

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

**TERVISE ENESEHINNANG SOTSIAALMAJANDUSLIKU
STAATUSE JÄRGI EESTIS 1996–2014**

Magistritöö rahvatervishoius

Mariliis Pöld

Juhendaja: Kersti Pärna, MD, MPH, PhD
Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, dotsent

Tartu 2015

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 28.05.2015 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Sigrid Vorobjov, PhD, Tervise Arengu Instituut, teadur

Kaitsmine: 10.06.2015

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
1. Sissejuhatus.....	5
2. Kirjanduse ülevaade.....	6
2.1. Tervise enesehinnang	6
2.2. Sotsiaalmajanduslik staatus	7
2.3. Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi rahvusvahelises teaduskirjanduses	8
2.4. Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eesti teaduskirjanduses....	9
3. Eesmärgid	11
4. Metoodika	12
4.1. Andmestik ja valimi moodustamine	12
4.2. Töös kasutatavad tunnused.....	12
4.3. Andmeanalüüs	14
5. Tulemused.....	15
5.1. Tervise enesehinnang Eestis 1996–2014.....	15
5.2. Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega.....	18
6. Arutelu	21
7. Järeldused.....	25
8. Kasutatud kirjandus	26
SUMMARY	30
Tänuavaldus	32
Elulugu	33
Lisad	34
Lisa 1. Töös kasutatud küsimused.....	34
Lisa 2. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted uuringuaastate kaupa.....	36

Lühikokkuvõte

Käesolevas töös analüüsiti Eesti täiskasvanud rahvastiku tervise enesehinnangut sotsiaalmajandusliku staatuse järgi aastatel 1996–2014. Töö eesmärgid olid: (1) tervise enesehinnangu kirjeldamine ning (2) tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse seoste analüüsimine.

Magistritöö põhines „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu“ andmetel. Töös kasutatud valim koosnes 25–64aastastest täiskasvanutest ning analüüsiti 18757 vastaja andmeid (7660 meest ning 11097 naist). Hea tervise enesehinnangu trendi olulisuse hindamiseks kasutati Cuzik'i mitteparameetrilist testi. Logistilise regressiooni abil leiti hea tervise enesehinnangu šansisuhted kohandatuna järgnevatele tunnustele: uuringuaasta, vanus, rahvus, perekonnaseis, haridus, tööhõive staatus, sissetulek.

Aastal 2014 hindasid oma tervist heaks 48,6% naistest ning 46,2% meestest. Võrreldes 1996. aastaga suurenes hea tervise enesehinnangu levimus oluliselt nii meeste kui naiste hulgas. Kuni aastani 2004 oli hea tervise enesehinnangu andmises suurem meeste osakaal (võrreldes naistega). Alates 2006. aastast oli olukord vastupidine. Majanduslanguse perioodil (2008–2010) langes nii meeste kui naiste hea tervise enesehinnangu levimus kuid suurenes taas aastal 2012.

Tervise enesehinnang oli seotud vanuse, rahvuse (ainult naistel), abieluseisu (ainult meestel), hariduse, tööhõive ja sissetulekuga. Võrreldes vanema vanuserühmaga (55–64aastased) oli kõigis nooremates vanuserühmades suurem šans hinnata oma tervis heaks. Võrreldes mitte-estlastega hindasid oma tervist heaks oluliselt rohkem eestlastest naised. Võrreldes abielus/vabaabielus meestega hindasid vallalised oluliselt vähem oma tervist heaks. Võrreldes põhiharidusega täiskasvanutega suurenes haridustaseme kasvades šans anda hea tervise enesehinnang. Võrreldes töötavate täiskasvanutega hindasid töötud ja pensionärid oma tervist heaks vähem. Võrreldes madalama sissetulekuga suurenes sissetuleku kasvamisega šans hinnata oma tervis heaks.

Käesolevast tööst järeldub, et vahemikus 1996–2014 paranes Eesti täiskasvanute tervise enesehinnang (väljaarvatud aastatel 2008–2010). Hea tervise enesehinnang oli seotud kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega. Sotsiaalmajanduslik kihistumine tervise enesehinnangu järgi püsis uuringuperioodi jooksul praktiliselt muutusteta.

1. Sissejuhatus

Tervis on inimese põhiõigus (1). Tervise muutumine halvemaks või paremaks võib toimuda isikuga (nt vanus, sugu) või keskkonnaga (poliitiline, majanduslik keskkond) seotud mõjurite ajal (2). Eesti rahvastiku tervis on viimastel aastakümnetel paranenud. See väljendub eeldatava eluea ja tervena elatud eluaastate pikenemises nii naistel kui meestel (3). „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ tuuakse välja, et eeldused võimalikult hea tervises seisundi tagamiseks peaksid olema kättesaadavad igale ühiskonnaliikmele (1). Sekkumisprioriteetide määratlemisel on võimalus ühe indikaatorina kasutada tervise enesehinnangut (2). Tervise enesehinnang on terviseuuringutes laialt kasutatav mõõdik, mille abil on võimalik jälgida tervisepoliitika eesmärkide täitmist. WHO soovib seda näitajat kasutada ühe võimalusena rahvastiku tervise ja elukvaliteedi hindamisel (4).

Eesti poliitiline ja majanduslik taust on taasiseseisvumise järgselt olnud muutlik, jagunedes perioodideks, mil domineerisid reformid ning uue poliitilise ja majandusliku korra loomine (1991–1994), majanduslik stabiliseerumine ja ettevalmistused liitumiseks Euroopa Liidu ja NATOga (1995–1998), Euroopa Liiduga liitumine, kiire majanduskasv (1999–2004) ning jätkuv majanduskasv ja selle aeglustumine (2004–2008) (5–7). Alates aastast 2008 kirjeldatakse uut majanduslangust ja sellele järgnevat stabiliseerumise perioodi (alates 2010-st aastast) (8). Tervisega seotud riskid (töötus, sissetulekute vähenemine, vaimse tervise probleemid) suurenevad kiirete muutuste puhul majanduses ning ebavõrdsus tervises võib majanduslanguse tõttu süveneda (9).

Võrdsete võimaluste loomine hariduse, eluaseme, töö ning tervise ja tervishoiuteenuste osas, olenemata soost, rahvusest ja sotsiaalsest staatusest, on eelduseks Eesti inimeste tervise ja elukvaliteedi jätkuvalle paranemisele (1). Sekkumiste planeerimisel on oluline omada tõenduspõhist informatsiooni rahvastiku tervise enesehinnangu suundumustest ja selle seostest sotsiaalmajandusliku staatusega.

Käesolevas magistritöös uuritakse tervise enesehinnangut ja selle seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega Eestis aastatel 1996–2014.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1. Tervise enesehinnang

Rahvastiku terviseolukorrale hinnangu andmiseks on võimalik kasutada indikaatoritena haigestumust, suremust, vigastuste esinemissagedust. Rahvastiku tervist hinnatakse ka eeldatava eluea, tervena elatud eluaastate väljendamisega. Lisaks on kasutusel subjektiivsed tervise mõõdikud (2). Üheks selliseks on tervise enesehinnang.

Tervise enesehinnang (ingl k. *self rated health, self reported health, self perceived health, self evaluated health, self-assessed health*) on tänapäeval laialt kasutatav tervise indikaator (2, 9). Hõlmates erinevaid aspekte (psüühiline ja funktsionaalne tervis jm) on tervise enesehinnangu puhul leitud, et see ennustab haigestumist ja suremust (4, 11–13). Tervise enesehinnang on lihtsasti mõõdetav – kasutatakse ainult ühte küsimust, millele uuritav vastab enesekohaselt. Küsimuse sõnastus ning vastusevariandid võivad uuringutes erineda (14–17) kuid WHO soovitusel kohaselt tuleks küsimuse sõnastamisel viidata „üldisele“ terviseolukorrale (4). Samuti soovitatakse vastusevariante anda viis ning kasutada vastuse sõnastamisel käibe väljendeid nagu „hea“ ja „halb“ (4).

Eestis läbiviidavatest rahvastikupõhistest uuringutest sisaldab tervise enesehinnangu küsimust „Eesti Terviseuuring“, „Euroopa Sotsiaaluuring“, „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“ (TKU), „Eesti Sotsiaaluuring“. Tervise enesehinnangu küsimus on ka uuringus „Eesti naiste tervis“ (18) ning vanemaealiste tervist käsitlevas SHARE uuringus (19). Tabelis 1 on toodud Eestis läbiviidavates uuringutes kasutusel olevad tervise enesehinnangu küsimuse sõnastused ja vastusevariandid. Rahvusvahelised uuringud nagu SHARE, „Euroopa Sotsiaaluuring“ ja TKU võimaldavad tervise enesehinnangu küsimust kasutades selle näitaja võrdlemist eri riikide vahel, kuid tähelepanu tuleb pöörata riikidevahelisele erinevusele hinnangute raporteerimises (20).

Tabel 1. Tervise enesehinnangu küsimuse ja vastusevariantide sõnastused Eestis läbi- viidavates uuringutes (sulgudes viide kasutatud kirjanduse loetelus)

Uuring	Küsimuse sõnastus	Vastusevariandid
Eesti Terviseuuring (21)	Milline on teie tervis üldiselt?	Väga hea, hea, keskmine, halb, väga halb
TKU (22)	Kuidas te hindate oma tervist käesoleval ajal?	Hea, üsna hea, keskmine, üsna halb, halb
Euroopa Sotsiaaluuring (23)	Üldiselt hinnates, milline on Teie tervislik seisund? Kas Teie arvates on see ...?	Väga hea, hea, rahuldav, halb, väga halb
Eesti sotsiaaluuring (17)	Milliseks hindate oma tervist üldiselt? Kas see on ...“	Väga hea, hea, ei hea ega halb, halb, väga halb
Eesti Naiste Tervis (18)	Kuidas te hindate praegu oma tervist?	Väga hea, hea, ei hea ega halb, halb, väga halb
SHARE (19)	Kas teie tervis on...“	Suurepärane, väga hea, hea, rahuldav, halb

Olenevalt uuringu andmeanalüüsimetoditest rakendatakse mitmeväärtuselisel skaalal mõõdetava tervise enesehinnangu muutmist kahe- või kolmeväärtuseliseks. Tavapäraselt liidetakse keskmine (mõnes uuringus „rahuldav“) hinnang halva tervise enesehinnanguga. Selline jagamine põhineb uuringutel, kus on leitud seosed terviseprobleemide (pikaajalise haiguse) ja keskmise ning halvema tervise enesehinnangu vahel (24–26).

Varasemate uuringute järgi hindab oma tervise vähemalt heaks alla poole eestlastest (43,8%) (16). Võrreldes Skandinaavia riikidega hindavad Ida-Euroopa riikide täiskasvanud oma tervise halvaks kolm korda sagedamini (OR=3,27) (27). Rootsis ja Soomes on hea tervise enesehinnangu levimus vastavalt 67,8% ja 69,2 (16, 28). Venemaal hindab oma tervise heaks 29,0% täiskasvanutest (29).

Regulaarselt läbiviidavad rahvastikupõhised uuringud võimaldavad analüüsida tervise enesehinnangu muutumist uuringuaastate jooksul tuginedes küsimuse ja vastusevariantide läbivalt sarnasele sõnastusele. Reile jt leidsid, et vahemikus 2004–2008 vähenes keskmise ja halvema tervise enesehinnangu levimus Eestis 59,0%-lt 50,0%-ni. Aastatel 2008–2010 suurenes oma tervist keskmiseks või halvaks hindavate täiskasvanute arv (8).

2.2. Sotsiaalmajanduslik staatus

Sotsiaalmajanduslik staatus (ingl k. *socioeconomic status*, SES) on üks tervisemõjuritest ning väljendab sotsiaalmajanduslikku kuuluvust (2). SES koosneb sotsiaaldemograafilistest (sugu,

vanus, perekonnaseis, rahvus, elukoht jm) ja sotsiaalmajanduslikest (haridus, tööhõive staatus, tööala, sissetulek jm) näitajatest (30). Jaotus võib erineda. Näiteks Tekkel jt 2010 nimetavad sotsiaalmajanduslikeks teguriteks hariduse, elukoha, sissetuleku ja rahvuse (31).

Tavapäraselt väljendab sotsiaalmajanduslikku staatust hariduse, sissetuleku ning tööhõive kombinatsioon. Haridus tervise mõjurina on seotud terviseteadliku käitumisega. Kõrgema haridustasemega inimestel on parem tervis (2). Sissetulek sõltub haridustasemest (25), vaesust käsitletakse ühe olulisima tervisehäireid põhjustava mõjurina (2). Töötamine on seotud haridustaseme ja sissetulekuga ning töötajad mõjutavad inimese tervist (2).

2.3. Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi rahvusvahelises teaduskirjanduses

Erinevad sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud tegurid võimaldavad ennustada, millise hinnangu inimene oma tervisele tõenäolisemalt annab (11, 12). Arvatakse, et kõrgem SES tähendab paremat tervist (32). SES määramiseks tervise enesehinnangut käsitlevates uuringutes kasutatakse erinevaid kombinatsioone teguritest (2, 16, 25, 33, 34). Alljärgnevalt antakse ülevaade valitud sotsiaaldemograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite seostest tervise enesehinnanguga rahvusvahelistes allikates.

Uurides tervise enesehinnangut **soo järgi** tuuakse välja, et mehed annavad head tervise enesehinnangut sagedamini kui naised (9, 25, 29, 35–37). Eriksson jt uuringus hindas oma tervise heaks 71,0% meestest ning 65,0% naistest (28). Euroopa Sotsiaaluuringule tuginedes toob Eikemo välja, et võrreldes meestega on naistel šanss anda halb tervise enesehinnang 1,4 korda suurem, sama tulemuse esitab Seubsman jt tuginedes Tais kogutud andmetele (27, 38). Võimalus hinnata oma tervis heaks on naiste hulgas suurem kui meeste hulgas Iirimaa ja Soomes (16, 37, 39). Suurima erinevuse hea tervise enesehinnangu andmises meeste ja naiste vahel on Moskva terviseuuringu andmete põhjal toonud Ferlander. Meeste hulgas on vähemalt hea tervise enesehinnangu levimus 37,0%, naiste hulgas 24,0% (29).

Hea tervise enesehinnangu andmine väheneb **vanuse** suurenedes (27, 36, 40) ning Demirchyan toob välja statistiliselt olulise seose tervise enesehinnangu ja vanuse vahel (35). **Rahvuse** ja tervise enesehinnangu seoste uurimisel on andmed toodud meeste ja naiste kohta eraldi. Reile jt võrdlesid andmeid aastatest 2004–2010 ning analüüsisid lisaks Eestile Leedu ja Soome täiskasvanud rahvastikku. Näiteks aastal 2010 oli keskmise või halvema tervise enesehinnangu levimus Leedus naiste hulgas põhirahvuse hulgas väiksem, Soomes aga suurem. Meestel oli samal aastal keskmist või halvemat tervise enesehinnangut põhirahvuse hulgas vähem Leedus ja Soomes (8).

Perekonnaseisu ja tervise enesehinnangu seoseid kirjeldades toob Eriksson välja, et partneriga koos elavad täiskasvanud andsid sagedamini hea tervise enesehinnangu (28). Seubsman leidis, et võrreldes vallalistega oli partneriga koos elavatel isikutel šanss anda keskmine või halvem tervise enesehinnang meeste hulgas väiksem ning naiste seas suurem (38).

Hariduse järgi analüüsid on uuringute andmetel põhiharidusega vastajatega võrreldes vähemalt hea tervise enesehinnangu levimus suurem isikute hulgas, kellel on kesk- või kõrgharidus (27, 28, 35, 39, 40). Seubsman on leidnud Tai rahvastikku uurides, et võrreldes keskkharidusega täiskasvanutega on kõrgharidusega isikutel suurem šanss anda halba tervise enesehinnangut (38). **Tööhõive staatus** võib samuti tervise enesehinnangut mõjutada. Soomes on võrreldes töötavate täiskasvanutega mittetöötavatel meestel suurem šanss anda halb tervise enesehinnang kuid naistel väiksem (16).

Sissetuleku ja tervise enesehinnangu vahelisi seoseid uurinud autorid leiavad, et tervise enesehinnang on madalam väikese sissetulekuga isikutel. Sellised tulemused on nii meeste kui naiste seas (27, 38, 39).

Tervise enesehinnangu muutumist mitme **uuringuaasta** jooksul on Eestis uurinud Reile jt, kes käsitlevad muutust vahemikus 2004–2010. Tähelepanu pööratakse majanduslanguse perioodile (2008–2010) ning sellel ajal antud tervise enesehinnanguid võrreldakse aastate 2004–2008 tulemustega. Uuringus vaadeldakse Eesti, Leedu ja Soome andmeid. Aastatel 2004 kuni 2008 vähenes keskmise ja halva tervise enesehinnangu levimus Eestis 59,0%-lt 50,0%-ni. Leedus oli vähenemine 57,0%-lt 47,0%le, Soomes muutust ei täheldatud. Majanduslanguse perioodil suurenes keskmise ja halvema tervise enesehinnangu levimus Eestis 52,0%-ni (vahemikus 2008–2010) (8).

USAs läbi viidud uuring, mis kasutas andmeid neljast riiklikust uuringust, analüüsis tervise enesehinnangu trendide erinevusi uuringute lõikes vahemikus 1971–2007. Ühe küsitluse andmete järgi hakkasid inimesed viimasel kümnendil andma pigem halbu tervise enesehinnanguid, kuid teise küsitluse andmete järgi oli olukord vastupidine (41).

2.4. Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eesti teaduskirjanduses

Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega on Eestis sarnased rahvusvahelises kirjanduses tooduga. Oma tervisele annavad hea hinnangu noored, kõrgema

hariduse ja kõrgema sissetulekuga täiskasvanud. Tabelis 2 on toodud ülevaade tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse seostest Eesti teadusartiklites.

Tabel 2. Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega Eesti teadusartiklite põhjal (sulgudes viite number kasutatud kirjanduse loetelus)

Valim	Uuringuaasta	Peamised tulemused
15–79aastased täiskasvanud, n=4011 (25)	1996/1997	Võrreldes eestlastega on šanss hinnata oma tervis keskmiseks või halvemaks suurem mitte-eestlastel. Võrreldes abielus/vabaabielus täiskasvanutega andsid keskmist või halba tervise enesehinnangut rohkem nii vallalised, lahutatud/lahus elavad kui lesestunud mehed. Suurem šanss vähemalt heaks tervisehinnanguks kõrgema hariduse, kõrgema sissetulekuga täiskasvanutel.
35–54aastased täiskasvanud, n=627 (34)	2004	Vähemalt hea tervise enesehinnangu andis 49,1% meestest ja 49,7% naistest. Suurem šanss anda keskmine või halvem tervise enesehinnang vanemas vanuserühmas, vallalistel, madalama haridusega mittetöötavatel täiskasvanutel. Meeste hulgas mitte-eestlastel võrreldes eestlastega väiksem šanss anda rahuldavat või halba tervise enesehinnangut, naiste hulgas suurem.
25–69aastased täiskasvanud, n=1014 (16)	2006	Vähemalt hea tervise enesehinnangu levimus meeste hulgas suurem (46,5% meestest, 41,7% naistest). Suurem šanss anda vähemalt hea tervise enesehinnang kesk- ja kõrgharidusega vastajatel ning töötavatel täiskasvanutel.
15–84aastased, n=6434 (42)	2006	Võrreldes 15–24aastastega väheneb võimalus hinnata oma tervis heaks igas järgnevas vanuserühmas. Võrreldes põhiharidusega vastajatega on nii meeste kui naiste hulgas suurem šanss anda vähemalt hea tervise enesehinnang kesk- või kõrgharidusega vastajatel.
15aastased ja vanemad (37)	2002–2010	Keskmise ja halvema tervise enesehinnangu levimus naiste seas suurem (53,8%), meeste seas 51,7%.
20–64aastased täiskasvanud, n=10966 (8)	2004–2010	Aastal 2010 naiste hulgas keskmise ja halva tervise enesehinnangu levimus põhirahvuse hulgas väiksem, meeste hulgas sarnane. Võrreldes põhiharidusega vastajatega on nii meeste kui naiste hulgas suurem šanss anda vähemalt hea tervise enesehinnang kesk- või kõrgharidusega vastajatel. Võrreldes töötavate vastajatega hindavad mittetöötavad täiskasvanud oma tervise halvaks sagedamini.

3. Eesmärgid

Magistritöö põhieesmärgiks oli uurida Eesti täiskasvanud rahvastiku tervise enesehinnangut ja selle seost sotsiaalmajandusliku staatusega aastatel 1996–2014 Eestis.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

- kirjeldada tervise enesehinnangut uuringuperioodi jooksul;
- analüüsida tervise enesehinnangu seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega Eestis 1996–2014.

4. Metoodika

4.1. Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhines „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ (TKU) kogutud andmetel. TKU on läbilõikeline uuring, mida viiakse Eestis läbi postküsitlusena igal paaris aastal alates 1990-ndast aastast. Alates 2010. aastast on võimalik täita küsimustik ka elektrooniliselt. Kuni aastani 2010 oli TKU osa ühisuuringust *Finbalt Health Monitor*, kuhu kuulusid ka Läti, Leedu ja Soome. Ühisuuringu lõpetamise järgselt jätkatakse tervisekäitumise uuringute läbiviimist kõikides osalenud riikides. Alates 2004-ndast aastast viib Eestis uuringut läbi Tervise Arengu Instituut (14). Sarnase küsimustiku ja metoodikaga on uuringut läbi viidud Soomes alates 1978, Leedu liitus 1994. aastal ning Läti aastal 1998 (43). TKU tarbeks tellitakse rahvastikuregistrist 16–64aastaste isikute juhuvalim, mille suurus on olnud uuringuaastate lõikes erinev. Aastatel 1996–2002 oli valimis 2000 isikut ning 2004–2014 oli valimi suuruseks 5000 isikut (14, 22, 43–49). TKU uuritavad valdkonnad on toitumine, suitsetamine, alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus, liikluskäitumine, arstiabi ja ravimite kasutamine ning terviseseisund ja tervise enesehinnang (14). Küsimustikud koostati eesti- ja vene keeles. Venekeelne küsimustik saadeti isikutele, kelle emakeeleks oli rahvastikuregistris märgitud vene keel ja/või kellel oli venepärane ees- ja perekonnanimi.

Rahvastikuregistrist tellitud algses valimis aastatel 1996–2014 oli 38 000 isikut. Kõrgeim vastamismäär oli 75,4% aastal 1996 ning madalaim 51,5% aastal 2014.

Käesoleva magistritöö jaoks koostati uuringuaastate 1996–2014 andmestike põhjal 25–64aastaste täiskasvanute koondvalim ($n=18757$). Naisi oli valimis 11097 (59,2%) ning mehi 7660 (40,8%). Töös kasutatud üldvalim on toodud tabeli kujul peatüki lõpus (tabel 3).

4.2. Töös kasutatavad tunnused

Töös kasutatakse tervise enesehinnangu küsimust ning sotsiaalmajandusliku staatuse määramiseks kasutatakse järgnevaid tunnuseid/küsimusi: sugu, vanus, rahvus, perekonnaseis, haridus, tööhõive staatus, sissetulek.

Tervise enesehinnangu küsimus on „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ sõnastatud „Kuidas te hindate oma tervist käesoleval ajal?“ (Lisa 1, küsimus 16). Vastusevariandid aastatel 2004–2012 on „hea“, „üsna hea“, „keskmine“, „üsna halb“, „halb“. Vahemikus 1996–2002 oli esimene ja viimane vastusevariant sõnastatud vastavalt „väga hea“ ja „väga halb“.

Tervise enesehinnangu tunnus muudeti käesoleva töö andmeanalüüsiks kaheväärtuseliseks: „vähemalt hea“, mis hõlmab „hea/väga hea“ ja „üsna hea“ hinnangu ning „keskmine või halvem“ (hinnangu „keskmine“, „üsna halb“, „halb/väga halb“). Tulemuste kirjeldamisel kasutatakse „vähemalt hea“ asemel mõistet „hea tervise enesehinnang“ (v.a alapeatüki 5.1. esimeses osas, kus kirjeldatakse viieväärtuselist tervise enesehinnangut).

Sugu – mees/naine, vastajad on ankeedil ise märkinud (Lisa 1, küsimus 1).

Vanuse määramiseks on vastajad märkinud küsimustikus sünniaasta (1996–2002 aasta ankeetides) või sünnikuupäeva (alates 2004–st aastast) (Lisa 1, küsimus 2). Käesoleva töö jaoks arvutati vastaja vanus küsitluse läbiviimise aasta järgi.

TKU algandmestik hõlmab 16–64aastased isikud. Käesolevas töös kasutatakse 25–64aastaste andmeid ning andmeanalüüsiks jagati isikud vanuserühmadesse järgnevalt: 25–34, 35–44, 45–54 ning 55–64. Haridus on üheks sotsiaalmajandusliku staatuse määramise teguriks. Võttes vanuse alampiiriks 25 on võimalik vähendada nende isikute osakaalu, kellel on haridustee lõpetamata.

Rahvuse määratlemiseks said vastajad ankeedis valida vastusevariantide „eestlane“, „venelane“ või „muu“ vahel (Lisa 1, küsimus 3). Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati vastajad rahvuse alusel kahte gruppi: „eestlased“ ja „mitte-eestlased“.

Perekonnaseisu määratlemiseks said vastajad küsimustikus märkida vastavalt: „vallaline“, „abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga“, „lahutatud/lahus elav“, „lesk“ (Lisa 1, küsimus 5). Valimite väiksuse tõttu grupeeriti lahutatud/lahus elavad ja lehestunud vastajad ning moodustati kolm rühma.

Haridust puudutav küsimus TKU-s uurib kõrgeimat lõpetatud haridustaset ning küsimuse vastusevariandid on uuringuaastatel toodud erinevalt. Näiteks 2004. aastal „alg-“ (1–6 klassi), „põhi-“ (7–9 klassi), „kesk-“ (10–12 klassi), „keskeri-“, „kõrgharidus“. Aastal 2008 oli jaotusi 4 (alg- ja põhiharidus, keskharidus, keskeriharidus, kõrgharidus) ning aastatel 2010–2014 on alg- ja põhiharidus taas eristatud (Lisa 1, küsimus nr 6). Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati haridustasemed kolme gruppi järgnevalt: põhiharidus või vähem, kesk- või keskeriharidus ning kõrgharidus.

Tööhõive staatus on küsimustikus esitatud vastusevariantidena, kus on eristatud töötamine erinevates valdkondades, õppijastaatus, töötu, kodune, ajateenija, mittetöötav pensionär (Lisa 1, küsimus 12). Käesolevas töös rühmitati tunnus järgnevalt: „töötav“, „töötu“, „pensionär“ (küsimustikus variant „mittetöötav pensionär“) ning „muu“, mis hõlmab õpilased, üliõpilased, kodused ja ajateenijad.

Sissetuleku küsimus lisandus uuringusse 1996–ndal aastal ning küsitakse keskmist sissetulekut ühe pere liikme kohta viimase 12 kuu jooksul (Lisa 1, küsimus 11). Sissetulek on küsimustikus märgitav summade vahemike kaupa (alates 2012-st aastast on summad toodud eurodes, 1996–2010 kroonides). Andmeanalüüsi jaoks jagati sissetulekud kvartiilide alusel neljandikeks.

Uuringuaasta on uue tunnusega lisatud, et erinevate aastate andmestike ühendamise järgselt eristada küsitlusaastaid ning hinnata tervise enesehinnangu muutust aastate lõikes.

4.3. Andmeanalüüs

Tervise enesehinnangu kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid. Seoste hindamiseks tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Arvutati šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega (95% CI) kohandatuna töös kasutatud tunnustele ning koostati mudelid tervise enesehinnangu kirjeldamiseks iga uuringuaasta kohta eraldi (Lisa 2) ja koondvalimis. Olulisuse nivooks võeti 5%. Andmeanalüüs viidi läbi meestel ja naistel eraldi. Lõplikku analüüsi kaasati ankeedid, kus oli vastatud tervise enesehinnangu küsimusele. Analüüsist jäid välja ankeedid, kus puudusid vastused SES tunnuseid uurinud küsimustele.

Tervise enesehinnangu trendi statistilise olulisuse hindamiseks kasutati Cuzik'i mitteparameetrilist testi. Andmete analüüsimiseks kasutati programmi Stata 12.1. Jooniste tegemiseks kasutati programmi Microsoft Excel.

Tabel 3. Töös kasutatud Eesti 25–64-aastaste meeste ja naiste üldvalim uuringuaastate järgi, TKU 1996–2014

Uuringuaasta	Mehed		Naised		Kokku
	n	%	n	%	n
1996	526	43,0	696	57,0	1222
1998	455	42,1	626	57,9	1081
2000	428	39,8	648	60,2	1076
2002	416	39,7	633	60,3	1049
2004	1023	41,0	1415	59,0	2438
2006	884	38,3	1423	61,7	2307
2008	1017	42,2	1393	57,8	2410
2010	999	40,4	1473	59,6	2472
2012	1017	41,1	1460	58,9	2477
2014	895	40,2	1330	59,8	2225
Kokku vastanuid	7660	40,8	11097	59,2	18757

5. Tulemused

5.1. Tervise enesehinnang Eestis 1996–2014

Meeste hulgas oli kõige rohkem antud keskmist tervise enesehinnangut (vahemikus 41,6%–58,6%) (tabel 4a). Keskmise tervise enesehinnangu levimus vähenes uuringuaastate jooksul. Madalaim tulemus oli aastal 2014 (41,6%), kõrgeim aastal 2000 (58,6%). Kõige vähem anti halba tervise enesehinnangut, selle andmine oli uuritavate aastate jooksul suurenenud. Madalaim halva tervise enesehinnangu levimus oli aastal 2000 (0,2%) ning kõrgeim aastatel 2010 ja 2014 (4,4%). Kõige rohkem oli uuritavas ajavahemikus suurenenud hea tervise enesehinnangu levimus. Aastal 1996 hindas oma tervise heaks 2,7% meestest ning aastatel 2012 ja 2014 ligi viiendik meestest.

Tabel 4a. Tervise enesehinnang (%) Eesti 25–64aastastel meestel, TKU 1996–2014

	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Tervise enesehinnang										
Hea	31,6	32,7	30,9	36,1	35,9	38,7	41,7	39,8	42,0	46,1
Väga hea/Hea*	2,7	4,8	4,0	5,6	15,6	17,3	18,7	17,1	20,5	19,3
Üsna hea	28,9	27,9	26,9	30,5	20,3	21,4	23,0	22,7	21,5	26,8
Keskmine või halvem	68,4	67,3	69,1	63,9	64,1	61,3	58,3	60,2	58,0	53,9
Keskmine	57,2	56,3	58,6	50,5	50,2	48,9	46,3	46,2	44,4	41,6
Üsna halb	10,4	10,6	10,3	10,8	10,0	8,8	8,2	9,6	9,5	7,9
Väga halb/Halb*	0,8	0,4	0,2	2,6	3,9	3,6	3,8	4,4	4,1	4,4
Kokku vastanuid (n)	526	455	428	416	1023	884	1017	999	1017	895

*Vastuse sõnastuse muutus. Alates 2004. aastast kõrgeim „hea“, madalaim „halb“.

Naised andsid kõige sagedamini keskmist tervise enesehinnangut (tabel 4b). Kõige rohkem esines seda vastust aastal 1998 (61,0%) ning madalaim oli tulemus aastal 2012 (38,0%). Keskmise tervise enesehinnangu andmine on naiste hulgas vähenenud. Kõige vähem hinnati oma tervis halvaks ning tulemus oli vahemikus 1,0%–4,4% (madalaim aastal 1996, kõrgeim aastal 2004). Naiste hulgas oli hea tervise enesehinnang sagenenud tõustes 3,0%-lt (aastal 1996) 22,2%-ni (aastal 2012). Võrreldes 2012. aastaga vähenes aastal 2014 nende naiste hulk, kes hindasid oma tervise heaks.

Tabel 4b. Tervise enesehinnang (%) Eesti 25–64aastastel naistel, TKU 1996–2014

	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Tervise enesehinnang										
Hea	28,7	28,2	30,6	33,0	36,4	41,7	47,2	45,4	50,9	48,6
Hea	3,0	4,6	3,7	5,7	14,2	18,3	21,4	20,2	22,2	20,6
Üsna hea	25,7	23,6	26,9	27,3	22,2	23,4	25,8	25,2	28,7	28,0
Keskmine või halvem	71,3	71,8	69,4	67,0	63,6	58,3	52,8	54,6	49,1	51,4
Keskmine	59,2	61,0	56,0	55,6	51,4	47,9	43,6	44,1	38,0	41,1
Üsna halb	11,1	9,7	12,0	10,0	8,0	7,7	7,0	8,4	8,4	7,8
Halb	1,0	1,1	1,4	1,4	4,2	2,7	2,2	2,1	2,7	2,5
Kokku vastanuid (n)	696	626	648	633	1415	1423	1393	1473	1460	1330

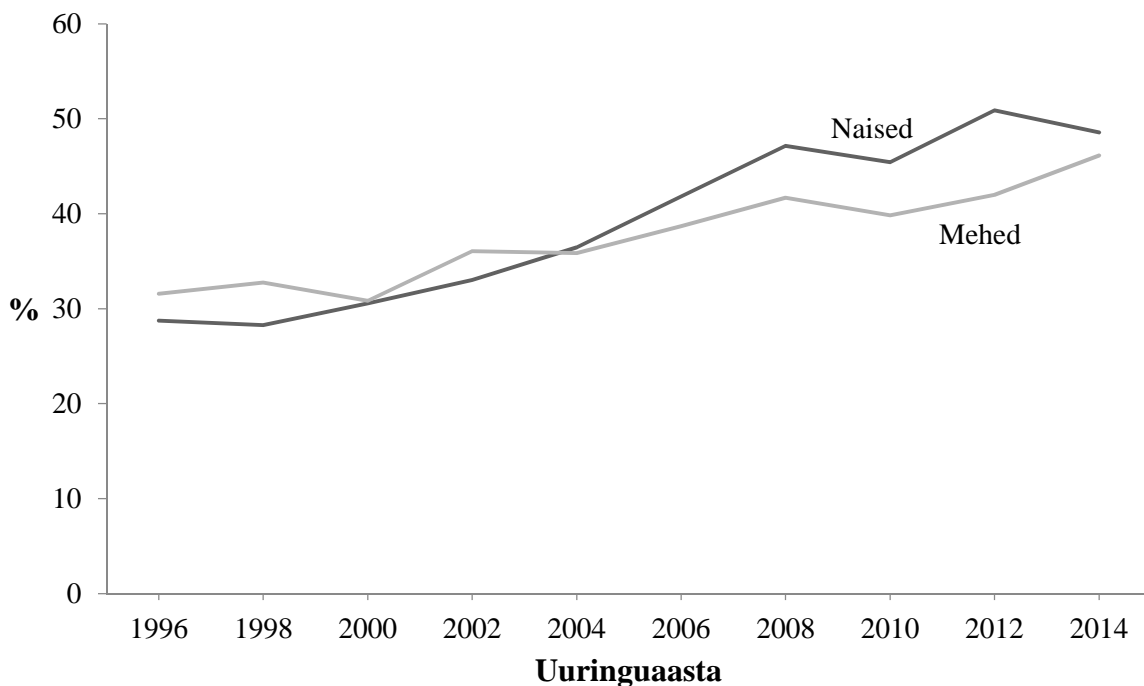
*Vastuse sõnastuse muutus. Alates 2004. aastast kõrgeim „hea“, madalaim „halb“.

Hea tervise enesehinnangu trend. Hea tervise enesehinnangu (vastusevariandid „hea“ ning „üsna hea“) andmine on nii meeste kui naiste hulgas uuritud ajavahemikus suurenenud (joonis 1). Tõusutrend on statistiliselt oluline (nii meestel kui naistel $p < 0,05$). Vahemikus 1996–2014 hindas oma tervise heaks 2968 meest (38,7% uuritud meeste valimist) ning 4610 naist (41,5% uuritud naiste valimist) s.o. 40,4% uuritud rahvastikust.

Uuritava vahemiku alguses hindasid naised oma tervist heaks vähem kui mehed. Alates aastast 2004 on naiste hulgas antud head tervise enesehinnangut rohkem kui meeste hulgas. Kõige suurem on erinevus aastal 2012, mil oma tervise hindas heaks 50,9% naistest ja 42,0% meestest.

Naistel ilmnis püsiv suurenemine hea tervise enesehinnangu levimuses vahemikus 1998–2008. Meeste hea tervise enesehinnang on uuritava ajavahemiku alguses kõikunud. Püsiv tõus on vahemikes 2004–2008 ja 2010–2014.

Aastal 2010 oli nii naiste kui meeste hulgas hea tervise enesehinnangu andmises langus võrreldes 2008. aasta andmetega. 2012. aastal oli hea tervise enesehinnangu levimuses taas tõus, mis meestel jätkus ka 2014. aastal.



Joonis 1. Hea tervise enesehinnangu levimus (%) 25–64aastaste täiskasvanute hulgas aastatel 1996–2014 Eestis.

Valimis oli vanuse järgi kõige enam 45–54aastaseid (tabel 5). Eestlasi oli 69,1%, abielus või vabaabielus olevaid vastajaid 70,6%. Hariduse järgi oli enim keskharidusega isikuid (61,5%), põhiharidus oli 12,9% vastajal. Tööhõive staatuse järgi moodustasid 73,1% valimist töötavad isikud. Meeste hulgas oli töötuid 9,1%, naiste hulgas 5,5%. Sissetuleku järgi oli meeste hulgas enim vastajaid kõrgeimas neljandikus (30,2%), naise kolmandas sissetulekuveerandis (28,8%). Madalaimas sissetulekuveerandis oli 15,9% vastanutest.

Tabel 5. Sotsiaalmajanduslike tunnuste jaotus (n, %) Eesti 25–64aastaste täiskasvanute hulgas, TKU 1996–2014

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Vanuserühm						
25–34	1930	25,2	2544	22,9	4474	23,9
35–44	1958	25,6	2672	24,1	4630	24,7
45–54	1943	25,4	2961	26,7	4904	26,1
55–64	1829	23,9	2920	26,3	4749	25,3
Vastamata	0	0	0	0	0	
Rahvus						
Eestlane	5396	70,4	7560	68,1	12956	69,1
Mitte-eestlane	2232	29,1	3504	31,6	5736	30,6
Vastamata	32	0,4	33	0,3	65	0,3
Perekonnaseis						
Abielus, vabaabielus	5796	75,7	7444	67,1	13240	70,6
Vallaline	1069	14,0	1204	10,8	2273	12,1
Lahutatud, lesk	752	9,8	2401	21,6	3153	16,8
Vastamata	43	0,6	48	0,4	91	0,5
Haridus						
Põhiharidus	1300	17,0	1121	10,1	2421	12,9
Keskharidus	4777	62,4	6766	61,0	11543	61,5
Kõrgharidus	1551	20,2	3154	28,4	4705	25,1
Vastamata	32	0,4	56	0,5	88	0,5
Tööhõive staatus						
Töötab	5838	76,2	7873	70,9	13711	73,1
Töötu	700	9,1	606	5,5	1306	7,0
Pensionär	779	10,2	1224	10,1	2003	10,7
Muu	154	2,0	1131	10,2	1285	6,9
Vastamata	189	2,5	263	2,3	452	2,4
Sissetulek (neljandikud)						
I (madalaim)	1180	15,4	1811	16,3	2991	15,9
II	1842	24,0	2985	26,9	4827	25,7
III	2137	27,9	3201	28,8	5338	28,5
IV (kõrgeim)	2317	30,2	2827	25,5	5144	27,4
Vastamata	184	2,4	273	2,5	457	2,4
Kokku vastanuid	7660		11097		18757	100

5.2. Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega

Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega olid uuringuaastate lõikes sarnased. Töö lisas (Lisa 2, tabelid I ja II) on toodud tabelid šansisuhetega uuringuaastate kaupa. Koondandmestikus leitud hea tervise enesehinnangu šansisuhted sotsiaalmajandusliku staatusega on toodud tabelis 6.

Kõigile teguritele kohandatud mudelis oli võrreldes 1996. aastaga oluliselt suurem šans anda hea tervise enesehinnang meestel alates 2006. aastast ja naistel alates 2004. aastast, olles kõrgeim meestel aastal 2014 (OR=1,86) ning naistel aastal 2012 (OR=2,71).

Nii meeste kui naiste hulgas oli vanima vanuserühmaga võrreldes oluliselt suurem šans anda hea tervise enesehinnang kõigis nooremates vanuserühmades, olles kõrgeim vanuses 25–34 (meestel OR=5,47, naistel OR=4,99). Eestlastest naistel oli mitte-eestlastega võrreldes oluliselt suurem šans hinnata oma tervis heaks (OR=1,88). Meeste hulgas muutus mudeli kohandamisel seos rahvusega mitteoluliseks.

Võrreldes abielus või vabaabielus olevate täiskasvanutega oli vallalistel meestel oluliselt väiksem šans anda hea tervise enesehinnang (OR=0,79). Naistel muutus mudeli kohandamisel seos perekonnaseisuga mitteoluliseks.

Kõrgema haridusega täiskasvanutel oli oluliselt suurem šans anda hea tervise enesehinnang. Võrreldes põhiharidusega täiskasvanutega oli keskhariidusega meestel 1,82 ja naistel 1,88 korda ning kõrgharidusega meestel 3,51 ja naistel 3,27 korda suurem šans hinnata oma tervis heaks.

Võrreldes töötavate täiskasvanutega oli töötutel ning pensionäridel šans hinnata oma tervis heaks oluliselt väiksem (meestel OR=0,70 ja OR=0,37, naistel OR=0,70 ja OR=0,53 vastavalt).

Sissetuleku kasvades suurenes oluliselt šans anda hea tervise enesehinnang nii meestel kui naistel. Meestel leiti seos kõigi sissetulekuneljandikega, naistel kahe kõrgema neljandikuga. Võrreldes madalaima sissetulekuga täiskasvanutega oli kõrgeimasse neljandikku jäänud sissetuleku korral meestel 2,44 korda ning naistel 2,21 korda suurem šans hinnata oma tervis heaks.

Tabel 6. Hea tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse šansisuhted (OR) ja usaldusvahemikud (95%, CI) Eesti 25–64aastastel täiskasvanutel, TKU 1996–2014 (paksus kirjas märgitud tulemused kus $p < 0,05$)

Tunnus	Mehed		Naised	
	Mudel 1* OR (95% CI)	Mudel 2** OR (95% CI)	Mudel 1* OR (95% CI)	Mudel 2** OR (95% CI)
Uuringuaasta				
1996	1	1	1	1
1998	1,06 (0,81–1,40)	0,93 (0,69–1,27)	0,98 (0,77–1,24)	0,87 (0,66–1,14)
2000	0,97 (0,73–1,27)	0,97 (0,70–1,33)	1,09 (0,86–1,38)	1,06 (0,81–1,39)
2002	1,22 (0,93–1,60)	1,26 (0,93–1,72)	1,22 (0,97–1,54)	1,16 (0,90–1,51)
2004	1,21 (0,97–1,52)	1,11 (0,86–1,43)	1,42 (1,17–1,73)	1,37 (1,10–1,71)
2006	1,37 (1,09–1,72)	1,40 (1,08–1,82)	1,78 (1,47–2,17)	1,69 (1,35–2,10)
2008	1,55 (1,24–1,94)	1,54 (1,20–1,99)	2,21 (1,82–2,70)	2,15 (1,73–2,68)
2010	1,44 (1,15–1,80)	1,52 (1,18–1,96)	2,06 (1,70–2,50)	2,07 (1,67–2,58)
2012	1,57 (1,26–1,96)	1,66 (1,29–2,14)	2,57 (2,12–3,12)	2,71 (2,17–3,37)
2014	1,86 (1,48–2,33)	1,86 (1,44–2,41)	2,34 (1,92–2,90)	2,36 (1,89–2,95)
Vanuserühm				
55–64	1	1	1	1
45–54	1,73 (1,49–2,01)	1,41 (1,19–1,67)	1,92 (1,71–2,16)	1,60 (1,40–1,83)
35–44	3,25 (2,81–3,76)	2,73 (2,31–3,23)	3,64 (3,24–4,09)	3,12 (2,72–3,58)
25–34	6,48 (5,59–7,51)	5,47 (4,59–6,51)	6,45 (5,72–7,27)	4,99 (4,32–5,78)
Rahvus				
Mitteeestlane	1	1	1	1
Eestlane	1,26 (1,14–1,40)	1,08 (0,96–1,22)	2,06 (1,89–2,24)	1,88 (1,70–2,07)
Perekonnaseis				
Abielus, vabaabielus	1	1	1	1
Vallaline	1,06 (0,93–1,21)	0,79 (0,67–0,93)	1,19 (1,05–1,35)	0,88 (0,77–1,02)
Lahutatud, lesk	0,57 (0,48–0,67)	0,89 (0,73–1,08)	0,57 (0,52–0,63)	0,95 (0,85–1,06)
Haridus				
Põhiharidus	1	1	1	1
Keskharidus	2,38 (2,06–2,76)	1,82 (1,54–2,16)	2,65 (2,26–3,11)	1,88 (1,57–2,26)
Kõrgharidus	5,38 (4,54–6,37)	3,51 (2,89–4,28)	6,44 (5,45–7,60)	3,27 (2,69–3,98)
Tööhõive staatus				
Töötab	1	1	1	1
Töötu	0,42 (0,35–0,50)	0,70 (0,57–0,87)	0,44 (0,36–0,52)	0,70 (0,57–0,87)
Pensionär	0,12 (0,10–0,16)	0,37 (0,28–0,48)	0,17 (0,14–0,20)	0,53 (0,43–0,65)
Muu	0,56 (0,40–0,80)	0,67 (0,44–1,01)	1,32 (1,17–1,50)	1,13 (0,97–1,31)
Sissetulek (neljandikud)				
I (madalaim)	1	1	1	1
II	1,35 (1,14–1,60)	1,37 (1,14–1,66)	1,02 (0,90–1,15)	1,09 (0,95–1,26)
III	2,11 (1,80–2,50)	1,71 (1,42–2,06)	1,60 (1,42–1,81)	1,49 (1,29–1,72)
IV (kõrgeim)	4,15 (3,54–4,87)	2,44 (2,03–2,94)	3,01 (2,66–3,41)	2,21 (1,91–2,57)

*Mudel 1 – kohandamata mudel

** Mudel 2 – kohandatud tabelis toodud tunnustele

6. Arutelu

Käesolevas töös analüüsiti tervise enesehinnangut ja selle seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega 25–64aastastel täiskasvanutel Eestis aastatel 1996–2014.

Tervise enesehinnang Eestis 1996–2014. „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ määratletakse tervise enesehinnang viieväärtuselisel skaalal (hea, üsna hea, keskmine, üsna halb, halb). Nii mehed kui naised andsid kõigil uuringuaastatel sagedamini keskmist tervise enesehinnangut. Selle levimus uuringuaastate jooksul oli meestel keskmiselt 50,0% ja naistel 49,8%. Eestis kogutud andmeid analüüsid on sarnane tulemus Leinsalu (Eesti Terviseuuring 1996/1997) ja Pärna jt (Euroopa Sotsiaaluuring 2006) artiklites (16, 25). Moskva Terviseuuringu andmeid analüüsid on leitud, et ka moskvalased annavad sagedamini keskmist tervise enesehinnangut (29). Sildever jt analüüsisid 2004. aasta Euroopa Sotsiaaluuringus kogutud andmeid ning 35–54aastaste Eesti täiskasvanute valimis andsid nii mehed kui naised viieväärtuselisel skaalal sagedamini hea tervise enesehinnangu (34). See tulemus sarnaneb rohkem Soome andmetega, kus on nii meeste kui naiste hulgas samuti levinuim hea tervise enesehinnang (16). Käesoleva magistr töö tulemustest nähtub, et keskmise tervise enesehinnangu levimus on vähenenud, kuid oma tervise hindamisel sarnaneb Eesti rahvastik pigem Ida-Euroopa riikidele.

Nii meeste kui naiste hulgas anti uuritava perioodi jooksul kõige vähem halba tervise enesehinnangut, kuid selle levimus suurenes uuringuaastate jooksul. Samuti on suurenenud hea tervise enesehinnangu levimus. Märkatav tõus skaala kõrgeimate ja madalaimate hinnangute levimuses oli alates aastast 2004.

Aastal 2006 muutus „Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ tervise enesehinnangu küsimuse sõnastus ning aastal 2004 muutus vastusevariantide sõnastus. Selle ajani oli kõrgeim hinnang „väga hea“ ning madalaim „väga halb“. Muudetud vastusevariandid olid „hea“ ning „halb“. Sõnastuse muutus võib mõjutada vastajapoolset hinnangu määratlemist skaalal.

Hea tervise enesehinnangu trend. Käesolevas töös on andmeanalüüsil tervise enesehinnangu viieväärtuseline hinnang rühmitatud kaheväärtuseliseks („keskmine“ liideti „üsna halb/halb“ hinnangutega). Varasemates uuringutes on kasutatud sarnast grupeerimist, hinnangu „keskmine“ andjaid käsitletakse nõ mittetervetena (50, 51). Selline rühmitamine võib tulemusi mõjutada, kui ei ole teada, millisele rühmale „keskmise“ hinnangu andjad rohkem sarnanevad (51). Täpsuse tagamiseks tuleks samas valimis hinnata tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse seoseid kasutades viieväärtuselist skaalat. Tervise enesehinnangu muutmisel kaheväärtuseliseks ei tohiks vastusevariantide sõnastuse

muutus tulemusi mõjutada. Tõenäoliselt annaksid varem oma tervise „väga heaks“ hinnanud vastajad ka sõnastuse „hea“ korral kõrgema kui keskmise hinnangu. Reile jt on leidnud, et sarnased tulemused saadi nii tervise enesehinnangu kaheväärtuseliseks kui teistsuguse rühmitamise korral (8).

Hea tervise enesehinnangu levimus suurenes uuringuaastate jooksul omades statistiliselt olulist tõusutrendi. Kuni aastani 2004 andsid naised head tervise enesehinnangut vähem kui mehed (või samapalju aastal 2000). Alates 2004-st aastast hindasid naised oma tervist heaks sagedamini kui mehed. Uuritava perioodi alguses hindas oma tervise heaks ligi kolmandik täiskasvanutest (31,6% meestest, 28,7% naistest). Viimastel uuringuaastatel andsid sellise hinnangu pool naistest (50,9% aastal 2012, 48,6% aastal 2014) ning 46,2% meestest (aastal 2014).

Varasemates uuringutes nii Euroopas kui mujal on leitud, et meeste hulgas oli hea tervise enesehinnangu levimus suurem kui naiste seas (9, 25, 29, 35–37). Euroopa riikides läbi viidud uuringute põhjal annavad Soomes ja Iirimaal naised vähemalt head tervise enesehinnangut rohkem kui mehed (37, 39, 52). Tervise enesehinnangu erinevusi meeste ja naiste vahel on uuritud individuaalsete tegurite, soolise võrdõiguslikkuse, inimarengu, regionaalsete sarnasuste aspektist (37), kuid seoste täpsustamiseks Eesti kontekstis on vajalik läbi viia täiendavaid uuringuid.

Võrreldes 2008. aastaga vähenes 2010-ndal aastal oma tervise heaks hinnanud täiskasvanute osakaal, suurenedes taas aastal 2012. Ajavahemikus 2008–2010 kirjeldatakse Eestis majanduslanguse perioodi ning see võib selgitada langust tervise enesehinnangus. Eesti andmeid analüüsid Reile jt, et majanduslanguse perioodil suurenes keskmise ja halvema tervise enesehinnangu levimus (8). Majanduslangus võib mõjutada tervist mitmeti. Suhrcke ülevaateartiklis leitakse, et kõrge elatustasemega riikides on majanduslanguse negatiivne mõju vähetõenäoline (mõõdetuna suremusmäärades). Tuuakse välja liiklus-traumade vähenemine seoses majanduslangusega, kuid sagedamini võivad haigestumised ja suremus vaimse tervisega seotud haiguste, seisundite tõttu (9). Madala sissetulekuga riikide puhul arvatakse majanduslanguse mõju olevat kaheldamatult negatiivne. Keskmise sissetulekuga riikide puhul on võimalik, et efekti ei ole üldse. Kõikide populatsioonide puhul tuuakse välja, et ebavõrdsus tervises võib majanduslanguse tõttu süveneda (9) ning käesoleva töö tulemused viitavad, et majanduslangus mõjutab Eesti täiskasvanute tervist negatiivselt.

Tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega. Eesti 25–64aastaste täiskasvanute hea tervise enesehinnangu seosed sotsiaalmajandusliku staatusega on sarnased

varasemates Eesti teadusartiklites avaldatuga (7, 16, 25, 34, 42). Käesoleva töö tulemused viitavad tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslike erinevuste püsimisele.

Võrreldes 1996. aastaga oli šanss hinnata oma tervis heaks meestel oluliselt suurem alates 2006. aastast ja naistel alates 2004. aastast. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted uuringuaastaga langesid nii meestel kui naistel majanduslanguse perioodil 2010. aastal ning tõusid taas aastatel 2012 ja 2014.

Käesoleva töö tulemustest selgub, et võrreldes vanima vanuserühmaga (55–64aastased) hinnati kõikides nooremates vanusegruppides oma tervis heaks sagedamini. See tulemus on kooskõlas mujal avaldatuga ning šansisuhted olid meestel ja naistel sarnased.

Naiste hulgas oli eestlastel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervis heaks võrreldes mitte-eestlastega. Varasemates uuringutes on leitud, et võrreldes mitte-eestlastega hindavad eestlased oma tervise vähemalt heaks sagedamini (25, 34). Tervise enesehinnangu etnilisi erinevusi võib selgitada kehvema majandusliku olukorraga, madalama haridustasemega (2, 53). Antud tööks analüüsitud valimis oli naiste hulgas mitte-eestlaste osakaal 31,6% ning nad olid rohkem esindatud vanemates vanuserühmades. Eesti täiskasvanud rahvastiku puhul on leitud, et vanemaealised hindavad oma tervise heaks harvemini (34, 42). Seos vanuse ja tervise enesehinnangu vahel võib osaliselt seletada antud töös saadud tulemusi.

Võrreldes abielus või vabaabielus meestega oli vallalistel oluliselt väiksem šanss anda hea tervise enesehinnang. Varasemates uuringutes on leitud, et partneriga koos elavate täiskasvanute tervise enesehinnangud on paremad kui vallalistel. Soopõhiselt on tulemused erinenud. Näiteks Sildever jt leidsid, et võrreldes partneriga koos elavate meestega hindasid lahutatud/lehestunud vastajad oma tervist halvaks vähem. Naiste hulgas sellist tulemust ei leitud (34). Käesoleva töö valimis võib tulemust mõjutada vallaliste, lahutatud, või lehestunud vastajate väiksem osakaal (abielus, vabaabielus olevaid vastajaid 70,6%).

Kõrgema haridusega täiskasvanutel oli suurem šanss anda hea tervise enesehinnang. Seosed olid meestel ja naistel sarnased. Haridus tervisemõjurina on seotud teadlikuma tervisekäitumisega, kuid ka võimalusega tagada suurem sissetulek (2).

Tööhõive staatuse järgi oli šanss hea tervise enesehinnangu andmiseks väiksem töötutel ja pensionäridel. Tulemusi tõlgendades on oluline märkida, et jaotuse „pensionär“ moodustavad vastajad, kes märkisid küsitluses oma tööhõive staatuseks „mittetöötav pensionär“. Seega ei ole teada, mil määral koosnes see valimi osa invaliidsus- ja mil määral vanaduspensionäridest.

Madalaima sissetulekuneljandikuga võrreldes suurenes šanss anda hea tervise enesehinnang sissetuleku suurenedes. Kõrgeimas neljandikus oli võimalus hinnata oma tervis

heaks üle kahe korra suurem. Suurem sissetulek võib olla seotud tervislike valikute kättesaadavusega ning selle kaudu mõjutada tervise enesehinnangut.

Töö puudused. „Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“ on läbilõikeline ankeetküsitlus. Küsimustele vastamise täpsust ei ole võimalik kontrollida. Töö läbilõikeline kavand piirab seoste põhjuslikkuse üle otsustamist. Tervise enesehinnangu ja sotsiaalmajandusliku staatuse puhul võib-olla keeruline otsustada, kas halvenev tervis on madala sotsiaalmajandusliku staatuse põhjustatud või vastupidi.

Valimi suurus võib mõjutada uuringuaastate võrreldavust. Aastani 2002 koosnes uuringu tarbeks tellitud valim 2000-st isikust, alates 2004. aastast telliti valim suurusega 5000 isikut. Töös uuritud tervise enesehinnangu küsimuse vastusevariantide sõnastus muutus aastal 2004 ning muutuse mõju tulemustele ei ole võimalik hinnata.

Töö tugevuseks võib pidada valimi rahvastikupõhisust. TKU valimi moodustamisel järgitakse rahvastiku jaotust Eesti Statistikaameti vastava aasta andmete alusel. Kihitatud juhuvalimi tellimine rahvastikuregistrist tagab valimi esinduslikkuse (49). Tervise enesehinnangu küsimus on TKU ankeedis olnud alates 1990-st aastast, mil küsitlust Eestis läbi viima hakati. Uuringut on sarnase meetodikaga läbi viidud üle 20 aasta ning see võimaldab analüüsida täiskasvanute tervisekäitumisega seonduvat pikema perioodi jooksul.

7. Järeldused

Käesolevas magistritöös analüüsiti tervise enesehinnangut ja selle seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega 25–64aastastel täiskasvanutel Eestis aastatel 1996–2014.

Ajavahemikus 1996–2014 suurenes hea tervise enesehinnangu levimus nii meeste kui naiste hulgas. Uuringuperioodi alguses hindasid mehed oma tervise heaks sagedamini kui naised. Alates 2004. aastast oli olukord vastupidine. Majanduslanguse perioodil 2008–2010 vähenes hea tervise enesehinnangu andmine nii meeste kui naiste seas, kuid alates 2010. aastast see taas suurenes.

Heaks hindasid oma tervise nooremate vanuserühmade, kõrgema haridustaseme ja sissetulekuga täiskasvanud, kuid vähem töötud ja pensionärid. Meeste hulgas hindasid oma tervist halvemaks vallalised. Mitte-eestlastest naistega võrreldes andsid parema tervise enesehinnangu eestlastest naised.

Tööst järeldub, et aastatel 1996–2014 paranes nii meeste kui naiste hea tervise enesehinnangu osakaal, mis liikus kaasa majanduslangusega aastatel 2008–2010. Uuringuperioodi esimesel poolel andsid mehed head tervise enesehinnangut rohkem, alates 2004. aastast tegid seda rohkem naised. Eesti täiskasvanud rahvastiku hea tervise enesehinnang oli seotud kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega ning püsis sarnane kogu uuringuperioodi jooksul. Majanduslangusel võis olla lühiajaline mõju Eesti rahvastiku tervise enesehinnangule, kuid riskirühmade määratlemiseks tuleks seoseid täpsemalt analüüsida.

Töö tulemustele tuginedes on võimalik saada infot riskirühmade kohta tervise ebavõrdsuse vähendamisel.

Käesoleval tööol põhinevad ettepanekud:

- jätkata andmete analüüsi, et välja selgitada, miks alates 2004. aastast naiste hea tervise enesehinnang sai meeste omast suurema osakaalu;
- tervise ebavõrdsuse vähendamiseks tuleb kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega täiskasvanute kõrval oluliselt rohkem keskenduda madalama sotsiaalmajandusliku staatusega täiskasvanutele (näiteks kindlustada tervishoiuteenuste kättesaadavus riskirühmades).

8. Kasutatud kirjandus

1. Eesti Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Tallinn; 2012.
2. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn; 2011.
3. Eesti Koostöökogu. Eesti Inimarengu Aruanne 2012/2013. Eesti maailmas. Tallinn; 2013.
4. De Bruin A, Picavet H, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Reg Publ Eur Ser 1996;58:1–161.
5. Lauristin M, Vihalemm P, toim. Estonia's transition to the EU. Twenty years on. London: Routledge; 2010.
6. Rahu K, Pärna K, Palo E, et al. Contrasts in alcohol-related mortality in Estonia: education and ethnicity. Alcohol Alcohol 2009;44:517–22.
7. Eesti Koostöökogu. Eesti Inimarengu Aruanne 2010/2011. Inimarengu Balti rajad: muutuste kaks aastakümnet. Tallinn; 2011.
8. Reile R, Helakorpi S, Klumbiene J, et al. The recent economic recession and self-rated health in Estonia, Lithuania and Finland: a comparative cross-sectional study in 2004–2010. J Epidemiol Community Health 2014;68:1072–9.
9. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. Soc Sci Med 2012;74:647–53.
10. Gray L, Merlo J, Mindell J, et al. International differences in self-reported health measures in 33 major metropolitan areas in Europe. Eur J Public Health 2012;22:40–7.
11. Reile R. Kõrge ja madala enesehinnangulise tervise vanus-sõltuvad prognoosijad [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut; 2010.
12. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med 2009;69:307–16.
13. Desalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. J Gen Intern Med 2005;20:267–75.
14. Veideman T, Tekkel M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2013.
15. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2008.
16. Pärna K, Ringmets I. Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland. Scand J Public Health 2010;38:129–34.
17. Põder K, toim. Eesti Sotsiaaluuring. Metoodikakogumik. Eesti Statistika: Tallinn; 2010.

18. Part K, Laanpere M, Rahu K, et al. Eesti Naiste Tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uurimisaruanne. Tartu Ülikooli Naistekliinik: Tartu; 2007.
19. SHARE. Küsituleja ankeet eesti keeles. (http://www.share-estonia.ee/fileadmin/6._laine_kuesitluse_instrumentarium/Ankeet_est.pdf).
20. Jürges H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. Discussion papers. German Institute for Economic Research: Berlin; 2006.
21. Oja, L. Kehaline aktiivsus ja enesehinnanguline tervis. *Eesti Arst* 2008;88(Lisa 2):50–6.
22. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2015.
23. Huijts T, Perkins J, Subramanian S. Political regimes, political ideology, and self-rated health in Europe: A multilevel analysis. *PLoS One* 2010;5:3–7.
24. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol* 1998;27:208–13.
25. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
26. Subramanian SV, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ* 2010;88:131–8.
27. Eikemo TA, Bambra C, Judge K, et al. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2008;66:2281–95.
28. Eriksson M, Dahlgren L, Janlert U, et al. Social capital, gender and educational level – impact on self-rated health. *Open Public Health* 2010;3:1–12.
29. Ferlander S, Mäkinen IH. Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Soc Sci Med* 2009;69:1323–32.
30. Hatch SL, Frissa S, Verdecchia M, et al. Identifying socio-demographic and socioeconomic determinants of health inequalities in a diverse London community: the South East London Community Health (SELCoH) study. *BMC Public Health* 2011;11:861.
31. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Changes over fourteen years in adult obesity in Estonia: socioeconomic status and use of outpatient health services. *Cent Eur J Public Health* 2010;18:186–91.
32. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motrico E, et al. The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 29 countries using European social surveys (2002–2008). *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:747–61.
33. Pärna K, Rahu K. Sotsiaal-majanduslikud erinevused suitsetamises. *Eesti Arst* 2008;88 (Lisa 2):57–62.
34. Sildever Ü, Pärna K, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. *Eesti Arst* 2008;87:13-8.

35. Demirchyan A, Petrosyan V, Thompson ME. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *Int J Equity Health* 2012;11:67.
36. Mccullough ME, Laurenceau J. Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study. *Health Psychol* 2004;23:651–5.
37. Dahlin J, Härkönen J. Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: does country-level gender equality matter? *Soc Sci Med* 2013;98:24–8.
38. Seubsman SA, Kelly MJ, Yiengprugsawan V, et al. Gender, socioeconomic status, and self-rated health in a transitional middle-income setting: evidence from Thailand. *Asia Pac J Public Health* 2011;23:754–65.
39. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34:295–305.
40. Nishi A, Kawachi I, Shirai K, et al. Sex/gender and socioeconomic differences in the predictive ability of self-rated health for mortality. *PLoS One* 2012;7:e30179.
41. Salomon JA, Nordhagen S, Oza S, et al. Are Americans feeling less healthy? The puzzle of trends in self-rated health. *Am J Epidemiol* 2009;170:343–51.
42. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega : Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst* 2006;88(Lisa 2):37–42.
43. Kasmel A, Lipand A, Markina A, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Eesti Tervisekasvatuse Keskus: Tallinn; 2001.
44. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 1996. National Public Health Institute: Helsinki; 1997.
45. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2007.
46. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2005. Tallinn;
47. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2009.
48. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1998. National Public Health Institute: Helsinki; 1999.
49. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2011.
50. Rostila M, Kölegård ML, Fritzell J. Income inequality and self-rated health in Stockholm, Sweden: a test of the “income inequality hypothesis” on two levels of aggregation. *Soc Sci Med* 2012;74:1091–8.
51. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013;58:555–64.

52. Costa-Font M, Costa-Font J. Heterogeneous “adaptation” and “income effects” across self-reported health distribution? *J Socio Econ* 2009;38:574–80.
53. Aaben L. Etniline kuuluvus kui terviserisk: Eesti venekeelsete elanike hinnangud oma tervisele 2004–2012 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2014.

Self-rated health and socioeconomic status in Estonia 1996–2014

Mariliis Põld

SUMMARY

The present study analyzes self-rated health and socioeconomic status among adult population in Estonia 1996–2014. The **aims** were (1) to describe self-rated health and (2) to analyse associations between self-rated health and socioeconomic status among Estonian adults.

Methods. This study was based on data drawn from the survey Health Behaviour among Estonian Adult Population. The subsample used in the paper consisted of adults aged 25–64 (n=18757), 7660 men and 11097 women. Self-rated health was measured using 5-point scale (good, rather good, average, rather bad, bad). Socioeconomic status was measured by age, nationality, marital status, education, work status and income.

Prevalence of self-rated health was calculated for each study year. Self-rated health was dichotomized to good (good and rather good) and less than good. Cuzik nonparametric test was used to test for trend in good self-rated health over study years. Logistic regression analysis was used to assess association between self-rated health, survey year and socioeconomic status.

Results. The prevalence of good health increased since 1996. In 2014, 48,6% of women and 46,2% of men rated their health as good. Until 2004 good health was more prevalent among men but since then women assessed their health as good more often. During the time of economic recession (2008–2010) there was a decrease in good self-rated health among men and women. In 2012 the ratings increased again.

Adjusted logistic regression analysis showed that self-rated health was associated with age, education, work status and income. In women good self-rated health was associated also with nationality and in men with marital status. Compared to the oldset age group, adults from the younger age groups rated their health as good more often. The odds of reporting their health as good was higher among adults with secondary and higher education. Compared to adults with lower income men and women in the higher income groups rated their health as good more often. Compared to married/cohabited men, single men rated their health as good less often. Compared to non-Estonian women, Estonian women assessed their health as good more often.

Conclusions. Good self-rated health increased over study years. A small decrease in good self-rated health appeared during the time of recession 2008–2010.

Men assessed their health as good more often until 2004 but since then the prevalence of good health was higher among women. Good self-rated health was associated with higher socioeconomic status. The socioeconomic differences in self-rated health among Estonian adults have remained similar during the study period 1996–2014.

This study provides evidence-based information that could support identifying risk groups to decrease health inequalities in Estonia. A more in-depth analysis is required to determine the possible reasons behind increase of good self-rated health in women since 2004.

Tänuavaldus

Täna juhendaja Kersti Pärnat toetuse, põhjalike kommentaaride ja nõuannete eest magistr töö koostamisel.

Aitäh Inge Ringmetsale teoreetiliste ja praktiliste juhiste eest andmeanalüüsi läbiviimisel.

Täna Rainer Reilet osalemise eest töö teema esialgsel täpsustamisel.

Suur tänu Angelikale avatud suhtumise eest töötaja- ja magistrandirolli ühendamisel.

Täna Priitu arutelude eest magistr töö igas etapis, nõuannete eest töö toimetamisel ning toetuse ja julgustamise eest ka siis, kui andmeanalüüsi üheksandat korda alustati.

Elulugu

Ees- ja perekonnanimi: Mariliis Põld

Sünniaeg ja koht: 18.09.1980, Haapsalu

E-post: pold.mariliis@gmail.com.

Praegune töökoht, amet: SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Spordimeditsiini- ja taastusravi kliinik, statsionaarse taastusravi osakond, tegevusterapeut (alates 2008)

Haridus:

2013– ... Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe

2004–2008 Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tegevusteraapia (diplom)

Keelteoskus:

Eesti (emakeel), inglise (kõnes hea, kirjas hea), soome (kõnes hea, kirjas hea)

Töökogemus:

2006–2008 Encorium Estonia OÜ, andmesisestaja (kliinilised uuringud)

Teaduslik ja arendustegevus

2008– ... Eesti Tegevusterapeutide Liit (juhatuse liige 2009–2011; 2015–...)

2012–2013 Osalemine tegevusterapeuti kutsestandardi väljatöötamisel

2013 Tegevusteraapia kutseeksami eksamikomisjoni liige

Konverentsiettekanded:

2013 „Tegevusteraapia apraksiaga patsientide taastusravis Tartu Ülikooli Kliinikumis aastatel 2009-2012“, stendiettekanne, Luzern Kantonsspital, Šveits

2012 „Ajutraumaga haige käsitus taastusravis meeskonnatöö näitel“, suuline ettekanne, Eesti Arstide Päevad

Erialane enesetäiendus

2014 “Patsiendi asendi muutmine ilma tõstmiseta, kinesteetika alused”, 8 tundi, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

2013 „Current topics in apraxia“, 16 tundi, Luzern Kantonsspital, Šveits

2012 „Praktiline kunstiteraapia“, 24 tundi, Tallinna Ülikool

2011 „Splinting the hand and upper extremity“, 16 tundi, Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsiooni Keskus

Lisad

Lisa 1. Töös kasutatud küsimused

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, aasta 2012 küsimustik.

1. Teie sugu 1 mees

2 naine

2. Teie sünniaeg

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

päev kuu aasta

3. Teie rahvus 1 eestlane

2 venelane

3 muu (palun kirjutage)

5. Teie tegelik perekonnaseis

1 vallaline

2 abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga

3 lahutatud/lahus elav

4 lesk

6. Teie haridus (kõrgeim lõpetatud haridustase)

1 alg- (1–6 klassi)

2 põhi- (7–9 klassi)

3 kesk- (10–12 klassi)

4 keskeri-

5 kõrg-

11. Kui suur oli viimase 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta? (Kõigist allikatest saadud sissetulek ilma maksudeta)

1 vähem kui 32 eurot

6 256–319 eurot

10 512–575 eurot

2 32– 63 eurot

7 320–383 eurot

11 576–639 eurot

3 64–127 eurot

8 384–447 eurot

12 640–958 eurot

4 128–191 eurot

9 448–511 eurot

13 959 eurot või rohkem

5 192–255 eurot

12. Millist tööd Te käesoleval ajal teete? (Palun märkige ainult üks põhiline.)

- 1 põllu-, karjakasvatus-, metsatöö, kalandus
- 2 tööstus-, kaevandus-, ehitus-, transporditöö
- 3 teenindus-, ametnikutöö
- 4 meditsiini-, kultuuri-, haridus-, teadustöö
- 5 õpilane või üliõpilane (õppimine on põhitegevus)
- 6 ajateenija
- 7 kodune
- 8 mittetöötav pensionär
- 9 töötu

16. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?

- 1 hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 halb

Lisa 2. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted uuringuaastate kaupa

Tabel I. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted (OR, 95% CI) sotsiaalmajandusliku staatuse järgi meestel, TKU 1996–2014*

Tunnused	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Vanuserühm										
55–64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45–55	1,62 0,75–3,50	2,90 1,27–6,60	0,62 0,25–1,54	0,84 0,40–1,80	1,61 0,95–2,76	1,46 0,89–2,39	1,64 1,04–2,61	1,50 0,96–2,36	1,23 0,79–1,89	1,51 0,94–2,44
35–44	3,18 1,51–6,68	3,77 1,73–8,22	2,69 1,21–5,98	2,73 1,32–5,66	3,14 1,87–5,27	2,99 1,81–4,91	2,66 1,68–4,22	2,69 1,70–4,26	2,77 1,77–4,34	2,63 1,64–4,24
25–34	4,98 2,31–10,75	6,07 2,69–13,71	9,34 4,01–21,79	6,79 3,13–14,76	6,24 3,69–10,57	5,61 3,36–9,38	6,78 4,14–11,1)	6,88 4,25–11,15	4,55 2,89–7,18	4,23 2,57–6,95
Rahvus										
Mitteeestlane	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Eestlane	1,03 0,64–1,64	1,21 0,75–1,94	1,17 0,65–2,09	0,81 0,44–1,49	1,18 0,86–1,63	0,74 0,53–1,04	1,22 0,88–1,70	1,01 0,74–1,40	0,86 0,62–1,19	1,68 1,18–2,41
Perekonnaseis										
Abielus ¹	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vallaline	1,34 0,68–2,63	1,27 0,65–2,48	0,73 0,30–1,74	0,50 0,24–1,04	0,89 0,56–1,40	0,84 0,51–1,41	0,97 0,61–1,54	0,45 0,29–0,72	0,67 0,44–1,01	0,90 0,57–1,44
Lahutatud, lesk	1,59 0,74–3,40	1,27 0,54–2,99	1,27 0,54–3,00	0,81 0,36–1,83	1,04 0,64–1,68	0,73 0,38–1,40	0,56 0,32–0,95	1,15 0,69–1,93	0,82 0,46–1,45	0,69 0,37–1,31
Haridus										
Põhiharidus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Keskharidus	2,22 1,12–4,40	1,47 0,76–2,84	1,35 0,61–3,03	1,57 0,81–3,03	2,23 1,36–3,67	1,70 1,02–2,82	2,69 1,64–4,42	2,11 1,32–3,39	1,12 0,71–1,72	2,18 1,21–3,93
Kõrgharidus	4,27 1,90–9,58	1,47 0,64–3,41	4,29 1,67–11,00	1,99 0,89–4,42	3,59 1,97–6,55	5,71 3,20–10,17	5,26 2,97–9,32	3,84 2,23–6,62	1,76 1,06–2,93	5,49 2,89–10,46

Tabel I (jätkub)

Tunnused	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Tööhõive staatus										
Töötab	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Töötu	0,21	1,17	1,00	0,71	0,87	0,61	0,57	0,69	0,74	0,79
	0,08–0,56	0,40–3,38	0,36–2,77	0,26–1,93	0,51–1,48	0,28–1,34	0,26–1,26	0,44–1,08	0,42–1,30	0,43–1,46
Pensionär	0,43	0,80	0,25	0,59	0,37	0,41	0,19	0,59	0,34	0,25
	0,13–1,36	0,21–3,05	0,05–1,14	0,18–1,90	0,17–0,82	0,19–0,87	0,06–0,55	0,31–1,12	0,17–0,68	0,12–0,55
Muu ²	1,26	–	0,25	1,79	0,46	1,39	0,42	0,40	0,50	0,90
	0,38–4,24		0,02–3,75	0,44–7,34	0,08–2,57	0,36–5,35	0,12–1,54	0,12–1,29	0,14–1,77	0,35–2,34
Sissetulek (neljandikud)										
I (madalaim)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
II	1,00	1,61	1,76	0,84	1,33	1,62	1,58	1,28	1,31	1,71
	0,49–2,05	0,61–4,21	0,53–5,77	0,36–1,95	0,76–2,32	0,93–2,83	0,93–2,69	0,80–2,03	0,80–2,16	0,94–3,10
III	1,59	2,28	3,01	1,71	1,25	1,43	1,76	1,49	1,78	2,29
	0,74–4,00	0,92–5,65	0,86–10,55	0,72–4,05	0,76–2,05	0,84–2,45	1,05–2,96	0,93–2,35	1,09–2,89	1,28–4,11
IV (kõrgeim)	1,53	2,71	3,90	2,59	2,29	1,98	2,79	1,94	2,96	2,92
	0,71–3,31	1,06–6,90	1,14–13,40	1,10–6,08	1,38–3,82	1,17–3,35	1,67–4,64	1,22–3,09	1,77–4,94	1,59–5,36

* Kohandatud kõigile tabelis toodud tunnustele.

¹ Abielus, vabaabielus.

² Aastal 1998 andmed puuduvad.

Tabel II. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted (OR, 95% CI) sotsiaalmajandusliku staatuse järgi naistel, TKU 1996–2014*

Tunnused	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Vanuserühm										
55–64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45–55	1,16	1,68	2,69	1,41	1,78	1,46	1,68	1,64	1,47	1,71
	0,60–2,28	0,82–3,44	1,34–5,37	0,75–2,66	1,17–2,69	1,00–2,14	1,15–2,45	1,16–2,32	1,05–2,05	1,21–2,42
35–44	1,65	2,55	4,83	2,67	3,15	3,16	4,18	3,28	3,15	3,36
	0,83–3,29	1,24–5,24	2,39–9,78	1,42–5,02	2,05–4,83	2,14–4,68	2,80–6,23	2,28–4,71	2,20–4,50	2,33–4,85
25–34	3,10	5,55	6,04	3,80	7,46	5,25	6,29	4,96	3,50	4,79
	1,58–6,09	2,66–11,58	2,96–12,33	1,99–7,25	4,80–11,61	3,49–7,90	4,15–9,55	3,38–7,28	2,35–5,21	3,19–7,19
Rahvus										
Mitteeestlane	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Eestlane	2,97	1,67	2,32	1,99	1,94	1,94	1,75	1,48	1,62	2,32
	1,34–3,19	1,07–2,61	1,47–3,66	1,21–3,29	1,46–2,58	1,48–2,53	1,35–2,29	1,15–1,90	1,23–2,13	1,77–3,05
Perekonnaseis										
Abielus ¹	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vallaline	0,53	1,09	1,05	0,59	0,88	0,84	1,21	0,88	0,87	0,89
	0,27–1,05	0,54–2,17	0,57–1,93	0,34–1,04	0,57–1,37	0,57–1,24	0,81–1,81	0,59–1,33	0,60–1,26	0,61–1,31
Lahutatud, lesk	0,74	1,23	0,65	0,92	0,95	1,10	0,91	0,99	0,91	0,96
	0,46–1,17	0,74–2,04	0,39–1,09	0,57–1,48	0,68–1,32	0,81–1,49	0,66–1,26	0,73–1,33	0,66–1,25	0,69–1,34
Haridus										
Põhiharidus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Keskharidus	2,72	1,88	2,48	1,35	1,64	1,77	1,75	1,72	1,52	2,91
	1,30–5,70	0,81–4,36	0,96–6,36	0,63–2,89	1,00–2,71	1,10–2,86	1,05–2,91	0,99–2,97	0,94–2,45	1,60–5,30
Kõrgharidus	5,61	2,33	3,13	1,99	3,42	3,11	3,02	3,44	2,79	4,76
	2,47–12,73	0,94–5,77	1,14–8,56	0,87–4,57	1,98–5,91	1,86–5,23	1,76–5,19	1,93–6,11	1,66–4,67	2,56–8,85

Tabel II (jätkub)

Tunnused	Uuringuaasta									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Tööhõive staatus										
Töötab	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Töötu	1,01 0,45–2,26	0,39 0,12–1,23	0,87 0,35–2,19	0,45 0,18–1,11	0,74 0,35–1,56	0,99 0,52–1,88	0,41 0,17–1,02	0,74 0,47–1,17	0,71 0,43–1,17	0,57 0,32–1,01
Pensionär	0,82 0,35–1,93	0,30 0,09–0,93	0,91 0,36–2,27	0,20 0,07–0,61	0,57 0,32–1,02	0,78 0,46–1,32	0,55 0,30–1,01	0,53 0,31–0,92	0,31 0,18–0,52	0,65 0,39–1,08
Muu	1,02 0,56–1,87	0,95 0,46–1,98	1,01 0,51–2,00	0,62 0,33–1,19	1,19 0,78–1,82	1,31 0,87–1,98	0,96 0,64–1,43	1,11 0,75–1,65	1,40 0,91–2,15	1,58 1,00–2,51
Sissetulek (neljandikud)										
I (madalaim)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
II	1,44 0,83–2,50	0,35 0,15–0,84	0,98 0,43–2,23	1,16 0,64–2,11	1,48 0,90–2,42	1,32 0,89–1,95	1,24 0,85–1,82	0,87 0,62–1,23	1,09 0,75–1,60	0,98 0,63–1,54
III	1,19 0,64–2,23	1,20 0,57–2,49	1,50 0,61–3,66	1,39 0,74–2,62	2,20 1,39–3,48	1,45 1,00–2,10	1,41 0,96–2,08	1,64 1,15–2,34	1,53 1,06–2,21	1,27 0,80–2,01
IV (kõrgeim)	2,26 1,23–4,14	1,84 0,86–3,91	1,98 0,83–4,73	2,02 1,07–3,80	3,25 1,98–5,34	2,37 1,64–3,43	2,11 1,41–3,17	1,90 1,31–2,75	2,82 1,86–4,26	1,59 1,00–2,60

* Kohandatud kõigile tabelis toodud tunnustele.

¹ Abielus, vabaabielus.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Mariliis Põld,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eestis 1996–2014“, mille juhendaja on Kersti Pärna,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **28.05.2015**