasta raport põhines teaduskirjanduse ja dokumentide analüüsil, mida täiendati intervjuude ning aruteluseminaridega. Raport käsitleb terviseteadlikkuse parandamist tõenduspõhiste sekkumiste vaates, sealhulgas südame-veresoonkonnahaiguste, vaimse tervise häirete ja metaboolsete häirete kontekstis. (41) Kui 2019. aasta raportis soovitatakse viia läbi terviseteadlikkuse hindamiseks eraldi põhjalikum küsitlus (43), siis 2022. aasta aruandes rõhutatakse, et terviseteadlikkuse edendamine vajab süsteemset ja riiklikult koordineeritud lähenemist ning regulaarset monitoorimist (41).

Eestis uuriti terviseteadlikkust 2017/2018. aasta kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (HBSC) raames 13- ja 15-aastaste noorte seas, mis võimaldas esmakordselt võrrelda Eesti noorte terviseteadlikkust teiste Euroopa riikide noortega. Terviseteadlikkust hinnati rahvusvaheliselt valideeritud küsimustikuga (ingl *Health Literacy for School-Aged Children*, HLSAC) (44), mis koosnes 10 väitest ning hõlmas teoreetilisi ja praktilisi teadmisi, kriitilist mõtlemist, eneseteadlikkust ja kodanikualgatust. Eestis ilmnes 15-aastaste seas statistiliselt oluline seos soo ja kõrge terviseteadlikkuse taseme vahel: tüdrukute terviseteadlikkus oli oluliselt kõrgem kui poistel. (45) See erines enamiku riikide tulemustest (44). Terviseteadlikkus seostus noortel nii sotsiaalmajanduslike tegurite kui ka tervisekäitumisega. Tallinnas elavatel, hea majandusliku olukorraga perede noortel, intensiivselt kehaliselt aktiivsetel ning mittedisruptiivsetel oli terviseteadlikkus parem. (45)

2.4 Terviseteadlikkus ja sellega seotud tegurid

Käesolevas alapeatükis kirjeldatakse terviseteadlikkuse seoseid magistritöös analüüsitud demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega.

Demograafilised tegurid

Vanus ja sugu. Svendsen jt (2020) leidsid, et kohandatud analüüsis oli ebapiisava terviseteadlikkuse šans suurem meestel ja noorematel täiskasvanutel (29). Euroopa terviseteadlikkuse 2011. aasta uuringu (ingl *European Health Literacy Survey*, HLS-EU) kohaselt oli kõrgem vanus seotud halvema terviseteadlikkusega, samas kui soo seos oli nõrk ning meestel oli terviseteadlikkus veidi halvem kui naistel (8–9). Saksamaal tehtud rahvastikupõhises läbilõikelises uuringus leiti samuti, et ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal suurenes vanusega, samas kui soo järgi statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud (30). Van der Heide jt (2013) leidsid, et Madalmaade täiskasvanute hulgas tajusid mehed terviseteabega rohkem raskusi kui naised, samas kui vanuse seosed terviseteadlikkusega olid vastuolulised (46). Lõuna-Korea

uuringus oli meeste terviseteadlikkus kogu valimis parem kui naistel ning see seos ilmnes selgemalt vanemaealiste seas (47).

Kodune keel. Inimeste sotsiaalne ja kultuuriline kontekst mõjutab seda, kuidas nad terviseinfot mõistavad, tõlgendavad ja kasutavad. Kui tervishoiusüsteemis valitsevad normid ja suhtluspraktikad ei arvesta inimese kultuurilise ja keelelise taustaga, võivad raskused tekkida ka neil, kelle terviseteadlikkus on piisav. See võib omakorda mõjutada tervishoiuteenustele ligipääsu, suhtlust tervishoiutöötajatega ning haigusega toimetulekut ja olla seotud tervisealase ebavõrdsusega (16). Stormacq jt (2019) kirjanduse ülevaates kuulusid terviseteadlikkusega kõige sagedamini seotud tunnuste hulka lisaks haridusele, sissetulekule ja tööalasele staatusele ka rahvus ja etniline kuuluvus. Autorid rõhutasid siiski, et nende tunnuste roll terviseteadlikkusega seoses ei ole Euroopa kontekstis veel piisavalt uuritud. (4) Euroopa kontekstis on terviseteadlikkust seostatud ka rändetausta või päritoluga. Saksamaal tehtud uuring näitas, et rändetausta seos ebapiisava terviseteadlikkusega varieerus vanuserühmade lõikes ning püsis analüüsis statistiliselt olulisena ainult 30–45- ja 46–64-aastaste seas (30). Sarnasele seosele viitas ka hilisem Taani rahvastikupõhine uuring, milles registriandmete alusel määratletud rändetaust oli seotud halvema terviseteadlikkusega (29). Läti ja Leedu koondvalimis leiti, et vene- ja leedukeelsetel vastajatel oli terviseteadlikkus parem kui lätikeelsetel vastajatel (28). Käesolevas töös käsitleti kodust keelt ka rahvuse või rändetausta kaudse näitajana.

Elukoht. Elukoht kaasati analüüsi võimaliku piirkondliku ebavõrdsuse näitajana. Tervise Arengu Instituudi 2025. aasta rahvastiku tervise aastaraamatu andmetel esinevad maakondade vahel erinevused nii oodatavas elueas kui ka tervena elatud aastates (48). Terviseteadlikkuse ja elukoha seoste kohta on varasem tõendus piiratud. Käesolevas töös hinnati, kas terviseteadlikkuse tase erineb elukoha järgi.

Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Haridustase. Mitmes uuringus on haridustaset peetud üheks olulisemaks terviseteadlikkusega seotud teguriks ning seda on terviseteadlikkuse uuringutes käsitletud sageli (4). Euroopa terviseteadlikkuse 2011. aasta uuringu (HLS-EU) ja aastatel 2019–2021 läbi viidud terviseteadlikkuse uuringu HLS19 kohaselt kuulus haridustase terviseteadlikkusega seotud tunnuste hulka (7–9). Ka Taanis ja Belgias tehtud rahvastikupõhistes uuringutes leiti, et madalam haridustase oli seotud ebapiisava terviseteadlikkusega (15, 29). Sarnast seost kinnitas ka Madalmaades tehtud uuring, kus eriti madalaima haridustasemega vastajatel olid terviseteadlikkuse skoorid madalamad kui kõrgeima haridustasemega vastajatel ning see seos

avaldus kõige selgemini terviseeteabe leidmise ja mõistmise puhul (46). Saksamaal 2014. aastal tehtud uuringus, milles analüüsiti terviseteadlikkuse ja demograafiliste tegurite seoseid vanuserühmade kaupa, ilmnis haridustaseme seos ebapiisava terviseteadlikkusega kahemõõtmelistes analüüsides vaid 30–45- ja 46–64-aastaste seas, kuid mitmemõõtmelises logistilises regressioonianalüüsis ei jäänud see seos statistiliselt oluliseks (30).

Sissetulek ja majanduslik toimetulek. HLS-EU ja HLS19 uuringute kohaselt kuulus majandusliku raskuse esinemine terviseteadlikkusega kõige tugevamalt seotud sotsiaalmajanduslike tunnuste hulka (7–9). Belgias ja Taanis seostus madalam sissetulek halvema terviseteadlikkusega (15, 29). Madalmaades tehtud uuringus olid madalaima sissetulekuga rühmas terviseteadlikkuse skoorid madalamad kui kõrgeima sissetulekuga rühmas, kuid see seos ilmnis ainult tervishoiuvaldkonnas (46).

Ühiskondlik positsioon. Ühiskondliku positsiooni all käsitletakse siin vastaja enesehinnangulist positsiooni ühiskonnas. Euroopa terviseteadlikkuse uuringute kohaselt kuulus see terviseteadlikkusega kõige tugevamalt seotud sotsiaalmajanduslike tunnuste hulka (7–9). Ka Madalmaades ja Saksamaal tehtud rahvastikupõhistes uuringutes leiti, et kõrgem enesehinnanguline ühiskondlik positsioon oli seotud kõrgema terviseteadlikkuse tasemega (30, 46).

Tervisenäitajad

Terviseteadlikkust käsitletakse olulise tervisemõjurina, sest varasemad uuringud on näidanud selle seost erinevate tervisega seotud näitajatega (49).

Enesehinnanguline tervis. Teadusuringutes on leitud, et terviseteadlikkus on seotud sellega, kuidas inimesed oma tervist hindavad (20) ning halvem terviseteadlikkus oli seotud halvema enesehinnangulise tervisega (7, 9, 15, 29). Lõuna-Korea rahvastikupõhises läbilõikelises uuringus leiti, et parem enesehinnanguline tervis oli seotud parema terviseteadlikkusega (47). Mantwill jt (2015) ja Stormacq jt (2019) ülevaated ning Belgias tehtud uuring viitavad sellele, et terviseteadlikkus võib vähemalt osaliselt vahendada sotsiaalmajanduslike tegurite ja enesehinnangulise tervise vahelisi seoseid, kuid selle kohta on tõendusmaterjal seni olnud piiratud ja vahendav mõju pigem tagasihoidlik (4–5, 15).

Krooniliste haiguste või terviseprobleemide esinemine. Berkman jt (2011) süstemaatilise ülevaate järgi seostus vanemaealistel madal terviseteadlikkus halvema üldtervisega (10). Nii HLS-EU kui ka HLS19 uuringus seostusid kroonilised haigused ja terviseprobleemid ebapiisava terviseteadlikkusega (7–9). Varasemad läbilõikelised uuringud on näidanud, et krooniliste haiguste suurem arv, tegevuspiirangud ja multimorbiidsus on seotud halvema terviseteadlikkusega.

Madalmaades krooniliste haigustega patsientide seas tehtud uuringus leiti, et mitme kroonilise haiguse samaaegne esinemine ja funktsionaalsed piirangud olid seotud halvema terviseteadlikkusega (50). Lõuna-Koreas seostus suurem krooniliste haiguste arv halvema terviseteadlikkusega eeskätt kesk- ja vanemaealistel (47). Šveitsis 58-aastaste ja vanemate täiskasvanute rahvastikupõhises uuringus leiti, et multimorbiidsusega vastajatel oli krooniliste haigusteta vastajatega võrreldes suurem tõenäosus kuuluda probleemse või ebapiisava terviseteadlikkuse tasemega rühma (31).

Tervishoiuteenuste kasutamine. Seni avaldatud teaduskirjandus viitab, et terviseteadlikkus võib olla seotud tervishoiuteenuste kasutamisega. Berkman jt (2011) süstemaatiline ülevaade näitas, et madal terviseteadlikkus on seotud sagedasema hospitaliseerimise ja erakorralise abi kasutamisega (10). Taanis aastatel 2014–2017 tehtud rahvastikupõhises kohortuuringus leiti, et halvem terviseteadlikkus ennustas sagedasemat perearsti kasutamist ja pikemaid hospitaliseerimisperioode (51). Belgia registriandmetel põhinevas uuringus leiti, et ebapiisav terviseteadlikkus seostus suurema tervishoiuteenuste kasutamisega, eeskätt üldhaiglaravi, päevaravi, perearsti koduviitide, psühhiaatri konsultatsioonide ja kiirabitranspordi puhul; nende teenuste suurem kasutamine oli seotud ka suuremate tervishoiukuludega. Samas uuringus ei olnud terviseteadlikkus seotud perearsti vastuvõttude, EMO visiitide ega päevakirurgia kasutamisega. (52) Erinevalt Belgia uuringust oli Saksamaal üle kahe perearsti visiidi viimase 12 kuu jooksul kõigis vanuserühmades statistiliselt oluliselt seotud ebapiisava terviseteadlikkusega (30). Ka HLS19 uuringu tulemused viitasid sellele, et parem terviseteadlikkus oli seotud harvema perearsti ja erakorralise abi kasutamisega, kuigi seosed varieerusid riigiti (7). Käesolevas töös käsitleti tervishoiuteenuste kasutamist kitsamalt esmatasandi arstiabi kasutamise kaudu.

Selles alapeatükis käsitletud uuringutel on mitmeid piiranguid, mida tuleb tulemuste tõlgendamisel arvesse võtta. Esiteks kasutati uuringutes erinevaid terviseteadlikkuse instrumente ning osa neist käsitles funktsionaalset, mitte üldist terviseteadlikkust. Seetõttu ei kajasta kõik tulemused terviseteadlikkuse laiemaid mõõtmeid, nagu kriitiline hindamine ja otsustamisoskus. Lisaks kasutati uuringutes erinevaid piirväärtusi selle määratlemiseks, millist terviseteadlikkuse taset käsitleti madala või ebapiisavana, mis raskendab tulemuste otsest võrdlemist. Teiseks olid enamik uuringutest läbilõikelised ja tuginesid eneseraporteeritud andmetele, mis piirab põhjuslike järelduste tegemist. Kolmandaks pärines osa uuringutest Ameerika Ühendriikidest, mistõttu ei pruugi nende tulemused olla Euroopa konteksti täielikult üldistatavad. Samuti erines uuringute andmekogumise viis, kuna andmeid koguti vahetu kontakti teel, telefoni, posti või veebi kaudu.

2.5 Terviseteadlikkus tervise ebavõrdsuse kontekstis

Tervise ebavõrdsus

Tervise ebavõrdsus on olukord, kus mistahes tervisenäitajate puhul ilmneb süstemaatiline erinevus mõne ühiskondlikku kuuluvust märkiva tunnuse alusel ühe rühma kasuks ja teise kahjuks. Selline erinevus on välditav, ebavajalik ja ebaõiglane (53–54) ning tuleneb sotsiaalse kihistumise protsessidest, mille aluseks on võimu, prestiiži ja ressursside ebavõrdne jaotumine ühiskonna erinevate kihtide vahel (53). Tervise erinevuse käsitlemine ebavõrdsusena ei ole neutraalne kirjeldus, vaid viitab eetilistele normidele ja kutsub esile vajaduse sekkumiseks (53). Kõigil inimestel peaks olema võrdne võimalus heaks terviseks, sõltumata nende sotsiaalmajanduslikust positsioonist (54).

Inimese sotsiaalmajanduslik positsioon kujuneb peamiselt järgmiste tegurite kaudu: sissetulek, haridustase, amet, sotsiaalne klass, sugu ning rahvus või etnilisus. Sotsiaalmajanduslik positsioon mõjutab tervist mitmete vahendavate tegurite kaudu. Olulisemateks teguriteks tervise ebavõrdsuse kujunemisel peetakse materiaalseid, psühhosotsiaalseid ning käitumuslikke ja/või bioloogilisi tegureid. Vahendavate tegurite ebavõrdne jaotumine on peamine mehhanism, mille kaudu sotsiaalmajanduslik staatus loob tervise ebavõrdsust. (53) Seetõttu sõltub tervis lisaks tervisekäitumisele ka sellest, millised teadmised, oskused, rahalised võimalused, sotsiaalsed kontaktid ja muud ressursid on inimestele kättesaadavad (55).

Maaailma Terviseorganisatsiooni käsitlese järgi on sotsiaalsed tervisemõjurid tingimused, milles inimesed sünnivad, kasvavad, elavad, töötavad ja vananevad, ning ka tegurid, mis neid tingimusi kujundavad (53). Üheks oluliseks lähenemiseks on elukaare perspektiiv, mis selgitab, kuidas inimese sotsiaalse positsiooniga seotud füüsilised, keskkondlikud ja psühhosotsiaalsed tegurid kujuvad elu eri etappides ning kujundavad tervist nii üksikisiku, rahvastiku kui ka järgmiste põlvkondade lõikes (56). Tervise võrdsuse saavutamine eeldab inimeste võimestamist ja osaluse suurendamist, eriti haavatavates rühmades, et nad saaksid ühiselt mõjutada nii oma individuaalset tervisekäitumist kui ka ühiskondlikke ja poliitilisi otsuseid, mis kujundavad nende tervist (53). Rahvastiku tervise parandamisel ja tervise ebavõrdsuse vähendamisel on keskne roll mitte üksnes arstiabil, vaid ka haridusel ning tervist toetaval füüsilisel ja sotsiaalsel keskkonnal (54, 57).

Tervise ebavõrdsus Eestis

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üks oluline eesmärk on tervise ebavõrdsuse vähendamine (35). Vaatamata sellele ei ole erinevused tervisenäitajates Eestis vähenenud ning

viimastel aastatel tervisealane ebavõrdsus isegi suurenenud, mistõttu vajab see jätkuvalt täiendavat tähelepanu (58). Eestis esineb tervise ebavõrdsust mitmes aspektis: sõltumata konkreetsest tulemist on tervisenäitajad reeglina halvemad meestel, mitte-eestlastel, madalama haridustaseme ja väiksema sissetulekuga rühmadel, samuti on Eestis suured piirkondlikud erisused tervisenäitajates (48, 58–59).

Meeste ja naiste vaheline oodatava eluea erinevus on Eestis Läti ja Leedu järel üks ELi suurimaid (59). 2024. aastal oli naiste oodatav eluiga meeste omast 8 aastat pikem – vastavalt 83,4 ja 75,1 aastat (60). Lisaks sellele on Eesti keskmine tervena elada jäänud aastate arv võrreldes Euroopa keskmisega väiksem ning erinevused sugude vahel suured: 2024. aastal elasid mehed tervena 56,8 aastat, naised aga 60,6 aastat (61–62). Märkimisväärsed on ka piirkondlikud erinevused: oodatav eluiga on lühem Ida-Viru ja Järva maakonnas, olles 4 eluaastat vähem kui Harjumaal ja Tartumaal, kus see on pikim. Kuigi võrreldes 2012. aastaga on maakondade erinevused tervena elada jäänud aastates mõnevõrra vähenenud, oli 2023. aastal Eesti parima (Harjumaa, 62 aastat) ja halvima (Ida-Virumaa, 51 aastat) näitajaga maakondade erinevus siiski 11 aastat. (58, 63) Piirkondades, kus on madalam haridustase, väiksem sissetulek ja suurem tööpuudus, võib täheldada ka rahvastiku suuremat tervisekaotust (64).

Haridustasemega seotud erinevused tervises on Eestis ühed Euroopa suurimatest (65–69). Vaatamata sellele, et Eestis on pärast 2008. aastat madala haridustasemega elanike suremus hakanud langema (70), tõid Mackenbach jt (2008) välja, et eriti suured on erinevused kardiovaskulaarsete ja alkoholiga seotud surmapõhjuste puhul (67). Eestis on hariduslikku ebavõrdsust oodatavas elueas ja tervena elada jäänud aastates osaliselt selgitatud madala sissetuleku, liigse kehakaalu ja meeste puhul ka suitsetamisega (68–69). Nusselder jt (2021) jõudsid sarnastele järeldustele puudega elatud aastate puhul, kus olulisemateks ebavõrdsust kujundavateks teguriteks olid madal sissetulek (eriti naistel), liigne kehakaal ning lapsepõlves kogetud ebasoodsad tingimused (vanema madal tööalane staatus). Puudega elatud aastate erinevus kõrghariduse ja madala haridustasemega naiste vahel oli Eestis 7,8 aastat (Euroopa keskmine 5,5), mis paigutab Eesti Euroopa suurimate hariduslike tervise ebavõrdsusega riikide hulka. (66) Värskemate andmete põhjal (2024) elas kõrgharidusega inimene Eestis keskmiselt 11 aastat kauem kui põhiharidusega inimene (71).

Lisaks Rydland jt (2020) uuringu kohaselt on Eesti üks neist riikidest, kus absoluutne ebavõrdsus tervishoiuga välditavas suremuses on eriti suur. Autorite arvates võivad sellised

erinevused olla seotud tervishoiusüsteemi korralduslike iseärasustega, sealhulgas erinevustega teenuste kättesaadavuses, kasutamises ja kvaliteedis sotsiaalsete rühmade lõikes. (72)

Inimkeskse tervishoiu programmi 2025–2028 järgi on tänapäeval järjest vajalikum ennetada haiguste teket, suurendada nende varast avastamist ning toetada inimeste toimetulekut krooniliste haigustega. Selleks tuleb panustada elanike terviseteadlikkuse parandamisse ning tõendus põhise tervisealase teabe kättesaadavuse lihtsustamisse. (36)

Terviseteadlikkus kui võimalik mehhanism tervise ebavõrdsuse kujunemisel

Varem avaldatud teaduskirjandus viitab, et terviseteadlikkus on rahvastikus ebavõrdselt jaotunud ning ebasoodsam sotsiaalmajanduslik positsioon seostub ebapiisava terviseteadlikkusega (3–6, 46, 73). Ebapiisav terviseteadlikkus on omakorda seotud ebasoodsamate tervisenäitajatega (10). Seetõttu on terviseteadlikkust käsitletud ühe võimaliku mehhanismina, mis võib aidata selgitada sotsiaalmajanduslike tegurite ja tervise vahelisi seoseid ning olla seotud tervise ebavõrdsuse kujunemisega (4,5). Samas on seni ebaselge, milline roll on terviseteadlikkusel nendes seostes (4, 5, 15), kuna vastavaid empiirilisi uuringuid on vähe ning olemasolev tõendusmaterjal on ebaühtlane ja piiratud (5, 15, 20).

Kirjanduses leidub mõningaid kinnitusi terviseteadlikkuse vahendava rolli kohta. 2009. aasta uuringus leiti, et funktsionaalne terviseteadlikkus vahendab osaliselt haridustaseme ja enesehinnangulise tervise vahelist seost Ameerika Ühendriikide vanemaealiste seas (74). Euroopa terviseteadlikkuse uuringu 2011. aasta andmete põhjal järeldati, et üldine terviseteadlikkus vahendab teiste sotsiaalsete tegurite mõju enesehinnangulisele tervisele vaid piiratud määral (20). Mantwilli jt (2015) süstemaatilise ülevaate põhjal võib terviseteadlikkus mõningate tervisetulemite puhul osaliselt selgitada rassi ja etnilise kuuluvusega seotud erinevusi (5). Hiljutise integreeriva ülevaate põhjal vahendab terviseteadlikkus osaliselt sotsiaalmajanduslike tegurite seoseid erinevustega tervisekäitumises, tervisetulemites ning tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja kasutamises (4).

Terviseteadlikkuse võimalikku rolli tervise ebavõrdsuse kujunemisel toetavad ka mitmed teoreetilised käsitlused. Paasche-Orlow ja Wolfi (2007) kontseptuaalse mudeli eesmärk oli selgitada mehhanisme, mille kaudu piiratud terviseteadlikkus võib olla seotud ebasoodsamate tervisetulemustega. Mudeli kohaselt mõjutab terviseteadlikkus tervisetulemusi kolme peamise valdkonna kaudu: tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kasutamine, patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline suhtlus ning enesehooldus. Mudelis kirjeldatud taustategurid ja vahemehhanismid loovad

teoreetilise aluse terviseteadlikkuse käsitlemiseks sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vaheliste seoste kontekstis. (17)

Sørensen jt (2012) mudeli kohaselt kujuneb terviseteadlikkus nii ühiskondlike ja keskkondlike tegurite kui ka isiklike ja olukorrast tulenevate tegurite mõjul. Nende hulka kuuluvad näiteks vanus, sugu, haridus, sotsiaalmajanduslik staatus, sissetulek, kultuur, keel ja sotsiaalne tugi. Terviseteadlikkus omakorda mõjutab tervisekäitumist, tervishoiuteenuste kasutamist ja tervisetulemusi. See mudel loob teoreetilise raamistiku terviseteadlikkuse seoste käsitlemiseks. (1)

Schillingeri (2021) pakutud raamistikus ei käsitleta terviseteadlikkust üksnes inimeste fikseeritud omadusena, vaid nähtusena, mis kujuneb sotsiaalsete tervisemõjurite mõjul ning võib samal ajal toimida ressursina. Rahvatervishoiu vaates võib terviseteadlikkus mõjutada seda, kuidas inimesed tervist toetavaid ressursse kasutavad, terviseriske mõistavad ja ebasoodsate kokkupuudete mõjuga toime tulevad. Sellest lähtuvalt võib terviseteadlikkust käsitleda ühe võimaliku mehhanismina, mille kaudu sotsiaalsete tervisemõjurite mõju võib avalduda tervisenäitajates ja tervisealases ebavõrdsuses. (75)

2.6 Kirjanduse ülevaate kokkuvõte

Terviseteadlikkus on mitmemõõtmeline rahvatervishoiu mõiste, mis hõlmab inimese teadmisi, motivatsiooni ja oskusi leida, mõista, hinnata ning kasutada tervisealast teavet. See on seotud tervishoiu, haiguste ennetamise ja tervisedendusega ning sõltub nii inimese oskustest kui ka keskkonnast ja tervishoiusüsteemi korraldusest. Euroopa uuringute põhjal on ebapiisav terviseteadlikkus laialt levinud ja selle levimus varieerub riigiti märkimisväärselt. Terviseteadlikkus on rahvastikus sotsiaalselt kihistunud ning võib seeläbi süvendada olemasolevat tervisealast ebavõrdsust. Terviseteadlikkust on käsitletud ühe võimaliku mehhanismina, mis võib aidata selgitada sotsiaalmajanduslike tegurite ja tervise vahelisi seoseid.

Eestis on tervise ebavõrdsus jätkuvalt oluline rahvatervishoiu probleem, kuid terviseteadlikkuse uurimine on seni olnud killustunud ning puuduvad varasemad rahvastikupõhised standardiseeritud andmed täiskasvanud rahvastiku kohta. Seetõttu on terviseteadlikkuse uurimine Eesti täiskasvanud rahvastikus põhjendatud. Magistritöös tuginetakse Eestis 2025. aastal rahvusvaheliselt kooskõlastatud metoodika alusel läbi viidud üleriigilise esindusliku valimiga terviseteadlikkuse uuringu andmetele. Need andmed võimaldavad analüüsida terviseteadlikkuse seoseid demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega, samuti valitud tervisenäitajatega, ning hinnata, kuivõrd mõjutab terviseteadlikkus tervise ebavõrdsust.

3. Eesmärgid

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust 2025. aastal, analüüsida selle seoseid demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega ning hinnata, mil määral võib terviseteadlikkus mõjutada nende vahelisi seoseid.

Alaeesmärgid:

1. kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse taset;
2. selgitada terviseteadlikkuse seoseid demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega;
3. analüüsida terviseteadlikkuse seoseid valitud tervisenäitajatega;
4. hinnata, mil määral terviseteadlikkus mõjutab demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vahelisi seoseid.

4. Materjal ja metoodika

4.1 Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhines Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse uuringu (ingl *Health Literacy Survey*, HLS24EST) andmetel. HLS24EST on rahvusvahelise läbilõikelise HLS24 uuringu (2024–2026) Eesti osa. Uuringut koordineerib WHO rahvastiku ja organisatsioonilise terviseteadlikkuse mõõtmise tegevusvõrgustik (ingl *Measuring Population and Organizational Health Literacy Network*, M-POHL). Ühtne metoodika võimaldab varem osalenud riikidel võrrelda tulemusi ajas ning uutel riikidel, sealhulgas Eestil, alustada terviseteadlikkuse standardiseeritud mõõtmist. (76–77)

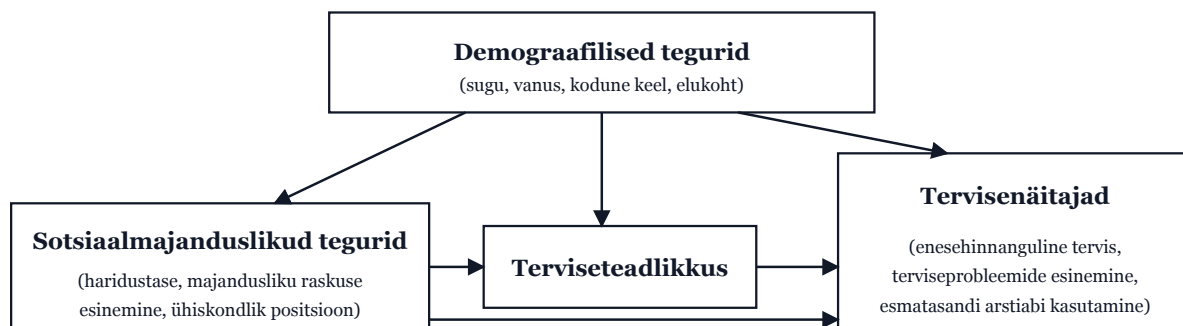
Eestis tehti HLS24EST Euroopa rahvusvahelise projekti „Vähi ja muude mittenakkushaiguste ennetamine tervisemõjurite kaudu“ (ingl *Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases*, JA PreventNCD) töopaketi „Sotsiaalne ebavõrdsus“ osana. Projektis käsitletakse terviseteadlikkust olulise sotsiaalse tervisemõjurina ning ühe võimaliku vahendina vähi ja teiste mittenakkushaigustega seotud tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel. Uuringu eesmärk oli kaardistada terviseteadlikkuse tase ja selle jaotus rahvastikurühmades, et toetada hästi sihistas2e3tud sekkumiste ja poliitikasoovituste kujundamist. (78)

HLS24EST uuring kavandati läbilõikelise küsitlusuuringuna, kasutades kombineeritud veebi- ja postiküsitluse meetodit. Uuringu üldkogumi moodustasid täisealised Eesti elanikud, kelle elukoht on rahvastikuregistris registreeritud. Valimiraamiks olid isikud, kes rahvastikuregistri andmetel olid valimivõtu ajal 18-aastased või vanemad. Valimiraamist moodustati lihtne juhuvalim kihitatult soole ja vanusele. Algvalimi suurus oli 10 000, et 30–35% vastamismäära korral tagada piisav kogum andmete usaldusväärseks analüüsimiseks soo, vanuse, rahvuse, hariduse jm tunnuste lõikes. Varasematele vastamismääradele tuginedes kaasati kuni 60-aastaseid mehi valimisse vanuserühmiti erineva ülekaetusega. Ülejäänud soo- ja vanuserühmad võeti valimisse proportsionaalselt rahvastiku koosseisule. (79) Andmekogumise periood Eestis jäi ajavahemikku 15.10.2025–15.02.2026. Laekunud vastustest ei võetud arvesse puudulikult täidetud küsimustikke. HLS24 andmekvaliteedi standarditest lähtudes kaasati lõppandmestikku vastajad, kellel oli vähemalt 80% kehtivaid vastuseid HLS19-Q12 üldise terviseteadlikkuse 12 alaküsimusele ($n = 2442$). (80) Seega kujunes kohandatud vastamismääraks 25,5% (81). Uuringul on eetikakomitee kooskõlastus – TAIEK otsus nr 1477, väljastatud 11.08.2025.

Terviseteadlikkust mõõdeti standardiseeritud küsimustikuga, mis tõlgiti eesti ja vene keelde. Küsimustik võimaldab hinnata nii üldist terviseteadlikkust kui ka mitut spetsiifilist terviseteadlikkuse valdkonda, sealhulgas digitaalset, kommunikatiivset, vaktsineerimise ja vaimse tervisega seotud terviseteadlikkust, ning sisaldab ka küsimusi vastaja tervise, tervisekäitumise ja sotsiaaldemograafiliste andmete kohta. Kokku on küsimustikus 66 küsimust. (79) Käesoleva magistritöö fookus on **üldisel terviseteadlikkusel**, mida hinnati HLS19-Q12 instrumendi alusel.

4.2 Töös kasutatud tunnused

Joonis 1 näitab töös kasutatud tunnuste omavahelisi seoseid. Demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tegurid seostuvad nii terviseteadlikkuse kui ka tervisenäitajatega. Terviseteadlikkus võib aidata selgitada tervisenäitajate erinevusi.



Joonis 1. Töös kasutatud tunnuste analüütiline skeem (autori koostatud).

Magistritöö peamiseks tunnuseks oli terviseteadlikkus, mida hinnati HLS19-Q12 üldise terviseteadlikkuse põhiskaala alusel. Instrumendi selles osas oli kokku 15 alaküsimust, millest 12 moodustasid HLS19-Q12 põhiskaala ja kolm olid lisatud pilootküsimustena (lisa 1, küsimus 1). Üldise terviseteadlikkuse skoor arvutati ja tasemed moodustati 12 põhiskaala küsimuse alusel vastavalt HLS24 metoodikale (82). Vastajatel paluti hinnata, kui lihtne või keeruline on nende jaoks erinevate tervisega seotud ülesannete täitmine, näiteks tervisealase teabe leidmine, mõistmine, hindamine ja kasutamine. Näiteks küsiti vastajatelt, kui lihtne või keeruline on nende jaoks leida infot selle kohta, kust saada professionaalset abi haigestumise korral. Vastusevariandid kodeeriti arvväärtusteks (4 = „väga lihtne“, 3 = „lihtne“, 2 = „keeruline“, 1 = „väga keeruline“). Iga vastaja terviseteadlikkuse skoor arvutati HLS19-Q12 põhiskaala vastuste aritmeetilise keskmise alusel ning teisendati HLS24 metoodika järgi skaalale 0–100, kus 0 tähistas madalaimat

ja 100 kõrgeimat võimalikku terviseteadlikkuse taset. Terviseteadlikkuse skoor jaotati nelja tasemesse: puudulik ($\leq 50,00$), vähene ($> 50,00$ kuni $66,67$), piisav ($> 66,67$ kuni $83,33$) ja suurepärase ($> 83,33$). Täiendavalt moodustati binaarne terviseteadlikkuse tunnus, milles puudulik ja vähene terviseteadlikkus koondati ebapiisava ning piisav ja suurepärase terviseteadlikkus piisava terviseteadlikkuse kategooriasse. (82)

Demograafilised tunnused

Sugu määrati vastuse põhjal küsimusele „Mis on Teie sugu?“ (lisa 1, küsimus 24). Analüüsis käsitleti sugu binaarse tunnusena. Küsimustikus oli võimalik märkida ka mittebinaarne sugu, kuid andmestikus esines kaks sellist vastust. Nende vastajate puhul määrati analüüsis kasutatud sootunnus rahvastikuregistri andmete alusel.

Vanus määrati vastuse põhjal küsimusele „Kui vana Te olete?“ (lisa 1, küsimus 25). Analüüsi jaoks jaotati vastajad nelja vanuserühma: 18–29, 30–49, 50–69 ja 70 aastat või vanemad.

Kodune keel määrati vastuse põhjal küsimusele „Milline on Teie leibkonna peamine kodune keel?“ (lisa 1, küsimus 26b). Tunnus kodeeriti kaheks kategooriaks: eesti keel ja muu keel. Vastajad, kes märkisid koduseks keeleks eesti keele, sealhulgas eesti keele koos mõne muu keelega, kodeeriti eesti keele kategooriasse.

Elukoht määrati vastuse põhjal küsimusele „Mis tüüpi asulas Te elate?“ (lisa 1, küsimus 38). Vastused jaotati kolme kategooriasse: suurem linn (Tallinn, Tartu, Narva), linn või linna lähiümbrus ning maapiirkond.

Sotsiaalmajanduslikud tunnused

Haridustase määrati vastuse põhjal küsimusele „Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?“ (lisa 1, küsimus 29). Analüüsis koondati haridustase kolme kategooriasse: põhiharidus (põhiharidus või sellest madalam), keskkharidus (üld- või kutsekeskharidus, keskeri- ja tehnikumiharidus keskkhariduse baasil), kõrgharidus (bakalaureuse-, magistri- ja doktorikraad).

Majandusliku raskuse esinemine põhines kahel küsimusel „Kui lihtne või keeruline on Teie leibkonnal katta igapäeva eluks vajalikke kulusid olemasoleva sissetulekuga?“ (lisa 1, küsimus 32) ja „Kui lihtne või keeruline on Teie leibkonnal igakuiselt kõik arved ära maksta?“ (lisa 1, küsimus 33). Mõlema küsimuse vastused jaotati kahte kategooriasse: majandusliku raskuse puudumine ja majandusliku raskuse esinemine. Küsimuse 32 puhul loeti majandusliku raskuse puudumiseks vastused „väga lihtne“, „lihtne“ ja „pigem lihtne“ ning majandusliku raskuse esinemiseks vastused „pigem keeruline“, „keeruline“ ja „väga keeruline“. Küsimuse 33 puhul loeti majandusliku raskuse puudumiseks vastused „väga lihtne“ ja „lihtne“ ning majandusliku raskuse esinemiseks vastused

„keeruline“ ja „väga keeruline“. Seejärel moodustati koondtunnus „majandusliku raskuse esinemine“, mis loeti esinevaks, kui vähemalt ühe küsimuse alusel esines majanduslik raskus; vastasel juhul loeti see puuduvaks.

Ühiskondlik positsioon määrati vastuse põhjal küsimusele „Millisele tasemele Te ennast asetaksite?“ (lisa 1, küsimus 34), mida mõõdeti skaalal 1–10, kus 1 tähistas madalaimat ja 10 kõrgeimat ühiskondlikku positsiooni. Analüüsis käsitleti ühiskondlikku positsiooni kolme kategooriana. Kategooriad moodustati skoori alusel järgmiselt: madal (1–3), keskmine (4–6) ja kõrge (7–10).

Valikulised tervisenäitajad

Enesehinnanguline tervis põhines küsimusel „Kuidas Te hindate oma tervist üldiselt?“ (lisa 1, küsimus 6). Vastusevariandid jaotati kolmeks kategooriaks: hea (väga hea, hea), keskmine ning halb (halb, väga halb). Täiendavalt moodustati binaarne tunnus „halb enesehinnanguline tervis“, milles vastused „keskmine“, „halb“ ja „väga halb“ koondati halva enesehinnangulise tervise kategooriasse ning vastused „hea“ ja „väga hea“ hea enesehinnangulise tervise kategooriasse.

Krooniliste haiguste või terviseprobleemide esinemist viimase 12 kuu jooksul hinnati küsimusega „Millised järgmistest kroonilistest haigustest või terviseprobleemidest on teil viimase 12 kuu jooksul esinenud?“ (lisa 1, küsimus 7). Tunnus jaotati kahte kategooriasse: kuni üks terviseprobleem (0–1) ja rohkem kui üks terviseprobleem (>1). Tabelites ja tekstis on loetavuse ning mahtuvuse eesmärgil kasutatud lühemat nimetust „terviseprobleemide esinemine“.

Esmatasandi arstiabi kasutamist (perearst/pereõde) hinnati küsimusega „Mitu korda Te olete viimase 12 kuu jooksul konsulteerinud perearsti või pereõdega?“ (lisa 1, küsimus 16). Analüüsis jaotati vastused nelja kategooriasse: 0 korda, 1–2 korda, 3–5 korda ja ≥ 6 korda. Täiendavalt moodustati algsete vastuste alusel binaarne tunnus, milles esmatasandi arstiabi kasutamine jaotati kahte kategooriasse: kuni kolm korda (≤ 3) ja rohkem kui kolm korda (>3).

4.3 Andmeanalüüs

Valimi ja terviseteadlikkuse kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid, milles esitati vastajate arvud ja osakaalud. Analüüsis kasutati terviseteadlikkust nii nelja tasemega kui ka binaarse tunnusena. Terviseteadlikkuse nelja taseme (puudulik, vähene, piisav, suurepärane) ja taustatunnuste vahelisi seoseid kirjeldati risttabelite abil, esitades vastajate arvu ja rea-protsendid. Rühmadevaheliste erinevuste hindamiseks kasutati hii-ruut testi ning statistiliselt oluliseks loeti $p < 0,05$ kõigis analüüsides.

Binaarset terviseteadlikkuse tunnust kasutati ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaalu kirjeldamiseks ning logistilistes regressioonanalüüsides selle seoste hindamiseks teiste tunnustega. Terviseteadlikkuse tasemete jaotuse, ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaalu ning jooniste koostamisel kasutati vanuse ja soo järgi kaalutud andmeid, et kirjeldavad hinnangud vastaksid paremini Eesti täiskasvanud rahvastiku soo- ja vanusjaotusele. Kaalutud protsendid ja 95% usaldusvahemikud arvutati vastajate seas, kellel oli soo ja vanuserühma alusel võimalik kaal määrata. Kaalude arvutamisel kasutati Statistikaameti rahvastikuandmeid vanuse ja soo lõikes seisuga 1. jaanuar 2025. Logistiline regressioonanalüüs põhines kaalumata andmetel.

Ebapiisava terviseteadlikkuse seoseid demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega hinnati logistilise regressiooni abil, kus terviseteadlikkus oli sõltuv tunnus. Seoseid hinnati esmalt kohandamata mudelites ning seejärel kohandatud mudelites. Tulemused esitati nii šansside suhetena (ingl *odds ratio*, OR) kui ka kohandatud šansside suhetena (ingl *adjusted odds ratio*, AOR) koos 95% usaldusvahemikega (ingl *confidence interval*, CI). Kohandamata šansside suhted kirjeldasid eraldi iga tunnuse seost terviseteadlikkusega. Kohandatud mudelites arvestati võimalike segavate tunnustega: sugu, vanus, kodune keel, elukoht, haridustase, majandusliku raskuse esinemine ja ühiskondlik positsioon. Igasse regressioonimudelisse kaasati ainult need vastajad, kellel olid olemas kõik vastava mudeli jaoks vajalikud andmed.

Ebapiisava terviseteadlikkuse seoseid valitud tervisenäitajatega hinnati logistilise regressiooni abil, kus sõltuvateks tunnusteks olid binaarsed tervisenäitajad ja selgitavaks tunnuseks ebapiisav terviseteadlikkus. Sõltuvateks tunnusteks olid halb enesehinnanguline tervis, rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemine ning esmatasandi arstiabi kasutamine rohkem kui kolm korda viimase 12 kuu jooksul. Seoseid hinnati esmalt kohandamata mudelites ning seejärel mudelites, mis kohandati soo, vanuse, koduse keele, elukoha, haridustaseme, majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni suhtes. Tulemused esitati nii kohandamata šansside suhetena (OR) kui ka kohandatud šansside suhetena (AOR) koos 95% usaldusvahemikega. Igasse regressioonimudelisse kaasati ainult need vastajad, kellel olid olemas kõik vastava mudeli jaoks vajalikud andmed.

Terviseteadlikkuse võimalikku mõju demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vahelistele seostele hinnati eraldi mudelite abil. Selleks võrreldi demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste seoseid tervisenäitajatega enne ja pärast terviseteadlikkuse lisamist mudelisse. Elukohta sellesse analüüsi ei kaasatud, kuna elukoha seos ebapiisava terviseteadlikkusega ei olnud statistiliselt oluline ei kohandamata ega kohandatud analüüsis. Sõltuvateks tunnusteks olid binaarsed tervisenäitajad: halb enesehinnanguline tervis, rohkem kui

ühe terviseprobleemi esinemine ning esmatasandi arstiabi kasutamine rohkem kui kolm korda viimase 12 kuu jooksul. Mudelis 1 hinnati vastava demograafilise või sotsiaalmajandusliku tunnuse seost tervisenäitajaga, kohandades vanuse ja soo järgi. Mudelis 2 lisati mudelile 1 terviseteadlikkus. Mõlema mudeli puhul kasutati iga tunnuse ja tervisenäitaja kombinatsiooni korral sama vastajate rühma, kellel olid olemas kõik analüüsiks vajalikud andmed.

Andmeanalüüs ja joonised tehti tarkvaraga R (versioon 4.5.1) RStudio töökeskkonnas (versioon 2025.05.1+513) ning tabelite lõppvormistamiseks kasutati programme Microsoft Excel ja Word. Andmeanalüüsi etappide struktureerimisel ning R-koodi tehniliste probleemide lahendamisel kasutati ChatGPT-d (GPT-5.4, OpenAI).

5. Tulemused

Lõppvalimisse kaasati 2438¹ isikut, kellest 51,5% olid naised, 43,2% mehed ning 5,3%-l puudus vastus soo küsimusele. Vastajate keskmine vanus oli 52,7 aastat (standardhälve 17,7). Koduseks keeleks märkis eesti keele 70,2% osalejatest ning 5,4% jättis sellele küsimusele vastamata. Tallinnas, Tartus või Narvas elas 44,8% osalejatest ning 6,7% ei vastanud küsimusele elukoha kohta. Haridustaseme järgi oli valimis kõige rohkem keskharidusega vastajaid (45,9%); kõrgharidusega vastajaid oli 40,9% ja põhiharidusega vastajaid 7,8%. Haridustaseme vastus puudus 5,5%-l osalejatest.

5.1 Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse tase

Tabelis 1 on esitatud valimi tunnused üldise terviseteadlikkuse nelja taseme lõikes. Kõik tabelis esitatud erinevused rühmade vahel olid statistiliselt olulised, välja arvatud elukoha lõikes ilmnenu erinevused terviseteadlikkuse jaotuses ($p = 0,347$). Puuduliku terviseteadlikkuse osakaal oli meestel veidi suurem kui naistel. Vanuse kasvades suurenes puuduliku terviseteadlikkusega vastajate osakaal ja vähenes suurepärase terviseteadlikkusega vastajate osakaal. Puuduliku terviseteadlikkuse osakaal oli väiksem kõrgema haridustasemega vastajate seas: põhiharidusega vastanutel oli see 30,7% ja kõrgharidusega vastanutel 15,4%. Vastajate seas, kes hindasid oma ühiskondlikku positsiooni madalaks, oli puuduliku terviseteadlikkusega vastajate osakaal 40,9% ja suurepärase terviseteadlikkusega vastajate osakaal 3,2%, samas kui kõrge ühiskondliku positsiooniga vastajatel olid vastavad osakaalud 11,9% ja 13,6%. Majanduslikku raskust kogenud vastajate seas oli puuduliku terviseteadlikkusega vastajate osakaal kaks korda suurem kui majanduslikku raskust mitte kogenud vastajate seas: vastavalt 26,8% ja 13,4%.

Enesehinnangulise tervise küsimusele vastanutest, kes hindasid oma tervise halvaks, oli 35,3% puuduliku terviseteadlikkuse tasemega, samas kui oma tervise heaks hinnanutest oli puuduliku terviseteadlikkuse tasemega vaid 10,0% (tabel 1). Rohkem kui ühe terviseprobleemiga vastajate seas oli puuduliku terviseteadlikkusega vastajate osakaal peaaegu kaks korda suurem (21,7%) kui neil, kellel terviseprobleeme ei olnud või oli üks terviseprobleem (11,7%). Vähemalt kuus korda esmatasandi arstiabi kasutanud vastajate seas oli puuduliku terviseteadlikkusega vastajate osakaal suurem (25,1%) kui neil, kes ei kasutanud esmatasandi arstiabi või kasutasid seda 1–2 korda viimase 12 kuu jooksul (vastavalt 17,9% ja 16,6%).

¹ Analüüsist jäi välja 4 hiljem laekunud küsimustikku.

Tabel 1. Demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja valitud tervisenäitajate jaotus üldise terviseteadlikkuse nelja taseme lõikes (n, rea %), kaalumata andmed, HLS24EST 2025

Tunnus	Puudulik n = 463 n (%)	Vähene n = 1278 n (%)	Piisav n = 484 n (%)	Suurepärase n = 213 n (%)	p-väärtus
Sugu					
Mees	227 (21,5)	534 (50,7)	208 (19,7)	85 (8,1)	0,009
Naine	203 (16,2)	691 (55,0)	248 (19,7)	114 (9,1)	
Vastamata	33 (25,8)	53 (41,4)	28 (21,9)	14 (10,9)	
Vanus					
18–29	28 (11,1)	116 (45,8)	68 (26,9)	41 (16,2)	<0,001
30–49	119 (16,5)	365 (50,6)	169 (23,4)	68 (9,4)	
50–69	168 (19,4)	486 (56,2)	149 (17,2)	61 (7,1)	
70+	148 (24,7)	311 (51,8)	98 (16,3)	43 (7,2)	
Kodune keel					
Eesti	304 (17,8)	881 (51,5)	368 (21,5)	158 (9,2)	<0,001
Muu	126 (21,1)	341 (57,2)	87 (14,6)	42 (7,0)	
Vastamata	33 (25,2)	56 (42,7)	29 (22,1)	13 (9,9)	
Elukoht					
Suurem linn (Tallinn, Tartu, Narva)	194 (17,7)	583 (53,3)	213 (19,5)	103 (9,4)	0,347
Linn või linna lähiümbrus	107 (17,0)	346 (54,8)	128 (20,3)	50 (7,9)	
Maapiirkond	119 (21,6)	282 (51,3)	107 (19,5)	42 (7,6)	
Vastamata	43 (26,2)	67 (40,9)	36 (22,0)	18 (11,0)	
Haridustase					
Põhiharidus	58 (30,7)	89 (47,1)	30 (15,9)	12 (6,3)	<0,001
Keskharidus	217 (19,4)	602 (53,8)	221 (19,8)	78 (7,0)	
Kõrgharidus	154 (15,4)	530 (53,1)	205 (20,5)	109 (10,9)	
Vastamata	34 (25,6)	57 (42,9)	28 (21,1)	14 (10,5)	
Majandusliku raskuse esinemine					
Puudub	189 (13,4)	723 (51,4)	336 (23,9)	159 (11,3)	<0,001
Esineb	239 (26,8)	496 (55,5)	119 (13,3)	39 (4,4)	
Vastamata	35 (25,4)	59 (42,8)	29 (21,0)	15 (10,9)	
Ühiskondlik positsioon					
Madal	90 (40,9)	100 (45,5)	23 (10,5)	7 (3,2)	<0,001
Keskmine	242 (18,5)	747 (57,2)	229 (17,5)	87 (6,7)	
Kõrge	90 (11,9)	367 (48,5)	197 (26,0)	103 (13,6)	
Vastamata	41 (26,3)	64 (41,0)	35 (22,4)	16 (10,3)	

(Tabel 1 jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel 1(jätk). Demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja valitud tervisenäitajate jaotus üldise terviseteadlikkuse nelja taseme lõikes (n, rea %), kaalumata andmed, HLS24EST 2025

Tunnus	Puudulik n = 463	Vähene n = 1278	Piisav n = 484	Suurepärase n = 213	p-väärtus
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Enesehinnanguline tervis					
Halb	109 (35,3)	150 (48,5)	42 (13,6)	8 (2,6)	<0,001
Keskmine	227 (21,9)	611 (59,0)	158 (15,3)	39 (3,8)	
Hea	100 (10,0)	477 (47,6)	269 (26,8)	156 (15,6)	
Vastamata	27 (29,3)	40 (43,5)	15 (16,3)	10 (10,9)	
Terviseprobleemide esinemine					
0–1	80 (11,7)	333 (48,5)	171 (24,9)	102 (14,9)	<0,001
>1	365 (21,7)	917 (54,5)	299 (17,8)	101 (6,0)	
Vastamata	18 (25,7)	28 (40,0)	14 (20,0)	10 (14,3)	
Esmatasandi arstiabi kasutamine					
0	72 (17,9)	201 (49,9)	92 (22,8)	38 (9,4)	<0,001
1–2	136 (16,6)	424 (51,6)	172 (21,0)	89 (10,8)	
3–5	105 (17,1)	335 (54,5)	128 (20,8)	47 (7,6)	
≥6	114 (25,1)	249 (54,7)	66 (14,5)	26 (5,7)	
Vastamata	36 (25,0)	69 (47,9)	26 (18,1)	13 (9,0)	

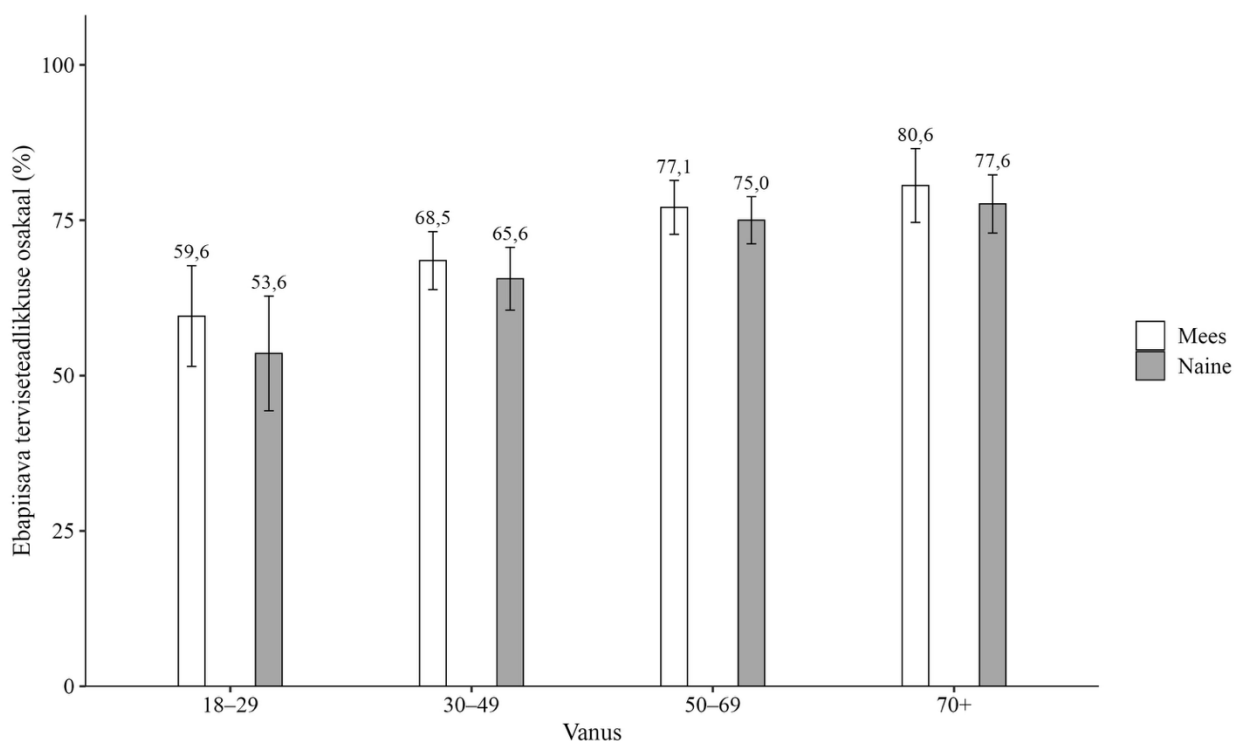
Üldise terviseteadlikkuse tasemete jaotus Eesti täiskasvanud rahvastikus 2025. aastal oli järgmine: puudulik 17,8%, vähene 52,3%, piisav 20,7% ja suurepärase 9,2% (tabel 2, kaalutud andmed). Binaarse terviseteadlikkuse tunnuse järgi kuulus ebapiisava terviseteadlikkuse rühma (puudulik või vähene tase) 70,1% vastajatest ning piisava terviseteadlikkuse rühma (piisav või suurepärase tase) 29,9% vastajatest.

Tabel 2. Üldise terviseteadlikkuse tasemete jaotus Eesti täiskasvanud rahvastikus (kaalumata %, kaalutud % ja 95% CI), HLS24EST 2025

Näitaja	Kaalumata	Kaalutud*	
	%	%	95% CI
Puudulik ($\leq 50,00$)	19,0	17,8	16,2–19,4
Vähene (50,01–66,67)	52,4	52,3	50,2–54,4
Piisav (66,68–83,33)	19,9	20,7	19,0–22,4
Suurepärase ($\geq 83,34$)	8,7	9,2	8,0–10,5
Kokku	100	100	

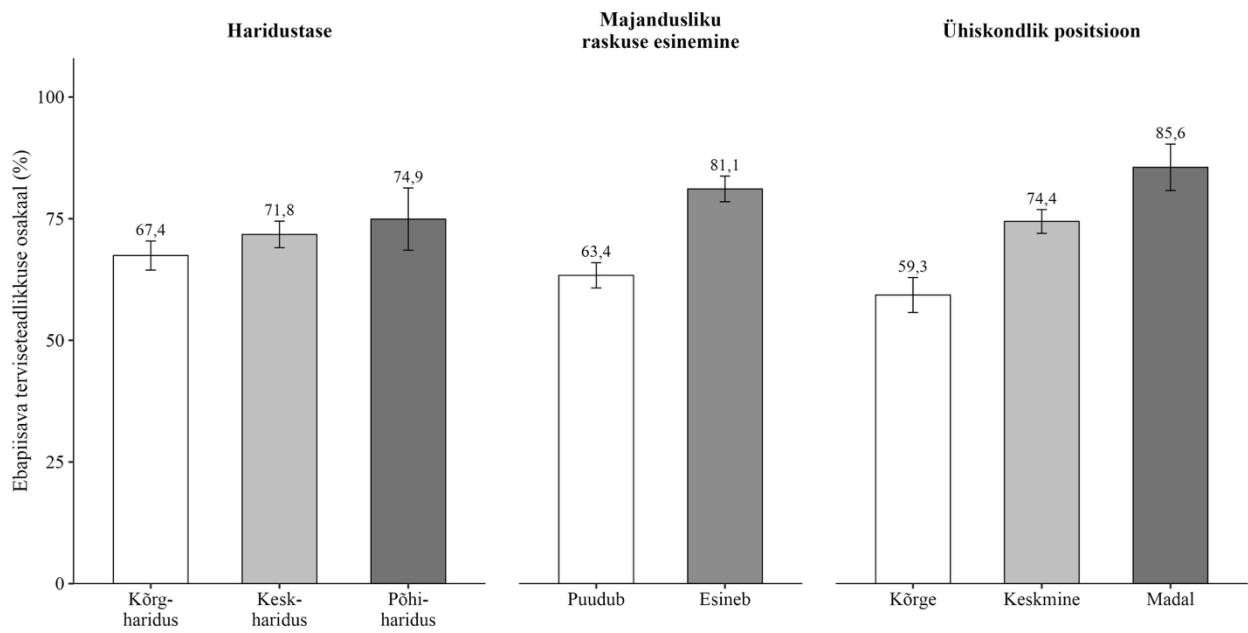
* kaalutud vanuse ja soo järgi

Lisas 2 on esitatud ebapiisava terviseteadlikkusega vastajate arvud ja kaalutud osakaalud Eesti täiskasvanud rahvastikus kõigi töös kasutatud tunnuste järgi. Joonistel on esitatud ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute kaalutud osakaalud. Kuigi meeste ja naiste seas olid need üldiselt sarnased, ilmnese erinevused vanuserühmade kaupa. Kõrgeim osakaal oli 70-aastastel ja vanematel meestel (80,6%) ning madalaim 18–29-aastastel naistel (53,6%) (joonis 2). Mõlemal sool suurenes ebapiisava terviseteadlikkusega vastajate osakaal vanuse kasvades.



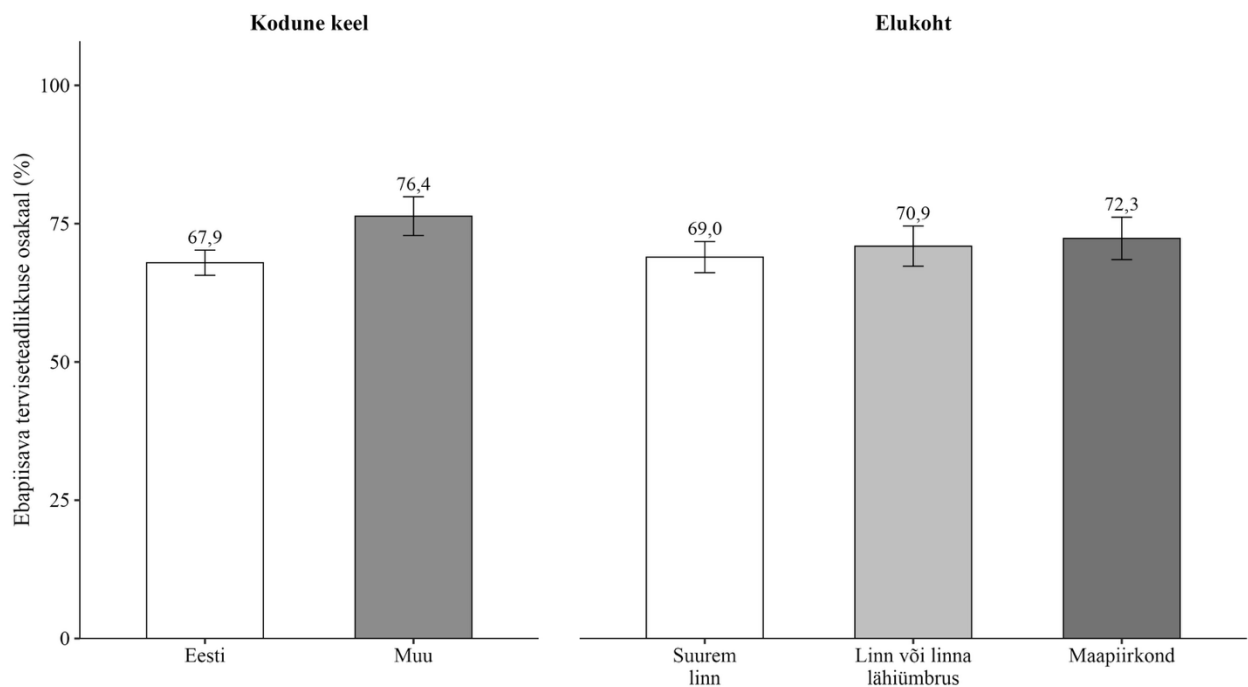
Joonis 2. Ebapiisava terviseteadlikkuse kaalutud osakaalud Eesti täiskasvanud rahvastikus vanuserühma ja soo järgi (% ja 95% CI), HLS24EST 2025.

Joonisel 3 on näha, et ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute kaalutud osakaal oli suurim põhiharidusega, majanduslikku raskust kogenud ja madala ühiskondliku positsiooniga vastajate seas. Suurim erinevus ilmnese ühiskondliku positsiooni järgi: madala ühiskondliku positsiooniga vastajate seas oli osakaal 85,6% ja kõrge ühiskondliku positsiooniga vastajate seas 59,3%.



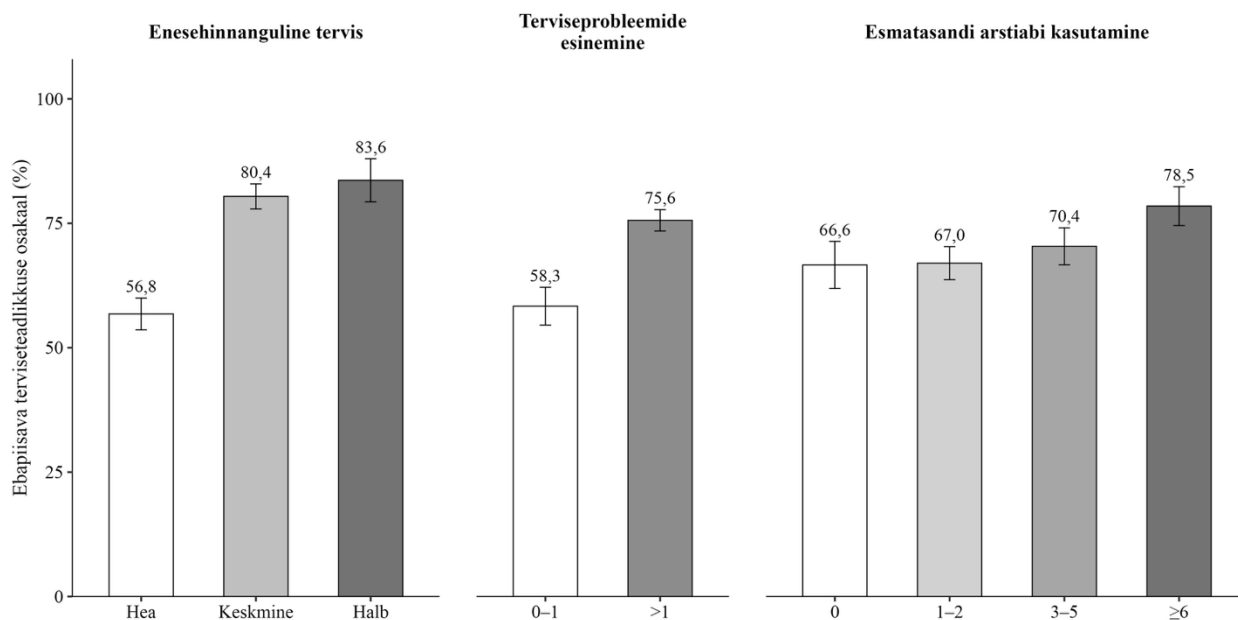
Joonis 3. Ebapiisava terviseteadlikkuse kaalutud osakaalud Eesti täiskasvanud rahvastikus haridustaseme, majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni järgi (% ja 95% CI), HLS24EST 2025.

Elukoha järgi olid osakaalud sarnased. Muu koduse keelega vastajate seas oli osakaal suurem kui eesti koduse keelega vastajate seas: vastavalt 76,4% ja 67,9% (joonis 4).



Joonis 4. Ebapiisava terviseteadlikkuse kaalutud osakaalud Eesti täiskasvanud rahvastikus koduse keele ja elukoha järgi (% ja 95% CI), HLS24EST 2025.

Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal oli suurim neil, kes hindasid oma tervist halvaks, kellel esines rohkem kui üks terviseprobleem ning kes olid viimase 12 kuu jooksul kasutanud esmatasandi arstiabi vähemalt kuus korda (joonis 5).



Joonis 5. Ebapiisava terviseteadlikkuse kaalutud osakaalud Eesti täiskasvanud rahvastikus enesehinnangulise tervise, terviseprobleemide esinemise ja esmatasandi arstiabi kasutamise lõikes (% ja 95% CI), HLS24EST 2025.

5.2 Terviseteadlikkuse seos demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega

Tabelis 3 on esitatud demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite seosed ebapiisava terviseteadlikkusega. Kohandamata logistilises regressioonimudelis ei olnud statistiliselt olulist seost ebapiisava terviseteadlikkusega soo ega elukoha puhul. Seevastu vanus, kodune keel, haridustase, majandusliku raskuse esinemine ja ühiskondlik positsioon olid ebapiisava terviseteadlikkusega statistiliselt oluliselt seotud. Kõigi tabelis esitatud demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste suhtes kohandatud mudelis nõrgenes haridustaseme seos ebapiisava terviseteadlikkusega ning ei jäänud enam statistiliselt oluliseks. Kohandatud mudelis jäid ebapiisava terviseteadlikkusega statistiliselt oluliselt seotuks vanus, kodune keel, majandusliku raskuse esinemine ja ühiskondlik positsioon.

Tugevaimad seosed ilmnesisid vanuse ja ühiskondliku positsiooni puhul. Vanuserühma suurenedes kasvas šanss ebapiisavaks terviseteadlikkuseks. Võrreldes 18–29-aastastega oli 30–49-aastastel 1,72 korda, 50–69-aastastel 2,42 korda ning 70-aastastel ja vanematel 2,67 korda suurem

šanss ebapiisavaks terviseteadlikkuseks. Madala ühiskondliku positsiooniga vastanutel oli kõrge ühiskondliku positsiooniga vastanutega võrreldes 2,52 korda suurem šanss ebapiisavaks terviseteadlikkuseks (tabel 3).

Tabel 3. Ebapiisava terviseteadlikkuse seosed demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega (OR ja AOR, 95% CI), HLS24EST 2025

Tunnus	OR* (95% CI)	AOR** (95% CI)
Sugu		
Naine	1	1
Mees	1,05 (0,88–1,26)	1,18 (0,97–1,43)
Vanus		
18–29	1	1
30–49	1,55 (1,15–2,07)	1,72 (1,25–2,36)
50–69	2,36 (1,76–3,16)	2,42 (1,76–3,32)
70+	2,46 (1,80–3,37)	2,67 (1,87–3,80)
Kodune keel		
Eesti	1	1
Muu	1,61 (1,29–2,00)	1,31 (1,02–1,68)
Elukoht		
Suurem linn (Tallinn, Tartu, Narva)	1	1
Linn või linna lähiümbrus	1,04 (0,83–1,29)	0,96 (0,76–1,22)
Maapiirkond	1,09 (0,87–1,38)	0,95 (0,74–1,24)
Haridustase		
Kõrgharidus	1	1
Keskharidus	1,26 (1,04–1,52)	0,98 (0,80–1,22)
Põhiharidus	1,61 (1,12–2,35)	1,17 (0,78–1,78)
Majandusliku raskuse esinemine		
Puudub	1	1
Esineb	2,52 (2,06–3,10)	1,87 (1,49–2,35)
Ühiskondlik positsioon		
Kõrge	1	1
Keskmine	2,05 (1,69–2,49)	1,74 (1,41–2,15)
Madal	4,16 (2,75–6,28)	2,52 (1,59–3,98)

*OR – kohandamata šansside suhe

**AOR – kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele šansside suhe
Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

5.3 Ebapiisava terviseteadlikkuse seosed valitud tervisenäitajatega

Tabelis 4 esitatud kohandamata mudelis oli ebapiisav terviseteadlikkus seotud halva enesehinnangulise tervise, rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemise ning esmatasandi arstiabi

kasutamisega rohkem kui kolm korda viimase 12 kuu jooksul. Võimalike segajate suhtes kohandatud mudelis (sugu, vanus, kodune keel, elukoht, haridustase, majandusliku raskuse esinemine ja ühiskondlik positsioon) püsis statistiliselt oluline seos halva enesehinnangulise tervise ja rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega, kuid seos esmatasandi arstiabi kasutamisega ei olnud enam statistiliselt oluline.

Võrreldes piisava terviseteadlikkusega vastajatega oli ebapiisava terviseteadlikkusega vastajatel 2,45 korda suurem šanss halvaks enesehinnanguliseks terviseks ja 1,63 korda suurem šanss rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemiseks.

Tabel 4. Ebapiisava terviseteadlikkuse seosed valitud tervisenäitajatega (OR ja AOR, 95% CI), HLS24EST 2025

Tunnus	Halb enesehinnanguline tervis		Terviseprobleemide esinemine (>1)		Esmatasandi arstiabi kasutamine (>3)	
	OR* (95% CI)	AOR** (95% CI)	OR* (95% CI)	AOR** (95% CI)	OR* (95% CI)	AOR** (95% CI)
Terviseteadlikkus						
Piisav	1	1	1	1	1	1
Ebapiisav	3,33 (2,74–4,03)	2,45 (1,98–3,03)	2,11 (1,74–2,56)	1,63 (1,32–2,01)	1,34 (1,10–1,63)	1,12 (0,91–1,39)

*OR – kohandamata šansside suhe

**AOR – kohandatud šansside suhe soole, vanusele, kodusele keelele, elukohale, haridustasemele, majandusliku raskuse esinemisele ja ühiskondlikule positsioonile
Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

5.4 Terviseteadlikkuse mõju demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vahelistele seostele

Tabelis 5 on esitatud haridustaseme, majandusliku raskuse esinemise, ühiskondliku positsiooni ja koduse keele seosed halva enesehinnangulise tervise, rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemise ning esmatasandi arstiabi kasutamisega rohkem kui kolm korda viimase 12 kuu jooksul vanuse ja soo järgi kohandatud mudelis ning pärast terviseteadlikkuse lisamist mudelisse.

Vanuse ja soo järgi kohandatud mudelis (mudel 1) olid halva enesehinnangulise tervisega statistiliselt oluliselt seotud kõik tabelis esitatud demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tegurid. Tugevamad seosed ilmneseid põhihariduse, majandusliku raskuse esinemise ning madala ühiskondliku positsiooni korral. Terviseteadlikkuse lisamine mudelisse (mudel 2) nõrgestas neid seoseid mõnevõrra. Suhteliselt kõige enam vähenes madala ühiskondliku positsiooni seos halva enesehinnangulise tervisega, mille OR langes 8,86-lt 7,50-le ehk ligikaudu 15,3%. Majandusliku raskuse esinemise korral vähenes OR 3,19-lt 2,82-le ehk 11,6%, keskmise ühiskondliku positsiooni korral 2,44-lt 2,20-le ehk 9,8% ning muu koduse keele korral 1,57-lt 1,45-le ehk 7,6%.

Rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemise korral olid vanuse ja soo järgi kohandatud mudelis (mudel 1) statistiliselt olulised põhihariduse, majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni seosed, kuid keskhariduse ja koduse keele seosed ei olnud statistiliselt olulised. Kõige tugevamad seosed rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega ilmneseid majandusliku raskuse esinemise ja madala ühiskondliku positsiooni korral. Terviseteadlikkuse lisamine mudelisse (mudel 2) nõrgestas neid seoseid mõnevõrra. Suhteliselt kõige enam nõrgenes madala ühiskondliku positsiooni seos, mille OR vähenes 4,13-lt 3,65-le ehk ligikaudu 11,6%. Majandusliku raskuse esinemise korral vähenes OR 1,84-lt 1,69-le ehk 8,2% ning keskmise ühiskondliku positsiooni korral 1,46-lt 1,35-le ehk 7,5%.

Esmatasandi arstiabi kasutamisega rohkem kui kolm korda viimase 12 kuu jooksul olid vanuse ja soo järgi kohandatud mudelis (mudel 1) statistiliselt olulised põhihariduse, majandusliku raskuse esinemise ja keskmise ühiskondliku positsiooni seosed, samas kui keskhariduse, koduse keele ja madala ühiskondliku positsiooni seosed ei olnud statistiliselt olulised. Terviseteadlikkuse lisamine mudelisse (mudel 2) ei muutnud nende seoste tugevust oluliselt. Keskmise ühiskondliku positsiooni OR nõrgenes 1,31-lt 1,27-le ehk 3,1%, teiste statistiliselt oluliste tunnuste puhul jäi suhteline muutus alla 3%.

Tabel 5. Demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite seosed tervisenäitajatega enne ja pärast terviseteadlikkuse lisamist mudelisse (OR, 95% CI), HLS24EST 2025

Tunnus	Halb enesehinnanguline tervis OR (95% CI)		Terviseprobleemide esinemine (>1) OR (95% CI)		Esmatasandi arstiabi kasutamine (>3) OR (95% CI)	
	Mudel 1*	Mudel 2**	Mudel 1*	Mudel 2**	Mudel 1*	Mudel 2**
Haridustase						
Kõrgharidus	1	1	1	1	1	1
Keskharidus	1,61 (1,34–1,94)	1,58 (1,30–1,92)	1,18 (0,97–1,44)	1,15 (0,94–1,41)	1,14 (0,94–1,38)	1,13 (0,93–1,37)
Põhiharidus	2,90 (2,00–4,22)	2,74 (1,87–4,03)	1,73 (1,17–2,56)	1,64 (1,11–2,44)	1,74 (1,24–2,43)	1,70 (1,21–2,38)
Majanduslik raskus						
Puudub	1	1	1	1	1	1
Esineb	3,19 (2,63–3,86)	2,82 (2,32–3,44)	1,84 (1,51–2,26)	1,69 (1,37–2,08)	1,75 (1,46–2,10)	1,71 (1,43–2,05)
Ühiskondlik positsioon						
Kõrge	1	1	1	1	1	1
Keskmine	2,44 (2,01–2,97)	2,20 (1,80–2,68)	1,46 (1,19–1,78)	1,35 (1,10–1,65)	1,31 (1,07–1,59)	1,27 (1,04–1,55)
Madal	8,86 (5,70–13,77)	7,50 (4,79–11,73)	4,13 (2,59–6,60)	3,65 (2,28–5,85)	1,32 (0,95–1,83)	1,26 (0,91–1,75)
Kodune keel						
Eesti	1	1	1	1	1	1
Muu	1,57 (1,28–1,93)	1,45 (1,17–1,78)	1,19 (0,96–1,47)	1,12 (0,90–1,40)	1,07 (0,88–1,31)	1,05 (0,85–1,28)

*Mudel 1 – kohandatud soole ja vanusele

**Mudel 2 – kohandatud lisaks terviseteadlikkusele

Statistiliselt olulised seosed ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

6. Arutelu

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust 2025. aastal, analüüsida selle seoseid sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega ning hinnata, mil määral võib terviseteadlikkus mõjutada nende vahelisi seoseid. Tulemused näitasid, et ligikaudu seitsmel kümnest täiskasvanul kümnest oli ebapiisav terviseteadlikkus ning see esines sagedamini sotsiaalselt haavatavamates rühmades. Kõrgem vanus, muu kodune keel, majandusliku raskuse esinemine ja madalam ühiskondlik positsioon seostusid ebapiisava terviseteadlikkuse suurema šansiga. Pärast demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite arvesse võtmist oli ebapiisav terviseteadlikkus seotud halva enesehinnangulise tervise ning rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega. Terviseteadlikkuse arvesse võtmisel nõrgenesid kõige rohkem majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni seosed halva enesehinnangulise tervise ning rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega. Tulemus näitab, et terviseteadlikkusel võib olla mõningane roll tervise ebavõrdsuse selgitamisel, kuid kuna formaalset mediaatoranalüüsi (ingl *mediation analysis*) ei tehtud, tuleks seda tulemust tõlgendada teatava ettevaatusega.

Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse tase. Töö tulemused näitasid, et suurepärase terviseteadlikkuse tasemega oli vaid 9,2% Eesti täiskasvanud rahvastikust, samas kui 17,8%-l oli terviseteadlikkus puudulik ning üle pooltel (52,3%) vähene. Kokku oli ebapiisav ehk puudulik või vähene terviseteadlikkus 70,1%-l Eesti täiskasvanud rahvastikust. See tähendab, et enam kui seitsmel kümnest täiskasvanust võib olla raskusi tervisealase teabe leidmisel, mõistmisel, hindamisel ja rakendamisel. Tulemus viitab sellele, et raskused tervisealase teabega toimetulekul on Eestis laialt levinud.

Maailma Terviseorganisatsiooni väljaande *Health Literacy: The Solid Facts* (3) kohaselt esineb madalat terviseteadlikkust ka majanduslikult arenenud ja tugeva haridussüsteemiga riikides (3). Varem tehtud Euroopa terviseteadlikkuse uuringute tulemuste põhjal näib ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal Eestis olevat suhteliselt suur. HLS-EU uuringus, mis toimus 2011. aastal kaheksas ELi liikmesriigis, oli koguvalimis peaaegu igal teisel vastajal (47,6%) ebapiisav üldine terviseteadlikkus (8–9). HLS19 uuringus, mis toimus aastatel 2019–2021 17 riigis, oli ebapiisav üldine terviseteadlikkus ligikaudu 46%-l vastanutest (7). Mõlemas uuringus ilmnesis siiski suured riikidevahelised erinevused: HLS-EU uuringus ulatus ebapiisava terviseteadlikkuse levimus 28,7%-st Madalmaades kuni 62,1%-ni Bulgaarias (9), HLS19 uuringus aga 25%-st

Sloveenias kuni 72%-ni Saksamaal (7). Eestiga sarnaseid tulemusi on kirjeldatud ka Lätis ja Leedus, kus ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal oli vastavalt 79% ja 73% (28).

Töös leitud ebapiisava terviseteadlikkuse suur osakaal asetub laiemasse Eesti rahvatervise konteksti, mida iseloomustavad alla ELi keskmise jääv oodatav eluiga, suur sooline ja sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus oodatavas elueas ning ennetatava ja raviga välditava suremuse kõrgem tase (59).

Terviseteadlikkus ei jaotu täiskasvanud rahvastikus ühtlaselt, vaid ebapiisava terviseteadlikkusega inimeste osakaal on teatud sotsiaalsetes rühmades suurem (7–9, 29–30, 52). Ka selle töö tulemused olid varem tehtud uuringutega kooskõlas. Ebapiisava terviseteadlikkusega vastajate kaalutud osakaal oli suurem vanemaealiste, muu koduse keelega, majanduslikku raskust kogenud, põhiharidusega ja madalama ühiskondliku positsiooniga vastajate seas. Elukoha järgi statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud, mis viitab sellele, et uuringus ei erinenud terviseteadlikkuse tase selgelt eri asustustüüpide vahel. Üheks võimalikuks selgituseks võib olla see, et tervisealast teavet saadakse üha enam elektrooniliste kanalite kaudu, mistõttu ei pruugi asustustüüp terviseinfo kättesaadavuses ja kasutamises enam nii selgelt eristuda. Kuna Eestis on kirjeldatud piirkondlikke terviseerinevusi nii oodatavas elueas kui ka tervena elatud aastates (48), võiks edasistes uuringutes hinnata terviseteadlikkust detailsema piirkondliku jaotuse, näiteks maakondade kaupa. Soo järgi olid erinevused üldiselt väikesed, kuigi vanuserühmiti esines mõningaid erisusi. Tervisenäitajate järgi oli ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal suurem neil, kes hindasid oma tervist halvaks (83,6%), ning neil, kes kasutasid esmatasandi arstiabi viimase 12 kuu jooksul vähemalt kuus korda (78,5%).

Terviseteadlikkuse seosed demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike teguritega. Kooskõlas varem tehtud uuringutega (7, 9) näitavad ka selle töö logistilise regressiooni tulemused, et ebapiisav terviseteadlikkus on sotsiaalselt kihistunud ning seotud ebasoodsamate demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnustega. Pärast kõigi tabelis esitatud tunnuste arvesse võtmist seostus ebapiisav terviseteadlikkus kõrgema vanuse, muu koduse keele, majandusliku raskuse esinemise ja madalama ühiskondliku positsiooniga.

Haridustaset peetakse üheks olulisemaks terviseteadlikkusega seotud sotsiaalseks teguriks (4). Mitmes uuringus on leitud, et madalam haridustase on seotud ebapiisava terviseteadlikkusega (29, 46). HLS-EU uuringus oli see seos statistiliselt oluline vaid kuues kaheksast osalenud riigist, kuid kõigis riikides samasuunaline (8–9). Erinevalt HLS-EU tulemustest ei olnud viimases rahvusvahelises terviseteadlikkuse uuringus HLS19 haridustaseme seos terviseteadlikkusega riikide lõikes ühesuunaline ega ühtlane (7). Käesoleva töö tulemuste põhjal oli siiski üllatav, et

haridustaseme ja ebapiisava terviseteadlikkuse vaheline seos ei olnud pärast teiste demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite arvesse võtmist statistiliselt oluline. Lisaanalüüsid näitasid, et haridustaseme ja ebapiisava terviseteadlikkuse vaheline seos vähenes pärast majandusliku raskuse ja ühiskondliku positsiooni arvesse võtmist. See võib viidata sellele, et haridustaseme ja ebapiisava terviseteadlikkuse vaheline seos on osaliselt seotud ebasoodsama sotsiaalmajandusliku olukorraga.

Töö tulemused näitasid, et kõrgem vanus oli ebapiisava terviseteadlikkusega tugevalt seotud, kuid statistiliselt olulist seost sooga ei leitud. Võrreldes 18–29-aastastega suurenes ebapiisava terviseteadlikkuse šanss vanemates vanuserühmades, mis viitab selgele seosele vanuse ja terviseteadlikkuse vahel. Kirjanduses on ebapiisava terviseteadlikkuse seosed soo ja vanusega olnud vastuolulised. HLS-EU ja HLS19 uuringud näitasid, et naiste terviseteadlikkus oli meestega võrreldes keskmiselt veidi parem ning kõrgem vanus seostus ebapiisava terviseteadlikkusega. Vanuse seos terviseteadlikkusega ei olnud riikide lõikes ühtlane ega alati statistiliselt oluline (7–9). Erinevalt selle töö tulemustest leiti Taanis ja Madalmaades, et ebapiisava terviseteadlikkuse šanss oli suurem meestel (29, 46). Saksamaal seevastu ei olnud soo ja ebapiisava terviseteadlikkuse vaheline seos sarnaselt selle töö tulemustega statistiliselt oluline (30). Taanis leiti üllatuslikult, et ebapiisava terviseteadlikkuse šanss oli suurem noorematel täiskasvanutel, mida autorid selgitasid muu hulgas asjaoluga, et Taani vanemaealine elanikkond on suhteliselt kõrge haridustasemega (29). Eesti rahvastik vananeb ja vanemaealistel esineb sagedamini terviseprobleeme ning neil on suurem vajadus tervishoiusüsteemis orienteeruda. Seetõttu on magistritöös leitud tugev seos kõrgema vanuse ja ebapiisava terviseteadlikkuse vahel oluline leid, mis vajab edasist uurimist.

Sarnaselt Euroopa terviseteadlikkuse uuringutega (7–9) leiti ka käesolevas töös, et sotsiaalmajanduslikest tunnustest olid ebapiisava terviseteadlikkusega kõige tugevamalt seotud majandusliku raskuse esinemine ja madalam ühiskondlik positsioon. Majandusliku raskuse esinemine seostus ligikaudu kaks korda suurema ebapiisava terviseteadlikkuse šansiga võrreldes nendega, kellel majanduslikku raskust ei esinenud. Belgias ja Taanis leiti, et madalam sissetulek seostus ebapiisava terviseteadlikkusega (15, 29). Madalmaades tehtud uuringus, kus üldist terviseteadlikkust hinnati tervishoiu, haiguste ennetuse ja tervise edendamise valdkonnas, ilmnes madalama sissetuleku seos terviseteadlikkusega peamiselt tervishoiuvaldkonnas info leidmise ja mõistmise puhul (46). Magistritöö tulemuste põhjal oli madalama ühiskondliku positsiooniga vastajatel ebapiisava terviseteadlikkuse šanss 2,52 korda suurem kui kõrgema ühiskondliku positsiooniga vastajatel. Samasuunalisi tulemusi on saadud ka Saksamaal ja Madalmaades tehtud uuringutes (30, 46). Võib oletada, et tajutud ühiskondlik positsioon kui subjektiivne

sotsiaalmajandusliku staatuse näitaja on terviseteadlikkusega tugevamalt seotud kui objektiivsed näitajad, näiteks haridus ja sissetulek (46).

Sørenseni jt (2012) kontseptuaalse mudeli järgi on keel üks isiklikest teguritest, mis koos teiste teguritega kujundab terviseteadlikkust (1). Töö tulemused näitasid, et muu koduse keelega vastajatel oli ebapiisava terviseteadlikkuse šanss mõõdukalt suurem kui eesti koduse keelega vastajatel. See leid on tähelepanuväärne, sest kodune keel võib olla seotud nii laiemaga sotsiaalse ja kultuurilise taustaga kui ka terviseinfost arusaamise ja selle tõlgendamisega. Edasised uuringud võiksid täpsemalt hinnata, kas ja kuidas erineb koduse keele seos terviseteadlikkusega vanuserühmade ning terviseteadlikkuse eri valdkondade lõikes.

Terviseteadlikkuse seosed valitud tervisenäitajatega. Töö tulemused näitasid, et ka pärast sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite arvesse võtmist seostus ebapiisav terviseteadlikkus halvema enesehinnangulise tervise ja rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega. Seevastu seos esmatasandi arstiabi kasutamisega rohkem kui kolm korda viimase aasta jooksul ei jäänud pärast kohandamist statistiliselt oluliseks.

Ebapiisava terviseteadlikkusega vastajatel oli halva enesehinnangulise tervise šanss 2,45 korda suurem. See leid on kooskõlas mitme varasema uuringu tulemustega (7–9, 15, 20, 29) ning viitab, et üldine terviseteadlikkus võib olla enesehinnangulise tervise iseseisev tegur ka pärast demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite arvestamist (20). Teisisõnu võib terviseteadlikkusel olla tervisele omaette mõju. Nende kahe tunnuse täpse vastastikuse seose ja võimalike toimetehhanismide mõistmiseks on siiski vaja longituuduuringuid (29).

Kooskõlas varasemate rahvusvaheliste terviseteadlikkuse uuringutega (7–9) oli selles uuringus ebapiisava terviseteadlikkuse seos rohkem kui ühe kroonilise haiguse või terviseprobleemi esinemisega viimase 12 kuu jooksul (edaspidi terviseprobleemide esinemine) nõrgem kui seos halvema enesehinnangulise tervisega. Ebapiisava terviseteadlikkusega vastajatel oli rohkem kui ühe terviseprobleemi šanss 1,6 korda suurem. Ka Taanis, kus terviseseisundi kaudse näitajana kasutati töövõimetushüvitise saamist, leiti, et ebapiisav terviseteadlikkus on seotud halvema terviseseisundiga (29). Taani uuringu tulemused ei ole siiski selle töö tulemustega täielikult võrreldavad, sest tervisenäitajad olid erinevad. Läbilõikelise uuringukavandi tõttu ei saa kindlaks teha, kas ebapiisav terviseteadlikkus eelnes terviseprobleemide kujunemisele või vastupidi. Wieczorek (2023) rõhutab, et piisav terviseteadlikkus on krooniliste haigustega inimeste jaoks oluline igapäevase terviseseisundi juhtimise, tervisega seotud teadlikumate otsuste tegemise ning tervishoiusüsteemis orienteerumise seisukohalt (31). Võib oletada, et ebapiisava

terviseteadlikkusega inimestel on raskem leida, mõista, hinnata ja kasutada terviseinfot, mis võib omakorda raskendada haiguste ennetamist ja olemasolevate terviseprobleemidega toimetulekut.

Varasemates uuringutes on leitud, et halvem terviseteadlikkus võib olla seotud tervishoiuteenuste suurema kasutamisega, sealhulgas erakorralise abi (7, 10), esmatasandi arstiabi (7, 30, 51) ja perearsti koduvisiitide (52), sagedasema ja pikema hospitaliseerimisega (10, 51) ning üldhaiglaravi, päevaravi, psühhiaatri konsultatsioonide ja kiirabitranspordi kasutamisega (52). Vastupidiselt sellele ei olnud Belgia registriandmetel põhinevas uuringus terviseteadlikkus seotud perearsti vastuvõttude, erakorralise abi ega päevakirurgia kasutamisega (52). Käesolevas töös ei jäänud ebapiisava terviseteadlikkuse seos esmatasandi arstiabi kasutamisega rohkem kui kolm korda statistiliselt oluliseks, kuigi ebapiisav terviseteadlikkus seostus halvema enesehinnangulise tervise ja terviseprobleemide esinemise suurema šansiga.

Stormacq jt (2019) ülevaate järgi on halvem terviseteadlikkus mõnes uuringus seotud ennetavate teenuste väiksema kasutamisega, kuigi seose tugevus varieerus teenuste ja uuringute kaupa (4). Ka Friis jt arutlesid oma prospektiivse kohortuuringu põhjal, et halvema terviseteadlikkusega inimesed võivad harvem kasutada ennetavaid teenuseid ja osaleda vähem ravialaste otsuste tegemisel, mis võib omakorda suurendada hospitaliseerimise riski (51). Seega on võimalik, et ebapiisava terviseteadlikkusega inimesed kasutavad sagedamini muid tervishoiuteenuseid, näiteks erakorralise meditsiini või haiglaravi teenuseid. Edasised uuringud Eestis võiksid selgitada, kas ebapiisav terviseteadlikkus on seotud ka teiste tervishoiuteenuste, näiteks eriarstiabi, erakorralise meditsiini või ennetavate teenuste kasutamisega.

Terviseteadlikkuse roll demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning tervisenäitajate vahelistes seostes. Kolmes süstemaatilises ülevaates leiti mõningaid tõendeid, et terviseteadlikkus võib vähemalt osaliselt vahendada sotsiaalsete tegurite seoseid mõne tervisenäitajaga. Seni avaldatud tõendusmaterjal on siiski piiratud ning vahendav mõju pigem tagasihoidlik (4, 5, 10). Euroopas tehtud üksikutes uuringutes on leitud, et terviseteadlikkus vahendab osaliselt haridustaseme seost tervisekäitumise (15, 83) ja enesehinnangulise tervisega (15, 20) ning sissetuleku seost tervisekäitumise, enesehinnangulise tervise ja vaimse tervisega (15).

Käesolevas magistritöös võrreldi demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite seoseid tervisenäitajatega enne ja pärast terviseteadlikkuse arvesse võtmist. Tulemused näitasid, et majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni seosed halva enesehinnangulise tervise ning rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega vähenesid pärast terviseteadlikkuse arvesse võtmist. See võib viidata terviseteadlikkuse osalisele selgitavale rollile. Magistritöös ei tehtud siiski formaalset mediaatoranalüüsi, mis oleks võimaldanud hinnata, kui suur osa

sotsiaalmajanduslike tegurite ja tervisenäitajate vahelistest seostest võib olla seletatav terviseteadlikkuse kaudu.

Haridustaseme ja koduse keele seosed tervisenäitajatega muutusid pärast terviseteadlikkuse arvesse võtmist vähe. Seetõttu ei toeta käesoleva töö tulemused terviseteadlikkuse olulist selgitavat rolli hariduse ja koduse keele seostes magistritöös kasutatud tervisenäitajatega. Ka esmatasandi arstiabi kasutamise puhul muutusid seosed pärast terviseteadlikkuse arvesse võtmist väga vähe. Seega võib terviseteadlikkus selgitada tervise ebavõrdsust vaid osaliselt ning selle roll võib erineda sotsiaalsete tegurite ja tervisenäitajate lõikes. Mantwill jt (2015) (5) ja Pelikan jt (2018) (20) rõhutasid, et terviseteadlikkuse mõju tervisele ning selle rolli tervisealaste ebavõrdsuse kujunemisel aitaksid paremini selgitada longituuduuringud.

Magistritöö piirangud. Magistritööl on mitu olulist piirangut. Esiteks põhineb käesolev töö läbilõikelisel uuringul, mistõttu ei ole võimalik teha järeldusi põhjuslike seoste kohta. Teiseks oli kohandatud vastamismäär 25,5%, mida võib pidada suhteliselt madalaks. See võib suurendada mitteosalemisest tuleneva valikukallutatuse riski, kuna uuringus osalenud isikud võisid erineda mittevastanutest demograafiliste, sotsiaalmajanduslike või tervisega seotud tunnuste poolest. Samas ei pruugi madal vastamismäär tingimata tähendada kallutatud tulemit, kui vastajad ja mittevastajad ei erine üksteisest süstemaatiliselt terviseteadlikkuse poolest. Võimaliku kallutatuse paremaks hindamiseks oleks edaspidi otstarbekas võrrelda vastajate ja mittevastajate taustatunnuseid. Samuti võis osalemisvalmidust vähendada küsimustiku suhteline pikkus ja ajamahukus, mis võis omakorda mõjutada vastuste täielikkust ja kvaliteeti. Kolmandaks põhinesid andmed vastajate eneseraporteeritud andmetel, mistõttu ei saa välistada meenutus- ja sotsiaalse soovitatavuse nihet. Neljandaks võib analüüsi piiranguks pidada tunnuste kategoriseerimist. Terviseteadlikkuse binaarseks jaotamisega kaasnes osa informatsiooni kadu ning see võis varjata erinevusi puuduliku ja vähese terviseteadlikkuse vahel. Samuti võisid tulemusi mõjutada tervisenäitajate kategooriate valikud. Teistsugune kategoriseerimine oleks võinud muuta rühmade suurust ja seoste tugevust, mistõttu tuleb tulemusi tõlgendada valitud kategooriate kontekstis. Viiendaks kasutati seoste hindamiseks šansside suhet, mis on logistilises regressioonis tavapärane, kuid suhteliselt sagedaste tulemite korral võib see seose tugevust üle hinnata. Kuuendaks kasutati soo ja vanuse järgi kaalutud andmeid vaid kirjeldavas analüüsis. Logistilistes regressioonanalüüsides kaalumist ei kasutatud, mistõttu tuleb seoste hinnangute üldistatavust Eesti täiskasvanud rahvastikule tõlgendada ettevaatlikult. Lisaks ei tehtud käesolevas töös terviseteadlikkuse võimaliku vahendava rolli hindamiseks formaalset mediaatoranalüüsi. Seetõttu ei saa hinnata, kui suur osa demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite seostest

tervisenäitajatega võiks olla seletatav terviseteadlikkuse kaudu. Magistritöö tulemusi terviseteadlikkuse võimaliku vahendava või selgitava rolli osas tuleb seetõttu tõlgendada teatava ettevaatusega.

Magistritöö tugevused. Magistritöö tugevuseks on rahvusvaheliselt tunnustatud terviseteadlikkuse instrumendi esmakordne kasutamine Eestis, mis võimaldab võrrelda tulemusi teiste riikidega ning loob aluse kordusuuringuteks ja trendide hindamiseks. Tugevuseks on ka 2025. aastal kogutud andmete kasutamine, mis võimaldab anda ajakohase hinnangu terviseteadlikkusele Eestis. Käesoleva töö väärtust suurendab ka soo ja vanuse järgi kaalutud andmete kasutamine kirjeldavas analüüsis, mis võimaldab kirjeldavaid tulemusi paremini üldistada Eesti täiskasvanud rahvastikule. Lisaks moodustati valim juhuvalimi alusel ning mehi kuni 60. eluaastani kaasati ülekaetusega, mis aitas parandada alaesindatud rühmade esindatust.

7. Järeldused ja ettepanekud

Magistritöös kirjeldati Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkust 2025. aastal ning analüüsiti selle seoseid demograafiliste, sotsiaalmajanduslike ja tervisenäitajatega. Töö tulemuste põhjal tehti järgmised järeldused:

1. Ebapiisav terviseteadlikkus oli Eesti täiskasvanud rahvastikus laialt levinud. Ligikaudu seitsmel täiskasvanul kümnest oli ebapiisav terviseteadlikkus. Seda esines sagedamini vanemaealistel, muu koduse keelega, põhiharidusega, majanduslikku raskust kogenud ja madalama ühiskondliku positsiooniga inimestel.
2. Pärast teiste demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnuste arvestamist seostusid ebapiisava terviseteadlikkuse suurema šansiga kõrgem vanus, muu kodune keel, majandusliku raskuse esinemine ja madalam ühiskondlik positsioon.
3. Ebapiisav terviseteadlikkus oli seotud halvema enesehinnangulise tervise ja rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega, kuid mitte sagedasema esmatasandi arstiabi kasutamisega.
4. Terviseteadlikkuse arvesse võtmine vähendas mõnevõrra majandusliku raskuse esinemise ja ühiskondliku positsiooni seoseid halvema enesehinnangulise tervise ning rohkem kui ühe terviseprobleemi esinemisega. See võib viidata sellele, et terviseteadlikkus aitab osaliselt selgitada sotsiaalmajandusliku olukorra ja tervise vahelisi seoseid.

Käesoleva magistritöö tulemuste põhjal tehakse järgmised ettepanekud:

- kuna ebapiisav terviseteadlikkus on Eesti täiskasvanud rahvastikus laialt levinud, tuleks tervise edendamise, haiguste ennetamise ja tervishoiuteenuste kujundamisel arvestada inimeste terviseteadlikkusega ning tagada, et tervisealane teave ja teenused oleksid erinevatele elanikkonnarühmadele arusaadavad ja kättesaadavad;
- terviseteadlikkuse parandamiseks tuleks süsteemselt rakendada tõenduspõhiseid meetmeid, pöörates erilist tähelepanu haavatavamatele rühmadele, sealhulgas vanemaealistele, muu koduse keelega, majanduslikku raskust kogenud ja madalama ühiskondliku positsiooniga inimestele;
- edasised uuringud peaksid keskenduma üldise terviseteadlikkuse mõõdiku alaküsimustele, samuti terviseteadlikkuse alavaldkondadele nagu digitaalne, kommunikatiivne, vaktsineerimine ja vaimse tervisega seotud terviseteadlikkus, et paremini mõista ebapiisava terviseteadlikkuse kujunemist;

- Eestis tuleks jätkata osalemist regulaarsetes, standardiseeritud metoodika alusel läbiviidavates Euroopa terviseteadlikkuse uuringutes, et võimaldada täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse taseme, selle ajas toimuvate muutuste ning nendega seotud tegurite süstemaatilist jälgimist ja analüüsi.

8. Kasutatud kirjandus

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67:2072–8.
3. WHO. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
4. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int* 2019;34:e1–17.
5. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLoS One* 2015;10:e0145455.
6. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health* 2021;42:159–73.
7. Pelikan JM, Straßmayr C, Link T, et al. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL: international report on the methodology, results, and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute; 2021.
8. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report of health literacy in eight EU member states: the European Health Literacy Survey HLS-EU. 2nd revised and extended version. HLS-EU Consortium; 2014.
9. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25:1053–8.
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97–107.
11. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012;344:e1602.
12. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up. Part 1. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
13. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661–9.
14. Osborne H. Health literacy from A to Z. 3rd ed. New York: Aviva Publishing; 2022.
15. Berete F, Gisle L, Demarest S, et al. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health-related outcomes in the Belgian adult population? *BMC Public Health* 2024;24:1182.
16. Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, et al. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promot Int* 2021;36:i13–23.

17. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31:19–26.
18. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259–67.
19. Sykes S, Wills J, Rowlands G, et al. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health* 2013;13:150.
20. Pelikan JM, Ganahl K, Roethlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Glob Health Promot* 2018;25:57–66.
21. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health* 2014;72:10.
22. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 2009;54:313–24.
23. Tusoni F, Iagnemma A, Mastrantonio R, et al. What is the impact of health literacy on healthcare costs? A systematic review and evidence synthesis. *BMJ Open* 2025;15:e108816.
24. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, et al. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *Int J Health Policy Manag* 2015;4:747–55.
25. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, et al. Measuring health literacy: a systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS One* 2022;17:e0271524.
26. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013;13:948.
27. Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, et al. Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: the development and validation of the HLS19-Q12 instrument in seventeen countries. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:14129.
28. Gatulytė I, Verdiņa V, Vārpiņa Z, et al. Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Arch Public Health* 2022;80:166.
29. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 2020;20:565.
30. Berens EM, Vogt D, Messer M, et al. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2016;16:1151.
31. Wieczorek M, Meier C, Vilpert S, et al. Association between multiple chronic conditions and insufficient health literacy: cross-sectional evidence from a population-based sample of older adults living in Switzerland. *BMC Public Health* 2023;23:253.
32. World Health Organization. Low health literacy is costing health. Geneva: World Health Organization; 2025.

33. Möttus R. Tervisepsühholoogia. Eesti Arst 2013;92:42–3.
34. Möttus R. Tervise kirjaoskus kui näide meditsiini ja psühholoogia võimalikust koostööst. Eesti Arst 2012;91:101.
35. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2020.
36. Sotsiaalministeerium. Inimkeskne tervishoid programm 2025–2028. Lisa 3. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2025.
37. Rahvatervishoiu seadus. RT I, 02.01.2025, 3.
38. Einmann M. Õpilaste tervisealane kirjaoskus ühe kooli õpetajate ja inimeseõpetuse ainekavade näitel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikool; 2020.
39. Egorova-Gruzdneva A, Melnikov A. Patsiendi madala tervisealase kirjaoskuse negatiivne mõju tema toimetulekule ning õe roll tervisealase kirjaoskuse parendamisel [lõputöö]. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool; 2022.
40. Lubi K. Tervisealane kirjaoskus – kuidas jõuda tervise võrdsuseni? Sotsiaaltöö 2025;(2).
41. Ilves K, Kubre MA, Trankmann S, et al. Tõenduspõhiste sekkumiste rakendamise võimalused koos mõju hindamisega terviseharituse parandamisel Eestis. Lõppraport. Tartu: Tartu Ülikool; 2022.
42. Härm T, koostaja. Viisteist aastat tervist edendavate haiglate ja terviseteenuste võrgustikku Eestis. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2014.
43. Kallaste E, Järve J, Sõmer M, et al. Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Lõpparuanne. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2019.
44. Paakkari L, Torppa M, Mazur J, et al. Comparative study on adolescents' health literacy in Europe: findings from the HBSC study. Int J Environ Res Public Health 2020;17:3543.
45. Oja L, Piksööt J, Aasvee K, et al. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.
46. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, et al. Health literacy of Dutch adults: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2013;13:179.
47. Kwon DH, Kwon YD. Patterns of health literacy and influencing factors differ by age: a cross-sectional study. BMC Public Health 2025;25:1556.
48. Tervise Arengu Instituut. Rahvastiku tervise aastaraamat 2025. Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: vähitõrje. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2025.
49. Stormacq C, Oulevey Bachmann A, Van den Broucke S, Bodenmann P. How socioeconomically disadvantaged people access, understand, appraise, and apply health information: a qualitative study exploring health literacy skills. PLoS One 2023;18:e0288381.
50. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, et al. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. Patient Educ Couns 2015;98:41–8.

51. Friis K, Pedersen MH, Aaby A, et al. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders: a Danish population-based 4-year follow-up study. *Eur J Public Health* 2020;30:866–72.
52. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:1032–8.
53. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: World Health Organization; 2010.
54. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep* 2014;129:5–8.
55. Leinsalu M, Reile R, Baburin A. Ühiskondlike muutuste ja kriiside mõju tervisele ja tervise ebavõrdsusele. *Eesti Vabariigi preemiad* 2023;27:168–91.
56. Jones NL, Gilman SE, Cheng TL, et al. Life course approaches to the causes of health disparities. *Am J Public Health* 2019;109:S48–55.
57. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 2014;129:19–31.
58. Kasekamp K, Habicht T, Võrk A, et al. Eesti: tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes* 2023;25:i–204.
59. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Riigi terviseprofiil 2025: Eesti. *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing; 2025.
60. Statistikaamet. Statistika andmebaas. RV045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi. Vaadatud 18.05.2026. (https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV045/table/tableViewLayout2)
61. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. TE75: Tervena elada jäänud aastad soo ja vanuserühma järgi. Vaadatud 23.05.2026. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__06TEaastad/TE75.px/table/tableViewLayout2/)
62. Tervise Arengu Instituut. Rahvastiku tervise aastaraamat 2023. Eesti rahvastiku tervise ja selle mõjurite muutused 2000–2022. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.
63. Tervise Arengu Instituut. Rahvastiku tervise aastaraamat 2024. Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: toitumine. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2024.
64. Lepnurm M. Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023. aastal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2025.
65. Vaccarella S, Georges D, Bray F, et al. Socioeconomic inequalities in cancer mortality between and within countries in Europe: a population-based study. *Lancet Reg Health Eur* 2023;25:100551.
66. Nusselder WJ, Rubio Valverde J, Bopp M, et al. Determinants of inequalities in years with disability: an international-comparative study. *Eur J Public Health* 2021;31:527–33.
67. Mackenbach JP, Roskam AJR, Schaap MM, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–81.

68. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, et al. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health* 2019;4:e529–37.
69. Valverde JR, Mackenbach J, Bopp M, et al. Determinants of educational inequalities in disability-free life expectancy between ages 35 and 80 in Europe. *SSM Popul Health* 2021;13:100740.
70. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2018;115:6440–5.
71. Statistikaamet. Statistika andmebaas. RV0454: Elada jäänud aastad aasta, hariduse, soo ja vanuserühma järgi. Vaadatud 23.05.2026. (https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__demograafilised-pehinaitajad/RV0454/table/tableViewLayout2)
72. Rydland HT, Fjær EL, Eikemo TA, et al. Educational inequalities in mortality amenable to healthcare: a comparison of European healthcare systems. *PLoS One* 2020;15:e0234135.
73. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIM Evid Synth* 2020;18:1389–469.
74. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med* 2009;7:204–11.
75. Schillinger D. Social determinants, health literacy, and disparities: intersections and controversies. *Health Lit Res Pract* 2021;5:e234–43.
76. M-POHL. The Health Literacy Survey 2024–2026 (HLS24). Factsheet. Vienna: International Coordination Center of M-POHL and its projects at the Austrian National Public Health Institute; 2023.
77. M-POHL. HLS24: Health Literacy Survey 2024–2026. A project of M-POHL. Available from: <https://m-pohl.net/HLS24>
78. Le C, Straßmayr C, Giraudeau N, et al. Strengthening population and organizational health literacy to reduce social inequalities within the JA PreventNCD. *Scand J Public Health* 2025;53:43–53.
79. Vorobjov S, Leinsalu M, Mill A, et al. Avaldus uuringuprojektile kooskõlastuse saamiseks Tervise Arengu Instituudi inimuurigute eetikakomiteelt. Avaldamata dokument.
80. Link T, Berzelak N, Griebler R, Straßmayr C, HLS24 Methodology Working Group. HLS24 Standards for Data Collection and for Commissioning of Data Collection Agencies. Part of the HLS24 Study Protocol. Version 25c. Vienna: M-POHL; 2025.
81. Vorobjov S, Piksööt A, Laidra K, Leinsalu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku terviseteadlikkuse uuring. Uuringu aruanne. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2026. Avaldamata dokument.
82. Link T, Bíró É, Straßmayr C, Griebler R, HLS24 Methodology Working Group. HLS24 Data Preparation and Analysis. Part D of the HLS24 Study Protocol. Vienna: M-POHL; 2025.
83. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, et al. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *J Health Commun* 2016;21:54–60.

Health literacy and its associated factors among the adult population in Estonia in 2025

Evgeniya Maslakova

Summary

Background: Health literacy is considered an important social determinant of health and is generally lower among more vulnerable social groups, which may contribute to health inequalities. Improving health literacy as a means of reducing health inequalities is one of the objectives of Estonia's National Health Plan 2020–2030. However, little is known about the distribution of health literacy in Estonia and its associations with social determinants and health status. The aim of this thesis was to examine the prevalence of different levels of health literacy among the adult population in Estonia in 2025, to analyze its associations with demographic, socioeconomic, and selected health-related factors, and to assess the extent to which health literacy influences the associations between social determinants and health indicators.

Methods: The study was based on data from the cross-sectional Estonian Health Literacy Survey conducted in 2025 among the adult population (HLS24EST). In Estonia, HLS24EST was carried out as part of the “Social Inequalities” work package of the European Joint Action “Preventing Cancer and Other Non-Communicable Diseases through Addressing Health Determinants” (JA PreventNCD). Health literacy was measured using the short-form HLS-EU-Q12 questionnaire. The study was based on a random sample of 10,000 adults aged 18 years or older living in Estonia. The adjusted response rate was 25.5%. Differences between groups were assessed using the chi-square test, and $p < 0.05$ was considered statistically significant. Age- and sex-weighted data were used to describe the distribution of general health literacy levels and to estimate the proportion of inadequate health literacy. Associations between inadequate health literacy and different factors were examined using logistic regression. Both crude and adjusted odds ratios were calculated. Each regression model included only respondents with complete data for all variables required for the respective model. The potential role of health literacy in explaining demographic and socioeconomic differences in health indicators was assessed using separate models. The results were presented as odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs).

Results: The final analytical sample included 2,438 respondents, of whom 51.5% were women. Based on weighted results, inadequate or problematic health literacy was observed among 70.1% of the adult population in Estonia in 2025, corresponding to approximately seven in ten adults. The proportion of adults with inadequate or problematic health literacy was higher among older adults,

those with basic education, a home language other than Estonian, financial difficulties, and medium or low social position.

In the adjusted logistic regression analysis, age, home language, financial difficulties, and social position were statistically significantly associated with inadequate or problematic health literacy. The strongest associations were observed among adults aged 70 years and older and those with low social position. No statistically significant association was found between educational level and inadequate or problematic health literacy in the adjusted model. Among the health indicators, adults with inadequate or problematic health literacy had higher odds of poor self-rated health than adults with sufficient health literacy (OR = 2.45, 95% CI 1.98–3.03). They also had higher odds of having more than one health problem during the previous 12 months (OR = 1.63, 95% CI 1.32–2.01). After health literacy was taken into account, the associations of financial difficulties and social position with health indicators became somewhat weaker, which may indicate a partial explanatory role of health literacy. However, this finding should be interpreted with caution.

Conclusions: The proportion of adults with inadequate or problematic health literacy in Estonia is high. Health literacy is unequally distributed among the adult population in Estonia, and inadequate or problematic health literacy is associated with disadvantaged demographic and socioeconomic factors, poor self-rated health, and, to a lesser extent, the presence of health problems. The potential role of health literacy in explaining the associations between financial difficulties, social position, and worse health warrants further investigation using formal mediation analysis. Based on the results of this study, interventions aimed at improving health literacy should pay particular attention to older adults, people whose home language is not Estonian, people with lower social position, and people experiencing financial difficulties.

Tänuavaldus

Tänan magistritöö juhendajaid Mall Leinsalu ja Sigrid Vorobjovi väärtuslike soovitude ja põhjaliku tagasiside eest.

Tänan statistika õppejõudu Kalle Kipperit, kes pühendas oma aega ning aitas leida analüüsi jaoks sobiva suuna.

Samuti soovin tänada oma lähedasi toetava suhtumise ja lapse hooldamisel osutatud abi eest.

Curriculum vitae

Üldandmed

Ees- ja perekonnanimi:

Evgeniya Maslakova

Sünniaeg ja -koht:

16.04.1985, Peterburi, Venemaa

Kodakondsus:

Eesti

E-post:

evgeniya.maslakova@gmail.com

Hariduskäik

2023 – ...

Tartu Ülikool, magistriõpe, rahvatervishoid

2018 – 2019

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool,
rakenduskõrgharidusõpe, õe eriala kooolitus
(terviseõde)

2006 – 2009

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool,
rakenduskõrgharidus, õe eriala

Keelteoskus

eesti keel

B2

vene keel

emakeel

inglise keel

B2

Töökogemus

2019 – ...

Klein ja Ollikainen Perearstikeskus, pereõde

2011 – 2012

Lääne-Tallinna Keskhaigla, neuroloogia
osakond, õde

2009 – 2011

Jürgenson Perearstikeskus, pereõde

Kuupäev: 25.05.2026

Lisad

Lisa 1. Uuringus kasutatud küsimused (HLS24EST)

Küsimus 1

Alati ei ole lihtne saada arusaadavat, usaldusväärset ja kasulikku teavet tervisega seotud teemade kohta. Järgnevate küsimustega soovime teada, kui lihtne või keeruline on Teie meelest...

	Väga lihtne	Lihtne	Keeruline	Väga keeruline
1. leida infot, kust saada professionaalset abi, kui olete haigestunud (nt arst, õde, apteeker, psühholoog)?	☐	☐	☐	☐
2. aru saada infost, mida teha meditsiinilises hädaolukorras?	☐	☐	☐	☐
3. hinnata erinevate ravivõimaluste eeliseid ja puudusi?	☐	☐	☐	☐
4. tegutseda arsti või apteekri nõuannete järgi?	☐	☐	☐	☐
5. leida infot vaimse tervise probleemidega toimetulekuks (nt stressi, depressiooni, ärevuse korral)?	☐	☐	☐	☐
6. mõista soovitatud tervisekontrollide või -uuringute kohta käivat infot (nt jämesoolevähi sõeluuring, veresuhkru analüüs)?	☐	☐	☐	☐
7. hinnata ebatervislike harjumuste (nt suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus, liigne alkoholi tarvitamine) kohta saadava info usaldusväärsust?	☐	☐	☐	☐
8. otsustada meediast (nt ajalehed, televisioon, internet) saadud teabe põhjal, kuidas vältida haigestumist?	☐	☐	☐	☐
9. leida teavet tervislike eluviiside (nt kehaline aktiivsus, tervislik toit või toitumine) kohta?	☐	☐	☐	☐
10. mõista sõpradelt või perelt saadud nõuandeid oma tervise kohta?	☐	☐	☐	☐
11. hinnata, kuidas Teie elamistingimused võivad mõjutada Teie tervist ja heaolu?	☐	☐	☐	☐
12. teha otsuseid oma tervise ja heaolu parandamiseks?	☐	☐	☐	☐
13. mõista ravimi infolehel olevat teavet?	☐	☐	☐	☐
14. leida infot, mis aitab toime tulla terviseriskidega nagu ülekaalulisus, kõrge vererõhk või kõrge kolesteroolitase?	☐	☐	☐	☐
15. mõista toidupakenditel olevat teavet?	☐	☐	☐	☐

Märkus. Pilootküsimused olid alaküsimused 13–15. Neid ei kasutatud üldise terviseteadlikkuse skoori arvutamisel.

Küsimus 6

Kuidas Te hindate oma tervist üldiselt?

- ☐ Väga hea
- ☐ Hea
- ☐ Keskmine (ei hea ega halb)
- ☐ Halb
- ☐ Väga halb

Küsimus 7

Millised järgmistest kroonilistest haigustest või terviseprobleemidest on Teil viimase 12 kuu jooksul esinenud?

	Jah	Ei
1. Allergia (nt õietolmu-, ravimi-, toidu-, tolmulestade, lemmikloomaallergia)	☐	☐
2. Krooniline peavalu	☐	☐
3. Krooniline selja- või kaelavalu	☐	☐
4. Luu- ja lihaskonna haigus (nt liigesekulumus, krooniline artriit, osteoporoos)	☐	☐
5. Kõrgeenenud kolesterooli, vereliipidide või triglütseriidide tase	☐	☐
6. Diabeet (1. või 2. tüüp)	☐	☐
7. Kõrgeenenud vererõhk (hüpertensioon)	☐	☐
8. Südame-veresoonkonna haigus (nt südame isheemiatõbi/stenokardia, südamepuudulikkus, infarkt, insult)	☐	☐
9. Hingamisteede haigus (nt astma, KOK, krooniline bronhiit)	☐	☐
10. Seedetrakti haigus (nt haavandiline koliit, Crohni tõbi, gastriit, maohaavand, tsöliaakia)	☐	☐
11. Neeruhaigus (nt neerupuudulikkus)	☐	☐
12. Vähktõbi	☐	☐
13. Neuroloogiline haigus (nt epilepsia, hulgiskleroos, Parkinsoni tõbi, polüneuropaatia)	☐	☐
14. Vaimse tervise häire (nt depressioon, ärevushäire, käitumishäire, söltuvushäire, söömishäire)	☐	☐
15. Muud kroonilised haigused või terviseprobleemid	☐	☐
16. Mul ei ole viimase 12 kuu jooksul olnud kroonilisi haigusi või terviseprobleeme	☐	☐

Küsimus 16

Mitu korda Te olete viimase 12 kuu jooksul konsulteerinud perearsti või pereõega (nõustamise, läbivaatuse või ravi eesmärgil)? Palun liitke kokku kõik külastused, koduviisiidid ja telefoni- või videokonsultatsioonid, mis on seotud Teie tervisega. Sisestage 0, kui Te ei ole viimase 12 kuu jooksul perearsti või pereõega konsulteerinud.

_____ korda

Küsimus 24

Mis on Teie sugu?

- ☐ Mees
- ☐ Naine
- ☐ Mittebinaarne

Küsimus 25

Kui vana Te olete?

_____ aastat

Küsimus 26b

Milline on Teie leibkonna peamine kodune keel?

- ☐ Eesti
- ☐ Vene
- ☐ Inglise
- ☐ Ukraina
- ☐ Muu keel, palun täpsustage: _____

Küsimus 29

Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

- ☐ Algharidus (põhikooli 1.-6. klass)
- ☐ Põhiharidus või põhiharidus koos kutseharidusega (7-9 klassi)
- ☐ Üldkeskharidus (gümnaasiumi 10.-12. klass) või kutsekeskharidus (sh keskeri- või tehnikumiharidus)
- ☐ põhihariduse baasil
- ☐ Kutsekeskharidus või kutseõpe keskhariduse baasil
- ☐ Keskeri- ja tehnikumiharidus keskhariduse baasil
- ☐ Bakalaureusekraad või sellega võrdsustatud haridus (rakendus- ja kutsekõrgharidus, diplomiõpe)
- ☐ Magistrikraad või sellega võrdsustatud haridus
- ☐ Doktorikraad või sellega võrdsustatud haridus

Küsimus 32

Kui lihtne või keeruline on Teie leibkonnal katta igapäeva eluks vajalikke kulusid olemasoleva sissetulekuga? (Eluasemekulud, sh üür/laen, elekter/gaas, vesi ja küte, side; toit, rõivad, isiklik hügieen, transport, tervis ja haridus)

- ☐ Väga lihtne
- ☐ Lihtne
- ☐ Pigem lihtne
- ☐ Pigem keeruline
- ☐ Keeruline
- ☐ Väga keeruline

Küsimus 33

Kui lihtne või keeruline on Teie leibkonnal igakuiselt kõik arved ära maksta?

- ☐ Väga lihtne
- ☐ Lihtne
- ☐ Keeruline
- ☐ Väga keeruline

Küsimus 34

Järgneval skaalal vastab aste „1“ „ühiskonna madalaimale tasemele“; aste „10“ vastab „ühiskonna kõrgeimale tasemele“. Millisele tasemele Te ennast asetaksite?

- ☐ 10 kõrgeim tase ühiskonnas
- ☐ 9
- ☐ 8
- ☐ 7
- ☐ 6
- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1 madalaim tase ühiskonnas

Küsimus 38

Mis tüüpi asulas Te elate?

- ☐ Suurem linn: Tallinn, Tartu, Narva (tihedalt asustatud piirkond, kus elab 50 000 inimest või rohkem)
- ☐ Linn või linna lähiümbrus, kus elab alla 50 000 inimese
- ☐ Maapiirkond (hõredalt asustatud piirkond, kus elab alla 5000 inimese)

Lisa 2. Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal

Tabel I. Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal kõigi töös kasutatud tunnuste järgi Eesti täiskasvanud rahvastikus (n, %, 95% CI), HLS24EST 2025

Tunnus	Ebapiisav terviseteadlikkus		Kaalumata	Kaalutud*	
	n	n	%	%	95% CI
Sugu					
Mees	1054	761	72,2	71,0	68,2–73,8
Naine	1256	894	71,2	69,3	66,7–71,9
Vanus					
18–29	253	144	56,9	56,6	50,5–62,8
30–49	721	484	67,1	67,1	63,7–70,5
50–69	864	654	75,7	76,0	73,1–78,8
70+	600	459	76,5	78,5	74,8–82,2
Kodune keel					
Eesti	1711	1185	69,3	67,9	65,7–70,2
Muu	596	467	78,4	76,4	72,9–79,9
Elukoht					
Suurem linn (Tallinn, Tartu, Narva)	1093	777	71,1	69,0	66,1–71,8
Linn või linna lähiümbrus	631	453	71,8	70,9	67,3–74,6
Maapiirkond	550	401	72,9	72,3	68,5–76,2
Haridustase					
Põhiharidus	189	147	77,8	74,9	68,5–81,3
Keskharidus	1118	819	73,3	71,8	69,0–74,5
Kõrgharidus	998	684	68,5	67,4	64,4–70,4
Majandusliku raskuse esinemine					
Puudub	1407	912	64,8	63,4	60,8–66,0
Esineb	893	735	82,3	81,1	78,5–83,8
Ühiskondlik positsioon					
Kõrge	757	457	60,4	59,3	55,7–62,9
Keskmine	1305	989	75,8	74,4	72,0–76,9
Madal	220	190	86,4	85,6	80,8–90,3

* % ja 95% CI – kaalutud vanuse ja soo järgi

(Tabel I jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel I (jätk). Ebapiisava terviseteadlikkusega täiskasvanute osakaal kõigi töös kasutatud tunnuste järgi Eesti täiskasvanud rahvastikus (n, %, 95% CI), HLS24EST 2025

Tunnus	Ebapiisav terviseteadlikkus		Kaalumata	Kaalutud*	
	n	n	%	%	95% CI
Enesehinnanguline tervis					
Halb	309	259	83,8	83,6	79,3–88,0
Keskmine	1035	838	81,0	80,4	77,9–82,9
Hea	1002	577	57,6	56,8	53,6–60,0
Terviseprobleemide esinemine					
0–1	686	413	60,2	58,3	54,5–62,1
>1	1682	1282	76,2	75,6	73,5–77,7
Esmatasandi arstiabi kasutamine					
0	403	273	67,7	66,6	61,9–71,4
1–2	821	560	68,2	67,0	63,7–70,3
3–5	615	440	71,5	70,4	66,7–74,1
≥6	455	363	79,8	78,5	74,6–82,4

* % ja 95% CI – kaalutud vanuse ja soo järgi

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Evgeniya Maslakova,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Terviseteadlikkus ja sellega seotud tegurid Eesti täiskasvanud rahvastikus 2025. aastal“, mille juhendajad on Mall Leinsalu ja Sigrid Vorobjov, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Evgeniya Maslakova

25.05.2026