

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

TERVISE ENESEHINNANGU SEOSSED
LÄHIVÕRGUSTIKUGA 50-AASTASTEL JA VANEMATEL
INIMESTEL EESTIS: UURING SHARE ANDMETE PÕHJAL

Magistritöö rahvatervishoius

Piret Väljaots

Juhendaja: Liili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikool, Eesti demograafia
instituut, nooremteadur

Tartu 2014

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2014 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Astrid Saava, dr. med., Tartu Ülikooli arstiteaduskonna emeriitprofessor

Kaitsmine: 10.06.2014

This paper uses data from SHARE wave 4 release 1, as of November 30th 2012. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5- CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions).

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	4
1. SISSEJUHATUS	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	8
2.1. Tervises seisund ja selle mõõtmine	8
2.2. Tervise enesehinnang ja selle mõõtmine	10
2.3. Lähivõrgustik ja selle mõõtmine	12
2.4. Sotsiaalse võrgustiku ja tervise vahelised seosed vanemaealistel	14
3. MAGISTRITÖÖ EESMÄRGID	17
4. MATERJAL JA METOODIKA	18
4.1. SHARE uuring ning magistritöö valimi moodustamine	18
4.2. Sõltuv tunnus – tervise enesehinnang	20
4.3. Demograafilised näitajad	20
4.4. Lähivõrgustiku tunnused	22
4.5. Objektiivse tervises seisundi näitajad	24
4.6. Andmeanalüüs	25
5. TULEMUSED	27
5.1. Tervisehinnangu jaotus Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel	27
5.2. Lähivõrgustiku seosed tervise enesehinnanguga Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel	31
6. ARUTELU	38
6.1. Tervise enesehinnang Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel	38
6.2. Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustiku struktuuri, funktsiooni ja kvaliteediga Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel	39
7. JÄRELDUSED	44
8. KASUTATUD KIRJANDUS	45
SUMMARY	51
TÄNUAVALDUS	53
ELULUGU	54
LISA 1 Magistritöös kasutatud tunnused SHARE küsimustikust	55

LÜHIKOKKUVÕTE

Euroopas kasvab vanemaealise rahvastiku osakaal ning üks kiiremini vananevatest riikidest on Eesti. Vanemas eas esineb erinevaid tervisehäireid, kuid peale füüsilise ja vaimse tervise probleemide mõjutab vanemaealiste tervist ja heaolu ka neid ümbritsev suhtevõrgustik.

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada tervise enesehinnangut vanemaealisel rahvastikul Eestis erinevates demograafilistes gruppides, sotsiaalse võrgustiku omaduste ning füüsilise ja vaimse tervise seisundi korral ning selgitada, millised on seosed tervise enesehinnangu ja lähivõrgustike vahel. Valim moodustati SHARE projekti Eesti andmete põhjal, mis koguti aastatel 2010-2011. Valimisse kaasati 4620 50aastast ja vanemat inimest.

Eesmärkide saavutamiseks hinnati tervise enesehinnangut grupiti, gruppidevahelist erinevust hinnati hii-ruut testiga. Tervisehinnangu seosed lähivõrgustikega leiti logistilise regressiooni analüüsi abil. Käesolevas töös uuriti tervise enesehinnangu seoseid demograafiliste tunnuste, lähivõrgustiku näitajate ning füüsilise ja vaimse tervise seisundiga.

Kõrgema vanuse, madalama haridustaseme, tööturul mitteosalemise, välispäritolu ning partnerita leibkonnas oli oluliselt rohkem inimesi, kes hindasid oma tervist halvaks. Halva tervisehinnangu osakaal oli suurem füüsilise ja vaimse tervise häirete esinemise korral. Oluliselt rohkem esines halba tervisehinnangut inimestel, kelle lähivõrgustikku ei kuulunud partner, lapsed, sõbrad ega emotsionaalselt lähedased inimesed võrreldes nendega, kellel oli partner, laps, sõbrad ja lähedased inimesed võrgustikus.

Madalam haridustase ja tööturul mitteosalemine oli seotud suurema šansiga halvaks tervisehinnanguks kui kõrgem haridus ning aktiivsus tööturul. Sarnase terviseseisundi korral oli meestel ja välispäritolu rahvastikul suurem šans hinnata oma tervist halvaks kui eestlastel ja naistel. Partneri, laste ja muude võrgustikuliikmete olemasolu lähivõrgustikus, võrgustikuliikme geograafiline kaugus ning rahulolu lähivõrgustikuga ei olnud seotud tervisehinnanguga. Sõbra ning kolme ja enama emotsionaalselt lähedase inimese korral oli halva tervisehinnangu šans väiksem kui sõpradeta või emotsionaalselt lähedaste inimesteta lähivõrgustikus.

Tervise enesehinnangu olulisimaks mõjutajaks on füüsilise ja vaimse tervise seisund, kuid ka lähivõrgustiku struktuur, funktsioon ja kvaliteet on seotud tervise enesehinnanguga.

Võtmesõnad: tervise enesehinnang, sotsiaalse võrgustiku struktuur, sotsiaalse võrgustiku funktsioon, sotsiaalse võrgustiku kvaliteet, lähivõrgustik, Eesti, 50aastased ja vanemad, SHARE

1. SISSEJUHATUS

Euroopa rahvastikku iseloomustab vananemine ehk vanemaealiste osakaal on ühiskonnas kasvanud ning eeldatavasti kasvab veelgi. Rahvastiku vananemise protsess toimub ühest küljest keskmise eluea pikenemise, teisest küljest taastetasemest allapoole langenud sündimuse tõttu (1). Rahvastiku vananemine Eestis on olnud katkendlik vaheldudes ajutiste rahvastiku noorenemise etappidega, kuid alates 1990. aastate algusest on toimunud vananemise hüppeline kiirenemine ning Eesti on seetõttu Euroopas üks kiiremini vananeva rahvastikuga riike (2).

Eurostati andmetel oli Euroopa Liiduga 2007. aastaks liitunud riikides (edaspidi EL-27) üle 65aastaste inimeste osakaal 1993. aastal 14%, 2003. aastal 16% ja 2013. aastal 18%, Eestis oli see näitaja aga vastavalt 12,5%, 15,8% ja 18% (3). Ehkki individuaalse vananemisega võivad kaasneda kohanemiskasvud, ei ole rahvastiku vananemine tingimata negatiivne nähtus. See protsess viitab inimeste suuremale kontrolli omamisele enda elu, eluviiside ja haiguste suhtes. Ühiskonna tasandil tuleb vananevast rahvastikust tingitud muutustega arvestades teha vastavaid ümberkorraldusi tööturu, hariduse, tervishoiu jt valdkondades (2).

Rahvastiku vananemisega võib suureneda ülalpeetavate inimeste osakaal, mis koormaks tööelist elanikkonda, juhul kui olemasolevas ühiskonnakorralduses ja majandusstruktuuris midagi ei muutu. Eurostati andmetel langes 15–64aastaste inimeste osakaal EL-27 riikides 1993. aasta 67 protsendilt 66 protsendini 2013. aastal (3). Lisaks tuleks arvestada haridustee pikenemisega ning tööelu algusega hilisemas vanuses (vanust 15–64 arvestatakse tööeana, kuid tinglik tööeapiir võiks alata 20. eluaastast), mis tähendab, et kõik 15–64aastased ei ole tööturul osalejad (2). Seetõttu arutlevad nii teadlased kui poliitikud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste väljatöötamise, pensioniea tõstmise aga ka näiteks vanuriea ümberdefineerimise või -mõtestamise vajalikkuse üle (4). Majanduse jätkusuutlikkuse säilitamiseks tekib vajadus ümber kujundada pensionisüsteem – aktiivne tööturul osalemine vanemas eas eeldab aga vanemaealise elanikkonna töövõime ja tervise paranemist (2). Ühelt poolt viitab kasvav eluiga ning tervelt elatud eluaastate arv, et rahvastik on teovõimeline veel aastaid pärast pensionileminekut, teisalt on üheks selle eeltingimuseks nii üksikisikute kui ka riigi ja kogukondade enda tervisealased otsused ja tegevused (4, 5). Aktiivse vananemise toetamine võimaldaks vananeva rahvastiku tervises seisundi parandamist ning seeläbi vähendaks nooremate põlvkondade koormust (6). Ainuüksi tervishoiukulutuste vähendamise seisukohast on oluline tagada vanemaealiste inimeste heaolu – vanemaealised, kellel on depressioon hindavad oma tervist halvaks (7) ning end üksikuna tundvad eakad tarbivad

rohkem nii ambulatoorseid kui statsionaarseid tervishoiuteenused, suurendades seeläbi tervishoiukulutusi (8). Kõrgema eaga tekib rohkem füüsilisi terviserikkeid, kuid inimese arvamust enda tervisest saavad mõjutada just eaka pere ja sõbrad aidates tal säilitada arusaama endast kui tervest inimesest (9).

Lääne-Euroopa riikide elanikud hindavad oma tervist paremaks kui inimesed Kesk- ja Ida-Euroopas ning endistes Nõukogude Liidu riikides. 1995–1997 aastate andmetele tuginedes on leitud, et Euroopa riikides parima tervisehinnanguga olid Šveits, Norra ja Rootsi, seevastu Eestis hindas ligi 60% vastanutest oma tervist halvaks (10). Ka 2004. aasta Euroopa sotsiaaluuringu andmetel oli halva tervisehinnanguga ligi pool Eesti täiskasvanud elanikkonnas (11). Vananeva rahvastikuga ühiskondades võib suureneda igapäevaelupiirangute esinemissagedus. Euroopa vanemaealiste tervise, vananemise ja tööjätu uuringu SHARE (*Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*) andmetel on Eestis võrreldes teiste Euroopa riikidega suurim osakaal üle 50aastaseid, kelle igapäevaelu tegevused on tõsisel määral piiratud (12). Nõukogude Liidu tervisesüsteem ei rõhutanud üksikisiku enda vastutust tervisekäitumises ning haiguste ennetamisel (13) ning ühest küljest ongi selgitatud halba tervisehinnangut endistes Nõukogude Liidu riikides krooniliste haiguste ning igapäevaelu piirangute suurema levimusega (5, 6), samuti halvema majandusliku olukorraga võrreldes Lääne–Euroopaga (14). Samas ei kattu inimese enda hinnang oma tervisele alati arsti öelduga (15) ning riikide majanduslik olukord ei pruugi täielikult selgitada riikidevahelisi erinevusi tervises (16). Mida rohkem lisandub vanusega kaasnevaid igapäevaelupiiranguid, seda olulisemaks muutuvad perekondlikud sidemed, mis pakuvad erinevat laadi toetust – ühelt poolt mõjutavad need inimese tervisealaseid teadmisi, hoiakuid ja käitumist, samas pakuvad praktilist ja isiklikku tuge (12). Inimest ümbritsevad lähedased ja talle olulised sotsiaalsed suhted määratlevad tema rollid ühiskonnas (17), annavad elule mõtte (18) ning just vanemate inimeste puhul võib tervis tähendada muudki kui vaid füüsilise tervise näitajaid, näiteks võivad olulisemaks muutuda tervise sotsiaalsed komponendid (7).

Euroopa vanemaealiste inimeste lähivõrgustikud (sotsiaalsed võrgustikud kitsamas tähenduses) on väikesed, koosnedes keskmiselt 2–3 inimesest. Riikidevahelisi erinevusi esineb aga siingi – Lääne- ja Põhja-Euroopas on võrgustikud keskmisest suuremad ning Ida- ja Lõuna-Euroopa riikides väiksemad. Enamasti moodustuvad lähivõrgustikud pereliikmetest, kellega ollakse emotsionaalselt lähedastes suhetes (19). Mida vanemad on inimesed seda tõenäolisemalt tunnevad nad end üksikuna, see aga soodustab oma tervise hindamist halvaks (20). Perekonnaliikmete ning sõpradega kontakti hoidmine kasvõi telefoni teel ning seega emotsionaalselt oluliste kontaktide säilitamine võib olla tervise seisukohast olulisemgi kui silmast silma sagedased kohtumised vähemoluliste võrgustikuliikmetega (20). Suure

sotsiaalse võrgustikuga (edaspidi kasutatakse sotsiaalse võrgustiku sünonüümina mõistet suhtevõrgustik) vanemaealised inimesed ei tunne end nii üksikuna kui need, kelle tutvusringkond on väike, end vähem üksikuna tundvad inimesed aga tarvivad vähem tervishoiuteenuseid (8).

Vanemaealiste ühiskonda kaasamine ning eneseteadlikumaks ja aktiivsemaks muutumine on kujunenud oluliseks teemaks ka riiklikul tasandil. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium on koostanud „Aktiivsenä vananemise arengukava 2013–2020“, mis keskendub üle 50aastastele Eesti elanikele ning mille eesmärkideks on muuhulgas vanemaealiste ühiskonda kaasamine ning sotsiaalne aktiivsus, samuti tervena elatud eluaastate pikendamine ning toimetuleku suurendamine (21). Rahvastiku vananemise taustal on seetõttu oluline välja selgitada, kuidas lisaks vanusega kaasnevatele füüsilise ja vaimse tervise muutustele mõjutab vanemaealise elanikkonna tervist ning heaolu neid ümbritsev suhtevõrgustik üksikisikute tasandil.

Vanemaealiste sotsiaalseid võrgustikke on maailmas uuritud nii heaolu ja eluga rahulolu seisukohast (19, 22, 23), seoses inimese arusaamaga oma tervisest (9, 16, 24) ning objektiivse terviseseisundiga (12, 25–28), samuti seoses üksindusega (8, 20), kuid Eesti vanemaealiste lähivõrgustikke ning objektiivseid tervisenäitajaid ei ole tervisehinnanguga seoses uuritud. Käesolev töö keskendub Eesti vanemaealiste lähivõrgustikele ning sellele, mil moel lähivõrgustikud on seotud inimese arusaamaga oma tervisest. SHARE uuring keskendub just 50aastastele ja vanemale rahvastikule ning uuringusse kaasamisel ei ole ülemist vanusepiirangut. Samuti võimaldab SHARE uuring vaadelda tervisehinnangut multidistsiplinaarselt, kuna üksikisiku kohta on kogutud laialdaselt teavet (sealhulgas tervis, töö, pere jne).

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Kirjanduse ülevaate peatükk keskendub terviseseisundile üldiselt, sotsiaalsetele võrgustikele ning tervise ja sotsiaalse võrgustiku seostele. Peatükis antakse ülevaade terviseseisundist ja selle mõõtmisest, sotsiaalsetest võrgustikest ning nende mõõtmisest, tervise enesehinnangust ja selle seostest sotsiaalse võrgustikuga.

2.1. Terviseseisund ja selle mõõtmine

Hea tervis on üldine väärtus, kuna see on seotud nii ühiskondliku kui isikliku arenguga, olles elukvaliteedi üks olulisi komponente (29). Igapäevaelus kasutatakse tervise mõistet sageli seoses haigustega ning hea tervis märgib seejuures haiguste puudumist, samas saab tervist vaadelda laiemalt. Üldtuntud ning sageli kasutatav on Maaailma Terviseorganisatsiooni poolt sõnastatud tervise definitsioon, mis väidab, et tervis on täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund (29). Tervis on Kasmeli ja Lipandi (30: 508) poolt defineeritud kui „multidimensionaalne, sotsiaalse, füüsilise ja psühholoogilise heaolu muutuv seisund, mis põhineb tegutsemisvõimel, eneseteostusvõimel ja elu mõtte tunnetusel“. Lisaks on tervis „inimressurss, millest sõltub elukvaliteet“ (31: 848). Seega ei ole oluline ainult haiguste puudumine, vaid ka füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaoluga seonduv elukvaliteet ning ühiskondlik toimimine.

Füüsilise tervise hindamisel on võimalik kasutada erinevaid objektiivseid ning kaudsemaid hindamise meetodeid. Laboratoorselt on võimalik määrata ning terviseuuringutes on kasutusel erinevad verest määratavad markerid nagu C-reaktiivne valk, maksafunktsiooni markerid, kolesteroolitase, mis annavad aimu inimese üldisest terviseseisundist (15, 32, 33). Laboratoorseid markereid kasutatakse mõnikord koos teiste, kaudsemate tervisenäitajatega. Näiteks võib arst hinnata inimese elustiiliga seotud näitajaid nagu vererõhk, kehamassiindeks ning vöö- ja puusaümbermõõdu suhe (15) või vanusega muutuvat käte pigistusjõudu ning kõndimise kiirust (34).

Füüsilist terviseseisundit saab aga hinnata kaudselt näiteks inimese enda poolt nimetatud seisundite nagu krooniliste haiguste, sümptomite ja igapäevaelupiirangute esinemise kaudu (22, 34–36), paluda vastajal loetleda üle 6 kuu kestnud haigusseisundeid. GALI (*Global Activity Limitation Index*) ehk igapäevaelupiirangute esinemise näitaja, mille põhjal arvestatakse tervena elatud eluaastaid (37), on mõõdik, mis näitab funktsionaalsete piirangute (enesehooldus, söömine, riietumine, poes käimine, toidu valmistamine, telefonierimine jne)

esinemist või mitteesinemist (37, 38). GALI on lihtsam ja kiiremini kasutatav kui igapäevaelupiirangute loetlemine (39). Füüsilise tervise hindamiseks võib inimesel paluda anda oma tervisele hinnang etteantud skaalal (6), millest lähemalt räägib peatükk 2.2. Inimese hinnangut oma tervisele mõjutavad oluliselt somaatilised sümptomid ehk mida vähem esineb sümptomeid, seda paremaks hindavad inimesed oma tervist (40). Somaatiliste sümptomite esinemine võib olla seotud nii krooniliste haigustega, kuid esineda iseseisvalt, ilma konkreetse diagnoosita. Sümptomite arvu on erinevates uuringutes kasutatud füüsilise tervise näitajana (19, 34, 41).

Lisaks füüsilise tervise näitajatele huvitatakse sageli vaimsest tervisest, mis on osa üldisest terviseseisundist ning seotud eluga rahuloluga. Depressiivsed inimesed on harvem eluga rahul (23) ning võivad oma füüsilist tervist hinnata reaalsest halvemaks (9), mistõttu põhjustavad üleliigseid kulutusi tervishoius (7). Samas võib halb vaimne tervis otseselt mõjuda füüsilise tervise seisundile (24) ning lisaks takistada sotsiaalsete suhete loomist ja hoidmist, mistõttu näiteks reaalsete füüsilise tervise probleemide korral ei saada paranemiseks vajalikku sotsiaalset toetust (26). Vaimset tervist mõõdetakse mitmetes uuringutes ärevuse ja depressiooniilmingute esinemise kaudu, kasutades hindamiseks erinevaid depressiooni-küsimustikke (8, 23, 42, 43).

Vaatamata sellele, et üldtuntud tervisedefinitsioon hõlmab sotsiaalse heaolu komponenti, on üksikisiku tervise hindamisel sageli keskendunud vaid füüsilise tervise näitajatele. Viimastel aastatel on tõusnud enam päevakorda tervise sotsiaalne aspekt, näiteks on kirjutatud uurimistöid sotsiaalse kapitali seostest tervisega (44–48), sotsiaalsete võrgustike mõjust terviseteevuste tarbimisele (49), eluga rahulolule (22) ja vaimsele heaolule (50). Teadlased otsivad vastust küsimusele, mil määral on inimese sotsiaalne elu seotud tema füüsilise ja vaimse tervisega ning milliste toimemehhanismide kaudu mõjutab näiteks füüsiline tervis vaimset tervist ja sotsiaalset heaolu ning vastupidi. Nii arutleb Ferlander (51), et sotsiaalne heaolu mõjutab otseselt füüsilist tervist – läbi sotsiaalse toetuse väheneb stress ja stressiga kaasnevad bioloogilised muutused kehas. Sotsiaalsed suhted mõjutavad otseselt vaimset tervist ja seeläbi kaudselt füüsilist tervist. Halva füüsilise tervise korral omakorda võivad sotsiaalsed kontaktid väheneda ning vaimne tervis halveneb. Seega on nii sotsiaalsed suhted, vaimne ja füüsiline tervis omavahel tihedalt seotud ning mõjutavad üksteist nii otseselt kui kaudselt (51).

Tervise terviklik käsitlemine on oluline seetõttugi, et patsiendile arsti poolt antud tervisehinnang ja patsiendi enda poolt raporteeritud tervisehinnang kattuvad ainult kolmandikul (15) kuni 65% juhtudest (52). Seega ainult füüsilised näitajad (laboratoorsed näidud, arsti hinnang) ei pruugi anda inimese tervikliku terviseseisundi kohta nii palju infot

kui inimese enda hinnang, mille andmisel võetakse arvesse rohkem aspekte kui vaid füüsilisi tervisenäitajaid. Tervise enesehinnang on indikaator, mis „kombineerib omavahel füüsilise tervise ja psühhosotsiaalse seisundi, mitte ei arvesta vaid haiguse puudumist“ (31: 857), mistõttu on see kasulik mõõtevahend, kui tahame registreerida inimese üldist terviseseisundit, mitte loetleda haigusi või sümptomeid.

2.2. Tervise enesehinnang ja selle mõõtmine

Üks võimalus inimese üldise tervise hindamiseks on paluda tal anda hinnang oma tervisele lähtuvalt etteantud skaalast. Tervise enesehinnangu määramiseks on kaks uuringutes sagedamini kasutatavat skaalat. Ühel skaalal ulatuvad vastused väga heast väga halvani (nn „Euroopa versioon“, Maailma Terviseorganisatsiooni poolt soovitatud) ning teisel skaalal suurepärasest halvani (nn „Ameerika versioon“) (34). SHARE uuringus katsetati esimeses uuringulaines mõlemat võimalikku skaalat. Jürges et al (36) võrdlesid „Euroopa“ ja „Ameerika“ skaalat ning leidsid, et hoolimata nende sõnalisest erinevusest (väga head tajutakse teisiti kui suurepärasest) ning sellest, et esimene eristab paremini halba tervisehinnangut (väga halb, halb, rahuldav), teine aga paremini head tervisehinnangut (hea, väga hea, suurepärane), korreleeruvad need omavahel hästi ja on sarnaselt seotud nii demograafiliste kui tervisenäitajatega ning käituvad riigiti sarnase mustri järgi. Vastuste ühtlasemat jaotust ning väiksemaid standardhälbeid „Ameerika“ skaalal peetakse eeliseks „Euroopa“ skaala kasutamise ees (36) ning SHARE uuringu neljandas laines piirduti vaid „Ameerika“ skaala kasutamisega (53).

Tervise enesehinnang on haigestumuse ja suremuse usaldusväärne indikaator (40, 45), kuna rahvastiku tasandil suudab tervise enesehinnang hästi ennustada suremust (54) ning tervishoiuteenuste tarbimist (55). Suurema suremusmäära ja tervishoiuteenuste tarbimise kõrval on halb tervise enesehinnang seotud krooniliste haiguste nagu luu-lihaskonnahaiguste, reumatoidartriidi, vereringehaiguste ning südamepuudulikkuse (14, 56), depressiooni, neuroloogiliste haiguste ja vähi (41) kõrgema esinemissagedusega. Samuti seostuvad piirangud igapäevaelu põhitoimingutes (nt enesehooldus, riietumine, söömine) halvema tervisehinnanguga (14). Osade uuringute kohaselt (48) hindavad naised oma tervist meestest halvemaks ning olenemata terviseseisundist ja sotsiaalsest võrgustikust hindavad naised end meestest sagedamini puudega inimeseks (9). Põhjuseks võib olla asjaolu, et naised elavad meestest keskmiselt kauem ning seetõttu on neil rohkem aega erinevate haiguste väljakujunemiseks. Enamik uuringuid (11, 31, 41, 43) toetabki fakti, et tervise enesehinnangu

mõjutajana on objektiivne tervis (nt krooniliste pikaajsete haiguste esinemine) olulisem kui sugu ning kui meeste ja naiste terviseseisund oleks sarnane, hindaksid mehed ja naised oma tervist ühtmoodi (57). Reile ja Leinsalu (35) uuringus aga hindasid mehed oma tervist naistest halvemaks, kui arvesse võeti sarnane füüsilise tervise seisund (mõõdetud kui krooniliste haiguste arv ja igapäevaelupiirangud). Erinevust meeste ja naiste vahel võib selgitada erinev haiguste struktuur Eestis ehk meeste ja naiste põetud kroonilised haigused on erinevad ning avaldavadki nii elukvaliteedile kui tervisehinnangule erinevat mõju (13). Tervise enesehinnangu seos rahvusega on vasturääkiv – osades uuringutes (11, 58) ei leitud seost põlis- ja välispäritolurahvastiku tervise enesehinnangu vahel, Reile ja Leinsalu (35) uuringus Eesti kohta ilmnes aga, et eestlastel on suurem šans hinnata oma tervist heaks kui teistel rahvustel ning selle põhjuseks peetakse nii kultuurilisi omapärasid, mida võetakse arvesse oma tervise hindamisel kui erinevat tervisekäitumist. Tegemist võib olla Eestile omase seosega.

Inimestel, kes hindavad oma tervist halvaks, on risk järgnevatel aastatel surra oluliselt suurem kui hea tervisehinnangu korral (40, 55, 59). Osalt peegeldabki tervise enesehinnang objektiivset terviseseisundit (mõõdetav näiteks arsti poolt haiguste või sümptomite esinemisena) (52), mistõttu kohandades suremust vanusele ja objektiivsele terviseseisundile (krooniliste haiguste, pikaajsete sümptomite ning kasutatavate ravimite arv, kuulmis- ja nägemisprobleemid) kaotas Jylhä et al (40) uuringus tervise enesehinnang oma statistilise olulisuse suremuse ennustamisel. Samas on leitud ka vastupidist – tervise enesehinnang ennustab suremust paremini kui vaid objektiivne terviseseisund (mõõdetud kui arsti poolt kinnitatud tervisehäired ning haiglaravi või operatsiooni nõudnud terviseseisundi esinemine). Halva tervise enesehinnangu korral oli 71–73aastastel inimestel risk järgnevatel aastatel surra ligi kolmekordne võrreldes suurepärase tervisehinnanguga, objektiivselt halva tervise korral aga oli risk surra 2,5 korda suurem kui suurepärase tervisehinnangu korral. Vanusegrupis 74–77 eluaastat erinesid tervise enesehinnangu ja objektiivse terviseseisundi riskimäärad veelgi – riskimäärad olid vastavalt 2,8 ja 1,6 (52). Seega ei pruugi ainuüksi objektiivselt mõõdetud füüsilise tervise näitajad selgitada kogu inimese terviseseisundit.

Jylhä (60) sõnul ongi hinnang oma tervisele iga inimese puhul erinev, kuna arvesse võetakse erinevaid tervise aspekte lähtuvalt sellest, mil moel tervis defineeritakse ehk millest tervis koosneb ning mil määral mingi tervise komponent üldist tervist mõjutab. Hinnangut oma tervisele võivad mõjutada nii varasem kui käesolev terviseseisund, samuti kõikvõimalikud teised tervist mõjutavad asjaolud, mis tulenevad inimese sotsiaalsest ja kultuurilisest keskkonnast ning vaimsest seisundist (54), lisaks võrreldakse tervisehinnangu andmisel end sageli teiste inimestega (61). Näiteks on vanemad inimesed üldiselt halvema

füüsilise tervisega kui noored (27), kuid vanemate inimeste puhul võib tervise enesehinnang sõltuda rohkematest aspektidest kui vaid tegelik füüsiline tervis (7). Ehkki mitmete uuringute põhjal (44, 48, 58) suureneb vanemas eas tõenäosus hinnata oma tervist halvaks, siis on leitud, et just vanuse kasvades ootused tervisele vähenevad ning võrreldes end teiste samaealistega võidakse oma tervist hinnata hoopis heaks (40, 43). Teisalt on võimalik, et uuringutes kaardistatakse vaid need vanemad inimesed, kes on tugevamad ja tervemad ning seetõttu kauem elus ning kes annavad oma tervisele kõrge hinnangu (62). Tervise enesehinnang peegeldab seega lisaks objektiivsetele tervisenäitajatele veel sotsiaal-majanduslikke ja demograafilisi näitajaid, mis kõik avaldavad mõju suremusele (59).

2.3. Lähivõrgustik ja selle mõõtmine

Paljudes uuringutes ning igapäevaelus kasutatakse laiahaardelist mõistet **sotsiaalne kapital**, millele omistatakse lähtuvalt teadusvaldkonnast ning teadlasest erisuguseid tähendusi. Väga palju on uuritud sotsiaalset kapitali nt usalduse või kodanikuaktiivsuse aspektist (47, 50, 63), Usaldus (ja ümbritseva keskkonna turvalisus) tekib sellest, et kogukonnas tuntakse üksteist, mistõttu on raske käituda märkamatuks ning seega tagatakse parem kontroll ebasoodsa käitumise üle (nt väheneb kuritegevus, millel on otsene positiivne mõju tervisele) (64). Käesolevas töös ei ole usaldus ja kodanikuaktiivsus uurimisfookuses, vaid keskendutakse **sotsiaalsele võrgustikule**. Sotsiaalsele kapitalile on viidanud mitmed autorid (46, 64, 65) kui erinevate ressursside kogule, millele juurdepääsu tagab kuulumine sotsiaalsesse võrgustikku. Portes (64) peab oluliseks sotsiaalseid võrgustikke ja teisi struktuure, millesse kuulumisest saab inimene kasu, samas tekitab kuulumine võrgustikesse kohustusi võrgustikuliikmete ees (46). Soov saada gruppi kuulumisest ja headest grupisestest suhetest kasu soodustab grupis tavaks olevate käitumismustrite ning tõekspidamiste omaksvõttu (66). Käärik (67: 279-301) võtab kokku sotsioloogi Pierre Bourdieu teooriad, mille kohaselt nõuab sotsiaalne kapital (ja suhtevõrgustikesse kuulumine) grupiliikmete poolset pingutust ning osutatud teenete ja antud hüvede korral oodatakse vastuteeneid. Kasmel ja Lipand (30: 506) nimetavad sotsiaalset kapitali kui „indiviididevahelised sidemed, sotsiaalsed võrgustikud, normid, vastastikune usaldus ja toetus.“ Sotsiaalseid võrgustikke iseloomustavad Kasmeli ja Lipandi (30: 507) sõnul spetsiifilised suhted, millele on omased näiteks ühised väärtused, ideed ja sõbrad. Sotsiaalsed võrgustikud on ajas muutuvad ning erinevate inimeste võrgustikud omavahel läbipõimunud (68: 60).

Suhtevõrgustikud on sotsiaalse kapitali tekkimisel olulised peamiselt kahel viisil. Sotsiaalsed võrgustikud ning erinevad institutsioonid (nt haridusasutused, tervisehoiuasutused) kannavad edasi väärtuslikku infot (sealhulgas tervisega seonduvat infot) (66) ning mõjutavad inimese (tervisega seotud) väärtushinnanguid, mistõttu sõltub inimese tervisekäitumine ning tervishoiuteenuste tarbimine teda ümbritsevast suhtevõrgustikust (49). Sotsiaalsed võrgustikud mõjutavad inimese enesehinnangut ning läbi stressitaseme vähendamise toimivad füüsilisele tervisele (18). Info vahendamise ning käitumise kujundamise juures on sotsiaalsetel võrgustikel aga veelgi olulisi ülesandeid – sotsiaalsed suhted defineerivad inimese sotsiaalsed rollid ning annavad seeläbi inimese elule mõtte (17).

Kuna suhtevõrgustikud on sotsiaalse kapitali (ja ka muu kapitali) kujunemisel olulised, mõõdetakse sotsiaalse kapitali uuringutes sageli sotsiaalsete suhetega seonduvat (69). Omaette uurimisobjektiks on saanud inimese **lähivõrgustik** (ingl. k. *confidant networks*), mis tähistab inimesele olulisi suhteid (iseloomulik on usalduslikkus nendes suhetes) (70) võtmata arvesse kõiki võimalikke suhteid (tutvused, töösuhted jne, kui need ei ole inimese jaoks olulised). Lähivõrgustik on oma olemuselt mitteformaalsete ning tuge pakkuvate suhete kogum (70).

Lähivõrgustike uurimisel on kasutatud kolme peamist sotsiaalse võrgustiku iseloomuomadust – struktuuri, funktsiooni ja kvaliteeti, kusjuures erinevad autorid on neid omadusi mõõtnud erinevalt. Lähivõrgustikud on oma olemuselt samal tasandil toimivad, tugevad ning mitte kuigi arvukad suhted (nagu perekond, mis koosneb üksikutest isikutest, kellega ollakse emotsionaalselt seotud ning kellega suhtlemisel ollakse üldjuhul võrdses seisus, mitte alluvussuhetes). Kuna fookus on lähivõrgustikul, ei oma sotsiaalse võrgustiku omadused nagu suhete suund, formaalsus ja tugevus käesolevas töös tähtsust. Lähivõrgustiku **struktuuri** mõõtmiseks on näiteks Fiori et al (71) kasutanud võrgustiku suurust, keskmist kontaktide sagedust ja sotsiaalsete tegevuste arvukust (71), Deindl et al (16) võrgustiku suurust ja võrgustikuliikmete geograafilist kaugust (16) ning Litwin ja Stoeckel (19) võrgustiku tüüpi ehk kellest võrgustik koosneb (19). Võrgustiku **funktsiooni** mõõtmiseks on kasutatud emotsionaalset ja praktilist toetust ning emotsionaalset lähedust võrgustikuliikmetega (71), mida aga teistest uurimistöodes on lisaks suhtlemise sagedusele kasutatud kui võrgustiku **kvaliteedi** mõõdikuid (16, 19). Fiori et al (71) sõnul tuleb võrgustiku struktuuri, funktsiooni ja kvaliteeti hinnata koos, kuna näiteks suur pereliikmete arv ei tähenda alati suuremat emotsionaalset toetust ning võrgustikuliikmete arvu ja geograafilise kauguse hindamisest ei piisa seetõttu sotsiaalse võrgustiku toimimise mõistmiseks.

Üle 50aastase Euroopa rahvastiku sotsiaalses võrgustikus on 2–3 olulist inimest ning võrgustiku ülesehitus on riigiti erinev. Nii on Lääne- ja Põhja-Euroopas väiksem osakaal lastel, kuid rohkem nimetatakse oluliste võrgustikuliikmetena sõpru. Ida-Euroopa riikides on võrgustikud aga väiksemad ning koosnevad sageli vaid partnerist/abikaasast. Lõuna-Euroopas on laste osakaal sotsiaalses võrgustikus suurem, mis viitab peresuhete olulisele rollile (19). Litwin ja Stoeckel (19) määratlesid oma töös kuut tüüpi sotsiaalsed võrgustikud, mis erinesid nii võrgustiku suuruse, ülesehituse kui suhete laadi poolest. Perekonnaliikmetest koosnevaid võrgustikke (partner ja lapsed; lapsed; partner; teised pereliikmed) iseloomustas emotsionaalne lähedus isegi juhul, kui geograafiliselt asuti teineteisest kaugel või ei suheldud igapäevaselt. Sõpradest koosnevate võrgustike puhul on kontaktide sagedus suhteliselt harv ning emotsionaalne lähedus keskpärane. Teistest isikutest (naabrid, töökaaslased, hooldajad) koosneva sotsiaalse võrgustiku puhul täheldati küll mõõdukat geograafilist kaugust, samas emotsionaalne lähedus oli madal (19). Sotsiaalseid võrgustikke ei saa seetõttu hinnata ainult sotsiaalsete rollide arvukuse põhjal, vaid arvestada tuleb nende rollide tähendust inimesele (70), kuna sotsiaalse võrgustiku kvaliteet võib olla olulisemgi kui kontaktide sagedus (58).

2.4. Sotsiaalse võrgustiku ja tervise vahelised seosed vanemaealistel

On levinud üldine arusaam, et suurem sotsiaalne kapital mõjub nii vaimsele kui füüsilisele tervisele positiivselt (50, 64) ning selle põhjuseks võib olla nii emotsionaalne kui aineeline toetus ning erinevad ressursid, millele juurdepääsu sotsiaalsed võrgustikud tagavad (44, 51). Vanuse kasvades tekib rohkem igapäeva elupiiranguid, kusjuures keskmiselt piiratud on suurim lähivõrgustik, tõsiselt piiratud aga väikseim (12). Piirangutega seoses muutuvad oluliseks just perekondlikud sidemed, kuna tugevad (emotsionaalselt lähedased) sidemed tagavad enamasti vajaliku praktilise ning emotsionaalse toetuse (12, 51).

Lisaks tugevatele suhetele (nt peresuhted) on Burt'i (72) sõnul väärtus veel nõrgematel suhetel (nt tutvused), mis suurendavad sotsiaalset kapitali eelkõige lisanduva info ning avarduvate võimaluste näol. Portes (64) lisab omalt poolt, et sotsiaalne kapital võib avaldada mõnikord negatiivset mõju tervisele – näiteks võivad sotsiaalsed sidemed piirata individuaalsete eesmärkide saavutamist, samuti on kuulumine kuritegelikku võrgustikku tervistohustav. Negatiivne mõju tervisele võib tuleneda sellestki, et inimesel lasuvad tugevate sotsiaalsete sidemetega seotud sotsiaalsed kohustused, näiteks ühiskonnas valitsevate normide või hoolekandeteenuste puudulikkuse tõttu peab hoolitsema oma lähedaste eest, mis võib abiandjale osutada kurnavaks (51).

Subjektiivselt tajutud tervis mõjutab sotsiaalseid kontakte ning sotsiaalsete kontaktide olemasolu/puudumine mõjutab tervise enesehinnangut ühtmoodi nii üldpopulatsioonis kui üle 50aastastel (25, 48, 51). Ühest küljest ennustab näiteks sotsiaalne kaasatus (osalus erinevates sotsiaalsetes tegevustes) head tervise enesehinnangut tulevikus (47), halb tervis omakorda võib mõjutada sotsiaalsete kontaktide loomise võimalust ning viia tulevikus sotsiaalse isolatsioonini (51). Kui vanemaealine tajub end isoleerituna, mõjub see omakorda negatiivselt vaimsele tervisele ning seeläbi juba füüsilisele tervisele (24). Füüsilise tervise halvenemine võib seejärel mõjutada sotsiaalseid suhteid ja tekibki surnud ring (25). Üle 50aastasel inimestel ei pruugi sotsiaalne isoleeritus või suhtevõrgustiku liikmete vähene arv aga olla alati seotud üksildustundega (üksildustunne märgib tunnet, et midagi on puudu ning ei ole otseselt seotud üksinda olemisega). See tähendab, et inimene võib elada sugulastest kaugel, rääkida sõpradega harva telefoni teel, kuid ei taju end üksiku või isoleerituna (24). Sellele vaatamata on 57–85aastaste inimeste puhul leitud, et sotsiaalse eraldatuse korral esineb rohkem füüsilise tervise häireid kui sotsiaalselt eraldamata inimestel, olenemata sellest, kas tuntakse end üksildasena või mitte (24).

Vanemaealise põlvkonna sotsiaalne kapital väheneb – tööturult kõrvalejäämisega ei kaasne mitte ainult leibkonna sissetulekute vähenemine, vaid ka töökoha kui sotsiaalse kapitali (töösuhete) loomise ja säilitamise võimaluse kadumine (27). Isegi ebaseaduslik töö tagab sotsiaalsed kontaktid ning pidev suhtlemine aitab säilitada kognitiivset võimekust (73). Veelgi vanemas eas võivad lisaks töösuhetele olla kadunud teisedki olulised kontaktid. Vanemaealiste inimeste suhtevõrgustikku kuuluvad inimesed (nt samaealised sõbrad) võivad surra või muudab suhtlemise raskeks võrgustikuliikmete enda tervise halvenemine ning igapäevaelupiirangute tekkimine (12). Vanemaealiste sissetulekud üldjuhul vähenevad, kulutused tervishoiu- ja sotsiaalteenustele võivad aga kasvada. Toimetuleku tagamiseks pensionieas on kasulikum elada kellegagi koos kui elada üksi, kuid näiteks Eestis elavad naised meestest keskmiselt 10 aastat kauem, millega seoses suureneb naistel risk vanemas eas üksi jääda ning sattuda majanduslikult halvemasse olukorda (74). Teisalt olles abielus ja elades koos partneriga väheneb tõenäosus, et suhtevõrgustikus on sõpru, mistõttu partneri surres suureneb võimalus üksi jääda. Eriti haavatavad on seejuures vanemaealised igapäevaelupiirangutega mehed (12). Üldrahvastikus tehtud uuringu tulemusel võimendab kehv sotsiaalne olukord omakorda halva majandusliku olukorra mõju ning suurendab šanssi hinnata oma tervist halvaks (75). Kuna vanemate inimeste puhul võib tervise enesehinnang sõltuda rohkematest aspektidest kui vaid tegelik füüsiline tervis (7), võib eelkõige vanemaealise lähivõrgustik aidata tal säilitada arusaama endast kui puudeta inimesest, vaatamata vanusega lisanduvatele füüsilistele ning psüühilistele piirangutele (9). Seega ei

piisa vaid majanduslikest meetmetest rahvastiku tervise parandamisel, vaid keskenduda tuleb veel sotsiaalsetele aspektidele (10), seda eriti tervise ebavõrdsuse vähendamiseks vanemaealise elanikkonna hulgas (26).

Reile ja Leinsalu (35) Eesti üldrahvastikus läbiviidud uuring kinnitas tuntud fakti, et suurema tõenäosusega hindavad oma tervist paremaks kõrgemalt haritud ning suurema sissetulekuga inimesed. Üle 50aastastel on haridustase seotud lisaks veel suhtevõrgustikega – kõrgema haridusega igapäevaelupiirangutega vanemaealiste suhtevõrgustikud on mitmekesisemad (võrgustikesse kuulub perekonnaliikmeid, sõpru ja tuttavaid) ning suuremad (12). Üldrahvastikus on hea tervise enesehinnanguga kõige tugevamalt seotud füüsiline tervis (krooniliste haiguste ja igapäevaelu piirangute puudumine) ning vaimne tervis (depressiooni ja emotsionaalse distressi puudumine ning rahulolu eluga), kusjuures rahulolu oma lähedastega ei osutunud statistiliselt oluliseks teguriks tervise enesehinnangu puhul (35). Eluga rahulolu, mis korreleerub hästi tervise enesehinnanguga (27), on aga Litwini ja Stoeckeli uurimistöös üle 80aastastel inimestel oluliselt seotud suhetega ja suhtlemisega pereliikmetega (22). Sotsiaalselt kaasatud ning sotsiaalset toetust tajuvad üle 50aastased inimesed hindavad oma tervist suurema tõenäosusega heaks kui sotsiaalselt eraldatud inimesed (24), mis annab aimu suhete olulisusest vanemas eas.

Eelnevat kokku võttes mõjutab vanemaealiste tervise enesehinnangut suurel määral füüsiline tervis, kuid füüsilist tervist mõjutab lisaks vaimse tervise seisund. Vananedes lisandub erinevaid tervisehäireid, samuti muutuvad suhtevõrgustikud – kaovad töösuhted (27), ning igapäevaelupiirangute korral tekivad raskused olemasolevate suhete hoidmisel (12). Kui olemasolevad suhted on ebapiisavad, avaldab see omakorda mõju vanemaealise füüsilisele tervisele (20). Vanemaealiste puhul on seega eriti olulisel kohal perekondlikud ja sõprussidemed, mis pakuvad talle vajalikku emotsionaalset ja praktilist toetust (9, 22, 24).

3. MAGISTRITÖÖ EESMÄRGID

Magistritöö eesmärgid olid

- 1) kirjeldada tervise enesehinnangut 50aastastel ning vanematel inimestel Eestis ning
- 2) selgitada, millised on seosed tervise enesehinnangu ja lähivõrgustike vahel 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis.

Lähtuvalt magistritöö eesmärkidest püstitati järgmised uurimisküsimused

1. Milline on tervise enesehinnangu jaotus erinevates demograafilistes gruppides, erineva füüsilise ja vaimse tervise ning sotsiaalse võrgustiku tunnuste korral 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis?
2. Kuidas on tervise enesehinnang 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis seotud lähivõrgustiku struktuuriga?
3. Kuidas on tervise enesehinnang 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis seotud lähivõrgustiku funktsiooniga?
4. Kuidas on tervise enesehinnang 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis seotud lähivõrgustiku kvaliteediga?

4. MATERJAL JA METOODIKA

Antud peatükk annab ülevaate SHARE uuringust üldiselt ning sellest, kuidas moodustati käesoleva magistritöö valim. Seejärel antakse ülevaade andmeanalüüsis kasutatavatest tunnustest ja tunnuste moodustamisest ning viimaks ülevaade magistritöös kasutatavatest andmeanalüüsi meetoditest.

4.1. SHARE uuring ning magistritöö valimi moodustamine

SHARE uuring on longituuduuring, mis sai alguse 2004. aastal ning mille käigus uuritakse üle 50aastast Euroopa rahvastikku. Uuringu 4. laineks aastatel 2010–2011, kui Eesti esimest korda projektiga liitus, oli uuringuga liitunud Iisrael ja 18 Euroopa riiki. Uuring viiakse läbi eelharmoniseeritud küsimustikuga kasutades CAPI meetodit ehk silmast silma intervjuud, mille käigus küsitleja sisestab vastused koheselt arvutisse. Intervjuud teostatakse iga kahe aasta järel samade inimestega ning iga kahe uuringulaine järel kaasatakse uuringusse uus grupp inimesi, kes on uue uuringulaine toimumise ajaks saanud 50–54 aastaseks. Kui uuringus osaleja on vahepeal surnud, viiakse viimane intervjuu läbi tema lähedasega, et saada infot vastaja viimaste eluaastate kohta (53).

SHARE uuring on silmapaistev mitmetel põhjustel. Vanemaealise rahvastiku osakaalu tõustes on oluline tagada nende esinduslikkus uuringutes, kuid sageli jäetakse üle 75aastased uuringutest välja. SHARE uuring on ilma ülemise vanusepiiranguta, mistõttu saab kaardistada väga eakaid inimesi. Küsimustiku abil kogutakse laialdaselt infot nii inimese tervise, töö, pereliikmete, majandusliku olukorra ja elukorralduse, aga ka lapsepõlve kohta. Kõigis uuringuriikides kasutatakse ühesugust meetodikat, mis tagab SHARE uuringu usaldusväärsuse ning võimaldab teha andmeanalüüsi suure valimimahuga, samuti võrrelda erinevaid Euroopa riike (70). SHARE uuring võimaldab üksikisikukeskset lähenemist, mitte ainult agregeeritud andmete kasutamist.

Uuringu 4. laines koguti esmakordselt hulgaliselt andmeid inimese lähivõrgustiku kohta, paludes vastajal nimetada kuni 7 endale olulist inimest ning kogudes laialdaselt infot nimetatud isikute kohta, sealhulgas infot selle kohta, millises suhtes on vastaja nimetatud isikuga (abikaasa, laps, hooldaja vms), kui kaugel nimetatud isik vastajast elab, kui sageli nimetatud isikuga suheldakse, kui lähedasena end nimetatud isikuga tuntakse jne. SHARE uuringus moodustavad lähivõrgustiku inimesed, kes on nimetatud vastusena küsimusele: "Mõelge, kellega te viimase 12 kuu jooksul olete kõige sagedamini arutanud enda jaoks

olulisi asju? Neid asju võib arutada näiteks pereliikmete, sõprade, naabrite või teiste inimestega." (70)

SHARE projekti intervjuerijad on läbinud vastava koolituse ning peavad lähtuma uurimiseetikast (nt ei tohi kallutada vastajat vastusevariantide valimisel). Kõigile valimisse sattunutele saadeti enne intervjuu toimumist informatsioon uuringu kohta (uuringu eesmärgid, uuritava õigused, intervjuus käsitletavad teemad). SHARE uuringu andmete kasutamise üheks nõudeks on kasutamine teaduslikul eesmärgil ning andmebaasile juurdepääsuloa saamiseks esitati kirjalik avaldus, misjärel saadeti juurdepääsu paroolid e-kirja teel ning tagati piiramatult juurdepääs SHARE andmetele (76).

Käesolev magistr töö põhineb SHARE 4. laine Eesti andmetel. Andmete põhjal on koostatud analüüs tervise enesehinnangu ning lähivõrgustike seoste kohta. Uuringu 4. laines osales 58 489 vastanut 16 Euroopa riigist, nendest 6828 vastanut Eestist. Eestis koostati tõenäosuslik valim 50aastastest ja vanematest inimestest (uuringusse kaasamise kriteeriumiks sünniaasta 1960 või varem) rahvastikuregistri põhjal. Isikud jaotati vanuse ja soo kihtidesse nii, et kogu üle 50aastase rahvastiku esinduslikkus oleks tagatud ning seejuures arvestati rahvastiku geograafilist paiknemist. Moodustatud juhuvalim esindab üle 50aastase Eesti rahvastikku soo- ja vanuse koosseisu. Kui juhuvalimisse sattunu elas koos abikaasa või partneriga, viidi intervjuu läbi ka temaga olenemata vanusest, mistõttu sisaldab andmebaas andmeid ka alla 50aastaste inimeste kohta. Intervjuud viidi läbi nii eesti kui vene keeles, individuaalne vastamismäär Eestis oli ligi 60% (70).

Käesoleva magistr töö valim moodustati Eesti vastajate põhjal (N=6828), kellest 4629 inimest kaasati uuringusse põhiisikuna (juhuvalimisse sattunud) ning lisaks kaasati uuringusse 2199 juhuvalimisse sattunud isiku abikaasat või partnerit. Juhuvalim moodustati 50aastaste ja vanemate Eesti elanike põhjal rahvastikuregistri alusel. Juhuvalimit kontrolliti Eesti Surmaregistriga ning valimi alusest arvati välja pärast valimi moodustamist surnud isikud (70). Et säilitada valimi esinduslikkus ning vältida samade sotsiaalsete võrgustike kordumist, jäeti magistr tööst välja uuringusse sattunud isiku partner või abikaasa (N=2199) isegi juhul, kui abikaasa/partner oli 50aastane või vanem. Igast leibkonnast kaasati seega valimisse vaid juhuvalimisse sattunu. Põhivalimist jäeti välja üks isik, kes intervjuu toimumise ajaks ei olnud veel 50aastaseks saanud ning üle 50aastased, kellel puudus hinnang oma tervisele (N=3) või valiti vastusevariant „ei tea“ (N=5). Sel viisil jäid valimisse vaid rahvastikuregistri alusel juhuvalimisse sattunud ja uuringusse kaasatud 50aastased ja vanemad isikud, kes olid andnud oma tervisele hinnangu. Eesti andmetest jäeti välja ühtekokku 2208 inimest ning magistr töö lõpliku valimi suuruseks kujunes 4620 vastanut.

4.2. Sõltuv tunnus – tervise enesehinnang

Vastavalt magistritöö eesmärgile kasutatakse sõltuva tunnuseks **tervise enesehinnangut**, mis on vastus küsimusele: „Kas te ütleksite, et Teie tervis on...“ Vastusevariantideks on "suurepärase", "väga hea", "hea", "rahuldav", "halb" (uuringuküsimused ja –vastused on toodud lisas 1). Kasutades skaalat, kus keskmiseks vastusevariandiks on „rahuldav“, käitub Leinsalu (77) sõnul keskmine vastus sarnaselt halvale ja väga halvale ning andmeanalüüsiks võib need kokku liita.

SHARE uuringus kasutatud skaala keskmine vastusevariant on „hea“ ning antud skaalat kasutades on nt Kawachi et al (78) liitnud selle kokku väga hea ja suurepärasega. Käesolevas töös kasutatakse logistilise regressiooni teostamisel tervise enesehinnangu jaotust hea/halb, kus 1) hea moodustavad vastusevariandid "suurepärase", "väga hea", "hea" ning 2) halva moodustavad vastusevariandid "rahuldav" ja "halb".

4.3. Demograafilised näitajad

Sõltumatute tunnustena kasutati logistilises regressioonis peamisi demograafilisi tunnuseid. **Sugu** on binaarne tunnus, kategooriatega mees ja naine. Meeste ja naiste tervises ja elueas on olulisi erinevusi (1, 13) ning mehed ja naised hindavad oma tervist sageli erinevalt (11, 31, 41), mistõttu kontrollitakse seoseid soo suhtes. Põlis- ja välispäritolurahvastiku eristamiseks kasutati **kodakondsust**, mis on binaarne tunnus väärtustega Eesti ja muu. Eesti kodakondsus saadakse sünniga, taastatakse vahepeal kadunud Eesti kodakondsus või omandatakse soovi korral, mille eelduseks on eesti keele oskus ning vähemalt 5 aastat püsivalt Eestis elamine (79). Seega võib eeldada, et Eesti kodakondsusega inimesed omavad sarnaseid sotsiaalmajanduslikke tingimusi erinevalt muud kodakondsust omavatest inimestest, kes ei pruugi mõista riigikeelt ning seetõttu on halvemas sotsiaalmajanduslikus olukorras. Samuti võivad erineda Eesti kodakondsusega ning välispäritolu inimeste suhtevõrgustikud või põhjustada erinevusi tervise esenehinnangus kultuurilised eripärad.

Vanus genereeriti tunnustest vastaja sünnikuu ja -aasta ning intervjuu toimumise kuu ja aasta. Vanus aastates moodustab kolm vanuse kategooriat, kuna vanemaealised ei ole homogeenne grupp ning nii saab eristada vanemaealisuse erinevaid etappe. Noorima grupi moodustavad 50–64 aastased inimesed. See vanusegrupp esindab peamiselt üle 50aastaseid, kellest suurem osa on tööturul aktiivsed (näiteks Eestis on õigus vanaduspensionile alates 63. eluaastast) (80). Keskmise vanusegruppi moodustavad 65–79aastased isikud. Antud grupp

esindab eakaid, kes on on küll tööl käimisest loobunud ning sellega seoses on osa suhtluskaaslast kadunud (27), kuid kes on siiski sotsiaalselt aktiivsed, terved ning annavad sagedamini teistele abi (22). Kõige vanemas vanusegrupis on üle 80aastased inimesed, kes esindavad enam igapäevaelus vajamineva kõrvalise abi ning suurema hulga tervisekaebustega eakaid (22). Vanuse kategooriad on järgnevad:

- 1) 50–64aastased,
- 2) 65–79aastased,
- 3) 80aastased ja vanemad.

Kõrgeim omandatud **haridus** jaotati kolmeks kategooriaks. Kuna alghariduseta ja ainult algharidusega inimesed moodustasid väga väikese grupi (Eestis kokku 6% vastanutest), liideti nad kokku kuni põhiharidusega inimestega. Välismaal hariduse omandanud inimesed ja need, kes oma haridust määratleda ei suutnud (kokku 4 vastanut) liideti kokku keskhariduse omandanutega, et vaatamata hariduse ebaselgusele ei jääks nad analüüsist täielikult välja. Hariduse kategooriad on järgmised:

- 1) põhihariduse gruppi kuuluvad alghariduseta ja kuni põhiharidusega inimesed, lisaks põhihariduse kutsehariduse käigus omandanud ning põhihariduse baasil kutsehariduse omandanud;
- 2) keskhariduse gruppi kuuluvad keskharidusega ning kutsehariduse keskhariduse baasil omandanud, samuti keskerihariduse omandanud inimesed;
- 3) kõrghariduse gruppi kuuluvad nii kutsekõrghariduse kui rakenduskõrghariduse omandanud ning akadeemilises kõrghariduses diplomi-, bakalaureuse-, magistri- ja doktoriõppe läbinud.

Tööseisund ehk aktiivsus või mitteaktiivsus tööturul jaotati kolme kategooriasse. Tööturul aktiivsetel inimestel on tõenäolisemalt mitmekesisemad ressursid (nii majanduslikud kui sotsiaalsed) ning sellest tulenevalt erinev tervise enesehinnang võrreldes teiste gruppidega. Tööseisundi kategooriad on:

- 1) vanaduspensionärid,
- 2) tööturul aktiivsed (palgatöölised ja eraettevõtjad),
- 3) muu (hõlmab endas töötuid, koduseid, töövõimetuid ning täpsustamata tööseisundiga inimesi).

Vanemaealiste uuringutes on perekonnaseisu alternatiivina kasutatud binaarset tunnust väärtustega "elab üksi" või "elab kellegagi koos" (25). Käesolevas töös kasutati ametliku **perekonnaseisu** asemel tunnust, mis määratleb, kas vastaja elab samas leibkonnas oma abikaasaga/partneriga. Abikaasa/partneri olemasolu leibkonnas peegeldab perekonnaseisu paremini, kuna annab rohkem infot inimese tegeliku elukorralduse kohta. Näiteks võib

inimene olla küll ametlikult lahutatud, kuid elab uue partneriga koos. Vanemaelaste puhul võib olla olukord ka vastupidi – ollakse küll ametlikult abielus, kuid elatakse abikaasast reaalselt lahus (näiteks elab vastaja ise või elab tema abikaasa hooldekodus või ei ole ametlikku lahutust sisse viidud, kuna ei nähta selleks vajadust). Partner leibkonnas annab seega parema ülevaate potentsiaalse võrgustikuliikme olemasolust. Partneri või abikaasa olemasolu vastajaga samas leibkonnas on binaarse tunnuse väärtustega „ei“ ning „jah“.

4.4. Lähivõrgustiku tunnused

Käesoleva töö huviorbiidis on sotsiaalsete võrgustike, täpsemalt inimese lähivõrgustike seos tervise enesehinnanguga. Tuginedes kirjandusele (16, 19, 71) valiti peamiste sõltumatute tunnustena sotsiaalse võrgustiku tunnused, mis kirjeldavad kolme sotsiaalsete võrgustike omadust – struktuuri, funktsiooni ja kvaliteeti.

Käesolevas töös kasutati lähivõrgustiku **struktuuri** mõõdikutena 1) lähivõrgustiku tüüpi ehk kellest võrgustik koosneb ning 2) lähima võrgustikuliikme geograafilist kaugust.

Lähivõrgustiku tüüp sisaldab endas nelja tunnust, mis määratlevad, milliseid inimesi võrgustik sisaldab. Binaarne tunnus abikaasa/partneri olemasolu/puudumine võrgustikus näitab, kas abikaasat/partnerit nähakse olulise võrgustikuliikmena. Abikaasaga/partneriga ühes leibkonnas elamise korral ei pruugi vastaja erinevatel põhjustel (näiteks võib puududa usalduslik suhe abikaasade vahel) olla nimetanud oma abikaasat/partnerit lähivõrgustiku liikmena. Samas võib abikaasa/partner elada mujal kui samas leibkonnas (nt hooldekodus, teiste sugulaste juures vms), kuid siiski kuuluda vastaja lähivõrgustikku. Eraldi tunnustena lisati veel lapse olemasolu/puudumine, sõprade olemasolu/puudumine ja muude võrgustikuliikmete (muud, hooldajad) olemasolu/puudumine võrgustikus. Kõik tunnused peale lapse olemasolu/puudumise on binaarsed tunnused, mis näitavad, kas vastav liige on võrgustikus olemas või mitte. Lapse olemasolu võrgustikus omab kolme väärtust: 1) vastajad, kellel pole kunagi lapsi olnud või kelle lapsed on surnud, viidates potentsiaalse ressursi täielikule puudumisele; 2) vastajad, kellel lapsed on küll olemas, kuid lapsed ei kuulu võrgustikku ning 3) vastajad, kellel on lapsed, kes kuuluvad võrgustikku.

Geograafiliselt lähima võrgustikuliikme geograafilist kaugust käsitleti antud töös sotsiaalse võrgustiku struktuuri tunnusena. Geograafilise kauguse tunnus on moodustatud paludes vastajal nimetada iga võrgustikuliikme kohta, kui kaugel võrgustikuliige elab. Kuna tunnus on loodud arvestades geograafiliselt kõige lähemal elavat võrgustikuliiget, peegeldabki antud tunnus just geograafiliselt lähedal paiknevaid võrgustikuliikmeid, jättes välja kaugemal

elavad võrgustikuliikmed. Lähima võrgustikuliikme geograafiline kaugus on valitud seetõttu, et see näitab potentsiaalse ressursi olemasolu ning paremat kättesaadavust. Vastusevariandid küsimusele võrgustikuliikme geograafilise kauguse kohta olid "samas leibkonnas", "samas majas", "alla 1 km kaugusel", "1–5 km kaugusel", "5–25 km kaugusel", "25–100 km kaugusel", "100–500 km kaugusel", "rohkem kui 500 km kaugusel". Tunnuse väärtuste kategoriseerimisel käesoleva töö andmeanalüüsiks kasutati väärtuste grupeerimist, millega saab eristada väga lähestikku elavad inimesed, ühe asula piires või lähiasulates elavad inimesed ning kaugemal kui ühe linna piires elavad inimesed. Lähima võrgustikuliikme geograafiline kaugus grupeeriti järgmiselt:

- 1) lähim võrgustikuliige elab vastanuga ühes leibkonnas või ühes majas,
- 2) lähim võrgustikuliige elab 5 km raadiuses (alla 1 km ning 1–5 km kaugusel elavad isikud),
- 3) lähim võrgustikuliige elab kaugemal kui 5 km.

Funktsiooni hinnatakse suhtlemise sagedusega, mis annab aimu võimalikust praktilisest toetusest. Kuna suhtlemise sagedus on seotud erinevat laadi praktilise toetusega vanemas eas ning sagedamad kontaktid on tõenäoliselt seotud inimese suurenenud vajadusega abi järele (19), käsitletakse suhtlemise sagedust käesolevas töös funktsiooni tunnuseks. Aluseks on võetud **kontaktide sagedus võrgustikuliikmega**, kellega suheldakse kõige sagedamini. Tunnuse saamiseks on vastajal palutud nimetada iga võrgustikuliikme kohta, kui sageli ta on võrgustikuliikmega kontaktis, kusjuures arvesse läheb igasugune kontakt (silma silma, telefonitsi, kirja teel ja interneti vahendusel). Võimalikud vastusevariandid olid "iga päev", "mitu korda nädalas", "umbes kord nädalas", "umbes kord kahe nädala jooksul", "umbes kord kuus", "vähem kui kord kuus" ning "kontakt puudub". Kontaktide sageduse kateegooriad moodustati järgnevalt:

- 1) igapäevane kontakt,
- 2) kontakt nädalas mitu korda,
- 3) kontakt kord nädalas või harvem (sealhulgas need, kellel kontakt võrgustikuliikmega täielikult puudub).

Kuna ainuüksi sotsiaalse võrgustiku suurus ja ülesehitus ei pruugi olla seotud sotsiaalse võrgustiku kvaliteediga (69) arvestati võrgustiku **kvaliteedi** tunnustena 1) emotsionaalselt lähedaste võrgustikuliikmete arvu ning 2) rahulolu lähivõrgustikuga.

Kui võrgustikku kuulub vähemalt üks lähedane inimene on tegemist kvaliteetse võrgustikuga ning see on seotud parema tervisehinnanguga (16). **Emotsionaalselt lähedaste inimeste arv** saadi paludes vastajal nimetada iga võrgustikuliikme kohta, kui lähedasena vastaja end temaga tunneb (vastusevariandid "mitte väga lähedasena", "mõnel määral

lähedasena", "väga lähedasena" ja "ülimalt lähedasena"). Väga lähedaste inimeste arv võrgustikus on moodustatud väga lähedastest ja ülimalt lähedastest võrgustikuliikmetest. Moodustatud tunnus võtab arvesse ka ilma lähivõrgustikuta inimesed, kellel ei ole ühtegi inimest (ega seega lähedast inimest) lähivõrgustikus, seega kontrollib nii lähivõrgustiku olemasolu kui puudumist. Tunnuse kategooriad käesoleva magistr töö jaoks on moodustatud järgmiselt:

- 1) mitte ühtegi väga lähedast inimest lähivõrgustikus (sealhulgas inimesed, kellel puudub lähivõrgustik),
- 2) üks kuni kaks väga lähedast inimest lähivõrgustikus,
- 3) kolm ja enam väga lähedast inimest lähivõrgustikus.

Rahulolu oma lähivõrgustikuga tähistab lähivõrgustiku kvaliteeti. Tunnus on moodustatud paludes vastajal 10 pallisel skaalal (kus 0 on üldse mitte rahul ja 10 väga rahul) hinnata rahulolu oma lähivõrgustikuga (ilma lähivõrgustikuta inimeste puhul rahulolu lähivõrgustiku puudumisega). Tunnus on kategoriseeritud binaarseks tunnuseks järgnevalt:

- 1) võrgustikuga vähem rahul (punktid 0–7),
- 2) võrgustikuga väga rahul (punktid 8–10).

4.5. Objektiivse terviseseisundi näitajad

Kirjanduse põhjal on tervise enesehinnangu üks olulisemaid mõjutajaid füüsilise ja vaimse tervise seisund (11, 31, 41, 43), mistõttu on arvestatud objektiivse terviseseisundi näitajana sümptomite arvu, igapäevaelupiirangute esinemist viimase 6 kuu jooksul ning vaimse tervise näitajana depressiooni esinemist.

Füüsilise tervise näitajana kasutatakse kirjanduses sageli krooniliste haiguste arvu, kuid käesolevas töös eelistati **sümptomite arvu** järgnevatel põhjustel. Arsti poolt nimetatud diagnoosi ja kroonilise haiguse olemasolu võib inimene endale teadvustada ilma, et ta tegelikkuses tajuks haiguse olemasolu, samuti on kroonilisi haigusi (nt diabeet, kõrgvererõhutõbi), mille õige ravi korral on võimalik haigusnähud kontrolli all hoida, mistõttu ainuüksi diagnoositud haigus ei pruugi tähendada halba tajutud tervist. Üldised sümptomid nagu valu ja väsimus võivad esineda eraldiseisvana konkreetsetest haigustest, kuid nende mõju tervise enesehinnangule on oluline (41). Kõige sagedamini nimetavadki vanemaalised inimesed üldisi tervisehäireid nagu valu, uneprobleemid ning paistetanud jalad (34). Samuti võivad sümptomid ilmned enne, kui haigus on objektiivsete meetmetega tuvastatav, kuid need võivad juba mõjutada inimese tervisehinnangut. Sümptomite arv on

saadud paludes vastajal nimetada viimase kuue kuu jooksul esinenud häirivaid sümptomeid. Küsitud on valude (selja, põlvede ja liigesvalude), südamehäirete, hingamisraskuste ja püsiva köha, jalgade turse, unehäirete, kukkumiste ning kukkumishirmu, pearingluse ja minestuse, seedehäirete ning uriinipidamatuse kohta, samuti on vastanul olnud võimalus lisada loetellu sealt puuduolev sümptom. Sümptomite tunnust mõõdetakse sümptomite arvuga, mis on jaotatud kolmeks kategooriaks järgnevalt:

- 1) sümptomiteta,
- 2) ühe sümptomiga inimesed,
- 3) kahe ja enama sümptomiga inimesed.

Füüsilist tervist kajastab veel **igapäevaelupiirangute** esinemine või mitteesinemine ehk GALI. Tunnuse loomiseks on palutud vastajal nimetada, mil määral on viimase kuue kuu jooksul mõni terviseprobleem piiranud teda tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad. Võimalikud vastusevariandid olid "oluliselt piiranud", "piiranud, kuid mitte oluliselt" ning "üldse mitte piiranud". Vastavalt vastusevariantidele on moodustatud igapäevaelupiirangute kaks kategooriat:

- 1) piiratud (oluliselt piiratud; piiratud, kuid mitte oluliselt),
- 2) piiranguteta.

Vaimse tervise mõõdikuna kasutati binaarse tunnusena **depressiooni** esinemist või mitteesinemist. Depressiooni tunnus on andmebaasis genereeritud tunnusest Euro-D depressiooniküsimustiku põhjal, kus küsiti kurvameelsuse, tulevikulootuste puudumise, surmamõtete esinemise, süütunde, huvipuuduse, unehäirete, ärritavuse, söögiisu-probleemide, kurnatuse, keskendumisvõime häirete, rõõmutunde puudumise ja nutmise kohta viimasel neljal nädalal (81). Depressiooniks loetakse kolme ja rohkema loetletud seisundi esinemist (34). Depressiooni tunnuse kaks väärtust on:

- 1) depressiooni esinemine ja
- 2) depressiooni mitteesinemine.

4.6. Andmeanalüüs

Andmeanalüüs teostati kahes etapis, esmalt kirjeldav analüüs ning seejärel logistilise regressiooni mudelid. Sagedustabel kirjeldab magistritöös analüüsitud valimit ning tervise enesehinnangut erinevates demograafilistes, terviseseisundi ja sotsiaalsetes gruppides. Kirjeldavas tabelis kasutati täisarve ja protsente. Gruppide tervise enesehinnangu erinevuste testimiseks kasutati hii-ruut testi, mis on sobilik, kui tegemist on kategooriliste tunnustega,

millel on kaks või kolm väärtust. Statistiliselt oluline erinevus (p-väärtus alla 0,5) tunnuse erinevate väärtuste korral on märgitud tärnikesega tunnuse juurde. Seoste uurimiseks lähivõrgustike ning tervise enesehinnangu vahel kasutati logistilist regressiooni ning leiti šansisuhted (OR) 95% usaldusintervalliga (95% UI). Logistilise regressiooni kasuks otsustati, kuna sõltuv tunnus on binaarne tunnus ning sõltumatud tunnused kategoorilised tunnused. Statistilist olulisust (p-väärtus alla 0,5) logistilise regressiooni tulemuste puhul tähistatakse tärniga.

Logistilise regressiooni mudelid koostati lisades sammhaaval tunnuseid mudelisse. Alustades demograafilistest tunnustes järjekorras sugu, kodakondsus, vanus, haridus, tööseisund, partner leibkonnas. Seejärel lisati sotsiaalse võrgustiku tunnused järjekorras sotsiaalse võrgustiku tüüp, lähima võrgustikuliikme geograafiline kaugus, suhtlemissagedus kõige sagedamini suheldava võrgustikuliikmega, väga lähedaste võrgustikuliikmete arv ning rahulolu võrgustikuga. Järgnevalt kontrolliti mudelit füüsilise ja vaimse tervise näitajate suhtes nagu sümptomite arv, igapäevaelu piirangud, depressioon. Sel moel saadud mudelid võimaldasid jälgida nii mudeli headuse muutust tunnuste lisamisega (pseudo R ja hii-ruut statistiku väärtuse muutus) kui ka mudelis olevate tunnuste seose (OR ja p väärtuse) muutust. Käesolevas töös on välja toodud kohandamata mudelid iga tunnuse kohta ning kolm kohandatud mudelit – kõigile demograafilistele tunnustele kohandatud mudel (mudel 1), demograafilistele tunnustele ja sotsiaalse võrgustiku näitajatele kohandatud mudel (mudel 2) ning demograafilistele tunnustele, sotsiaalse võrgustiku tunnustele ning füüsilise ja vaimse tervise näitajatele kohandatud mudel (mudel 3).

Andmeanalüüs on teostatud programmiga Stata/IC 10.1. Tabelid on koostatud programmiga OpenOffice.orgCalc.

5. TULEMUSED

Tulemuste peatükis on esmalt toodud ära kirjeldav statistika, mis annab ülevaate tervisehinnangust Eestis 50aastastel ja vanematel inimestel erinevates demograafilistes gruppides, lähtuvalt füüsilisest ja vaimsest tervisest ning lähivõrgustike omadustest. Kirjeldavale statistikale järgneb analüütiline osa, milles kajastatakse tervise enesehinnangu ning lähivõrgustiku seoseid Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel.

5.1. Tervisehinnangu jaotus Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel

Eesti valimi moodustas 4620 vastanut, kelle hinnang tervisele peamiste demograafiliste näitajate ja objektiivse terviseseisundi lõikes on toodud tabelis 1. Tabel 2 kajastab tervisehinnangu jaotust lähtuvalt lähivõrgustiku tunnustest. Statistiliselt oluline erinevus tervisehinnangu jaotuses tunnuse erinevate väärtuste korral on toodud välja p-väärtusega.

Meeste ja naiste osakaal valimis oli vastavalt 37% ja 63%, enamik vastanuid (82%) omasid Eesti kodakondsust, 36% vastanutest oli keskharidus ning 20% kõrgharidus. Kõige vähem oli vastanuid vanimas vanusegrupis, samas moodustasid vanaduspensionärid üle poole (57%) vastanutest. Partneri või abikaasaga ühes leibkonnas elavaid inimesi oli pisut üle poole (54%). Ligi 60% vastanutest esines kaks või enam tervisega seotud sümptomit ning 60% vastanute tavaelu toimetusi piirasid tervisega seotud häired. Depressiooni esines 43% vastanutest.

Ilma lähivõrgustikuta oli alla 5% vastanutest, enamikel inimestel (65%) kuulus lähivõrgustikku kaks või enam inimest. Umbes pooltel vastanutest ei kuulunud võrgustikku partner või abikaasa ning 33% vastanutest oli küll laps olemas, kuid laps ei kuulunud nende lähivõrgustikku. Ilma sõpradeta oli enamik (72%) vastanutest ning vaid 15% vastanutest kuulus lähivõrgustikku muid võrgustikuliikmeid ja/või hooldajaid. Enamasti (63%) elati geograafiliselt lähima võrgustikuliikmega samas leibkonnas või samas majas ning üldjuhul (77%) suheldi lähivõrgustiku liikmega igapäevaselt. 14% juhtudest ei kuulunud inimese lähivõrgustikku mitte ühtegi emotsionaalselt lähedast inimest ning 15% juhtudest ei olnud oma lähivõrgustikuga eriti või üldse mitte rahul.

Tabel 1. Tervise enesehinnangu jaotus demograafiliste tunnuste ning füüsilise ja vaimse tervise näitajate lõikes 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2010–2011

Tunnus	Tervisehinnang				Kokku	
	Hea		Halb			
	N	%	N	%	N	%
Sugu (N=4620)						
mees	479	28,4	1209	71,6	1688	36,5
naine	795	27,1	2137	72,9	2932	63,5
Kodakondsus (N=4618)*						
Eesti	1137	29,9	2666	70,1	3803	82,4
muu	137	16,8	678	83,2	815	17,6
Vanus (N=4620)*						
50–64	812	38,7	1288	61,3	2100	45,5
65–79	404	20,7	1552	79,4	1956	42,3
80 ja vanem	58	10,3	506	89,7	564	12,2
Haridus (N=4620)*						
kõrgem	438	46,3	508	53,7	946	20,5
keskharidus	502	30,0	1171	70,0	1673	36,2
kuni põhiharidus	334	16,7	1667	83,3	2001	43,3
Tööseisund (N=4608)*						
töötav	751	50,6	732	49,4	1483	32,2
vanaduspensionär	430	16,2	2221	83,8	2651	57,5
muu	92	19,4	382	80,6	474	10,3
Partner leibkonnas (N=4620)*						
jah	755	30,1	1752	69,9	2507	54,3
ei	519	24,6	1594	75,4	2113	45,7
Sümptomite arv (N=4617)*						
0	536	64,9	290	35,1	826	17,9
1	430	37,4	720	62,6	1150	24,9
2 ja rohkem	308	11,7	2333	88,3	2641	57,2
Igapäevaelupiirangud (N=4617)*						
piiranguteta	981	53,3	860	46,7	1841	39,9
piirangutetga	292	10,5	2484	89,5	2776	60,1
Depressioon (N=4473)*						
ei	971	38,2	1571	61,8	2542	56,8
jah	276	14,3	1655	85,7	1931	43,2

p<0,05*

Tabel 2. Tervise enesehinnangu jaotus sotsiaalse võrgustiku tunnuste lõikes 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2010–2011

Tunnus	Tervisehinnang				Kokku	
	Hea		Halb			
	N	%	N	%	N	%
Sotsiaalse võrgustiku suurus (N=4620)						
0	51	24,8	155	75,2	206	4,5
1	358	25,6	1041	74,4	1399	30,3
2 ja rohkem	865	28,7	2150	71,3	3015	65,3
Partner võrgustikus (N=4413)*						
partnerit ei ole	659	31,2	1454	68,8	2113	47,9
partner võrgustikus	564	24,5	1736	75,5	2300	52,1
Lapsed võrgustikus (N=4401)*						
lapsi ei ole/lapsed surnud	92	22,3	321	77,7	413	9,4
lapsi ei ole võrgustikus	441	30,2	1019	69,8	1460	33,2
laps võrgustikus	687	27,2	3181	72,3	2528	57,4
Sõbrad võrgustikus (N=4412)*						
sõpra ei ole	829	26,0	2359	74,0	3188	72,3
sõber võrgustikus	394	32,2	830	67,8	1224	27,7
Muud võrgustikuliimed (N=4412)						
muid võrgustikuliikmeid pole	1054	28,2	2689	71,8	3743	84,8
muud võrgustikuliikmed	169	25,3	500	74,7	669	15,2
Geograafiliselt lähima võrgustikuliikme geograafiline kaugus (N=4401)*						
sama leibkond/maja	798	28,6	1992	71,4	2790	63,4
5 km raadiuses	233	23,4	765	76,7	998	22,7
> 5km	191	31,2	422	68,8	613	13,9
Suhtlemissagedus kõige sagedamini suheldava võrgustikuliikmega (N=4298)						
iga päev	938	28,2	2383	71,8	3321	77,3
nädalas korduvalt	166	25,5	485	74,5	651	15,1
1 x nädalas või harvem	89	27,3	237	72,7	326	7,6
Väga ja eriti lähedaste inimeste arv võrgustikus (N=4597)*						
3 ja rohkem	371	33,7	731	66,3	1102	24,0
1–2	778	27,4	2059	72,6	2837	61,7
0	122	18,5	536	81,5	658	14,3
Rahulolu sotsiaalse võrgustikuga (N=4510)*						
väga rahul	1104	28,8	2734	71,2	3838	85,1
vähem rahul	152	22,6	520	77,4	672	14,9

p<0,05*

Hea ja halva tervisehinnangu osakaal meeste ja naiste hulgas oli sarnane ning statistiliselt olulist erinevust ei esinenud. Eestlaste hulgas oli oluliselt enam neid (30%), kes hindasid oma tervist heaks võrreldes välispäritolu rahvastikuga, kelle hulgas hea tervisehinnanguga inimesi oli peaaegu poole vähem. Erinevusi tervisehinnangus võis märgata ka vanusegrupiti. Oluliselt suurem osakaal (90%) halva tervisehinnanguga inimesi oli kõige vanemas vanusegrupis võrreldes kõige noorema vanusegrupiga ning ka 65–79 aastaste hulgas oli oluliselt rohkem (ligi 80%) halva tervisehinnanguga inimesi kui kõige nooremas vanusegrupis (61%).

Mida kõrgem oli haridustase, seda suurema hulga moodustasid hea tervisehinnanguga inimesed – kõrghariduse omandanute hulgas oli oluliselt enam hea tervisehinnanguga inimesi kui keskhariduse või kuni põhihariduse omandanute hulgas. Oluliselt rohkem hea tervisehinnanguga (50%) inimesi oli ka tööturul aktiivselt osalejate seas võrreldes vanaduspensionäride (16%) ja muu tööseisundiga inimestega (19%). Oluliselt enam halva tervisehinnanguga oli neid, kes ei elanud ühes leibkonnas koos abikaasa või partneriga (75%) võrreldes abikaasaga ühes leibkonnas elavatega (69%). Hea tervisehinnanguga inimesi oli ühegi sümptomita vastanute seas oluliselt rohkem (65%) kui ühe sümptomiga (37%) või kahe ja enama sümptomiga (12%). Inimesed, kellel esines igapäevaelupiiranguid hindasid oma tervist sagedamini (90% juhtudes) halvaks kui inimesed, kelle igapäevaelu ei olnud piiratud (47% halva tervisehinnanguga). Ka depressiooni korral hinnati oma tervist oluliselt sagedamini (86%) halvaks kui ilma depressioonita (62%).

Erineva suurusega lähivõrgustiku korral olid hea ja halva tervisehinnangu osakaalud erinevad. Oluliselt enam halva tervisehinnanguga (75%) oli neid, kellel kuulus partner/abikaasa võrgustikku võrreldes nendega, kellel võrgustikus partnerit/abikaasat ei olnud (69%). Kui lapsed olid olemas, kuid ei kuulunud võrgustikku, hinnati oma tervist heaks 30% juhtudest, kui aga lapsi ei olnud üldse või lapsed olid surnud, oli hea tervisehinnangu osakaaluga vastanuid vaid 22%, kusjuures erinevused grupiti olid statistiliselt olulised. Kui võrgustikku kuulus sõber, hinnati oluliselt sagedamini (32%) oma tervist heaks võrreldes nendega, kellel võrgustikus sõpra ei olnud (26%). Ühes majapidamises või samas leibkonnas elades hinnati oma tervist heaks 29% juhtudest, kaugemal kui 5 km kaugusel elava võrgustikuliikme puhul 31% juhtudest, kuid 5 km raadiuses elava võrgustikuliikme puhul vaid 23% juhtudest. Tervisehinnangu jaotus võrgustikuliikme erineva geograafilise kauguse korral oli statistiliselt oluliselt erinev.

Ilma ühegi emotsionaalselt lähedase inimeseta hinnati tervist oluliselt sagedamini halvaks (80% juhtudest) võrreldes kolme ja enama lähedase inimesega võrgustikus (66%). Veidi enam (29%) oli hea tervisehinnanguga inimesi oma lähivõrgustikuga rahulolevate inimeste hulgas kui nende hulgas, kes olid oma võrgustikuga vähem rahul (23%) ning

erinevus oli statistiliselt oluline. Erineva suhtlemissageduse korral oli hea tervisehinnangu osakaal sarnane (25–28%). Kui võrgustikuliikmega elati samas leibkonnas või samas majas oli hea tervisehinnangu osakaaluga vastanuid 28%, kui elati kaugemal kui 5 km oli hea tervisehinnanguga inimesi isegi 31% ning 5 km raadiuses elamise korral vähem – 23%, samas ei olnud erinevused statistiliselt olulised.

5.2. Lähivõrgustiku seosed tervise enesehinnanguga Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel

Uurimaks, kas ning millised seosed esinevad sotsiaalse võrgustiku tunnuste ning tervisehinnangu vahel, viidi läbi logistilise regressiooni analüüs, mille tulemused kajastuvad tabelis 3. Halva tervise enesehinnangu šanssi hinnati seoses demograafiliste näitajate, lähivõrgustike ning füüsilise ja vaimse tervise seisundiga. Mudelites väljatoodud šansisuhte korral näitab šanss üle ühe suuremat šanssi halvaks tervisehinnanguks ning šanss alla ühe väiksemat šanssi halvaks tervisehinnanguks võrreldes võrdlusgrupiga.

Esmalt on ära toodud kohandamata šansisuhted iga tunnuse kohta. Kohandamata mudelites on näha, et seos enamike tunnuste ning tervisehinnangu vahel eraldi võttes oli statistiliselt oluline. Vaid sugu, muude võrgustikuliikmete olemasolu ning suhtlemissagedus võrgustikuliikmega ei olnud tervise seisukohast tähtis. Kohandades mudelit ainult demograafilistele tunnustele ning demograafilistele tunnustele ja sotsiaalse võrgustiku näitajatele, ei ilmnunud meeste ja naiste tervisehinnangus olulist erinevust, kuid lisades mudelisse füüsilise ja vaimse tervise näitajad selgus, et naised hindasid suurema tõenäosusega oma tervist heaks võrreldes meestega (šansisuhe 0,77) ning seos oli statistiliselt oluline.

Eesti kodakondsust omades oli šanss hinnata oma tervist heaks suurem kui muu kodakondsusega inimestel. Seos säilitas statistilise olulisuse ka siis, kui võeti arvesse teisi demograafilisi tunnuseid, sotsiaalsete võrgustike näitajaid ning füüsilise ja vaimse tervise seisundit. Mudelis 3 vähenes muu kodakondsusega inimeste šanss hinnata oma tervist halvaks 1,44-le võrreldes Eesti kodakondsust omavate inimestega, kuid seos jäi statistiliselt oluliseks.

Vanusega kasvas halva tervisehinnangu šanss ning nii 65–79aastastel kui üle 80aastastel inimestel oli suurem šanss hinnata oma tervist halvaks kui kõige nooremas vanuserühmas (šansisuhe vastavalt 2,42 ja 5,50). Võttes arvesse kõiki demograafilisi tunnuseid (mudel 1), vähenes šanss ligi kaks korda (šansisuhted vastavalt 1,35 ja 2,24), sotsiaalsete võrgustike tunnuseid arvestades (mudel 2) halva tervisehinnangu tõenäosus kuigi palju ei muutunud

(šansisuhted vastavalt 1,33 ja 2,03). Võttes aga arvesse nii füüsilise kui vaimse tervise seisundit, muutus vanuse seos tervisehinnanguga statistiliselt ebaoluliseks (mudel 3).

Hariduse ning tööseisundi mõju tervisehinnangule oli oluline kõigis mudelites – mida madalam oli haridustase, seda suurem oli halva tervisehinnangu šanss võrreldes kõrgharidusega inimestega (keskhariduse korral oli halva tervisehinnangu šanss 2,01 ning kuni põhihariduse korral 4,30 võrreldes kõrgharidusega inimestega). Kui arvesti teisi demograafilisi tunnuseid (mudel 1), muutusid erinevused tervisehinnangus haridustasemeti väiksemaks (šansisuhted vastavalt 1,81 ja 2,79). Lisades mudelisse sotsiaalse võrgustiku tunnused (mudel 2) ei muutunud hariduse seos tervisehinnanguga kuigivõrd (šansisuhted 1,75 ja 2,75), kuid lisades füüsilise ning vaimse tervise näitajad vähenes hariduse mõju veelgi (šansisuhted mudelis 3 vastavalt 1,59 ja 2,44).

Kui inimene oli tööturul aktiivne, oli tema šanss hinnata oma tervist halvaks üle 5 korra väiksem kui vanaduspensionäridel ning üle 4 korra väiksem kui muu tööseisundiga inimestel (kodused, töötud, invaliidsuspensionärid). Teiste demograafiliste tunnuste lisamisel mudelisse vähenes tööseisundi seos halva tervisehinnanguga (šansisuhted vastavalt 3,25 ja 3,59), sotsiaalse võrgustiku tunnuste lisamisel erinevused tervisehinnangus tööseisundi lõikes ei muutunud (šansisuhted 3,24 ja 3,50), kuid suurem muutus leidis aset võttes arvesse füüsilise ja vaimse tervise seisundit (šansisuhted vastavalt 2,25 ja 1,89).

Partneri olemasolu leibkonnas oli tervisehinnanguga statistiliselt oluliselt seotud vaid kohandamata mudelis – kui partneriga ei elata samas leibkonnas oli šanss hinnata oma tervist halvaks 1,32 korda suurem kui partneri olemasolul leibkonnas. Kui mudelisse lisati teised demograafilised näitajad (mudel 1), muutus seos vastassuunaliseks – kui partneriga ei elatud samas leibkonnas, oli halva tervisehinnangu šanss väiksem kui partneriga samas leibkonnas elades (šansisuhe 0,95), kuid seos ei olnud statistiliselt oluline. Kohandades mudelit sotsiaalse võrgustiku tunnustele, vähenes šanss hinnata oma tervist halvaks veelgi (šansisuhe 0,80), füüsilise ja vaimse tervise näitajate puhul aga šanss pisut tõusis (0,84).

Tervisehinnang oli seotud sotsiaalse võrgustiku tunnustega, kuid enamik seoseid ei olnud statistiliselt olulised. Võrgustikes, kuhu kuulus partner või abikaasa oli šanss hinnata oma tervist halvaks väiksem kui võrgustikes, kus partnerit ei olnud. Šansisuhe oli 0,72 ning praktiliselt muutumatu nii kohandamata mudelis, mudelis 2 ja mudelis 3. Seos oli statistiliselt oluline vaid kohandamata mudelis ning kaotas oma statistilise olulisuse kohandatud mudelites.

Kui vastanul ei olnud lapsi kunagi olnud või olid tema lapsed surnud, oli võimalus hinnata oma tervist halvaks ligi 35% suurem kui nendel, kellel olid küll lapsed olemas, kuid ei kuulunud võrgustikku ning ligi 25% suurem kui nendel inimestel, kellel oli laps võrgustikus.

Võttes arvesse demograafilisi tunnuseid ja teisi sotsiaalse võrgustiku näitajaid muutus seos pisut sarnasemaks (halva tervisehinnangu šanss võrreldes lastetute inimestega oli ilma lasteta võrgustikes 17% ja lastega võrgustikes 7% väiksem) ning arvestades füüsilise ja vaimse tervise seisundit šansisuhted oluliselt ei muutnud. Seos oli statistiliselt oluline ainult kohandamata mudelis.

Sõpru sisaldavate lähivõrgustike korral oli võimalus hinnata oma tervist heaks ligi 25% suurem kui nendel, kelle võrgustikku sõber ei kuulunud. Võttes arvesse demograafilisi tunnuseid ning teisi sotsiaalse võrgustiku näitajaid (mudel 2) muutus seos statistiliselt ebaoluliseks, kuid kontrollides seost lisaks füüsilise ja vaimse tervise seisundi suhtes (mudel 3) oli sõpradega võrgustikes endiselt ligi 24% suurem võimalus hinnata oma tervist heaks kui nendel, kellel sõpru ei olnud ning seos oli statistiliselt oluline. Sõprade olemasolu või puudumine võrgustikus oli üks väheseid lähivõrgustiku tunnuseid, mis mudelis 3 jäi statistiliselt oluliseks ning mängis rolli tervisehinnangu erinevuses.

Muude võrgustikuliikmetega võrgustikes oli šanss hinnata oma tervist halvaks suurem (šansisuhe 1,16) kui ilma muude võrgustikuliikmetega võrgustikes. Kui mudelisse lisati demograafilised tunnused ja teised sotsiaalse võrgustiku näitajad (mudel 2) šanss palju ei muutunud. Arvestades füüsilise ja vaimse tervise seisundit (mudel 3) muutus šanss väiksemaks (1,08). Mitte üheski mudelis ei olnud seos statistiliselt oluline.

Võrreldes samas leibkonnas ja samas majas elavate inimestega oli võrgustikuliikme paiknemisel 5 kilomeetri raadiuses suurem šanss hinnata oma tervist halvaks (1,32) ning seos oli statistiliselt oluline. Kaugemal kui 5 kilomeetri kaugusel elava võrgustikuliikmega oli halva tervisehinnangu šanss pisut väiksem (0,89), kuid statistiliselt mitteoluline. Kui arvestati demograafilisi tunnuseid ning teisi sotsiaalse võrgustiku näitajaid oli nii 5 km raadiuses kui kaugemal elavate võrgustikuliikmete korral halva tervisehinnangu šanss väiksem võrreldes samas leibkonnas või majas elavate inimestega (šansisuhted vastavalt 0,99 ja 0,77). Seos oluliselt ei muutunud, kui arvesti füüsilise ja vaimse tervise häireid (šansisuhted vastavalt 0,92 ja 0,79) ja oli statistiliselt ebaoluline nii mudelis 2 kui mudelis 3.

Tabel 3. Halva tervisehinnangu šanss seoses demograafiliste tunnuste, sotsiaalse võrgustiku ning füüsilise ja vaimse tervisega 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2010–2011

Tunnus	Kohandamata mudelid		Mudel 1		Mudel 2		Mudel 3		
	OR	95% UI	OR	95% UI	OR	95% UI	OR	95% UI	
Demograafia	Sugu								
	mees	1,00		1,00		1,00		1,00	
	naine	1,06	0,93 – 1,22	1,01	0,87 – 1,18	1,01	0,85 – 1,20	0,77	0,63 – 0,95 *
	Kodakondsus								
	Eesti	1,00		1,00		1,00		1,00	
	muu	2,11	1,73 – 2,57 *	1,82	1,48 – 2,25 *	1,69	1,35 – 2,12 *	1,44	1,11 – 1,86 *
	Vanus								
	50–64	1,00		1,00		1,00		1,00	
	65–79	2,42	2,10 – 2,79 *	1,35	1,11 – 1,64 *	1,33	1,08 – 1,63 *	1,19	0,94 – 1,51
	80 ja vanem	5,50	4,13 – 7,32 *	2,24	1,60 – 3,14 *	2,03	1,41 – 2,92 *	1,30	0,87 – 1,95
	Haridus								
	kõrgem	1,00		1,00		1,00		1,00	
	keskharidus	2,01	1,71 – 2,37 *	1,81	1,51 – 2,16 *	1,75	1,45 – 2,11 *	1,59	1,28 – 1,97 *
	kuni põhiharidus	4,30	3,62 – 5,12 *	2,79	2,31 – 3,36 *	2,75	2,25 – 3,36 *	2,44	1,93 – 3,08 *
	Tööseisund								
	töötav	1,00		1,00		1,00		1,00	
	vanaduspensionär	5,30	4,58 – 6,13 *	3,25	2,68 – 3,96 *	3,24	2,64 – 3,99 *	2,25	1,78 – 2,85 *
	muu	4,26	3,32 – 5,47 *	3,59	2,77 – 4,64 *	3,50	2,66 – 4,60 *	1,89	1,37 – 2,60 *
	Partner leibkonnas								
	jah	1,00		1,00		1,00		1,00	
ei	1,32	1,16 – 1,51 *	0,95	0,81 – 1,10	0,80	0,62 – 1,05	0,84	0,62 – 1,14	
Struktuur	Sotsiaalse võrgustiku tüüp								
	partnerit ei ole võrgustikus	1,00				1,00		1,00	
	partner võrgustikus	0,72	0,63 – 0,82 *			0,74	0,53 – 1,02	0,70	0,48 – 1,02
	lapsi ei ole, lapsed surnud	1,00				1,00		1,00	
	lapsi ei ole võrgustikus	0,66	0,51 – 0,86 *			0,79	0,58 – 1,06	0,83	0,58 – 1,17
	laps võrgustikus	0,77	0,60 – 0,98 *			0,95	0,71 – 1,28	0,93	0,66 – 1,30
	sõpra ei ole	1,00				1,00		1,00	
	sõber võrgustikus	0,74	0,64 – 0,85 *			0,85	0,71 – 1,02	0,76	0,62 – 0,93 *
	muid võrgustikulikmeid pole	1,00				1,00		1,00	
	muud võrgustikulikmed	1,16	0,96 – 1,40			1,19	0,96 – 1,48	1,08	0,84 – 1,39

Tabel 3. jätk

Tunnus	Kohandamata mudelid		Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3		
Struktuur	Geograafiliselt lähima võrgustiku- liikme geograafiline kaugus						
	sama leibkond/maja	1,00		1,00		1,00	
	5 km raadiuses	1,32	1,11 – 1,56 *	0,99	0,75 – 1,30	0,92	0,68 – 1,27
	> 5km	0,89	0,73 – 1,07	0,77	0,56 – 1,06	0,79	0,55 – 1,13
Funktsioon	Suhtlemissagedus kõige sageda- mini suheldava võrgustikuliikmega						
	iga päev	1,00		1,00		1,00	
	nädalas korduvalt	1,15	0,95 – 1,39	0,82	0,63 – 1,07	0,82	0,60 – 1,11
	1 x nädalas või harvem	1,05	0,81 – 1,35	0,63	0,45 – 0,90 *	0,56	0,38 – 0,83 *
Kvaliteet	Väga ja eriti lähedaste inimeste arv võrgustikus						
	3 ja rohkem	1,00		1,00		1,00	
	1–2	1,34	1,16 – 1,56 *	1,24	1,03 – 1,50 *	1,19	0,96 – 1,48
	0	2,23	1,77 – 2,81 *	2,28	1,59 – 3,29 *	1,97	1,30 – 2,98 *
	Rahulolu lähivõrgustikuga						
	väga rahul	1,00		1,00		1,00	
vähem rahul	1,38	1,14 – 1,68 *	1,14	0,89 – 1,45	0,99	0,76 – 1,31	
Objektiivne tervis	Sümptomite arv						
	0	1,00				1,00	
	1	3,09	2,57 – 3,73 *			2,04	1,63 – 2,56 *
	2 ja rohkem	14,00	11,63–16,86 *			4,73	3,75 – 5,98 *
	Igapäevaelupiirangud						
	piiranguteta	1,00				1,00	
	piirangutetga	9,70	8,34–11,30 *			4,41	3,67 – 5,30 *
	Depressioon						
ei	1,00				1,00		
jah	3,71	3,19 – 4,31 *			1,81	1,49 – 2,19 *	

Mudel 1 Kohandatud kõigile demograafilistele tunnustele. Pseudo $R^2=0,1358$

Mudel 2 Kohandatud demograafilistele tunnustele ja lähivõrgustiku tunnustele. Pseudo $R^2=0,1458$

Mudel 3 Kohandatud kõigile tabelis olevatele tunnustele. Pseudo $R^2=0,3175$

$p<0,05^*$

Harvema kui igapäevase suhtluse korral oma võrgustikuliikmega oli šanss hinnata oma tervist halvaks kohandamata mudelis suurem kui igapäevase suhtluse korral, kuid seos oli statistiliselt ebaoluline. Mudelis 2 muutus seos vastupidiseks – mida harvem suheldi oma võrgustikuliikmega, seda väiksem oli halva tervisehinnangu šanss. Võrreldes igapäevase suhtlusega oli šanss hinnata oma tervist halvaks nädalas mitu korda suhtlemise korral 0,82 ja nädalas korra või harvem toimuva suhtluse korral 0,63. Arvestades juurde füüsilise ja vaimse tervise häireid ei muutunud halva tervise enesehinnangu šanss nädalas mitu korda suhtlemise korral, kuid nädalas korra või harvem suhtlevate inimeste halva tervisehinnangu šanss pisut langes (0,56), kusjuures seos oli statistiliselt oluline nii mudelis 2 kui mudelis 3.

Mida rohkem oli lähivõrgustikus väga lähedasi inimesi, seda paremaks hinnati oma tervist. Inimesed, kelle võrgustikku ei kuulunud ühtegi lähedast inimest hindasid 2,23 korda sagedamini oma tervist halvaks kui need, kelle võrgustikus oli kolm või enam lähedast inimest, 1–2 lähedase inimese korral oli halva tervisehinnangu šanss 1,34. Seos oli sarnase tugevusega ning statistiliselt oluline nii kohandamata mudelis kui mudelis 2. Võttes arvesse lisaks eelnevale veel füüsilise ja vaimse tervise seisundit (mudel 3) muutusid seosed veidi nõrgemaks. Halva tervisehinnangu šanss ühe kuni kahe lähedase inimese puhul võrgustikus oli 1,19 ning ilma lähedasteta võrgustike puhul hinnati 1,97 korda suurema tõenäosusega oma tervist halvaks kui kolme ja enama lähedase inimesega võrgustikes. Statistiline olulisus säilis vaid mitte ühtegi emotsionaalselt lähedast inimest sisaldavate võrgustike puhul.

Arvestades demograafilisi ja sotsiaalse võrgustiku tunnuseid vähenes hea tervisehinnangu võimalus ning võrgustikega suuremat rahulolu hindavatel inimestel oli hea tervisehinnangu šanss 14% kõrgem kui vähem rahulolevatel inimestel. Arvestades lisaks füüsilise ja vaimse tervise seisundit kadus vahe tervisehinnangus oma võrgustikuga rahulolevate ja vähem rahul olevate inimeste puhul.

Objektiivse terviseseisundi näitajad olid nii kohandamata kui kohandatud mudelites tugevalt ning statistiliselt oluliselt seotud tervisehinnanguga. Mida rohkem oli inimestel sümptomeid ning igapäevaelupiirangud, seda suurem oli šanss hinnata oma tervist halvaks. Kohandamata mudelites oli seos eriti tugev – ühe sümptomiga inimestel oli halva tervisehinnangu võimalus 3,09 korda suurem ning kahe ja enama sümptomi esinemise korral isegi 14 korda suurem kui ilma sümptomiteta inimestel. Võttes arvesse demograafilisi tunnuseid, sotsiaalseid võrgustikke ning teisi füüsilise ja vaimse tervise näitajaid seos küll nõrgenes (šansisuhted vastavalt 2,04 ja 4,73), kuid jäi statistiliselt oluliseks. Igapäevaelupiirangute esinemise korral oli halva tervisehinnangu šanss 9,70 korda suurem kui ilma piiranguteta inimestel ning ehkki seegi seos nõrgenes kohandades mudelit kõigi

demograafiliste, sotsiaalse võrgustiku ning füüsilise ja vaimse tervise näitajate suhtes, jäi seos tugevaks (4,41 korda kõrgem šanss hinnata oma tervist halvaks võrreldes piiranguteta inimestega) ning statistiliselt oluliseks.

Lisaks füüsilise tervise näitajatele oli tervisehinnanguga oluliselt seotud vaimne tervis – depressiooni esinemise korral oli kohandamata mudelis šanss hinnata oma tervist halvaks ligi neli korda suurem kui ilma depressioonita inimestel ning seos oli statistiliselt oluline. Arvestades nii demograafilisi näitajaid, sotsiaalse võrgustiku tunnuseid ning füüsilise tervise seisundit, muutus seos nõrgemaks (šansisuhe 1,81), kuid säilitas statistilise olulisuse.

6. ARUTELU

Arutelu peatükk käsitleb uurimistulemusi kirjanduse ülevaate taustal. Peatükis antakse ülevaade magistr töö andmeanalüüsi tulemuste seosest eelnevate uurimistöödega ning avatakse saadud seoste võimalikud põhjused, uuringu tugevused ja nõrgad küljed.

6.1. Tervise enesehinnang Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel

Ühtmoodi vähe (alla 30%) oli nii mehi kui naisi, kes hindasid oma tervist heaks, ehkki on leitud, et üle 50aastased naised hindavad sagedamini oma tervist halvaks kui üle 50aastased mehed (48). Üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et naised elavad meestest üldjuhul kauem, mistõttu naistel esineb rohkem kroonilisi haigusi, mis mõjutavad tervisehinnangut negatiivses suunas. Kuna meeste ja naiste tervisehinnangu jaotus on antud valimis sarnane, võib arvata, et valimisse sattunud mehed ja naised on oma füüsiliselt ja vaimselt terviselt sarnased.

Eestlaste ja välispäritolu rahvastiku tervise enesehinnangu jaotus oli statistiliselt oluliselt erinev. Erinevus võib tuleneda põlisrahvastiku ning välispäritolu rahvastiku erinevusest füüsilises ja vaimses tervises, mille põhjuseks on erinev tervisekäitumine (35). Erinevused füüsilises tervises selgitavad ka vanusegrupiti oluliselt erineva tervisehinnangu jaotuse – vanuse kasvades sagedamini füüsilise tervise häired (35), millest suurel määral sõltub hinnang oma tervisele. Füüsilise tervise mõjutajana on oluline nii haridus kui tööseisund, mis on tugevalt seotud hea majandusliku seisundi ja elujärgiga, mis mõjutavad tervist positiivses suunas (35). Seega on tõenäoline, et kõrgema haridustasemega ning tööturul aktiivsete hulgas on parema füüsilise ja vaimse tervisega inimesed ning seetõttu suurem osakaal oma tervist heaks hinnanud.

Partneri olemasolu korral leibkonnas hinnati sagedamini oma tervist heaks võrreldes nendega, kellel partnerit leibkonnas ei olnud. Ühest küljest võib see tuleneda asjaolust, et Eestis elavad naised meestest ligi 10 aastat kauem (1) ning ilma partnerita või abikaasata inimestena on uuringus kaardistatud eelkõige vanematesse vanusegruppidesse kuuluvad inimesed, kelle füüsilise tervise seisund ongi halvem võrreldes nooremate inimestega. Samas võib olla tegemist asjaoluga, et vanemaegalise partner on surnud või erinevatel põhjustel ei ela kodus (partner on hooldekodus või haiglas), see aga põhjustab stressi ja depressiooni, mis vanemaegalistel on seotud halva tervisehinnanguga (9). Füüsilise ja vaimse tervise häirete esinemise korral oli oluliselt suurem halva tervise enesehinnangu osakaal, mis on kooskõlas

kirjandusega – halb tervise enesehinnang nii üldrahvastikus (14, 56) kui vanemaealistel (41) on seotud erinevate füüsilise tervise häirete ja depressiooni kõrgema esinemissagedusega.

Tervisehinnangu jaotus erinevate lähivõrgustiku tunnuste osas üldiselt ei erinenud. Partneri olemasolu korral võrgustikus hinnati harvem oma tervist heaks, mille võib tingida sotsiaalse võrgustiku surve. Näiteks eeldab võrgustikku kuulumine vastuteeneid (67), mistõttu partneri olemasolu korral lähivõrgustikus võib esineda sotsiaalne kohustus hoolitseda oma haige abikaasa eest, mis omakorda läbi stressitaseme suurenemise mõjutab inimese tervist (51). Kui võrgustikku kuulus sõber, oli hea tervisehinnangu osakaal vastanute hulgas suurem kui sõpradeta võrgustikes. Võimalik, et sõpradega võrgustike korral kaardistati nooremaid ning tervemaid inimesi, kuna halb füüsiline tervis raskendab sotsiaalsete kontaktide loomist ja hoidmist (51) ning igapäevaelupiirangute korral muutuvad eelkõige perekondlikud suhted üle 50aastastele oluliseks (12). Ka väga lähedaste inimeste puudumise korral oli rohkem neid, kes hindasid oma tervist halvaks võrreldes inimestega, kelle võrgustikesse kuulus 3 või enam lähedast inimest. Lähedaste inimesteta võrgustikes võib olla enam kõige vanema vanusegrupi esindajaid, kelle lähedased on juba surnud ning kes vanusega lisanduvate tervisehäirete tõttu hindavad sagedamini oma tervist halvaks.

6.2. Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustiku struktuuri, funktsiooni ja kvaliteediga Eesti 50aastastel ja vanematel inimestel

Meeste ja naiste tervisehinnangus ei olnud erinevusi, kui arvesti ainult sugu, teisi demograafilisi tunnuseid või lisaks sotsiaalse võrgustiku näitajaid. Füüsilise ja vaimse tervise lisamisel mudelisse tekkis meeste ja naiste tervisehinnangu statistiliselt oluline erinevus. Ehkki mitmed uuringud (41, 43) kinnitavad tõsiasja, et vanemaealiste naiste ja meeste tervisehinnang oleks ühesugune eeldusel, et nende füüsilise ja vaimse tervise seisund on sarnane, näitavad käesoleva uurimistöö tulemused aga, et soo mõju tervisehinnangule muutub oluliseks just siis, kui võtta arvesse füüsilise ja vaimse tervise seisund. Et naised hindavad oma tervist meestest paremaks vaatamata sarnasele füüsilise ja vaimse tervise seisundile, on kooskõlas osade Eestis ja mujal üldrahvastiku põhjal läbi viidud uuringu tulemustega (35, 57). Tuleb silmas pidada, et inimesed võtavad oma tervisele hinnangu andmisel arvesse erinevaid aspekte (60), vanemate inimeste puhul on tervisehinnang seotud peale füüsilise tervise mitmete asjaoludega (7) ning ehkki meestel ja naistel võib esineda ühepalju kroonilisi haigusi ja sümptomeid, on haiguste struktuur sooti erinev (13). Ka eestlaste ja välispäritolu rahvastiku

tervisehinnangu erinevust võivad selgitada kultuurilised erinevused, kuna sarnase füüsilise ja vaimse tervise seisundi, demograafiliste näitajate ning lähivõrgustiku omaduste korral hindasid välispäritolu inimesed siiski oma tervist eestlastest halvemaks.

Vanuse mõju tervise enesehinnangule oli läbi mudelite järjepidev – mida vanem oli inimene, seda suurem oli šanss hinnata oma tervist halvaks. Saadud tulemused on kooskõlas varasemate uurimistöödega – vanemas eas suureneb tõenäosus hinnata oma tervist halvaks võrreldes nooremate vanuserühmadega (44, 48, 58) ning kuna vanusega kaasneb erinevate tervisehäirete sagenemine, muutub füüsilise ja vaimse tervise näitajate lisamisel vanuse mõju tervisehinnangule väiksemaks (35), kaotades statistilise olulisuse. Seega seletavad lisatud tunnused enamiku vanuseti ilmnenuid erinevused terviseseisundis.

Hariduse mõju tervisehinnangule oli järjepidev – mida kõrgem oli haridustase, seda suurem oli šanss hinnata oma tervist heaks, seda nii demograafilisi tunnuseid, lähivõrgustike näitajaid kui tegelikku füüsilist ja vaimset terviseseisundit arvesse võttes. Tulemus on kooskõlas eelnevate üldrahvastikus läbi viidud uurimistöödega – oluline on haridustaseme mõju sissetulekutele ja elustandardile, mis omakorda soodustab head tervist (35) seeläbi aga hea tervisehinnangu andmist. Samas on kõrgem haridustase seotud ka igapäevaelu- piirangutega vanemaealiste suhtevõrgustikuga, kõrgema haridustasemega inimestel on suuremad ja mitmekesisemad lähivõrgustikud (12), mis võivad inimese vanemaks saades talle vajalikku praktilist ja emotsionaalset tuge pakkuda. Võimalik, et haridus mõjutab suhtevõrgustike teket ning tervise enesehinnangu kujunemist lisaks elustandardile ka muude mehhanismide kaudu, kuid see seos vajab edasist uurimist.

Ka tööseisund on seotud elustandardiga, mistõttu on ootuspärane, et tööturul aktiivsed inimesed hindavad suurema tõenäosusega oma tervist heaks kui vanaduspensionärid, töötud, kodused, invaliidid ja muu tööseisundiga inimesed, kelle sissetulekud ning majanduslik heaolu jääb tõenäoliselt alla töötavatele inimestele. Tööseisundi seos tervisehinnanguga oli oluline, mis on kooskõlas kirjandusega, mille kohaselt varane pensionileminek on seotud suhtevõrgustiku kadumise ja kognitiivse võimekuse vähenemisega (73), mis omakorda võib olla seotud asjaoluga, et oma tervist hinnatakse halvaks. Tööseisundi mõju siiski vähenes, kui mudelisse lisati ülejäänud demograafilised tunnused ning kõige rohkem vähenes tööseisundi mõju füüsilise ja vaimse tervise seisundi arvestamisel. Seega on tööseisund seotud tervisehinnanguga, kuid rohkem kui tööseisund selgitab erinevusi tervise enesehinnangus füüsilise ja vaimse tervise seisund, kuna erinevused kaovad kohandatud mudelites.

Partneriga koos elamine oli tervisehinnanguga seotud vaid kohandamata mudelis – kui partneriga ei elatud samas leibkonnas, oli šanss hinnata oma tervist halvaks suurem kui neil,

kes elasid koos partneriga. Saadud tulemus ei ole kooskõlas kirjandusega, kus on leitud, et üle 50aastased partneriga koos elavad isikud hindavad oma tervist paremaks kui partnerist lahus elavad inimesed (48). Käesolevas töös ei tulene erinevused tervisehinnangus niivõrd partneri olemasolust, kui võrd kontrollitud demograafilistest ja füüsilise ning vaimse tervise seisundist.

Partneri, laste ning muude võrgustikuliikmete olemasolu või puudumine lähivõrgustikus ei olnud mudelis 3 statistiliselt oluliselt seotud tervisehinnanguga. Erinevusi inimeste tervise enesehinnangus kirjeldavad enam kui sotsiaalse võrgustiku tüüp demograafilised näitajad ning füüsilise ja vaimse tervise seisund. Sõprade olemasolu korral võrgustikus oli aga vaatamata füüsilise ja vaimse tervise seisundile inimese hinnang oma tervisele parem. Tulemus on kooskõlas kirjandusega (9), kus väidetakse, et vanemaealiste puhul võivad lisaks pereliikmetele just sõbrad aidata eakal säilitada arusaama endast kui puudeta inimesest vaatamata vanusega lisanduvatele tervisehäiretele. Sõbrad on enamasti eakaaslased, kes võivad eaka muret oma tervise pärast paremini mõista ning seeläbi pakkuda vajalikku emotsionaalset tuge vanusega muutuva terviseseisundiga toimetulekuks. Samuti on vanemaealistel kalduvus võrreldes end teiste samaealistega hinnata oma tervist heaks (40, 43), samaealiste sõprade olemasolu korral suhtevõrgustikus on võimalus oma tervist teistega võrrelda.

Mida kaugemal elas geograafiliselt lähim võrgustikuliige, seda suurem oli šanss hinnata oma tervist heaks. Oma võrgustikuliikmetele geograafiliselt lähemal (samal leibkonnas, samas majas) elavad üle 50aastased sageli juhul, kui halva tervise tõttu on tekkinud vajadus abi järele (16), mistõttu käesolevas töös võib üheks põhjuseks, miks statistiline olulisus mudelis 3 kaob, pidada füüsilise ja vaimse tervise seisundit. Sarnane seos ilmnes ka suhtlemise sagedusega vanemaealistel ning see on kooskõlas kirjandusega – kui vanemaealine suhtleb oma võrgustikuliikmega igapäevaselt on võimalus halvaks tervisehinnanguks oluliselt suurem kui siis, kui suhtlemine toimub kord nädalas või harvem ning põhjuseks võib olla halvast terviseseisundist tingitud vajadus sagedasema kontakti järgi nii praktiliseks kui emotsionaalseks toetuseks (16, 19). Ehkki šanss hinnata oma tervist heaks suurenes harvema suhtlemissageduse korral, kui arvesse võeti füüsilise ja vaimse tervise seisundit, on siiski tõenäoline, et halvema terviseseisundiga vanemaealine vajab enda kõrvale abilist ning seetõttu on suhtlemine sagedasem just halva füüsilise tervise seisundi tõttu.

Väga lähedaste inimeste arv võrgustikus oli seotud tervisehinnanguga – kui võrgustikku ei kuulunud ühtegi lähedast inimest, oli šanss hinnata oma tervist halvaks oluliselt suurem kui neil, kelle võrgustikus oli kolm või enam lähedast inimest. Füüsilise ja vaimse terviseseisundi arvestamisel jäi seos statistiliselt oluliseks, mis näitab, et vanemaealiste puhul on oma

tervisele hinnangu andmisel olulised sotsiaalsed suhted, mitte ainult objektiivse tervise seisund ning saadud tulemus on kooskõlas kirjandusega (9). Võrgustiku kvaliteet osutub olulisemaks seoses tervise enesehinnanguga kui vaid kontaktide sagedus ning see tulemus kinnitab varasemaid tulemusi (58). Samas ei olnud rahulolu oma lähivõrgustikuga tervisehinnangu seisukohast oluline, mis on kooskõlas Eesti üldrahvastiku põhjal läbiviidud uuringuga (35), kuid vastuolus Deindl et al (16) uurimistulemustega vanemaealiste kohta, mis viitavad paremale tervisehinnangule seoses võrgustikuga rahuloluga. Samas on Reile ja Leinsalu (35) oma uuringus sarnaselt käesolevale tööle võtnud arvesse füüsilise ja psüühilise tervise näitajaid (igapäevaelupiirangud, depressioon), Deindl et al (16) aga arvestanud elustiili näitajaid nagu suitsetamine ja füüsiline aktiivsus, millest võib tuleneda uuringute tulemuste erinevus. Samas võib arvata, et vanemaealistele on oluline, et nende suhtevõrgustikku kuulub inimene, kellega arutada olulisi teemasid. Suhted ongi muutlikud ja keerulised, nendega ei olda sageli rahul, kuid on oluline, et vanemaealise lähivõrgustikku kuulub keegi ka siis, kui nende suhetega ei olda täielikult rahul. Käesoleva töö tulemuste põhjal võib aga väita, et enam kui rahulolu oma lähivõrgustikuga mõjutab tervisehinnangut füüsilise ja vaimse tervise seisund.

Analüüsi tulemusel mängivad füüsilise ja vaimse tervise näitajad nagu sümptomite arv, igapäevaelupiirangute esinemine ning depressiooniilmingud vanemaealiste tervise enesehinnangu määramisel kõige suuremat rolli ning väiksem mõju on sotsiaalsetel võrgustikel, mis on kooskõlas kirjandusega (40, 52). Ka depressiooni esinemisel on üle 50aastastel hinnang oma tervisele halb sõltumata vanusegrupist, soost ja teistest demograafilistest näitajatest, samuti füüsilise tervise häiretest või lähivõrgustikust, mis ühtib kirjandusest leitudga (9), kus on välja toodud, et vanemaealised depressiivsed inimesed võivad oma füüsilist tervist tajuda reaalsest halvemini ning seetõttu hinnata oma tervist halvaks. Võrreldes kohandamata mudeliga muutub demograafiliste ja lähivõrgustiku tunnuste lisamisel füüsilise ja vaimse tervise seisundi seos tervise enesehinnanguga väiksemaks, mis näitab, et ka demograafilised ja lähivõrgustiku tunnused selgitavad olulise osa erinevustest tervisehinnangus ning võimalusel peaks lähivõrgustiku tunnuseid kaasama edasistes uurimistöodes tervise enesehinnangu kohta.

Magistritöö tugevuseks on suur valimimaht (N=4620) ning asjaolu, et tegemist on individuaalsete andmetega, mis võimaldab seoste loomist üksikisiku tasandil ning üldistuste tegemist Eesti vanemaealisele rahvastikule. SHARE uuring on ilma ülemise vanusepiirita, mistõttu saab teha üldistusi kogu vanemaealisele, üle 50 aastasele rahvastikule ning kaardistatud on ka kõige vanemad inimesed, kes sageli uuringutest välja jäävad.

SHARE uuring ühendab erinevad distsipliinid ning võimaldab uurida koos demograafilisi, sotsiaalseid ja tervise aspekte. Andmed on kogutud viisil, mis võimaldab seoste loomist üksikisiku tasandil.

Varasemalt on uuritud üldiselt sotsiaalse kapitali (usaldus, kodanikuaktiivsus) seost tervisehinnanguga üldrahvastikus, samuti sotsiaalseid võrgustikke laiemalt, kuid käesolev töö võimaldab vaadelda eelkõige Eesti vanemaealiste lähivõrgustike seost tervise enesehinnanguga. Lähivõrgustikke ei ole palju uuritud, samas on tegemist inimestele ehk kõige olulisemate suhetega, eriti olulised on lähisuhted aga just vanemaealistel. Töös on analüüsitud kolme lähivõrgustiku omadust – struktuuri, funktsiooni ja kvaliteeti. Neid koos arvestades on võimalik selgemini mõista sotsiaalsete võrgustike mõju tervise enesehinnangule. Käesolev töö lihtsalt ei loetle sotsiaalseid kontakte ning haigusi, vaid uurib inimese üldist terviseseisundit seoses tema jaoks oluliste võrgustikuliikmetega, võttes arvesse füüsilise ja vaimse tervise seisundit.

Töö piiranguks on asjaolu, et kasutatud on vaid ühe uuringulaine andmeid, mistõttu magistrیتöö on läbilõikeline uuring. Seetõttu ei ole võimalik saadud seoste puhul määratleda, kas halb tervisehinnang on seose korral põhjus või tagajärg. Kuna magistrیتöö valmimise ajaks oli Eesti kohta avaldatud vaid ühe uuringulaine andmed, ei olnud võimalik hinnata muudatusi tervise enesehinnangus aja jooksul ega ka muudatusi lähivõrgustikes või tervisenäitajates.

Käesolev töö võimaldab mõista, millised lähivõrgustiku tunnused on tervise enesehinnangu seisukohast olulised. Järgnevate uuringulainete andmete lisandudes on võimalik uurida lähivõrgustike tunnuste muutusi, muutusi terviseseisundis ning tervise enesehinnangus. See aitab mõista ja määratleda võimalikke põhjus-tagajärg seoseid tervise enesehinnangu ning lähivõrgustike vahel ning lahti mõtestada lähivõrgustike mõju vanemaealise tervisele ning terviseseisundi mõju sotsiaalsetele kontaktidele.

7. JÄRELDUSED

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada tervise enesehinnangut 50aastastel ja vanematel inimestel Eestis ning selgitada välja, milline on tervise enesehinnangu seos lähivõrgustiku tunnustega. Lähtuvalt eesmärkidest püstitati neli uurimisküsimust, millele uurimistöö käigus leiti vastus.

1. Madalat tervise enesehinnangut esines oluliselt rohkem välispäritolu, kõrgema vanuse, madalama hariduse, tööturul mitteosalemise ning ilma partneri või abikaasata leibkonnas võrreldes Eesti kodakondsuse, vanusegrupiga 50–64, kõrghariduse, aktiivsusega tööturul ning abikaasa/partneriga leibkonnas. Kõigi füüsilise ja vaimse tervise häirete esinemise korral oli samuti oluliselt rohkem halba tervisehinnangut kui tervisehäirete puudumise korral. Oluliselt sagedamini hinnati oma tervist halvaks ilma sõbrata ning vähem kui kolme emotsionaalselt lähedase inimesega võrgustikes võrreldes sõpradega ja vähemalt 3 lähedase inimesega lähivõrgustikus.
2. Olenemata demograafilistest näitajatest, teistest lähivõrgustiku tunnustest ning füüsilise ja vaimse tervise seisundist on inimestel, kelle võrgustikku kuulub sõpru šanss hinnata oma tervist heaks suurem kui ilma sõpradeta inimestel.
3. Oma võrgustikuliikmega kord nädalas või harvem suhtlemise korral on väiksem šanss hinnata oma tervist halvaks kui inimestel, kes suhtlevad oma võrgustikuliikmega igapäevaselt ning seos on oluline ka siis, kui arvesse võtta demograafilisi tunnuseid ning füüsilise ja vaimse tervise näitajaid.
4. Inimesed, kelle võrgustikku ei kuulu mitte ühtegi lähedast inimest annavad suurema tõenäosusega oma tervisele halvema hinnangu kui inimesed, kelle võrgustikes on kolm või enam lähedast inimest. Seos on oluline nii sarnaste demograafiliste kui sarnase füüsilise ja vaimse tervise seisundi korral.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Eigo N, Karelson K, Poolakese A, Tilk R, Valdmaa I, editors. Tervisestatistika Eestis ja Euroopas 2007, 2009 ja 2011. Tallinn: Atlex As; 2013.
2. Puur A, Pöldma A. Rahvastiku vananemine demograafilises vaates. In: Jalak A, editor. Sotsiaaltrendid 5. Tallinn: Statistikaamet; 2010. p. 6–18.
3. Eurostat. Population on 1 January by broad age group and sex. 2014. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanbroad&lang=en)
4. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80:245–250.
5. Rowland DT. *Population Aging. The transformation of Societies*. London: Springer; 2012.
6. Eriksen ML, Vestergaard S, Andersen-ranberg K. Health among Europeans – a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Boston: De Gruyter; 2013. p. 146–160.
7. Pu C, Bai Y-M, Chou Y-J. The impact of self-rated health on medical care utilization for older people with depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28:479–486.
8. Jakobsson U, Kristensson J, Hallberg IR, et al. Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: an explorative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011;52:290–294.
9. Kelley-Moore J, Schumacher J, Kahana E, et al. When do older adults become “disabled”? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *Journal of Health and Social Behavior* 2006;47:126–141.
10. Carlson P. The European health divide: a matter of financial or social capital? *Social Science & Medicine* 2004;59:1985–1992.
11. Sildever Ü, Pärna K, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. *Eesti Arst* 2008;87:13–18.
12. Abuladze L, Sakkeus L. Social networks and everyday activity limitations. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Boston: De Gruyter; 2013. p. 311–321.
13. Sakkeus L, Karelson K. The health transition in Estonia: breaking away from the Soviet Legacy. In: Hoque N, Swanson DA, editors. *Opportunities and Challenges for Applied Demography in the 21st Century* London: Springer; 2012. p. 227–261.

14. Bardage C, Pluijm SMF, Pedersen NL, et al. Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *European Journal of Ageing* 2005;2:149–158.
15. Geest TA, Engberg M, Lauritzen T. Discordance between self-evaluated health and doctor-evaluated health in relation to general health promotion. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2004;22:146–151.
16. Deindl C, Hank K, Brandt M. Social networks and self-rated health in later life. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Boston: De Gruyter; 2013. p. 301–309.
17. Berkman LF. Social networks and social isolation. In: Fink G, editor. *Encyclopedia of Stress*. 2nd ed. Elsevier; 2007. p. 523–527.
18. Berkman LF, Glass T, Brissette I, et al. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 2000;51:843–857.
19. Litwin H, Stoeckel KJ. Confidant network types and well-being among older Europeans. *The Gerontologist* 2013;gnt056. (Electronic article).
20. Fees B, Martin P, Poon L. A model of loneliness in older adults. *The Journals of Gerontology: Psychological sciences* 1999;54:231–239.
21. Sotsiaalministeerium. *Aktiivsena vananemise arengukava 2013 – 2020*. Tallinn; 2013.
22. Litwin H, Stoeckel KJ. Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing and Society* 2012;1–19. (Electronic article).
23. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, et al. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders* 2004;78:27–35.
24. Cornwell E, Waite L. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior* 2009;50:31–48.
25. Lund R, Avlund K, Modvig J, et al. Development in self-rated health among older people as determinant of social relations. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004;32:419–425.
26. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine* 2003;56:935–947.
27. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Biological sciences* 2004;359:1435–1446.
28. Stoeckel KJ, Litwin H. Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities? In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors.

- Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis. Boston: De Gruyter; 2013. p. 277–287.
29. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Ottawa; 1986 p. 1–5.
30. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn: Tallinna Raamatutrukikoda; 2011.
31. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 2002;55:847–861.
32. Christian LM, Glaser R, Porter K, et al. Poorer self-rated health is associated with elevated inflammatory markers among older adults. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36:1495–1504.
33. Muennig P, Cohen AK, Palmer A, et al. The relationship between five different measures of structural social capital, medical examination outcomes, and mortality. *Social Science & Medicine*; 2013;85:18–26.
34. Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürges H, Mackenbach J, Siegrist J, Weber G, editors. Health, ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
35. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *International Journal of Public Health* 2013;58:555–564.
36. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *European Journal of Epidemiology*; 2008;21:773–781.
37. Jagger C, Gillies C, Cambois E, et al. The global activity limitation index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010;63:892–899.
38. Cabrero-García J, Juliá-Sanchis R. The global activity limitation index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* 2014;67:468–476.
39. Verbrugge LM. A global disability indicator. *Journal of Aging Studies* 1997;11:337–362.
40. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, et al. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *The Journals of Gerontology: Social Sciences* 1998;53:144–152.
41. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002;55:364–370.
42. Schneider G, Driesch G, Kruse A, et al. What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2004;39:227–237.

43. Andersen FK, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: a cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45–102. *Social Science & Medicine* 2007;35:164–171.
44. Ferlander S, Mäkinen IH. Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Social Science & Medicine* 2009;69:1323–1332.
45. Giordano GN, Lindström M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*; 2010;70:700–710.
46. Eriksson M. Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action* 2011;4:5611–5621.
47. Giordano GN, Björk J, Lindström M. Social capital and self-rated health – a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*; 2012;75:340–348.
48. Sirven N, Debrand T. Social capital and health of older Europeans: causal pathways and health inequalities. *Social Science & Medicine*; 2012;75:1288–1295.
49. Deri C. Social networks and health service utilization. *Journal of Health Economics* 2005;24:1076–1107.
50. Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, et al. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health* 2010;55:531–542.
51. Ferlander S. The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica* 2007;50:115–128.
52. Mossey J, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982;72:800–808.
53. SHARE. Release Guide 1.1.1. Wave 4; 2013. (http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_wave_4_release_guide_1.1.1.pdf)
54. Jylhä M. Self-rated health between psychology and biology. A response to Huisman and Deeg. *Social Science & Medicine*; 2010;70:655–657.
55. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, et al. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Service Research* 2005;40:1234–1246.
56. Heidrich J, Liese AD, Löwel H, et al. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in Southern Germany. Results from the MONICA Augsburg Cohort Study 1984 – 1995. *Annals of Epidemiology* 2002;12:338–345.
57. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health* 2010;21:81–91.

58. Gele A a, Harsløf I. Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. *International Journal for Equity in Health* 2010;9:1–9.
59. Tamayo-Fonseca N, Quesada J, Nolasco A, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health* 2013;127:1097–1104.
60. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*; 2009;69:307–316.
61. Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine* 2003;56:1669–1676.
62. Vaupel JW, Manton KG, Stallard E. The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. *Demography* 1979;16:439–454.
63. Schultz J, O'Brien a M, Tadesse B. Social capital and self-rated health: results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine* 2008;67:606–617.
64. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 1998;24:1–24.
65. Baum F, Ziersch A. Social capital. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 2003;57:320–323.
66. Montgomery MR, Casterline JB. Social learning, social influence, and new models of fertility. *Population and Development Review* 1996;22:151–175.
67. Käärik H. Klassikaline ja nüüdisaegne sotsioloogiline teooria. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2013.
68. Hess BB, Markson EW, Stein PJ. Sotsioloogia. In: Müürsepp M, editor. Tallinn: Külim; 2000.
69. Kikuchi M, Coleman C-L. Explicating and measuring social relationships in social capital research. *Communication Theory* 2012;22:187–203.
70. Malter F, Börsch-Supan A, editors. *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. München: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2013.
71. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social network types among older adults: a multidimensional approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2007;62:322–330.
72. Burt RS. The network structure of social capital. *Research in Organizational Behavior* 2000;22:345–423.
73. Börsch-Supan A, Schuth M. Early retirement, mental health and social networks. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Boston; 2013. p. 337–348.

74. Tasuja M. Vanemaealiste materiaalne heaolu ja majanduslik toimetulek. In: Jalak A, editor. Sotsiaaltrendid 5. Tallinn: Statistikaamet; 2010. p. 49–61.
75. Ahnquist J, Wamala SP, Lindstrom M. Social determinants of health – a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*; 2012;74:930–939.
76. Alcser KH, Börsch-Supan A, Croda E, et al. The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology. In: Börsch-Supan A, Jürges H, editors. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
77. Leinsalu M. Kolme küsitlusuuringu terviseküsimuste võrdlev analüüs. Tallinn: Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut; 2005.
78. Kawachi I, Kennedy B, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 1999;89:1187–1193.
79. Kodakondsuse seadus, 19.01.1995. RT I 1995, 12, 122.
80. Riikliku pensionikindlustuse seadus. 05.12.2001, RT 2001, 100, 648.
81. Questionnaire wave 4. CAPI main questionnaire. 2011. (http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_4/SHARE_EE_EE_wave4_main_questionnaire.pdf)

SUMMARY

Self-Rated Health and its Associations with Confidant Networks among the Older Estonian Population: Data from the SHARE Project

Population ageing in Europe is one of the fastest in Estonia, but the average life expectancy as well as the number of healthy life-years in Estonia is much lower compared to Western-European countries. Almost 2/3 of Estonians rate their health badly, which on the one hand is caused by objectively bad health and worse socio-economic circumstances than in Western-Europe, but on the other hand social capital also plays a role in it. In old age, self-rated health may be affected by more than just physical and mental health. The older people get, the more physical and mental health problems they have, but interaction with family and friends plays a part in helping older people maintain their self-identification of a healthy person.

The aim of this study was to describe self-rated health in population 50 years and older in Estonia by different demographic groups, confidant networks as well as physical and mental health conditions, and to find out how self-rated health is related with confidant network structure, function and quality.

Data from SHARE project were used and 4620 people from Estonia aged 50 and older were analysed. Chi-square test identified statistical differences of health rating proportions throughout the demographic, social network and physical and mental health groups. Logistic regression was applied to the data to find odds for bad health with 95% confidential intervals and statistical significance.

There was statistically bigger proportion of bad self-rated health among people who were older, had lower education, and were non-working, non-Estonians and without a partner in household. High proportion of bad self-rated health was found among groups with physical and mental health problems. Those without a partner, children, friends or emotionally very close people in their network or who were not very satisfied with their relationships rated their health significantly more often worse than those with a partner, children, friends or emotionally close people in their networks and those satisfied with their relationships. Men and women had the same proportions of bad health, also there were no differences in self-rated health by the size of networks as well as by contact frequency.

The higher the education level and when being active in labour market, the bigger the odds of good self-rated health. Women and Estonians have higher odds of good self-rated health than men and non-Estonians even when adjusted to demographic, social network and physical and mental health variables. Those with friends or three or more emotionally close

people in their networks and those having contact with their network member once a week or less had lower odds for bad self-rated health than those without friends, no emotionally close people in networks and those having daily contact with the most contacted network member.

Physical and mental health are most strongly connected to self-rated health among the older Estonians, but additionally, confidant networks variables such as the number of emotionally close people, having friends and the frequency of contact are significantly connected to self-rated health even when adjusting to demographics, confidant networks and physical and mental health conditions.

Keywords: self-rated health, social network structure, social network function, social network quality, confidant networks, Estonia, population 50 years and older, SHARE

TÄNUAVALDUS

Minu siiras tänu kuulub

- Juhendajale Liili Abuladzele peaaegu kaks aastat kestnud magistritöö kirjutamisprotsessi juhendamise, mõtlemapanevate küsimuste esitamise, kannatlikkuse ning vastutulelikkuse eest.
- Suurepärasele Heti Pisarevile igakülgse abi eest statistikaalaste küsimuste lahendamisel olenemata nädalapäevast või kellaajast.
- Ene Indermittele nõuannete ning näpunäidete eest magistritöö valmimise lõppetapis.
- Headele kolleegidele Sirje Kreele, Ülle Prommikule ja Ronald Gutmannile Tartu Linnavalitsuse tervishoiuosakonnast, kellelt sain moraalset tuge ning praktilist toetust täistööajaga töötamise kõrvalt oma magistritöö lõpule viia.
- Anna Penkinale Akadeemilise väljendusoskuse keskusest keelelise korrektuuri ja näpunäidete eest teksti selgemaks esitamiseks.
- Kõigile minu kursusekaaslastele, kelle igakülgne toetus ning tugev meeskonnavaim ei jätnud võimalustki magistritöö kirjutamisest loobumiseks.
- Oma emale Meeli Väljaotsale töö keelelise korrektuuri eest, sõpradele Kadi Kook'ile ja Timo Petmansonile statistikaalaste mõttevahetuste eest ning Hanna-Liisa Ennetile ja Otakar Fleischmannile tervise- ja sotsiaalteemaliste materjalide jagamise ning edasisuunavate arutelude eest.

ELULUGU

1. Ees- ja perekonnanimi: Piret Väljaots
2. Sünniaeg: 3. juuni 1986
3. Kodakondsus: Eesti
4. Haridus:
 - 2012–2014 Tartu Ülikool, eriala: rahvatervishoid, epidemioloogia
 - 2008–2013 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus, eriala: ämmaemandus, lisaeriala: õeteadus
 - 2005–2008 Tartu Ülikool, loodusteaduste bakalaureuse kraad, eriala: ökoloogia ning elustiku kaitse
 - 2002–2005 Hugo Treffneri Gümnaasium
5. Praegune töökoht, amet: Tartu Linnavalitsuse tervishoiuosakond, vanemspetsialist
6. Töökogemus (teenistuskäik):
 - alates aprill 2014: Tartu Linnavalitsuse tervishoiuosakonna vanemspetsialist
 - september 2013–märts 2014: OÜ Medica Teenused, töötervishoiuõde
 - jaanuar–juuli 2013: Tamme Erakliinik, ämmaemand
 - 2008–2009: Tartu Ülikool, laborant
 - 2006–2008: FIE Alar Toom, tõlk (meditsiinalased tõlked)
 - juuni–august 2008: Tartu Ülikool, laborant
7. Keelteoskus:
 - eesti keel – emakeel
 - inglise keel – C2 tase
 - saksa keel – lugemine/kuulamine C1 tase, suuline suhtlus/kirjutamine B1 tase
 - vene keel – A1 tase
 - tšehhi keel – A2 tase

II. Saadud uurimistoetused ja stipendiumid

- Ants ja Maria Silvere ning Sigfried Panti mälestusstipendiumi (2013. aastal)

III. Erialane enesetäiendus

- „Immuniseerimise baaskoolitus“ (16 tundi), 2013, Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetool.
- „Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise koolitus“ (4 tundi), 2010, Tervise Arengu Instituut

IV. Ühiskondlik tegevus

- Alates 2013. aastast olen Tartu Ülikooli Akadeemilise Naiskoori liige.

Kuupäev: 27. mai 2014. a

LISA 1 Magistritöös kasutatud tunnused SHARE küsimustikust

PH003_HealthGen2

Kas te ütleksite, et teie tervis on...

1. suurepärane
2. väga hea
3. hea
4. rahuldav
5. halb

DN042_Gender

INT:Märkige vastaja sugu vaatluse alusel, kahtluse korral küsige.

1. Mees
2. Naine

CoverscreenWizardRespondentConfirmationLk.:BIRTH

Teie sünniaeg on Kas see on õige?

INT: Kui sünnikuu ja /või -aasta ei ole õiged, märkige õige. Kui vastaja keeldub sünniaega ütlemast, siis püüdke seda hinnata ligikaudselt. Kui seda ei ole võimalik teha, siis märkige "Ei tea/keeldumine".

1. Jah, sünnikuu ja -aasta on õiged.
5. Ei, sünnikuu või -aasta on vale

Sünnikuu on _____

Sünniaasta on _____

9. Ei tea/ keeldumine

DN010_HighestEdu

Vaadake kaarti 2. Milline on teie kõrgeim omandatud haridustase?

1. Algharidus üldhariduskoolist (eri aegadel 2, 3, 4, 6 kl)
2. Põhiharidus üldhariduskoolist:põhikoolist või keskkoolist
3. Keskkooli üldhariduskoolist (keskkool või gümnaasium)
4. Kutsekoolis saadud kutse,sisseastumisel ei olnud üldhariduse nõuet, saadud kas ainult kutse või kutse koos põhiharidusega
5. Kutseõpe kutsekoolis, kutsekeskkoolis,keskeriõppeasutuses või tehnikumis,sisseastumisel oli nõutav põhiharidus
6. Kutsekoolis omandatud kutse,sisseastumisel oli nõutav keskkooli haridus
7. Keskeriõppeasutuses või tehnikumis omandatud kutse keskkooli hariduse baasil
8. Kõrgharidus: kutsekõrgharidus või rakenduskõrgharidus võidiplomiõpe (omandamine võimalik pärast 1992.aastat)
9. Doktor (ka teaduste kandidaat, lõpetatud residentuur)
95. Ei oma algharidust, õpib koolis (ainult lastel)
96. Ei oma alg- ega kutseharidust, kirjaoskamatu
97. Haridus omandatud välismaal (ei suuda määratleda kaardil haridustaset)

EP005_CurrentJobSit

Vaadake kaarti 18. Milline neist valikutest teid PRAEGU põhiliselt iseloomustab?

INT: Märkige ainult üks variant. Töötav pensionär kuulub kategooriasse 2 (töötav), kui ta määratleb end peamiselt töötavana. Kui vastaja kahtleb, selgitage: pensionil tähendab

AINULT oma töökohalt pensionile jäämist. Siia alla ei kuulu toitjakaotuspensioni ega töövõimetuspensioni saajad, kes ei saa pensioni töötatud aja eest. Kui vastaja ei sobi kategooriatesse 2-5, tuleb ta märkida vastuse 97 ehk muu alla. Kui töövõimetuspensioni saav inimene loeb end põhiliselt tööd tegevaks, tuleb ta märkida töötavana. NB! Ajutist töölt puudumist rasedus- ja sünnituspuhkuse, haiguse, vigastuse jt selliste põhjuste tõttu arvestage töötamiseks!

1. Pensionil ja töötamise lõpetanud (sh tähtaegselt kui ennetähtaegselt pensionile jäämise tõttu)
2. Töötav või iseendale tööandja (näiteks FIE, töötaja perefirmas või talus)
3. Töötav või tööd otsiv
4. Töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu
5. Kodune
97. Muu (rantjee, elatun kinnisvarast, õppija, vabatahtliku töö tegija)

SN005_NetworkRelationship

Kes (nimetatud isik) teile on?

INT:Kui vaja, lugege vastusevariandid ette: Kas see inimene on teie...

1. Abikaasa/elukaaslane
2. Ema
3. Isa
4. Ämm
5. Äi
6. Võõras(kasu-)ema
7. Võõras(kasu-)isa
8. Vend
9. Õde
10. Laps
11. Võõras(kasu-)laps/teie praeguse elukaaslase laps
12. Väimees
13. Minia
14. Lapselaps
15. Vanaisa või- ema
16. Tädi
17. Onu
18. Venna-või õetütar
19. Venna-või õepoeg
20. Muu sugulane
21. Sõber, (endine) koolikaaslane
22. (Endine) kolleeg
23. Naaber
24. Endine abikaasa/elukaaslane
25. Kirikuõpetaja või muu vaimulik
26. Muu professionaalne nõustaja (arst, psühholoog jne)
27. Koduabiline või koduõde
96. Mitte ükski neist

SN006_NetworkProximity

Vaadake kaarti 5.Kus (nimetatud isik) elab?

1. Samas leibkonnas
2. Samas majas
3. Alla 1 km kaugusel

4. 1-5 km kaugusel
5. 5-25 km kaugusel
6. 25-100 km kaugusel
7. 100-500 km kaugusel
8. Rohkem kui 500 km kaugusel

SN007_NetworkContact

Kui tihti te suhtlesite temaga VIIMASE 12 KUU jooksul kas silmast silma, telefoni või kirja teel?

INT:Arvesse läheb igasugune kontakt, kaasa arvatud näiteks e-post, mobiilisõnumid, Messenger, Skype jne.

1. Iga päev
2. Mitu korda nädalas
3. Umbes kord nädalas
4. Umbes kord kahe nädala jooksul
5. Umbes kord kuus
6. Vähem kui kord kuus
7. Kontakt puudub

SN009_Network_Closeness

Kui lähedasena te ennast temaga tunnete? Kas ...

1. mitte väga lähedasena
2. mõnel määral lähedasena
3. väga lähedasena
4. ülimalt lähedasena

SN017_Network_Satisfaction

Te ütlesite enne, et sellist inimest ei ole, kellega te oma probleeme arutate ning ei ole ka inimest, kes on muul põhjusel teile oluline. Kui rahul te olete sellise olukorraga? Vastake 10-pallisel skaalal, kus 0 tähendab täielikku rahulolematust ja 10 täielikku rahulolu.

SN012_Network_Satisfaction

Kui rahul te üldiselt olete oma suhetega (selle inimesega/oma suhetega nende inimestega), kellest me just rääkisime?

Vastake 10-pallisel skaalal, kus 0 tähendab täielikku rahulolematust ja 10 täielikku rahulolu.

PH010_Symptoms

Vaadake kaarti 8. Kas VIIMASE 6 KUU jooksul on teil olnud mõni kaardil loetletud terviseprobleemidest?

INT:INT: Märkige kõik vastused, mida vastaja nimetab.

1. Valu selja-, põlve-, puusa- või muus liigeses
2. Südameprobleem või stenokardia, füüsilise pingutusega kaasnev valu rinnas
3. Hingeldamine, hingamisraskused
4. Pidev köha
5. Jalgade tursumine
6. Uneprobleemid
7. Kukkumine
8. Hirm kukkumise ees
9. Peapööritus, minestamine või teadvusekaotused
10. Kõhukinnisus, gaasid, kõhulahtisus, muud mao- või soolte probleemid
11. Kusepidamatus

12. Kurnatus
96. Mitte ükski neist
97. Muud mainimata sümptomid

PH005_LimAct

Kui rääkida vähemalt VIIMASEST 6 KUUST, siis mil määral on mõni terviseprobleem piiranud teid tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad? Kas

1. oluliselt piiranud
2. piiranud, kuid mitte oluliselt
3. ei ole piiranud

Depressiooni tunnuse aluseks olevad küsimused

MH002_Depression

Kas te tundsite viimase 4 nädala jooksul kurbust või masendust?

INT: Kui vastaja palub selgitust, siis öelge, et 'kurbuse või masenduse all mõtleme, et inimene tunneb end õnnetuna, tujutuna, rusutuna, kurvameelsena'.

1. Jah
5. Ei

MH003_Hopes

Millised lootused on teil tuleviku suhtes?

INT: Märkige ainult, kas vastaja nimetas lootusi või mitte

1. Nimetas lootusi
2. Ei nimetatud ühtegi lootust

MH004_WishDeath

Kas te olete viimase 4 nädala jooksul soovinud, et oleksite pigem surnud?

1. Viitas enesetapumõtetele või soovile surra
2. Sellised mõtted puuduvad

MH005_Guilt

Kas teil on kalduvus ennast süüdistada või tunda süütunnet?

1. Ilmselge ülemäärane süütunne või enesesüüdistamine
2. Sellised tunded puuduvad
3. Nimetab süütunnet ja enesesüüdistusi, kuid pole selge, kas tegemist põhjendatud või ülemäärase süütunde või enesesüüdistusega

MH007_Sleep

Kas teil on hiljuti olnud unehäireid?

1. Viitas unehäiretele või muutustele unetsüklites
2. Unehäired puuduvad

MH008_Interest

Milline on olnud viimase nelja nädala jooksul teie huvi teid ümbritseva elu vastu? (Kas see huvi on muutunud?)

1. Nimetab tavalisest väiksemat huvi
2. Ei nimeta huvi vähenemist
3. Ebamäärane vastus, mida ei ole võimalik märkida

MH010_Irritability

Kas te olete hiljuti olnud kergesti ärrituv?

1. Jah
5. Ei

MH011_Appetite

Kuidas on olnud teie söögiisu viimasel ajal? (Kas see on muutunud?)

INT:Üldjuhul peetakse enesetunde küsimuste puhul silmas viimast 4 nädalat, kui ei ole öeldud teisiti

1. Söögiisu on vähenenud
2. Söögiisu on tavapärane
3. Ebamäärane vastus, mida ei ole võimalik märkida

MH013_Fatigue

Kas te olete viimase 4 nädala jooksul tundnud, et teil ei ole piisavalt energiat selleks, mida te teha tahate?

1. Jah
5. Ei

MH014_ConcEnter

Milline on teie keskendumisvõime? Kas te suudate keskenduda näiteks teleasaatele, filmile või raadiosaatele?

1. Raskused meelelahutusele keskendumisel
2. Ei nimeta selliseid raskusi

MH015_ConcRead

Kas te suudate keskenduda sellele, mida loete?

1. Raskused loetavale keskendumisel
2. Ei nimeta selliseid raskusi

MH016_Enjoyment

Millest te olete VIIMASEL AJAL rõõmu tundnud?

1. Ei suuda nimetada ühtegi rõõmu valmistavat asja
2. Nimetab MÕNE rõõmu valmistava asja

MH017_Tear

Kas te olete VIIMASE 4 NÄDALA jooksul nutnud?

1. Jah
5. Ei

MH018_DepressionEver

Kas teie elus olnud perioode, kus teil oli vähemalt KAHE NÄDALA pikkune depressiooniperiood?

INT:Depressioonis olemine tähendab, et vastaja on tundnud väsimust, tüdimust, olnud kurvameelne, rusutud, kaotanud huvi enamike asjade vastu.

1. Jah
5. E

MH020_EverTreated

Kas perearst või psühhiaater on teil kunagi depressiooni ravinud?

1. Jah

5. Ei

MH021_EverAddHos

Kas te olete kunagi olnud ravil psühhiaatriaiglas või psühhiaatria osakonnas?

1. Jah

5. Ei

MH022_AffEmDis

Kas arst on teile kunagi öelnud, et te kannatate ärevuse, neuroosi või muude meeleolu- ja tundeeluhäirete all?

1. Jah

5. Ei

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Piret Väljaots (sünd. 3. juunil 1986)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustikuga 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal“, mille juhendaja on Liili Abuladze
 - 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, 27. mail 2014. aastal