

Tartu Ülikool
Tervishoiu Instituut

**SOTSIAALSE KAPITALI JA TERVISE ENESEHINNANGU SEOS:
EESTI TÄISKASVANUD ELANIKKONNA SOTSIAALSETE
TERVISEMÕJURITE UURING 2004**

Magistritöö rahvatervishoius

Helena Virt

Juhendaja: Katrin Lang, PhD (epidemioloogia), MPH (rahvatervis)
Tartu Ülikool, epidemioloogia lektor

Tartu 2008

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 28.05.2008 lubada väitekirji
terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele

Oponent: Astrid Saava, dr (med), TÜ emeriitprofessor

Kaitsmine: 12.06.2008.

SISUKORD

SISUKORD	3
KASUTATUD LÜHENDID.....	4
TABELITE NIMEKIRI.....	5
LÜHIKOKKUVÕTE	6
1. SISSEJUHATUS.....	7
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	8
2.1 SOTSIAALNE KAPITAL.....	8
2.1.1 Sotsiaalse kapitali mõõtmine	9
2.2 TERVISE ENSEHINNANG	10
2.2 Tervise enesehinnangu mõõtmine	10
2.3 SOTSIAALSE KAPITALI JA TERVISE ENSEHINNANGU VAHELISI SEOSEID KIRJELDAVAD UURINGUD MAAILMAS	11
3. TÖÖ EESMÄRGID.....	13
4. MATERJAL JA METOODIKA	14
4.1 EESTI TÄISKASVANUD ELANIKKONNA SOTSIAALSETE TERVISEMÕJURITE UURING 2004.....	14
4.2 TÖÖS KASUTATAVAD TUNNUSED	15
4.2.1 Demograafilised tunnused	15
4.2.2 Tervise enesehinnang.....	15
4.2.3 Sotsiaalne kapital.....	15
4.3 ANDMEANALÜÜS	16
5. TULEMUSED	17
5.1 VALIMI KIRJELDUS.....	17
5.2 TERVISE ENSEHINNANGU KIRJELDUS	18
5.3 TERVISE ENSEHINNANGU SEOSSED SOTSIAALDEMOGRAAFILISTE NÄITAJATEGA	18
5.4 SOTSIAALSE KAPITALI HINNANGUTE KIRJELDUS.....	20
5.5 SOTSIAALSE KAPITALI JA TERVISE ENSEHINNANGU SEOSSED	23
5.6 SOTSIAALSET KAPITALI JA TERVISE ENSEHINNANGUT KIRJELDAV MUDEL	25
6. ARUTELU.....	26
6.1 DEMOGRAAFILISED TUNNUSED JA NENDE SEOS TERVISE ENSEHINNANGUGA.....	26
6.2 SOTSIAALSE KAPITALI HINNANGUD	28
6.3 UURINGU TUGEVAID JA NÕRGAD KÜLJED.....	29
7. JÄRELDUSED.....	30
8. KASUTATUD KIRJANDUS	31
SUMMARY	33
THE ASSOCIATIONS BETWEEN SOCIAL CAPITAL AND SELF-RATED HEALTH: SOCIAL HEALTH DETERMINANTS OF ESTONIAN ADULT POPULATION 2004	33
TÄNUAVALDUSED	34
CURRICULUM VITAE	35

KASUTATUD LÜHENDID

EEK- eesti kroon

OR- šansisuhe (*odds ratio*)

TABELITE NIMEKIRI

Tabeli nr.	Tabeli pealkiri	Lehekülje nr.
Tabel 1.	Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahelisi seoseid kirjeldavad uuringud maailmas.	12
Tabel 2.	Valimit kirjeldav tabel.	17
Tabel 3.	Tervise enesehinnangu vastamise jaotus 5-astmelisel skaalal.	18
Tabel 4.	Tervise enesehinnangu seosed sotsiaaldemograafiliste näitajatega.	19
Tabel 5.	Sotsiaalse kapitali indikaatorid nõustumise astmetega.	21-22
Tabel 6.	Sotsiaalse kapitali hinnangute kohandamata ja kohandatud šansside suhted seoses tervise enesehinnanguga.	23-24
Tabel 7.	Sotsiaalset kapitali ja tervise enesehinnangut kirjeldav mudel.	25

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös kirjeldatakse Eesti täiskasvanud elanikkonna tervise enesehinnangut ja sotsiaalset kapitali ning analüüsitakse nende vahelisi seoseid.

Töö põhineb 2004. aastal läbiviidud Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervise-mõjurite uuringul. Uuringus küsitleti Eesti kogurahvastikku esindavat valimit vanuskoosseisuga 16-74 aastat, vastanute koguarvuks oli 1694 (84,7%) inimest. Tervise enesehinnangu määramisel kasutati 5-astmelist skaalat: väga hea, üsna hea, keskmine, üsna halb ja väga halb. Sotsiaalse kapitali küsimused andsid informatsiooni erinevate sotsiaalse kapitali indikaatorite kohta nagu: usaldus ja turvalisus, sotsiaalne toetus, võrgustikes osalemine, sotsiaalne sidusus, proaktiivsus. Küsimused esitati väitena, millele küsitletu vastas 5-astmelisel skaalal: nõus, natuke olen nõus, ei ole kindel, ei ole nõus, üldse ei ole nõus. Seost sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahel hinnati šansisuhte ja logistilise regressiooni abil.

Suurem osa uuringus osalenutest olid naissoost, eesti rahvusest, perekonnaseisult abielus või vabaabielus olevad, kesk- või keskeriharidusega, madala sissetulekuga, maal või väikelinnas elavad.

Tervise madal enesehinnang oli demograafilistest taustatunnustest seotud järgmistega: vanus (vanem vs. noorem), rahvus (mitte-eestlane vs. eestlane), perekonnaseis (lesk vs. abielus), sissetulek (madalam vs. kõrgem), haridustase (madalam vs. kõrgem) ja elukoht (väikelinn/maa vs. Tallinn/suurem linn).

Tervise enesehinnangu ja sotsiaalne kapitali seosed, kohandatuna taustatunnustele, ilmneseid mõnede sotsiaalse kapitali indikaatorite puhul. Lõplikus regressioonimudelisse olid kaks sotsiaalse kapitali indikaatorit:

- *inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja;*
- *ma tunnen end meeskonnaliikmena;*

seotud tervise enesehinnanguga.

Märksõnad: sotsiaalne kapital, tervise enesehinnang;

1. SISSEJUHATUS

Palju aastaid keskendusid teaduslikud uuringud vaid meditsiinilistele ja geneetilistele teguritele tervisemõjuritena. Samas on teada, et need tegurid üksi ei anna vastust küsimusele *miks mõned riigid on paremate tervisenäitajatega kui teised* (1). Tervise üldtunnustatud definitsioon ütleb, et tervis on täielik kehalise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund (2). Seetõttu ongi paari viimase kümnendi jooksul hakatud suuremat tähelepanu pöörama ka niinimetatud mitte-meditsiinilistele tervisemõjuritele nagu: sotsiaalne ja vaimne heaolu, elukvaliteet, sissetulek, töötingimused, rahulolu, sotsiaalne kapital ja paljud teised faktorid (1).

Eestis on alates taasiseseisvumisest 1990. aastate alguses langenud sotsiaalse kapitali näitajad võrreldes varasemaga. Mitmete elanikkonnaküsitluste põhjal võib väita, et tänaseid sotsiaalseid probleeme tunnetavad nii eestlased kui mitte-eestlased küllaltki teravalt ent nende inimeste osakaal, kes aktiivselt sekkuda ja probleemidele lahendusi leida püüavad, on madal. Näiteks 1998. aastal läbiviidud elanikkonnaküsitluse "Eesti 98" põhjal väitis vaid 6–7% vastanutest, et nad on oma arvamusest teavitanud ajakirjandust, raadiot, televisiooni või omavalitsusorganeid (3). Ühiskondliku aktiivsuse langusega kaasnes 1990. aastatel ka sotsiaalse usalduse kahanemine. Madala ühiskondliku aktiivsuse kõrval on üleüldine sotsiaalse usalduse puudumine ilmselge näide sellest, et sotsiaalse kapitaliga on Eestis midagi oluliselt korrast ära (3).

Tervise ja sotsiaalse kapitali vahel on tugev side. Ühiskondades, kus sotsiaalse kapitali tase on kõrge, on ka tervisenäitajad paremad. Sotsiaalne kapital on tihedalt seotud üldsusemusega, imikususemusega, sotsiaalselt tundlike gruppide haigestumisega ja tervise enesehinnanguga (4, 5).

Kuna tervise enesehinnang on universaalne üldise tervise näitaja, mis hõlmab kõiki tervise komponente (6), on seda tunnust võimalik kasutada sotsiaalse kapitali ja tervise seoste hindamises. Samuti loob see võimaluse võrrelda uuringu tulemusi maailmas varem läbiviidud sarnaste epidemioloogiliste uuringutega.

Käesolevas magistritöös kirjeldatakse sotsiaalse kapitali seoseid tervise enesehinnanguga Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuringu 2004 põhjal.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Kuna antud töös on põhirõhk sotsiaalsel kapitalil, siis alustan kirjanduse ülevaadet selle termini lahtikirjutamisest.

2.1 Sotsiaalne kapital

Sotsiaalsel kapitalil (*social capital*) ei ole selget, üheselt mõistetavat tähendust. Teaduskirjanduses esineb selle mõiste lahtimõtestamiseks palju erinevaid definitsioone, kuid enamusest neist taanduvad Pierre Bourdieu (1986), James S. Coleman (1988) ja Robert D. Putnam (1993) töödes esitatule. Igaüks nendest autoritest on lisanud konteksti midagi oma isiklikust vaatevinklist (7).

Bourdieu defineerib sotsiaalset kapitali ressursside kogumikuna, mis ilmnevad indiviidi või grupi puhul mitteinstitutionaalsete suhete ja võrgustike kaudu (7). Tema töödes asetub rõhk konflikti ja võimu küsimustele. Ta eeldab, et sotsiaalne kapital on sotsiaalse võimuvõitluse ressurss, mis aitab saavutada individuaalseid eesmärke, võimaldab juurdepääsu majanduslikele ressurssidele ning annab kontrolli sotsiaalse positsiooni üle. Bourdieu`d on peetud ka sotsiaalse kapitali kontseptsiooni alusepanijaks, kuid tema tööd on jäänud laiemale üldsusele suhteliselt tundmatuks (7).

Laiemalt on sotsiaalse kapitali mõiste saanud tuntuks James S. Coleman ja Robert D. Putnam töödest. Coleman rõhutab ideed, et sotsiaalne kapital on ressurss perekondade ja kogukondade vahelistest suhetest (7). Tema tööde järgi on sotsiaalne kapital sotsiaalse struktuuri üks aspekt, mis muudab võimalikuks mingite kindlate eesmärkide saavutamise, mis ilma selleta (sotsiaalse kapitalita) oleksid võimatud (8).

Putnam defineerib sotsiaalset kapitali kui ühiskonna võtmetunnust (7). Tema definitsioonis on olulisel kohal võrgustikud, normid ja usaldus, mis hõlbustavad koostööd ja koordinatsiooni gruppide vahelise kasu saamise eesmärgil (1). Putnami sotsiaalne kapital on ressurss, mis koosneb inimeste ühiskonda kuuluvuse tunnetusest, ühiskonna koostööst, vastastikusest usaldusest ja positiivsest hoiakust kogukonna tegevuste või kodanikkohustuste suhtes (7). Putnami seisukoha järgi iseloomustab sotsiaalse kapitali poolest rikast maad või piirkonda elanikkonna aktiivne osalemine ühiskondlikus tegevuses ja sotsiaalsete probleemide lahendamisel, horisontaalsed võrgustikud, mis on üles ehitatud üksteise abistamise ja toetamise eesmärgil ning ühiskonnas valitseva usalduse kõrge tase

(3). Käesolevas magistritöös lähtutaksegi Putnami teooriast sotsiaalse kapitali defineerimisel ja mõõtmisel.

2.1.1 Sotsiaalse kapitali mõõtmine

Võrrelduna teiste kapitali liikidega (finantskapital, inimkapital) pole sotsiaalse kapitali puhul tegemist eriti käegakatsutava ressursiga, mistõttu on selle taset ühiskonnas väga raske mõõta (9, 10). Sotsiaalne kapital on tuntud kui multi-dimensionaalne kontseptsioon ja selle üksiku osa mõõtmine ei anna mõõdetavast täielikku ettekujutust. On oluline teha kindlaks missuguseid dimensioone käesoleval hetkel uurida soovitakse ning lähtuda tuleks kasutatavast definitsioonist (5).

Paljudes uuringutes on vastajatelt küsitud ulatuslikul arvul küsimusi, mis peaksid hõlmama endas kõige olulisemaid sotsiaalse kapitali elemente (5, 9, 10). Erinevates kirjandusallikates tuuakse välja erinevaid indikaatoreid, kuid kuus enimmainitud on:

- sotsiaalsed võrgustikud (*social networks*) – suhted sõpradega, perekonnaga, naabritega;
- sotsiaalne toetus (*social support*) – taju lähedaste toetusest, kindlustunne;
- ühtekuuluvus (*cohesion*), osalus (*participation*), sotsiaalne sidusus (*social engagement*) – osalemine kohalikes ettevõtmistes, kuulumine kohalikesse klubidesse, organisatsioonidesse;
- usaldus (*trust*) – usaldus ja kindlustunne teiste inimeste, institutsioonide, avaliku teenistuse suhtes, turvalisuse tunnetamine;
- sotsiaalsed normid (*social norms*), tavad (*commons*);
- kontroll (*control*), tõhusus (*self-efficacy*) – kuidas tajutakse oma mõjupiirkonda ja kontrolli ühiskonna asjade, oma tervise ja rahulolu üle (57, 11, 12).

Mõnedes allikates on neid indikaatoreid ka enamateks osadeks lahti kirjutatud, mistõttu võib alajaotusi olla rohkem (13).

Kõiki neid elemente on võimalik mõõta nii individuaalsel kui ka ühiskonna tasemel. Ühiskonna tasemel on erinevateks sotsiaalse kapitali indikaatoriteks näiteks: kuritegevus, osalemine valimistel, tänavate puhtus jne. (7). Tavaliselt kasutatakse kvantitatiivset mõõtmismeetodit. Üks lihtsamaid võimalusi ankeedi ülesehitamisel on esitada küsimused väidetena, hõlmates erinevaid sotsiaalse kapitali valdkondi. Küsitletavalt tahetakse teada, kui tugevalt ta antud väidetega nõustub (7,13).

2.2 Tervise enesehinnang

Kasvav uuringute maht terviseteadustes tõi 1990. aastatel kaasa vajaduse uue universaalse tervisenäitaja kasutuselevõtuks. **Tervise enesehinnang** (*self-rated health, self-perceived health, self-reported health*) on usaldusväärne üldise tervise näitaja, mis peegeldab inimese bioloogilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid elemente, aidates kujundada tunnetust oma tervisest. See tunnus näitab, kuidas inimene ise hindab hetkel oma tervist (6,14,15).

Paljude uuringute andmetel on leitud tervise enesehinnangu seos rahvastiku tervise- ja tervisekäitumise näitajatega, sealhulgas suremuse, haigestumuse ning krooniliste haigustega. Arenenud tööstusriikides korreleeruvad suitsetamine, alkoholi tarbimine ja vähene kehaline aktiivsus keskmisest madalama enesehinnanguga tervisele (16).

2.2 Tervise enesehinnangu mõõtmine

Kuna tervise enesehinnang on universaalne üldise tervise näitaja kasutatakse seda enamikes tervise uuringutes. Rahvusvahelise võrreldavuse tagamiseks kasutatakse sarnaseid mõõtmise meetodeid ülemaailmselt. Tervise enesehinnangu mõõtmiseks soovitab Maailma Tervise Organisatsioon kasutada kergesti mõistetavat küsimust, näiteks: „Kuidas te hindate hetkel oma tervist”, millele saab vastata 5-astmelisel skaalal: väga hea, hea, keskmine/rahuldav, halb, väga halb. Vähem kasutatakse 4-astmelist skaalat, mille puhul keskmine aste on välja jäetud. Võimalikud on ka numbrilised ja tähestikulised skaalad, kuid need ei pruugi igas riigis tähendada samu tunnuseid ja ei ole seetõttu eriti hea võrreldavusega (14, 15, 17).

Enamiku uuringute puhul on pärast andmete kogumist viiene skaala kaheks jagatud – heaks tervise enesehinnanguks ja halvaks tervise enesehinnanguks, et tekiks binaarne tunnus ja saaks kasutada regressioonanalüüsi. Seejuures moodustub hea tervise enesehinnang kategooriatest *väga hea* ja *hea* ning halb tervise enesehinnang kategooriatest *keskmine*, *halb* ja *väga halb* (15, 17).

2.3 Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehindangu vahelisi seoseid kirjeldavad uuringud maailmas

Ülevaate sotsiaalse kapitali ja tervise enesehindangu vahelisi seoseid kirjeldavatest uuringutest 1995.-2004. aastast annab tabel 1.

Tabelist võib näha, et erinevates riikides on eri aegadel leitud kõrge sotsiaalse kapitali näitajate seoseid paremate tervise enesehindangu näitajatega ning vastupidi. Sotsiaalse kapitali mõju tervise enesehindangule on tugev nii Ameerika Ühendriikides kui ka Põhja-Euroopas (14, 15, 19, 20, 21). Samas tuli välja üle-euroopalisest uuringust, et Ida- ja Lääne-Euroopas on need seosed nõrgemad kui teistes Euroopa riikides (18).

Tabel 1. Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahelisi seoseid kirjeldavad uuringud maailmas.

Artikkel, autorid, aasta	Uuringu kirjeldus	Valim	Tulemused
Sotsiaalne kapital, poliitiline usaldus ja tervise enesehinnang: populatsioonil baseeruv uuring. M. Mohseni; M Lindström. 2004 (15).	Rootsis läbiviidud uuring.	27 963 18-80-aastast täiskasvanut.	Madal poliitiline usaldus rahvusliku parlamendi vastu omas märkimisväärsel seost madala tervise enesehinnanguga.
Sotsiaalne kapital ja tervise enesehinnang 21 Euroopa riigis. O. von dem Knesebeck, N. Dragano; J. Siegrist. 2003 (18).	Euroopa sotsiaaluuringu raames 21-s Euroopa riigis läbiviidud uuring.	40 856 15- aastast ja vanemat täis- kasvanut.	Paljudes Euroopa riikides kõrgema sotsiaalse kapitali taseme ja parema tervise enesehinnangu vahel tugev side. Nõrgem oli see seos ida- ja lääne-eurooplastel.
Tajutud sotsiaalne kapital ja tervise enesehinnang Flaami noorukitel. A. Hublet; C. Vereecken; L. Maes. 2002 (19).	Ameerika Ühendriikides läbiviidud alg- ja põhikooli õpilaste uuring.	16 561 kooliõpilast.	Tajutud kõrgem sotsiaalne kapital omas märkimisväärsel efekti paremale tervise enesehinnangule.
Individaalsel tasemel sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahelised seosed kakskeelses kogukonnas. M.T. Hyyppä; J. Mäki. 2001 (20).	Soomes läbiviidud soome ja rootsi keelt kõnelevate täiskasvanute võrdlev uuring.	1000 soome keelt ja 1000 rootsi keelt kõnelevat täis- kasvanut.	Rootsi keelt kõnelevas kogukonnas olid paremad sotsiaalse kapitali näitajad, mis olid seotud ka paremate tervise enesehinnangu näitajatega.
Sotsiaalne kapital ja tervise enesehinnang: kontekstuaalne analüüs. I. Kawachi; B. P. Kennedy; R. Glass. 1999 (21).	Ameerika Ühendriikide 39-osariigis läbiviidud uuring.	167 259 inimest.	Madala sotsiaalse kapitali ja madala tervise enesehinnangu vahel tugev seos.
Sotsiaalse kapitali mõju tervise enesehin- nangule ja depressioonile – Nord-Trønde- lag'i terviseuuring. E. R. Sund; H. Jørgensen; A. Jones; S. Krokstad; M. Heggdal. 1995-1997. (14).	Norras läbiviidud uuring.	42 571 30-67-aastast täiskasvanut.	Sotsiaalse kapitali tugevus oli seotud nii parema tervise enesehinnangu kui ka madalama depressiooni tasemega.

3. TÖÖ EESMÄRGID

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks on selgitada välja sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahelised seosed Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuringu 2004 põhjal.

Eesmärgist lähtuvad ülesanded on:

- kirjeldada tervise enesehinnangut sõltuvalt sotsiaal-demograafilistest näitajatest;
- kirjeldada sotsiaalsele kapitalile antud hinnanguid;
- analüüsida sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vahelisi seoseid.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1 Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuring 2004

Käesolev töö põhineb Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuringul, mis viidi läbi 2004. aasta kevadel. Tegemist on läbilõikelise uuringuga. Uuringut teostasid Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium koostöös Eesti Tervisedenduse Ühinguga. Uuriti Eesti täiskasvanud elanikkonna tervist mõjutavaid sotsiaalseid ja käitumuslikke tegureid, tervisega seonduvaid harjumusi, tõekspidamisi ja eluviise.

Uuringu põhieesmärgiks oli näidata muutusi Eestimaa elanikkonna tunnetatud võimelisuses toime tulla kohalike probleemide lahendamise, osalemises nende probleemide lahendamisel, kavatsustes ja motivatsioonis osaleda paikkonna elukorraldust käsitlevates otsustes. Samuti käsitles uuring sotsiaalse sidususe indikaatoreid. Peamised uurimisvaldkonnad olid indiviidi ja paikkonna võimestumine ning lokaalne sotsiaalne kapital.

Uuringu küsimustikus oli kokku 98 küsimust erinevatest valdkondadest nagu sotsiaal-demograafilised, sotsiaal-psühholoogilised, majanduslikud ja tervisega seotud näitajad.

Uuring viidi läbi postiküsitlusena. Valim moodustati 16-74 aastastest Eesti elanikest elukoha, vanuse, soo ja rahvuse järgi stratifitseeritud juhuvalimina, mis telliti Rahvastikuregistrist. Valimi suuruseks oli 2000 inimest.

Ankeedid olid eestikeelsed ja need saadeti välja 2004. aasta aprillikuus posti teel. Mittevastanud said kolme nädala möödumisel meeldetuletuse ning neile, kes ikka veel ei vastanud saadeti uus ankeet kuus nädalat peale esimese ankeedi väljastamist. Lõplik vastamismäär oli 84,7%, ehk 1694 isikut.

4.2 Töös kasutatavad tunnused

4.2.1 Demograafilised tunnused

Analüüsimisel kasutati demograafilisi tunnuseid, milleks on:

- Sugu: mees/ naine;
- Vanusrühmad: 16-24/ 25-34/ 35-44/ 45-54/ 55-64/ 65-74;
- Rahvus: eestlane/ venelane/ muu;
- Perekonnaseis: abielus, vabaabielus/ vallaline/ lahutatud, lahus elav/ lesk;
- Sissetulek: ≤ 500 -2500/ 2501-5000/ > 5000 EEK kuus;
- Haridus: põhiharidus/ keskharidus, keskeriharidus/ kõrgharidus;
- Elukoht: Tallinn, suurem linn/ teine linn, maa.

4.2.2 Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang põhineb küsimusel: milline on käesoleval ajal teie üldine hinnang oma tervisele? Küsitletav hindas oma üldist tervises seisundit 5-astmelisel skaalal: väga hea, üsna hea, keskmine, üsna halb, väga halb. Ka selle alusel moodustati kaks rühma. Nendeks on:

- *vähemalt hea tervise enesehinnang*, vastusevariandid: *väga hea* ja *üsna hea*;
- *rahuldav või halvem tervise enesehinnang*, vastusevariandid: *keskmine*, *üsna halb*, *väga halb*.

Töös nimetatakse neid vastavalt *hea* ja *halb* tervise enesehinnang.

4.2.3 Sotsiaalne kapital

Sotsiaalse kapitali mõõtmise aluseks olid 18 küsimust. Küsimuste moodustamisel oli lähtutud eesmärgist saada informatsiooni erinevate sotsiaalse kapitali indikaatorite osas nagu: usaldus ja turvalisus, sotsiaalne toetus, võrgustikes osalemine, sotsiaalne sidusus, proaktiivsus.

Küsimused olid esitatud väitena, millele küsitletav vastas 5-astmelisel skaalal: nõus, natuke olen nõus, ei ole kindel, ei ole nõus, üldse ei ole nõus. Vastuse variantidest moodustati kaks rühma. Nendeks on:

- *nõustumine väitega*, vastusevariandid: *nõus* ja *natuke olen nõus*;
- *mittenõustumine väitega*, vastusevariandid: *ei ole kindel*, *ei ole nõus* ja *üldse ei ole nõus*.

Töös kasutatakse neid vastavalt *nõustus* või *ei nõustunud*.

4.3 Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga Stata 9. Andmete kirjeldamiseks kasutati täisarve ja protsente, mis on esitatud sagedustabelitena. Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu vaheliste seoste leidmiseks kasutati šansisuhteid (OR). Need arvutati nii tavaliste šansisuhetena kui ka sotsiaal-demograafiliste tunnustega kohandatud šansisuhetena. Edasi analüüsiti andmeid regressioonanalüüsi abil. Lõpliku mudeli koostamisel kasutati sammregressiooni.

Statistilist olulisust eristati usalduspiiride kaudu. Riskiteguri puhul näitab alumine usalduspiir >1 statistiliselt olulist erinevust ja kaitseteguri puhul näitab ülemine usalduspiir <1 statistiliselt olulist erinevust.

5. TULEMUSED

5.1 Valimi kirjeldus

Uuringualuseid (tabel 2.) oli kokku 1694 täiskasvanut vanuses 16-74 aastat, nende hulgas 592 meest ja 1100 naist. Kaks vastanut ei avalikustanud oma sugu.

Kõige rohkem oli vastanuid vanusgrupis 25-34 aastat (20,5%) ja kõige vähem vanusgrupis 65-74 aastat (4,0%). Rahvuse järgi osales uuringus rohkem eestlasi (87,9%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus olevaid (58,3%). Hariduse järgi olid ülekaalus kesk- ja keskeriharidusega inimesed (58,4%). Suurem osa vastanuist (57,8%) elasid maal või väikelinnas. 771 vastanut (45,5%) olid kõige madalama sissetulekuga.

Tabel 2. Valimit kirjeldav tabel.

Tunnus	Arv	%
Kokku	1694	100
Sugu		
mees	592	35,0
naine	1100	64,9
puudu	2	0,1
Vanus		
16-24	342	20,2
25-34	347	20,5
35-44	286	16,9
45-54	324	19,1
55-64	305	18,0
65-74	67	4,0
puudu	23	1,3
Rahvus		
eestlane	1489	87,9
venelane	154	9,1
muu	42	2,5
puudu	9	0,5
Perekonnaseis		
abielus/vabaabielus	988	58,3
vallaline	450	26,6
lahutatud/lahus elav	167	9,8
lesk	76	4,5
puudu	13	0,8
Sissetulek		
≤500-2500 EEK	771	45,5
2501-5000 EEK	549	32,5
>5000EEK	318	18,7
puudu	56	3,3

Tunnus	Arv	%
Haridus		
põhiharidus	334	19,7
keskharidus/keskeriharidus	990	58,4
kõrgharidus	355	21,0
puudu	15	0,9
Elukoht		
Tallinnas/suuremas linnas	702	41,5
väikelinnas/maal	980	57,8
puudu	12	0,7

5.2 Tervise enesehinnangu kirjeldus

Tabel 3. annab ülevaate sellest, kuidas küsitletavad hindasid oma tervise enesehinnangut 5-astmelisel skaalal. Tervise enesehinnangu küsimuse vastamismäär oli 99%. Kõige enam hindasid küsitletavad oma tervist *keskmiseks* ja *üsna heaks* – vastavalt 45,6% ja 36,8% vastanuid. Kõige vähem (1,2%) esines *väga halba* tervise enesehinnangut. Ülejäänud astmed jagunesid suhteliselt võrdselt.

Pärast 5-astmelise skaala muutmist 2-astmeliseks moodustusid grupid: *hea tervise enesehinnang* (vastanuid 45,6%, 762 inimest) ja *halb tervise enesehinnang* (vastanuid 54,4%, 922 inimest).

Tabel 3. Tervise enesehinnangu vastamise jaotus 5-astmelisel skaalal.

Tervise enesehinnangu tase	Vastanute arv	Vastanute %
väga hea	139	8,2
üsna hea	623	36,8
keskmine	772	45,6
üsna halb	129	7,6
väga halb	21	1,2
vastus puudub	10	0,6
kokku	1694	100

5.3 Tervise enesehinnangu seosed sotsiaaldemograafiliste näitajatega

Tabelis 4. on toodud tervise enesehinnangu erinevused olenevalt uuritute demograafilistest näitajatest. Statistiliselt olulised näitajad on tõstetud esile tumedas kirjas. On näha, et tervise enesehinnang ei sõltu soost, see tähendab, et on meestel ja naistel sarnane. Rahvuse

puhul selgus, et eestlastega võrreldes on nii venelastel kui muude rahvuste esindajatel madalam tervise enesehinnang. Tabelist vaadatuna on šansisuhe suurem kui 1, mis tähendab kõrgemat riski madalale tervise enesehinnangule.

Perekonnaseisuga seoses ilmnas, et võrreldes abielus olevate uuringualustega on vallalistel kõrgem ning leskedel madalam tervise enesehinnang. Sissetulek on samuti oluline tervise enesehinnangu mõjutaja – madalama sissetulekuga isikutel on suurem tõenäosus halvale tervise enesehinnangule.

Hariduse kohta tuli välja, et võrreldes kõrgharidusega isikutega on madalama haridustasemega uuringualustel tervise enesehinnang halvem. Ilmnas ka riski suurenemine 1,74-lt 2,53-le, kui põhiharidusega inimesi või kesk- ja keskeri haridusega inimesi võrreldi kõrgharidusega inimestega.

Tabel 4. Tervise enesehinnangu seosed sotsiaal-demograafiliste näitajatega.

Terviskategooriad	OR	95% usalduspiirid
Sugu		
mehed	1	0
naised	0,95	0,78 – 1,16
Rahvus		
eestlased	1	0
venelased	1,71	1,20 – 2,42
muu	2,86	1,34 – 6,08
Perekonnaseis		
abielus/vabaabielus	1	0
vallaline	0,45	0,36 – 0,57
lahutatud/lahus elav	0,93	0,66 – 1,29
lesk	1,77	1,05 – 2,97
Sissetulek		
>5000EEK	1	0
2501-5000 EEK	2,28	1,71 – 3,04
≤500-2500 EEK	3,24	2,46 – 4,26
Haridus		
kõrgharidus	1	0
keskharidus/keskeriharidus	1,74	1,86 – 3,45
põhiharidus	2,53	1,36 – 2,30
Elukoht		
Tallinnas/suuremas linnas	1	0
väikelinnas/maal	1,43	1,17 – 1,74
Vanus		
16-24	1	0
25-34	1,15	0,84 – 1,56
35-44	2,23	1,61 – 3,08
45-54	3,30	2,40 – 4,53
55-64	6,96	4,89 – 9,93
65-74	18,26	7,66 – 43,54

Elukohast sõltuvalt esines Tallinnas ja suuremas linnas rohkem head tervise enesehinnangut kui maal või väikelinnas. Samuti tõusis vanusega halvema tervise enesehinnangu poolt vastanute hulk, kusjuures esines riski järkjärguline suurenemine vanuse tõustes.

5.4 Sotsiaalse kapitali hinnangute kirjeldus

Tabelis 5. on näidatud kuidas nõustuti sotsiaalse kapitali väidetega 5-astmelisel skaalal. Väited on toodud samas järjekorras kuidas need küsimustikus paiknesid. Kõige rohkem mittevastamisi oli väitele *olen (või mu perekond on) mõne mittetulundusühingu liige*. Sellele ei tahtnud vastata 175 küsitletut, mis on 10,3% küsitluses osalenute koguarvust. Üllatavalt paljud (10%) uuringualused ei vastanud ka väitele *mu töökaaslased on ka mu sõbrad*.

Kõige rohkem oldi nõus väitega *ma arvan, et kodukandi asjad on olulised*, millele vastas nõustuvalt 62,5% küsitletutest. Nõustujate arvult vähemoluline polnud ka väide *kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt*, mis kogus 60,9% nõustuvaid vastuseid. Suhteliselt palju nõustuti ka väitega *oma kodukandis on mul inimesi, kellega kohtun regulaarselt*, mis kogus 59,3% nõustuvaid vastuseid.

Kõige vähem nõustuti väitega *ma suudan mõjutada ja muuta elu oma kodukandis*, mis kogus nõustuvaid vastuseid vaid 154 inimeselt, mis on 9,1%. Samas kõige rohkem (47,9%) üldse pole nõus vastuseid saadi väitele *olen kohaliku klubi või mõne muu organisatsiooni aktiivne liige*.

Suhteliselt ühtlane oli jaotuvus väite puhul *ma osalen kodukandi tegevustes*, mille protsendid varieerusid 24,6 ja 14,6 vahel.

Tabel 5. Sotsiaalse kapitali indikaatorid nõustumise astmetega.

Sotsiaalse kapitali indikaatorid	Nõustumise astmed vastanute arvu ja protsendina											
	nõus		natuke nõus		ei ole kindel		ei ole nõus		üldse pole nõus		ei vastanud	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Mu kodukant on üldiselt tuntud turvalise kohana	693	40,9	390	23,0	362	21,4	146	8,6	51	3,0	52	3,1
Enamikke inimesi on võimalik siin usaldada	368	21,7	443	26,1	555	32,8	217	12,8	62	3,7	49	2,9
Kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt	1032	60,9	390	23,0	180	10,6	38	2,3	12	0,7	42	2,5
Inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja	504	29,8	591	34,9	385	22,7	132	7,8	30	1,8	52	3,0
Olen kohaliku klubi või mõne muu organisatsiooni aktiivne liige	193	11,4	99	5,9	58	3,4	367	21,7	812	47,9	165	9,7
Mu töökaaslased on ka mu sõbrad	569	33,6	470	27,7	251	14,8	138	8,2	97	5,7	169	10,0
Ma tunnen end meeskonnaliikmena	726	42,9	426	25,1	211	12,5	84	5,0	92	5,4	155	9,1
Oma kodukandis on mul inimesi, kellega kohtun regulaarselt	1005	59,3	323	19,1	114	6,7	108	6,4	77	4,5	67	4,0
Olen (või mu perekond on) mõne mittetulundusühingu liige	284	16,8	57	3,4	87	5,1	311	18,4	780	46,0	175	10,3
Enamik inimesi mu naabruskonnas ja kodukandis on valmis abistama kui vaja	458	27,1	498	29,4	505	29,8	114	6,7	56	3,3	63	3,7

Sotsiaalse kapitali indikaatorid	Nõustumise astmed vastanute arvu ja protsendina											
	nõus		natuke nõus		ei ole kindel		ei ole nõus		üldse pole nõus		ei vastanud	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Mõnikord võtan maast üles ja viskan prügikasti teiste inimeste poolt pillatud prügi	739	43,6	483	28,5	160	9,5	132	7,8	125	7,4	55	3,2
Oma kodukandis teen mõnikord mõne töö ära omal algatusel ilma, et keegi oleks seda palunud	613	36,2	421	24,8	265	15,6	172	10,2	127	7,5	96	5,7
Mul on oskused ja kogemused kodukandi olukorra mõjutamiseks	179	10,6	274	16,2	538	31,8	314	18,5	253	14,9	136	8,0
Ma arvan, et kodukandi asjad on olulised	1058	62,5	389	22,9	118	7,0	34	2,0	16	0,9	79	4,7
Ma suudan mõjutada ja muuta elu oma kodukandis	154	9,1	276	16,3	641	37,8	278	16,4	240	14,2	105	6,2
Ma osalen kodukandi tegevustes	280	16,5	417	24,6	267	15,8	357	21,1	247	14,6	126	7,4
Ma kavatsen hakata tegutsema oma kodukandi huvides	227	13,4	328	19,4	639	37,7	206	12,2	166	9,8	128	7,5
Olen tõsiselt motiveeritud osalema oma kodukandi tegevustes	194	11,5	327	19,3	591	34,9	227	13,4	229	13,5	126	7,4

5.5 Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu seosed

Tabelis 6. on näidatud sotsiaalse kapitali hinnangute kohandamata ja oluliste sotsiaal-demograafiliste tunnustega kohandatud šansside suhted seoses tervise enesehinnanguga. Tabeli tõlgendamine on selline, et šansisuhe alla 1 näitab, et vastava sotsiaalse kapitali indikaatori ilmnemisel ehk selle väitega nõustumisel on ta nn. kaitseteguriks. See tähendab – nendel inimestel esineb halba tervist vähem võrreldes võrdluskategooriaga (kes vastasid mittenõustuvalt antud sotsiaalse kapitali mõõdikule).

Tabelist on näha, et statistiline erinevus esines kohandamata šansisuhete puhul 4 mõõdikul ja kohandatud šansisuhetel 6 mõõdikul (toodud tabelis tumedas trükis). Kahel juhul esines nn. kõrgeenenud risk ehk šansisuhe üle 1. Nimelt väidetele *mõnikord võtan maast üles ja viskan prügikasti teiste inimeste poolt pillatud prügi* ja *oma kodukandis teen mõnikord mõne töö ära omal algatusel ilma, et keegi oleks seda palunud* vastasid halva tervise enesehinnanguga inimesed oluliselt rohkem (OR vastavalt 1,44 ja 1,47 ning usalduspiirid 1,15-1,80 ja 1,19-1,80). Need muutused kohandamisel statistiliselt mitteoluliseks.

Tugev seos tervise enesehinnanguga ilmnis väite puhul *ma tunnen end meeskonnaliikmena*. Selle šansisuhe (OR 0,54) jäi kohandamisel samaks ning usalduspiirid ei muutunud ka eriti olulisel määral. Suhteliselt tugevad seosed parema tervise enesehinnanguga kohandamata šansisuhete puhul olid väidetele *mu kodukant on üldiselt tuntud turvalise kohana* ja *kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt*. Need mõõdikud kaotasid kohandamisel küll pisut oma olulisusest, kuid ei muutunud statistiliselt mitteoluliseks.

Tabel 6. Sotsiaalse kapitali hinnangute kohandamata ja kohandatud šansside suhted seoses tervise enesehinnanguga.

Tunnus	Kohandamata OR		Kohandatud OR*	
	OR	95% usalduspiirid	OR	95% usalduspiirid
**Mu kodukant on üldiselt tuntud turvalise kohana	0,65	0,53-0,81	0,68	0,53-0,88
*** Enamikke inimesi on võimalik siin usaldada	0,90	0,74-1,09	0,74	0,59-0,92
**Kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt	0,61	0,46-0,82	0,66	0,48-0,92
***Inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja	0,89	0,72-1,09	0,69	0,54-0,87

Tunnus	Kohandamata OR		Kohandatud OR*	
	OR	95% usalduspiirid	OR	95% usalduspiirid
Olen kohaliku klubi või mõne muu organisatsiooni aktiivne liige	0,98	0,76-1,26	0,88	0,66-1,18
**Mu töökaaslased on ka mu sõbrad	0,78	0,63-0,97	0,78	0,61-0,99
**Ma tunnen end meeskonnaliikmena	0,54	0,43-0,69	0,54	0,41-0,70
Oma kodukandis on mul inimesi, kellega kohtun regulaarselt	0,93	0,72-1,20	0,78	0,58-1,05
Olen (või mu perekond on) mõne mittetulundusühingu liige	1,09	0,86-1,40	1,14	0,86-1,51
Enamik inimesi mu naabruskonnas ja kodukandis on valmis abistama kui vaja	1,04	0,85-1,27	0,84	0,67-1,06
**** Mõnikord võtan maast üles ja viskan prügikasti teiste inimeste poolt pillatud prügi	1,44	1,15-1,80	1,00	0,76-1,31
****Oma kodukandis teen mõnikord mõne töö ära omal algatusel ilma, et keegi oleks seda palunud	1,47	1,19-1,80	1,12	0,88-1,43
Mul on oskused ja kogemused kodukandi olukorra mõjutamiseks	1,20	0,96-1,49	1,00	0,76-1,26
Ma arvan, et kodukandi asjad on olulised	1,34	0,97-1,85	1,00	0,68-1,45
Ma suudan mõjutada ja muuta elu oma kodukandis	0,81	0,65-1,01	0,82	0,63-1,05
Ma osalen kodukandi tegevustes	1,07	0,87-1,30	0,92	0,73-1,15
Ma kavatsen hakata tegutsema oma kodukandi huvides	1,24	1,00-1,52	1,10	0,87-1,39
Olen tõsiselt motiveeritud osalema oma kodukandi tegevustes	1,06	0,86-1,31	0,93	0,73-1,18

* Iga OR kohandati statistiliselt oluliste sotsiaal-demograafiliste näitajatega.

** Statistiliselt oluline tunnus.

*** Muutus pärast kohandamist statistiliselt oluliseks.

**** Muutus pärast kohandamist statistiliselt mitteoluliseks.

Väide inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja, muutus pärast kohandamist statistiliselt oluliseks.

5.6 Sotsiaalsed kapitali ja tervise enesehinnangut kirjeldav mudel

Selleks, et hinnata sotsiaalse kapitali tegureid omavahel samaaegselt ja seoses tervise enesehinnanguga viidi läbi andmeanalüüs sammregressiooni meetodil. Regressiooni mudelisse sisestati kõik olulised sotsiaal-demograafilised tunnused ja kõik sotsiaalse kapitali tunnused, mida eemaldati ükshaaval vastavalt statistilise seose (vähem) olulisusele. Lõplik mudel on toodud tabelis 7. ja sisaldab sotsiaalse kapitali tunnustest väiteid: *inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja ja ma tunnen end meeskonnaliikmena*.

Võrreldes tabeliga 6. on mudelist näha, et olulisuse kaotasid tunnused: *mu kodukant on üldiselt tuntud turvalise kohana; kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt ja mu töökaaslased on ka mu sõbrad*. Oluliseks muutus aga väide *inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja*, mis tabeli 6. järgi oli alles pärast kohandamist demograafilistele tunnustele statistiliselt oluline.

Tabel 7. Sotsiaalsed kapitali ja tervise enesehinnangut kirjeldav mudel.

Tunnus	OR	95% usalduspiirid
Sotsiaalse kapitali tunnused		
Inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja	0,74	0,57 – 0,96
Ma tunnen end meeskonnaliikmena	0,54	0,41 – 0,71
Sotsiaaldemograafilised tunnused		
rahvus	1,46	1,07 – 1,98
vanusgrupid	1,65	1,52 – 1,81
perekonnaseis	0,82	0,71 – 0,95
sissetulek	0,68	0,59 – 0,80
haridus	0,55	0,44 – 0,67
elukoht	1,12	0,87 – 1,44

6. ARUTELU

Käesolev magistritöö keskendus tervise enesehinnangu ja sotsiaalse kapitali vaheliste seoste analüüsimisele Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuringu 2004 põhjal. Selleks, et antud analüüs oleks võimalikult tõepärane oli vajalik selgitada välja missugused demograafilised tunnused mõjutavad tervise enesehinnangut. Tunnuseid, mis mõjutasid tulemusi statistiliselt oluliselt võeti analüüsil arvesse.

6.1 Demograafilised tunnused ja nende seos tervise enesehinnanguga

Kõigepealt kirjeldati valimit demograafiliste tunnuste alusel. Tuli välja, et suurem osa vastajatest (64,9%) olid naised, mis on Eestis läbi viidud uuringutele omane nähtus. Näiteks Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2004 ning Euroopa sotsiaaluuringu 2004 järgi moodustasid samuti enamuse vastanutest naised (14, 22). Seda saab seletada asjaoluga, et naisi ongi Eestis rohkem kui mehi. Samas tuleks mainida, et antud uuringus osalenud naiste ja meeste protsent ei ole proportsioonis Eesti rahvastiku vastavate protsentidega (23). Võimalik, et mehed on halvemad küsitlustele vastajad.

Rahvuse järgi moodustasid peamise osa vastajatest eestlased. Eestlased moodustavad ka peamise osa Eesti rahvastikust. Samas võib selle põhjuseks olla ka eestikeelne küsimustik, mille tõttu vene ja muu rahvuse esindajad võisid uuringust keelduda.

Tervise enesehinnangu alusel jagunesid vastanud kaheks grupiks. Suurem grupp (54,4%) moodustus halvema tervise enesehinnanguga inimestest ja väiksem hea tervise enesehinnanguga inimestest. Arvatavasti toimus jagunemine sellisel kujul põhjusel, et keskmine vastusevariant arvestati halvemaks tervise enesehinnanguks. Sarnane tulemus saadi ka 2007 aasta Ülle Sildeveri magistritöös, kus kasutati Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 andmeid (14). Kui võrrelda Eesti näitajaid mujal maailmas läbiviidud uuringutega tuleb tõdeda, et Põhja-Euroopas esineb halba tervise enesehinnangut tunduvalt vähem kui Eestis (14, 15, 20). Samas on Eesti tulemused sarnased teiste Balti riikidega. On leitud ka, et üldiselt Ida-Eurooplaste tervise enesehinnang ongi madalam, kui teistes Euroopa riikides (24, 25).

Mõnedes uuringutes on tulnud välja tendents, et mehed hindavad oma tervist paremaks kui naised (26). Antud uuringus, nagu ka Ülle Sildeveri töös, meeste ja naiste tervise enese-

Mitimest uuringust on ilmnenu, et eestlased hindavad oma tervist paremaks kui teiste rahvuste esindajad (6, 27). Tõestatud on ka Vene rahvuse esindajate kõrgem suremus, peaaegu kõigi surma põhjuste puhul (28). Ka käesolevas uuringus leiti seos, et eestlased hindavad oma tervist paremaks kui muu rahvuse esindajad. See on üllatav, et taoline tendents nii väikese valimi puhul välja tuli. Ülle sildeveri töös ei ilmnenu rahvuse ja tervise enesehinnangu vahel seost (14).

Vanuse kasvades muutus ka tervise enesehinnang halvemaks, mis on igati eeldatav tulemus, sest vanusega kaasnevad loomulikud bioloogilised muutused organismis. Seetõttu on seda tunnust tavaliselt käsitletud kui segavat faktorit, mille suhtes tuleb analüüsi kohandada (26).

Varasemad uuringud nii Eestis kui ka mujal maailmas on näidanud, et mida kõrgem on haridus, seda paremaks peetakse oma tervist (6, 14, 26). Ka käesolev uuring kinnitas seda seost. Kõige parem tervise enesehinnang ilmnas kõrgharidusega inimestel ja kõige madalam põhiharidusega uuringualustel. Hariduse ja tervise enesehinnangu seost võib põhjendada paremate teadmistega tervise hoidmisest ning laienenud silmaringiga kaasneva ellu suhtumise ja väärtuste muutusega. Kõrgem haridus võib omakorda tuua kaasa ka parema sissetuleku, mis, nagu eelpool öeldud, samuti mõjutab tervisehinnangut olulisel määral.

27

elukoha järgsed tulemused statistiliselt oluliseks. Teadaolevalt on Eesti maapiirkondades suurem tööpuudus ja madalamad sissetulekud. Ka elanikkonna vanuskoosseis võib olla selle põhjuseks, et tervise enesehinnang maapiirkondades madalam on, sest ülikoolid ja paremad tööpakkumised meelitavad noori suurematesse keskustesse. Mainimata ei saa jätta linnaelu eelistena ka paremat juurdepääsu tervislikule toidule ja arstiabile ning paremaid võimalusi teiste inimestega suhtlemiseks.

6.2 Sotsiaalse kapitali hinnangud

Kõige rohkem oldi nõus väitega *ma arvan, et kodukandi asjad on olulised*. See oli ka üsna ennustatav, kuna see väide on võrreldes enamiku teiste sotsiaalse kapitali väidetega suhteliselt üldine ja kergesti mõistetav.

Kõige vähem nõustuti väitega *ma suudan mõjutada ja muuta elu oma kodukandis*. Siit võib eeldada, et keskmine Eesti inimene ei usu, et tema sõna või tegu võib kodukandi olukorda paremaks muuta.

Kõige rohkem mittevastamisi saadi väitele *olen (või mu perekond on) mõne mittetulundusühingu liige*. Võimalik, et küsimus tekitas vastajates segadust. Ei teatud täpselt, mis on mittetulundusühing, mistõttu sellele ei osatud vastust anda. Siinkohal oleks olnud huvitav vaadata seoseid antud väitele mittevastanute haridustaseme või vanuse vahel. Kõrgema haridusega inimesed oskasid ilmselt sellele väitele paremini vastata. Samas on mittetulundusühingud suhteliselt uus nähtus, millega vanemaealised inimesed pole oma elu jooksul kokku puutunud, mis võis samuti olla üheks kõrge mittevastamise määra põhjuseks.

Kõige rohkem *üldse pole nõus* vastuseid saadi väitele *olen kohaliku klubi või mõne muu organisatsiooni aktiivne liige*. Võimalik, et taoline läänelik harjumus nagu klubisse või organisatsiooni kuulumine, pole endisele Nõukogude Liidu rahvale veel omaseks saanud. Põhjus võib olla ka selles, et väikestes piirkondades ei olegi klubisid ega organisatsioone kuhu kuuluda. Siinkohal oleks võinud olla mõni täpsustav küsimus. Samuti võib ka antud väite puhul segadus tekkida mõistete *organisatsioon* ja *klubi* tõlgendamisel.

Võib öelda, et üldiselt oli seoseid sotsiaalse kapitali indikaatorite ja tervise enesehinnangu vahel vähe. Ühelt poolt võib selle põhjuseks pidada suhteliselt kõrget mittevastamise määra. Võimalik, et kõrgema vastamisprotsendi või suurema valimi puhul oleksid seosed paremini välja tulnud. Arvatavasti oli üheks põhjuseks ka mõnede väidete omavaheline sisuline sarnasus, mistõttu need koosinevana välja taandusid. Samas on

teada, et Ida-Euroopa riikides ongi seosed sotsiaalse kapitali näitajate ning tervise enesehinnangu vahel madalamad kui mujal maailmas (18).

Huvitav on täheldada, et statistiliselt olulised seosed tervise enesehinnanguga ilmnesid pigem küsimustikus eespool paiknevate väidete puhul. Selle põhjuseid võib olla mitmeid: viimastele küsimustele vastamisel on vastaja ilmselt juba väsinud ja suhteliselt hooletu, mistõttu pole tulemused enam nii hästi tegelikkust kajastavad. Samuti võib oletada, et viimased väited olid oma spetsiifikalt keerulisema sisu ja ülesehitusega, mis omakorda põhjustas segadust või mitmeti mõistmist. Rohkem seoseid tuligi välja pigem üldisemate ja lihtsama sõnastusega väidete juures.

6.3 Uuringu tugevad ja nõrgad küljed

Käesoleva uuringu üheks nõrgaks küljeks võib pidada asjaolu, et ankeedid olid koostatud ainult eestikeelsena. See võis põhjustada paljude muulaste väljajäämise uuringust. Samuti võisid seetõttu mitmed küsimused jääda arusaamatuks ja tuua kaasa tegelikkust mittekajastavaid vastuseid või vastamata jätmisi.

Kuna tegemist on läbilõikelise uuringuga, ei ole võimalik teha järeldusi seoste põhjuslikkuse kohta. Samuti on nõrgaks küljeks suhteliselt väike valim, mis ei võimalda teha väga laiaulatuslikke üldistusi.

Kuivõrd täpselt samasuguseid väiteid sotsiaalse kapitali mõõtmiseks ei ole tulemustena kättesaadavalt avaldatud, ei ole võimalik tuua võrdlusi teiste uuringutega.

Uuringu tugeva küljena võib välja tuua kõrget vastamismäära (84,7%).

7. JÄRELDUSED

Tervise madal enesehinnang on sotsiaal-demograafilistest taustatunnustest seotud järgmis-
tega: vanus (vanem vs. noorem), rahvus (mitte-eestlane vs. eestlane), perekonnaseis (lesk
vs. abielus), sissetulek (madalam vs. kõrgem), haridustase (madalam vs. kõrgem) ja elukoht
(väikelinn/maa vs. Tallinn/suurem linn).

Kõige rohkem nõustuti sotsiaalse kapitali indikaatoritest väidetega:

- *ma arvan, et kodukandi asjad on olulised;*
- *kui vajan abi, saan seda alati oma sõpradelt;*
- *oma kodukandis on mul inimesi, kellega kohtun regulaarselt.*

Seosed tervise enesehinnangu ja sotsiaalse kapitali vahel ilmneseid väidetega:

- *inimesed mu kodukandis üldiselt aitavad üksteist kui on vaja;*
- *ma tunnen end meeskonnaliikmena.*

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Health Policy Research Working Paper Series. Social Capital as a Health Determinant. How is it Defined? Health Canada 2003.
2. World Health Organization Europe. Tervis 21 – WHO Euroopa piirkonna „Tervis kõigile” – raampoliitika. Kirjastus Elmatar.
3. Eesti inimarengu aruanne 2001. Loodushoid, sotsiaalne kapital ja riik.
<http://lin2.tlu.ee/~teap/nhdr/2001/1.1.html> (09.08.2008)
4. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn, 2007.
5. Harper R. The measurement of social capital in the United Kingdom. Office for National Statistics 2002.
6. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. Soc Sci Med 2002;55:847 – 61.
7. Morgan A, Swann C. Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. Health Development Agency; 2004.
8. Päll A. Sotsiaalne kapital: mõõtmine ja seos sotsiaalmajandusliku arenguga Eesti regioonide näitel. Magistritöö. Tartu, 2004.
9. MacArthur JD, MacArthur CT. Research network on socioeconomic status and health. Social capital. 2000.
<http://www.macses.ucsf.edu/Research/Social%Environment/notebook/capital.html> (09.05.2008)
10. Social capital. Measuring networks and shared values 2003.
<http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=314> (09.05.2008)
11. Bullen P, Onyx J. Measuring social capital in five communities in NSW. A practitioner's guide. Management Alternatives Pty Ltd 1998.
12. Bullen P, Onyx J. Measuring social capital in five communities in NSW: an analysis. Working paper no. 41. Management Alternatives Pty Ltd 1997.
13. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. Health Policy and Planning 2002;17:106 – 11.
14. Sildever Ü. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. Magistritöö. Tartu, 2007.

15. Mohseni M, Lindström M. Social capital, Political trust and self-rated health: A population-based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36:28 – 34.
16. Eesti rahva tervis 1991-2000.
http://biomedicum.ut.ee/arth/avaleht/tutvustus/eesti_rahva_tervis_1/est/ptk4.htm.
(09.05.2008)
17. Sund ER, Jørgensen H, Jones A, Krokstad S, Heggdal M. The influence of social capital on self-rated health and depression – The Nord-Trøndelag health study. *Norsk Epidemiologi* 2007;17:59 – 69.
18. von dem Knesebeck O, Dragano N, Siegrist J. Social capital and self-rated health in 21 European countries. *GMS Psychosoc Med* 2005;2:Doc02.
19. Hublet A, Vereecken C, Maes L. Percieved social capital and self-rated health in Flemish adolescents. *Archives of Public Health* 2005;63:27 – 8.
20. Hyypä MT, Mäki J. Individual- level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 2001;32:148 – 55.
21. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American journal of public health* 1999;89:1187 – 93.
22. Rahu M, Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2004 – 2005. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2005.
23. Statistikaameti kodulehekülg. Rahvastiku näitajad ja koosseis.
http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01RAHVASTIKUNAITAJAD_JA_KOOSSEIS/01RAHVASTIKU_NAITAJAD_JA_KOOSSEIS.asp (09.05.2008)
24. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prättälä R, Klumbiene J, Pudule I. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health* 2004;14:32 – 36.
25. Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med* 2007;64:1665 – 78.
26. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003;56:2505 – 14.
27. Leinsalu M, aluoja A, Noorkõiv R, Vasar V. Sotsiaalmajanduslik kuuluvus ja selle toimemehhanismid vaimse ja füüsilise tervises seisundi määramisel. Lõpparuanne. Tallinn, 2003.
28. Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE. Increasing ethnic differences in mortality in Estonia after the collapse of the Soviet Union. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:583 – 9.

SUMMARY

The associations between social capital and self-rated health: social health determinants of Estonian adult population 2004

This Master's Thesis describes the self-rated health and social capital of the Estonian adult population and analyses the associations between them.

The thesis is based on the study of social health determinants of Estonian adult population, conducted in 2004. Estonian population aged between 16-74 was questioned for the study, the total number of respondents being 1694 (84,7 %). For estimating self-rated health a five-level scale was used: very good, rather good, average, rather bad, very bad. The social capital questions gave information about the social capital indicators, e.g. trust and security, social support, participating in networks, social cohesion, proactivity. The questions were presented as statements, to which the respondent could give answers in five-level scale: agree, rather agree, not sure, do not agree, do not agree at all. The associations between the social capital and self-rated health was estimated with odds ratio and logistic regression.

Most of the respondents were female, Estonians, married or cohabitees, with secondary education or secondary specialized education, with low income, living in the rural areas or small towns.

The study shows, that lower self-rated health was related to the following demographic background characteristic: age (older vs. younger), nationality (non-estonian vs. estonian), marital status (widow vs. married), income (lower vs. higher), education (lower vs. higher) and place of living (small town/countryside vs. Tallinn/bigger town).

The relations between self-rated health and social capital, adjusted to the background characteristics, appeared in case of few social capital indicators. There were two social capital indicators related with the self-rated health in the final regression model:

- People in my neighbourhood generally help each other if necessary
- I feel as part of a team

Key words: social capital, self rated health;

TÄNUAVALDUSED

Minu siiras tänu:

- Katrin Langile abistava käe ulatamise eest vajalikul hetkel. Samuti väärtuslike nõuannete ja toetava suhtumise eest kogu protsessi vältel;
- Anu Kasmelile, kes võimaldas kasutada väga huvitava uuringu andmeid;
- statistikutele Heti Pisarevile ning Karolin Toomperele abi eest andmete analüüsimisel;
- perekonnale ja lähedastele mõistva suhtumise ja moraalse toe eest rasketel hetkedel;
- kõigile Tartu Tervishoiu Instituudi töötajatele ja kursuse kaaslastele toredate mälestuste eest magistriõpingutest.

CURRICULUM VITAE

Nimi: Helena Virt
Sünniaeg: 30. aprill 1983
Sünnikoht: Põlva

Haridus:

2006 – Tartu Ülikool, rahvatervishoiu magistriõpe
2002 – 2006 Tartu Tervishoiu Kõrgkool – bioanalüütik; rakenduskõrgharidus
1990 – 2002 Põlva Ühisgümnaasium

Töökogemus:

2007 – Quattromed HTI Laborid O/Ü