

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut

Rainer Reile

**Kõrge ja madala enesehinnangulise tervise vanus-sõltuvad
prognoosijad**

Magistritöö

Juhendajad: Avo Trumm, MA

Liina-Mai Tooding, PhD

Tartu 2010

Age-specific predictors of positive and negative self-rated health

Rainer Reile

ABSTRACT

Self-rated health is indicator of individual health status and is widely used and recognized in academic literature as reliable and valid predictor of subsequent mortality, morbidity and hospitalization. According to previous studies, it can be argued that self-assessments of health are based on different aspects of perceived health, including physical and functional health, psychological and emotional health and general wellbeing which are moderated by various socio-demographic factors.

This masters' thesis analyzes positive and negative notions of self-rated health in relation with different physical, socio-psychological and socio-demographic factors, aiming to explore and describe differences in these predictors and to analyze age related variation in age groups. This analysis is based on data from Estonian National Health Interview Survey 2006, a most recent nation-wide cross-sectional health survey, and makes use of multinomial logistic regression.

Results revealed that there were similarities in factors predicting positive and negative self-rated health, but they were not identical. Good and very good and poor and very poor health was differentiated from fair self-rated health by variables reflecting presence of chronic and/or long term disease, perceived restriction of everyday activities, psychosomatic complaints, tiredness and general satisfaction. Age, educational level, sex and nationality had considerable effect on better-than-average self rated health, in case of poor and very poor health, only age remained statistically significant. Comparison of age groups (15-35, 36-60 and 61-85) revealed significant differences in predictors of both positive and negative self-rated health.

Analysis confirmed results from previous studies that confirm (age dependant) differences in concepts of health and illness, but it can be concluded that health and illness are defined rather narrowly, foremost in terms of physical and functional health

Key words: lay concepts of health and illness, age, determinants of self-rated health

Sisukord

ABSTRACT.....	2
SISSEJUHATUS	4
I PEATÜKK. UURIMISTÖÖ TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	6
1. Haiguse ja tervise kontseptsioonid	6
1.1. Tervise definitsioonid	6
1.2. Erinevad haiguse ja tervise sotsioloogilised käsitlused	9
1.3. Tervis ja haigus tavaarusaamades.....	10
1.4. Individuaalset haiguskogemust mõjutavad aspektid	12
1.5. Tervise enesehinnang	13
1.6. Tervise enesehinnangu indikaatori rakendusviise	14
1.7. Tervise enesehinnang empiirilistes uuringutes.....	16
1.7.1. Sotsiaal-demograafilised tunnused	16
1.7.2. Füüsiline ja funktsionaalne tervis	17
1.7.3. Sotsiaal-psühholoogilised tegurid.....	18
1.8. Tervise enesehinnang Eestis läbiviidud küsitlusuuringutes	19
1.9. Probleemipüstitus	21
II PEATÜKK. UURIMUSE METODOLOOGIA	24
2. Meetodi ja valimi kirjeldus.....	24
2.1. Andmestik.....	24
2.2. Kasutatud tunnused	25
2.2.1. Tervise enesehinnang	25
2.2.2. Tervise enesehinnangu komponendid	25
2.3. Analüüsimeetodid.....	27
III PEATÜKK. ANALÜÜSI TULEMUSED	28
3.1. Enesehinnanguline tervis sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes.....	28
3.2. Tervise enesehinnangu seos füüsilist tervist, psüühilist tervist ning rahulolu kajastavate tunnustega	29
3.3. Enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid	30
3.4. Enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid vanuserühmades.....	34
3.4.1. Kõrget enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid 15-35, 36-60 ja 61-85 aastaste vanuserühmades	35
3.4.2. Madalat enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid 36-60 ja 61-85 aastaste vanuserühmades	38
IV PEATÜKK. ARUTELU.....	40
4.1. Tulemused varasemate uuringute kontekstis.....	40
4.2. Uuringu piirangud	45
KOKKUVÕTE	47
KASUTATUD KIRJANDUS	49
LISAD	53
Lisa 1. Töös kasutatud küsimused. Eesti terviseuuring 2006 küsimustik.	53
Lisa 2. Analüüsis kasutatud tunnuste sagedusjaotused ja keskmised.....	57

SISSEJUHATUS

Tervise enesehinnang on akadeemilises kirjanduses laialdast tunnustust leidnud üldist tervise olukorda kajastav mõõdik, mis peegeldab ühtaegu nii indiviidi subjektiivset kui objektiivset tervist. Tervise enesehinnang on epidemioloogilises kirjanduses leidnud kinnitust edasise suremuse ning haigestumuse hea prognoosijana, muutes selle tavapäraselt üksikküsimusena esitatava näitaja usaldusväärseks, valiidses ja kulutõhusaks terviseseisundi hindamise vahendiks.

Tuginedes varasemate uuringute tulemustele, saab väita, et tervise enesehinnang on mitmetahuline kokkuvõtlik tunnus, mis kajastab erinevaid tajutud tervise aspekte. Käesoleva magistritöö eesmärk on analüüsida erinevate füüsiliste ja sotsiaalpsühholoogiliste tegurite suhtelist osakaalu selle universaalse tervisemõõdiku ülesehituses, kirjeldades ealisi muutusi enesehinnangulist tervist prognoosivates tunnustes ning analüüsides hea ja halva tervise enesehinnangu komponentide erinevusi vanusegruppide lõikes.

Kuigi rahvusvaheliselt on teaduskirjanduses tervise enesehinnangut ligemale 40 aasta jooksul käsitledes loodud märkimisväärne teadmispagas, pole Eestis, autorile teadaolevalt tervise enesehinnangu determinantide vanuselist kompositsiooni varem uuritud. Samuti on sarnase küsimusepüstitusega tööd keskendunud valdavalt vanemale vanusrühmale ja/või jõudnud mõningate vastakate järeldusteni tervise enesehinnangut prognoosivate tegurite osas.

Töö interdistsiplinaarne iseloom võimaldab autori hinnangul pöörata ka enamat tähelepanu tervise sotsiaalsele kontseptsioonile, subjektiivse tervise psühholoogilistele ja tavaarusaamadele tuginevatele tähendustele, mis ühes kasutatava andmestiku uudsuse ja kvaliteediga võiksid olla ka käesoleva töö tugevuseks.

Käesolevas töös kasutatakse Eesti terviseuuringu 2006 andmeid. Terviseuuring 2006 on populatsioonipõhine Eesti rahvastiku tervist käsitlev läbilõikeline uuring, metodoloogiliselt sarnane jätk 1996-1997 aasta Eesti Terviseuuringule. Terviseuuring 2006 andmestik valiti

käesoleva töö aluseks eelkõige andmete sobivuse, andmete „värskuse” ja valimi suuruse kaalutlustest lähtuvalt.

Magistritöö esimeses osas esitatakse ülevaade erinevatest teoreetilistest lähenemistest tervise ja haiguse kontseptsioonidele, selgitatakse subjektiivse tervise enesehinnangu metodoloogilist tausta ning esitatakse kokkuvõtte erinevatest empiirilistest leidudest selle üldise tervises seisundi indikaatori rakendustel nii Eestis kui maailmas. Teine peatükk tutvustab uuringu metoodikat. Kolmandas peatükis esitatakse uuringu tulemused ja neljas peatükk käsitleb neid leide võrdluses varasemate uuringutega.

Tänuõnad kuuluvad juhendajatele MA Avo Trummile ja PhD Liina-Mai Toodingule, kelle igakülgne abi ja vastutulelikkus aitas töö valmimisele oluliselt kaasa. Töö autor on tänulik ka PhD Anneli Uusküla heade soovitude ja nõuannete eest.

I PEATÜKK. UURIMISTÖÖ TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

1. Haiguse ja tervise kontseptsioonid

Tervis ja haigus on kompleksed mõisted, mida võib määratleda üsna mitmeti. Tervis võib tähendada haiguse puudumist, jõudu ja võimekust ning kõrget elukvaliteeti; tervise komponentideks võivad olla nii meditsiinilised, sotsiaalsed, majanduslikud, psühholoogilised kui religioossed ja kultuurilised tegurid.

Haigus ja tervis näivad esmapilgul teineteise antiteesidena: ühe olemus on kirjeldatav teise puudustena. Blaxter (1995) möönab, et haigus kui füsioloogiline staatus on mõõdetav ja identifitseeritav, kuid see ei markeeri kogu tervise mõiste ulatust: tervis ja haigus on nii sotsiaalsed kui ka bioloogilised faktid. Kleinman (1988: 3) kirjutab tabavalt: „Kui ma kasutan mõistet „halb tervis” (i.k. *illness*) /.../, pean ma silmas midagi fundamentaalselt erinevat sellest kui kirjutan sõna „haigus” (i.k. *disease*). Terminiga „halb tervis” (*illness*) kujutan ma kogu sümptomite ja kannatuste inimlikku kogemust. Halb tervis (*illness*) viitab sellele, kuidas haige isik ja tema perekonnaliikmed või laiem sotsiaalne võrgustik tajub, elab üle ja reageerib sümptomitele ja põdurusele“. /.../ Haigus (*disease*) on seesama probleem praktiku vaatenurgast, defineeritud kui muutus bioloogilises struktuuris või funktsioneerimises.

1.1. Tervise definitsioonid

Larson (1999) toob välja neli erinevat formaalset mudelit tervise defineerimiseks:

- a) Meditsiiniline mudel – Meditsiiniline mudel tugineb negatiivsele definitsioonile tervisest ja näeb viimast kui haiguse ja põduruse puudumist. Taoline käsitus on arenenud koos meditsiiniliste teadmistega haigusest ja selle põhjustest. Renessanss ja moodsa meditsiini teke tõi Descartes`i inimkeha kui masina võrdluspildi. See on esimene teaduslik terviseparadigma.

- b) WHO holistlik mudel on oluliselt mõjutanud 20. sajandi teise poole meditsiinipraktikat, lisades meditsiinilise mudeli füsioloogilisele komponendile ka sotsiaalse aspekti. WHO konstitutsiooni (Constitution of the World Health...) järgi on „kõrgeim saavutatav tervise standard iga inimese põhiõigus”.
- c) Heaolu (i.k. *wellness*) mudel seob keha ja vaimu, uskudes, et viimane mõjutab ka lihtsamaid füsioloogilisi protsesse ja seab eesmärgiks kõrgeima tervise ja heaolu saavutamise. Määratledes tervist kui tugevust ja võimet ületada haigust (i.k. *illness*) ei vastanda mudel tervist ja haigust. Tervis on subjektiivne kogemus.
- d) Keskkondliku (i.k. *environmental*) mudeli keskmeks on individuaalne kohanemine füüsilise, sotsiaalse jm keskkonnaga. Tervis on seotud indiviidi võimega säilitada tasakaal keskkonnaga - olla terve tähendab toimida keskkonnas füüsiliselt, sotsiaalselt ja vaimselt edukalt. Haigus või halb tervis on määratletav kui puudulik funktsioneerimine.

Akadeemilises käsitluses on tänapäeval ilmselt mõjukaim Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratlus, mille järgi on tervis „täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ja mitte ainult haiguse või põduruse puudumine” (Cockerham, Ritchey 1997: 51). Tervist holistlikult käsitlevaid lähenemisi on teisi. Näiteks Labonte (1993, viidatud Kasmel ja Lipand 2007) käsitleb tervist koos haiguse ja põdurusega, võimaldades selgitada ka mitmeid haiguse ja tervise vahemikku jäävaid valdkondi. Aggletoni ja Homansi (1987, viidatud Kasmel ja Lipand 2007) arvates sisaldab tervis mitmeid dimensioone, olles üksikisiku tasandil kirjeldatav füüsilise, vaimse, emotsionaalse, sotsiaalse, spirituaalse ja seksuaalse komponendi kaudu ja mis omakorda on mõjutatud ühiskonna korralduse viisist ning keskkonnast, milles inividid elavad.

Taoline holistlik käsitlus pole aga ainus tervise kontseptualiseerimise viis ja arusaamad tervise ja haiguse tähendustest ning põhjustest on ajas muutunud. Antiik-Kreeka jumalanna Hygeia kandis ideed, et inimesed on terved, kui nad elavad ratsionaalselt. Tervis oli defineeritud holistlikult ja arvati, et seda saab mõjutada individuaalsete harjumuste, kehalise aktiivsuse,

keskkonna ja toidu kaudu. Hilisem, Läänemaailma käsitlus tervisest keskendus eelkõige füüsilisele tervisele. (Stanhope ja Lancaster 2000, viidatud Saylor 2004).

Kaasaegse meditsiini aluseks oleva biomeditsiinilise lähenemise tugevuseks ja ühtaegu ka nõrkuseks on selle fundamentaalne, dualistlik eristus haiguse ja tervise vahel. Kartesiaanlik lähenemine, et keerukad tervikprobleemid on mõistlik jaotada arusaadavamateks komponentideks ning seega keha ja vaimu käsitleda eraldi – on mõjutanud ka kaasaja meditsiinipraktikat. Foucault' (2003) järgi kujunes tänane arusaam haigusest 18. sajandi diskursiivsetes praktikates, mil õppimine, teadustöö ja ravi toimus haiglates. Nende kolme sfääri keskmes oli keha – patoloogilisest meditsiinist sai haigus patoloogilise baasi. Biomeditsiinilise kontseptsiooni võidukäiku on krooninud edu, samas on see lähtekoht viimasel poolsajandil sattunud ka üha tugevama rünnaku alla. Nii toob Nettleton (1996) välja rea kriitilisi märkusi biomeditsiinilise mudeli kohta, väites, et meditsiini tõhusus haiguste ravis on üle hinnatud ja meditsiini kui institutsiooni laienemine paljudesse eluvaldkondadesse – medikaliseerumine – on viinud senise inimeste tervist hõlmavate tavateadmiste ja kogemuste alistamiseni meditsiinilise diskursuse ja tehnoloogiliste interventsioonide kaudu.

Nettletoni (*ibid.*) järgi on üheks peamiseks „biomeditsiini puuduseks tema võimetus määratleda keha selle sotsiaalses-keskkondlikus kontekstis“. Alternatiivse lähenemisena on sageli kasutusel tervise keskkondlik kontseptsioon, millele tugineb ka terviseedenduse põhiprintsiipe sätestav Ottawa harta (Ottawa Charter...) ja heaolu mudel, mis asetab enam rõhku füüsilise ja vaimse tervise aspekti tasakaalule. Larseni (1999) järgi on mõlema mudeli kriitika sarnane: tervis on defineeritud ambivalentset ja laialivalguvalt, seda on raske operatsionaliseerida ja mõõta, mistõttu on nende praktiline rakendatavus raskendatud.

Erinevad tervist ja haigust kirjeldavad mudelid ilmestavad nende mõistete keerukust. Üks olulisim täiendus, mida holistlik, keskkondlik ja heaolu mudel biomeditsiinilisele tervise mõistele lisavad on indiviidi subjektsus – arusaam, et indiviid suudab ühelt poolt erinevate tegurite ja tegevuste kaudu oma tervist mõjutada ja teisalt ka mõtestada ning tõlgendada oma tervist läbi subjektiivsete kogemuste.

1.2. Erinevad haiguse ja tervise sotsioloogilised käsitlused

Sotsioloogilised tervise ja haiguse käsitlused tuginevad eeldusele, et nimetatud mõisted on lisaks bioloogilistele ja individuaalsetele põhjustele mõjutatud ka ümbritsevast ühiskonnast ja selles sisalduvatest struktuuridest, funktsioonidest ja suhetest.

Marksistlik lähenemine kirjeldab kapitalistlike sotsiaalsete suhete mõju meditsiinilisele teadmisele. Majanduslikud huvid ühtaegu nii toodavad haigust kui ka kujundavad selle ravimist. Meditsiin kui institutsioon toimib sotsiaalse kontrolli agendina, individualiseerides ja depolitiseerides haigust. Samuti on marksitliku käsitluse järgi meditsiin kapitalistliku ühiskonnakorralduse peegeldus, olles kasumile orienteeritud ja taastootes ühiskonna klassisstruktuuri (White 2007).

Meditsiinisotsioloogias on ajalooliselt asetatud suurt rõhku võimuhete ja patsiendi professionaali hierarhilise rollijaotuse analüüsimisele. Parsonsi (1951, viidatud Timmermans ja Haas 2008) järgi on tervis indiviidide ja ühiskonna jaoks funktsionaalse väärtusega. Parsons lõi haige rolli teooria, mis tuginedes eeldusele, et haigus on sotsiaalne sündmus, väitis, et inimesed võivad vabatahtlikult otsustada olla haiged, võttes haige rolli ja põgeneda nende argielu ja -rollide nõudmistest eest. Inimene saab haige rolli siseneda ainult siis, kui ta tahab terveks saada ja on valmis otsima kompetentset abi. Haige rolli legitimeerib arst, kes määrab haige rolli sisenemise ja ravi - haigus on käsitletav deviantse käitumise vormina, milles arstidel kui ühiskonna väravavalvuritel (i.k. *gatekeepers*) on keskne roll patsientide normaalse funktsioneerimise taastamisel (White 2007).

Foucault' järgi on tervishoid administratiivse riigi produkt, mis kontrollib normaalset käitumist, ning kasutab selleks ettevalmistatud ja volitatud spetsialiste, et suurendada läbi totaalse järelevalve ja kontrolli üldist „normeeritust” (White 2007). Foucault' kasutab termineid 'jälgimine' (i.k. *surveillance*) ja 'pilk' (i.k. *gaze*) iseloomustamaks arsti – patsiendi suhet institutsionaliseeritud meditsiini sfääris. Kasutades metafoori karjast ja karjusest kui vastavalt patsiendist ja professionaalist, kelle kontrollimeetodid pole agressiivsed ega pahatahtlikud, kuid kelle kontroll sellegi poolest on täielik, viitab Foucault' meditsiini sfääris leiduvatele võimuhetele (James & Gabe 1996). Foucault' analüüs keha ajaloolisest

konstrueeritusest koos marksistliku positsiooniga on aluseks ka feministlikule lähenemisele tervisesotsioloogias, mis keskendub medikaliseerumise ja konformsuse kriitikale, tõstatades probleemi soolistest erisustest meditsiini praktikas.

Sotsiaalkonstruksionistliku diskursuse tõus 20. sajandi viimasel kolmandikul toetas üha enam ideed, et meditsiini peamised objektid - haigus ja keha pole stabiilsed, subjektist sõltumatud üksused, vaid sotsiaalselt loodud „faktid“. Bergeri ja Luckmanni fenomenoloogilise teooria kohaselt on institutsionaalse maailma objektiivsus, ükskõik kui hoomamatu see indiviidile tunduda võib, indiviidide poolt loodud, konstrueeritud objektiivsus (Calhoun jt 2002: 46). Konstrueerimisprotsessi aluseks on aga sotsiaalne interaktsioon ja selle individuaalne tõlgendus.

Kõiki vaadeldud sotsioloogilisi haiguse ja tervise käsitlusi ühendab kahtlus meditsiinilise teadmise „objektiivsuse“ ja „faktilisuse“ suhtes, püüdes kummutada eeldust, et loodus on sootsiumist eraldi seisev sfäär. Meditsiinisotsioloogilised lähenemised on sotsiaalkonstruktivismi mõjuvõimu kasvades asetanud üha enam rõhku haigusele kui sotsiaalsele konstruktile, eirates haiguse biofüsioloogilisi ja kliinilisi aspekte. Lisaks empiristlikult positsioonilt lähtuval üldisele sotsiaalkonstruksionismi kriitikale, mille keskseteks mõisteteks on realiteet ja relatiivsus, toovad Timmermann ja Haas (2008) sotsiaalteadlaste veana välja harva konkreetse haiguse ja selle kliiniliste markerite kasutamise; bioloogilistes ja geneetilistes faktorites nähakse haiguse sotsiaalsete aspektide devalveerijat ja seetõttu keskendudes geneetiliste ja bioloogiliste tegurite „fabritseerituse“ analüüsile.

1.3. Tervis ja haigus tavaarusaamades

Sotsiaalkonstruksionistliku lähenemise järgi ei erine meditsiiniline uskumussüsteem kuidagi teistest alternatiivsetest uskumussüsteemidest ja et mõista haiguse termini sisu, tuleb mõista seda tähistavaid inimeste tavaarusaamasid (Nettleton 1996).

Üks esimesi uurimusi haiguse ja tervise defineerimist puudutavate tavaarusaamade kohta (Herzlich 1973, viidatud Scrambler 1997: 35) leidis, et haigust nähti välise, elustiilist, eelkõige linnalisest elulaadist tulenenud tegurina; tervist tajuti aga indiviidi seesmistest

teguritest mõjutatud olevana, eristades seejuures kolme tähenduslikku dimensiooni: haiguse puudumine, üldfüüsilisest ja temperamendist sõltuva tervise reservi ja positiivse heaoluseisundi ja tasakaaluna. Rida hilisemaid tervise tavaarusaamasid käsitlevaid uuringuid (Pill & Stott, 1982; Blaxter & Paterson 1983; Williams 1983; viidatud Blaxter 1990: 14) on jõudnud sarnaste tulemusteni: tervis on defineeritav negatiivselt kui haiguse puudumine, funktsionaalselt kui võimega igapäevategevustega toime tulla ja positiivselt kui füüsilise vormi ja heaoluga.

Blaxter (1990), viidates 1985. aastal Suurbritannias läbi viidud suurevalimilisele „Tervise ja Elustiili uuringu“ tulemustele esitab tavaarusaamadele tugineva tervise kontseptsioonide tüpoloogia. Tervis kui „mitte haige olemine“ on vastandiks füüsilisele vormile kui positiivsele tervise kontseptsioonile ja oli iseloomulik eelkõige kehvemates sotsiaal-majanduslikes oludes vastajatele; tervise negatiivne defineerimine on ka märk üldisest sotsiaalsest deprivatsioonist (Blaxter ja Paterson 1982 viidatud Blaxter 1990). Oluline aspekt tervise subjektiivse taju juures avaldus ka vastuste kategoorias, kus peeti ennast terveks diagnoositud haigusest (i.k. *disease*) hoolimata. Subjektiivne rahulolu toimetulekust haiguse sümptomitega väljendus neil juhtudel hea tervisena. Kategooriat „tervise reserv“ iseloomustas inimese tajutud suutlikkus ja teatud määral ka kaasasündinud võimekus haigusest kiiresti paraneda: haiguskogemus, isegi akuutsete haigusjuhtude puhul on tajutav episoodilise ja mööduvana. „Tervis kui vooruslik käitumine“ oli uuringu andmetes seostatav tervist toetava käitumisena, näiteks noortel eeskätt mittedsuitsetamise ja alkoholi mittetarbimisega. Positiivsetest tervise kontseptsioonidest kasutati tervise kui füüsilise võimekuse, tervise kui energia ja vitaalsuse ning tervise kui sotsiaalsete suhete ja emotsioonide kujundeid. Kontseptsioon tervisest kui funktsioonist kattub suuresti kahe viimasega, kuid seondub enam funktsionaalse suutlikkusega kui emotsionaalse aspektiga ning oli kirjeldatud pigem vanemaeliste vastajate poolt. Tervis psühho-sotsiaalse heaoluna hõlmas arusaamasid, kus tervist nähti teatava vaimse ja emotsionaalse rahulolu seisundina, mis samaaegselt mõjus positiivselt ka inimese sotsiaalsetele suhetele ja rollidele.

Blaxter (*ibid.*) märgib, et tervisele saab omistada ka moraalse mõõtme: nii kaasaegses kui primordiaalistlikes ühiskondades võib indiviid tajuda kohustust olla terve, halb tervis tähendab selles kontekstis suutmatust või võimetust hakkama saada, sidudes nii tervise, tahtejõu, enesedistsipliini ja –kontrolliga. Samas ei saa tavateadmisele tuginevat individuaalset

haiguskogemust ja –käitumist täielikult eristada kliinilisest interaktsioonist ning haiguse füsioloogilistest põhjustest ning ilmingutest.

Tavateadmise kriitika seostub sageli küsimusega meditsiinilisest ekspertteadmisest. Kui Nettletoni (1996) järgi on konstruktsionistlikule lähenemisele iseloomulik kahtlus ekspertteadmise legitiimsuses, siis Prior (2003) toob välja, et tavateadmiste aluseks saab olla muutus seisundis ja selle tajus, mitte haigus, ehk tavateadmine saab olla ainult kogemuslik. Kogemusvälise kohta ei ole tavainimesel teavet ja seega võivad need otsused olla ekslikud.

1.4. Individuaalset haiguskogemust mõjutavad aspektid

Tavaarusaamad haigusest aitavad seletada indiviidiga toimuvat ja valida tegevusstrateegiat, kuidas haigusele reageerida. Sageli võib inimestel olla sama haigus, kuid nende haiguskogemus ja haigusega toimetuleku strateegiad on erinevad.

Eelpool esitatud individuaalse tervise ja haiguse kontseptsioonide variatiivsusest hoolimata on leitud, et iga haiguse puhul, kultuurikontekstist hoolimata, otsivad inimesed seletust:

- 1) haiguse etioloogiale;
- 2) puhkemise aja ja viisile;
- 3) patofüsioloogiale;
- 4) haiguse kulgemisele ja vaevuse määrale ning;
- 5) ravile (Blumhagen (1980, viidatud Shaw 2002: 291).

Sarnane on Mechanicu' (1978, viidatud Scrambler 1997: 40) nimistu haiguskäitumist mõjutavatest teguritest, märkides olulisematena

- 1) haiguse sümptomite nähtavuse ja äratuntavuse;
- 2) nende sümptomite tajutud ohtlikkuse ja tõsiduse;
- 3) igapäevast funktsioneerimist häirimise määra;
- 4) sümptomite esinemissageduse;
- 5) individuaalsest tolerantsuse määrast sümptomite hindamisel;

- 6) hindaja olemasolevast informatsioonist ja teabest ning kultuurilistest eeldustest;
- 7) vajadused, mis konkureerivad haigusele reageerimisega või viivad haiguse eituseni;
- 8) konkureerivad seletused tuvastatud sümptomitele;
- 9) ravi ja ressursside olemasolu.

Erisused neis tegurites võivad olla seletatavad nii struktuuraalsel kui indiviidi tasandil, hoiakute ja isikuomaduste kaudu. Brown (1996) viidates Zola (1973) klassikalisele uuringule kolme haigla patsientide haiguskogemuse ja tervise kaebuste esitamise viisi kohta, leiab, et haiguse tajumine erineb soo, sotsiaalse klassi, etnilisuse jm sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes, konkreetset põhjust haiguskogemuse erinevuste taga on sageli individuaalsed. Psühholoogiline kriis, pere ja sõprade sotsiaalne tugi või selle puudumine, töökoormuse või füüsilise aktiivsuse muutus, tajutud ajaline dimensioon haigussümptomite ilmnemisel ja paljud teised aspektid võivad kujundada individuaalset haiguskogemust.

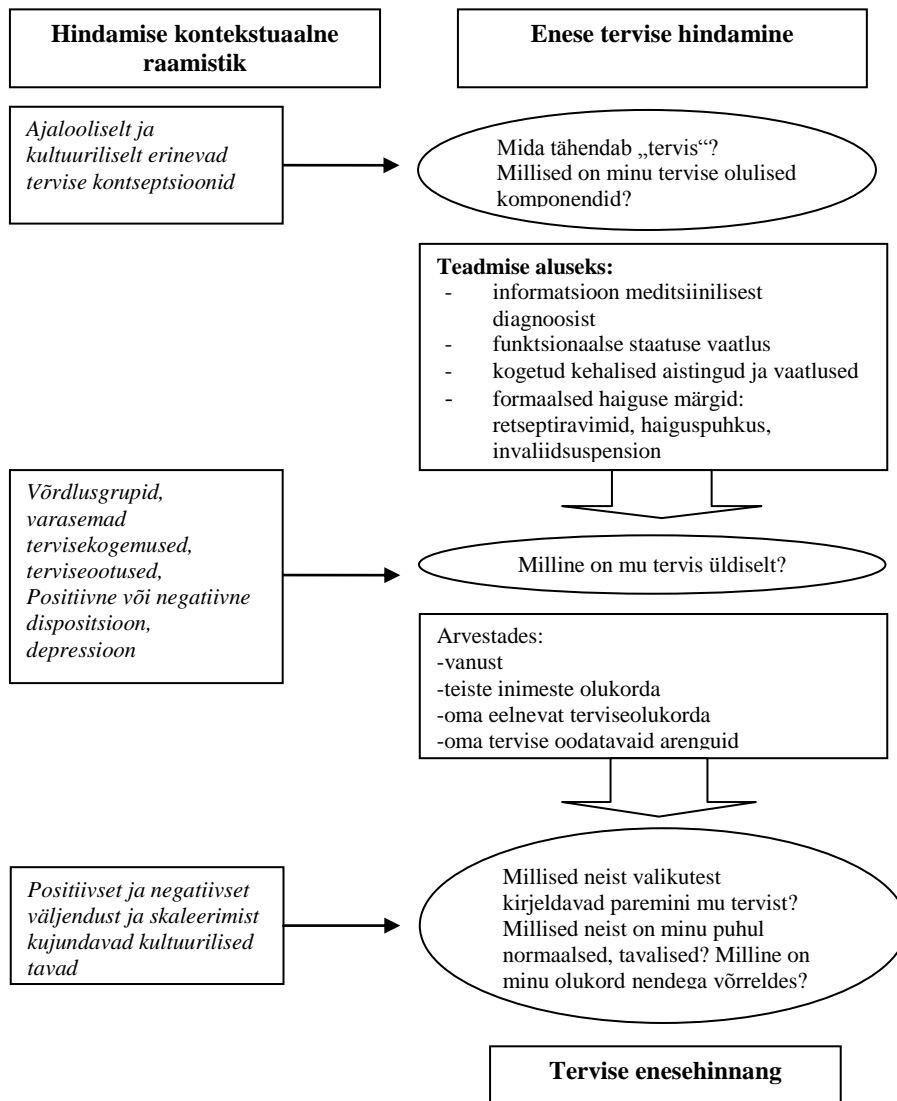
1.5. Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang (i.k. *self-rated health*, *self-perceived health*, *self-reported health*) on küsitlusuuringutes laialdaselt kasutatud individuaalset terviseseisundit kajastav mõõdik. Tervise enesehinnang eristub teistest tervise mõõdikutest, kuna sisaldab aktiivset kognitiivset protsessi (Joonis 1), milles indiviid esmalt tuvastab tervise tähenduse ja komponendid, millega arvestada; teiseks hindab, kuidas tervise komponente kaasata; kolmandaks määratleb, milline esitatud enesehinnangulise tervise skaala vastab paremini tema seisundile (Jylhä 2009b).

Alates Singer jt (1976, viidatud Jylhä 2009a) ning Mossey ja Shapiro (1982) leiust, et tervise enesehinnang on tugev suremuse prognoosija, on hulk longituudseid uuringuid kinnitanud tervise enesehinnangu seost haigestumuse ja hospitaliseerimise vahel (Andersen jt 2009). Tervise enesehinnangu edukust empiirilistes uuringutes on toetanud WHO holistlik tervisemääratlus.

Kaplan ja Baron-Epel (2003) toovad välja, et tervise enesehinnangus on kombineeritud eri tervise aspektid – indiviidi informeeritus ja teadlikkus, kehalised aistingud ja subjektiivsed tegurid, nagu tunnetus, hinnangud ja hoiakud - individuaalses kognitiivses viitamisraamistikus. Subjektiivse mõõdikuna sisaldab tervise enesehinnang ka neid halva

tervise tunnuseid, mis meditsiinilisel ülevaatusel ei pruugi ilmnedä; samas võib see mõõdik olla mõjutatud sotsiaalpsühholoogiliste tegurite, nii personaalsete kui sotsiaalsete faktorite, varasema teadmise ning sotsiaalsete ootuste poolt (Eriksson jt 2001).



Joonis 1. Individuaalse tervise hindamise protsess (Jylhä 2009b)

1.6. Tervise enesehinnangu indikaatori rakendusviise

Tervise enesehinnang esitatakse tavaliselt arusaadavas sõnastuses oleva üksikküsimusena, näiteks „Milline on Teie tervis üldiselt?“ või „Kuidas Te hindaksite oma tervist käesoleval hetkel?“, millele antavad vastusevariandid on esitatud tavaliselt 3, 5 või 7, harvem 4 või 6

väärtuselisel skaalal. Ehkki tunnuse puhul püütakse rahvusvahelise võrreldavuse huvides säilitada teatud standardit, on kasutusel mitu küsimuse lahendust, millest empiirilises kirjanduses on enam rakendust leidnud nn üldine terviseenesehinnang (i.k. *global self-rated health*), kus tervise seisundi hindamise aluseks on teatav standard ja võrdlev tervisehinnang (i.k. *comparative self-rated health*), mille puhul viidatakse mingile võrdlusgrupile.

Tervise enesehinnangut mõõtvad üksikküsimused saab erinevate võrdlustüüpide Eriksson jt (2001) järgi klassifitseerida kolme põhikategooriasse:

- 1) üldine enesehinnanguline tervis – mõõdetud tavaliselt küsides intervjuueeritavalt, kas nad hindaksid oma tervist väga heaks, heaks, keskmiseks, halvaks või väga halvaks;
- 2) vanuseline võrdlus - intervjuueeritavalt küsitakse, kas nad hindaksid oma tervist paremaks, samaks või halvemaks, võrreldes teiste samaealistega;
- 3) ajaline võrdlus – uuritaval palutakse võrrelda oma tervist enda varasema tervisega

Manderbacka jt (2003) märgib, et tervise hindamisel kasutatakse võrdluspunktina veel võrdlust sarnaste sotsiaalsete gruppidega (näiteks mehed-naised) ja üldisi terviseootusi enda ja perekondliku terviseloole taustal. Erinevate enamkasutatavate võrdluspunktide (i.k. *points of reference*) mõju tervise enesehinnangule on analüüsinud mitmed autorid. Eriksson jt (2001) leidsid, et üldine ja võrdlev tervise enesehinnang on omavahel tugevalt korreleeritud ja ei eristu seostes sootunnuse ja haridustasemega. Manderbacka jt (2003) järgi on aga üldine tervise enesehinnang selgemalt suremusriskiga seotud naistel, meestel on vanus-võrdlev indikaator tugema prognoosijõuga. Baron-Epel ja Kaplan (2003) leidsid, et eakamad hindasid oma tervist kõrgemalt vanus-võrdleva küsimuse puhul ja nooremad sama küsimuse puhul vastavalt madalamalt. Sarnast seost kirjeldavad ka Sargent-Cox jt (2008), kus 65-74 a vanusgrupis oli tervise enesehinnang kõrgem üldise ja enesega võrdleva küsimuse puhul, üle 75aastased olid oma hinnangutes positiivsemad vanus-võrdleva indikaatori korral.

1.7. Tervise enesehinnang empiirilistes uuringutes

1.7.1. Sotsiaal-demograafilised tunnused

Struktuuriliste tegurite seoseid enesehinnangulise tervisega on uuritud ulatuslikult. Mitmed uuringutulemused (nt Franks jt 2003; Bjorner ja Kristensen 1999; Sargent-Cox jt 2008) kinnitavad tervise enesehinnangu ja vanuse seost - vanuse kasvades kalduvad inimesed oma tervist ka keskmiselt madalamalt hindama. Samuti hindavad naised oma tervist meestega võrreldes madalamaks (Franks jt 2003). Kui Benjamini jt (2000) järgi defineerivad naised oma tervist laiemalt, seostades seda enamate teguritega, siis Unden ja Elofsson (2006) väitsid, et soolisi erisusi tervisehinnangu aluseks võetud faktorites ei esine.

Struktuuriliste tegurite, erandiks vanus ja haridus, mõju tervise enesehinnangu komponendina on empiiriliste uurimuste põhjal küllaltki väike. Samas on mitmed uuringud (Eriksson & Elofsson 2001; Breidablik jt 2008) leidnud, et sotsiaal-majanduslike tegurite ja enesehinnangulise tervise seosed on nõrgad soo, vanuse, abielulisuse ja hariduse osas, näiteks Benyamini ja Leventhal (1999) märkisid, et soo ja vanusetunnus seletasid vaid ca 4% enesehinnangulise tervise variatiivsusest.

McFadden jt (2009) jõudsid sotsiaalse klassi ja tervise enesehinnangu ning selle kaudu prognoositava suremuse analüüsil järeldusele, et kuigi madala enesehinnangulise tervise levimus oli suurem manuaalse töö tegijatel, ei olnud seost sotsiaalse klassi ja enesehinnangulise tervise vahel. Nicholson jt (2005) märkisid, et tugevam on tervise enesehinnangu seos eluaseme ja majandusliku olukorra näitajatega, kus suurem sissetulek ja kõrgem haridus on seotud parema tervisega. Tugevaim halva enesehinnangulise tervise individuaalne prediktor oli meestel sissetulek ja naistel haridus; vanusele kohandatud analüüsis on tugevaim tervise enesehinnangu prognoosija madal sotsiaalne klass, sissetulek ja haridus. Tunnustevahelistest koosmõjudest olid märkimisväärsed lapsepõlves kogetud ilmajäetus, mis seostus madalama haridustasemega ja kõrgem haridus, mis tingis ka kõrgema sissetuleku.

Kuigi madalam sotsiaal-majanduslik staatus on seotud madalama tervise enesehinnanguga ja kõrgema suremusega, tuleb struktuuriliste tegurite mõju hindamisel arvestada, et eri vanuses, rahvusest, haridustasemega, ja sissetulekuga inimestel on tervise kontseptsioonid erinevad,

kaasates tervise enesehinnangusse erinevaid tegureid (Franks jt 2003). Näiteks Martinez-Sanches ja Regidor (2002) leidsid tervete ja terviseprobleemidega inimeste tervise enesehinnangut analüüsid, et hariduse ja tervise enesehinnangu seos oli tugevam haigusnähtudeta inimeste puhul, lubades eeldada, et ilma tervisehädadeta inimesed määratlevad tervist laiemas tähenduses.

Tuleks arvestada ka tervise enesehinnangu determinantide võimalikku variatiivsust eri väärtuste puhul. Shoostari jt (2007), uurides vanuselist variatiivsust negatiivse ja positiivse tervise enesehinnangu prognoosijates leidsid, et head ja halba tervise enesehinnangut kirjeldavatel mudelitel on ühiseid faktoreid, kuid nad pole identsed. Kaasates mudelisse sotsiaal-demograafilisi tunnuseid, füüsilis-funktsionaalset ning psüühilist tervist ning sotsiaalset osalust ning tervisekäitumist kirjeldavaid indikaatoreid, leiti, et positiivse tervise enesehinnanguga on seotud kehamassi indeks ja sotsiaalse osaluse tunnused. Kui vanemas vanusgrupis oli funktsionaalne tervis, valu tase ja krooniliste haiguste olemasolu ning alkoholi tarbimine seotud nii hea kui halva tervise enesehinnanguga, siis leibkonna sissetulek ja haridustase vaid madala tervise enesehinnanguga. Shoostari (*ibid.*) järgi on positiivse ja negatiivse tervise enesehinnangu puhul otsustus- ja hindamisprotsess erisugune, seejuures vanuse arvestamine diferentseerib protsessi veelgi.

1.7.2. Füüsiline ja funktsionaalne tervis

Tervise enesehinnang on suremuse hea statistiline (mitte põhjuslik) prognoosija, kuna suudab peegeldada inimorganismi seisundit. Erinevates populatsioonides ja riikides korratud uuringud on kinnitanud, et vanusele kohandatud tervise enesehinnang on astmeliselt seotud edasise suremusega isegi pärast täiendavate terviseseisundi indikaatorite kontrollimist. (Jylhä 2009).

Kui tervise enesehinnang põhineb nii biomeditsiinilisel (haiguse olemasolu), emotsionaalsel (ehk üldisel heaolul) kui funktsionaalsusega seotud faktoritel (Kaplan ja Baron-Epel 2003), siis Martinez-Sanches ja Regidor (2002) leidsid, et populatsiooni tasandil on füsioloogilise ja funktsionaalse tervise indikaatoritest suurim panustaja halva tervise tajumisel kroonilise haiguse või puude olemasolu. Tervetel inimestel oli võrreldes nendega, kel esines terviseprobleeme, ka tugevam seos hariduse ja tervise enesehinnangu vahel. Krooniliste haiguste tugevat mõju tervise enesehinnangule kinnitavad ka Molarius ja Janson (2002).

Mitchell ja Adkins (2009) leidsid, et peamised puudega inimeste tervise enesehinnangut mõjutavad tegurid on krooniliste haiguste arv, valu ning väsimustunne, ilma puudeta inimestel olid tervise enesehinnangu prediktoriteks funktsionaalne piiratus, mis puudega inimeste puhul tervise enesehinnangut ei mõjutanud, ning valu ja depressioon. Piko (2000) 14-21aastaste noorte tervise enesehinnangut käsitlevast tööst selgub, et psühholoogiline rahulolu, füüsiline aktiivsus, akuutse haiguse ning mõnede sagedaste psühhosomaatiliste tunnuste esinemine panustasid enesehinnangulise tervise kujunemisse; samas kasutavad noored tervisekäitumist ja psühholoogilist heaolu enesehinnangulise tervise viitamisraamina enam kui vanemad inimesed, kel kirjanduse põhjal on tervisehinnangud enam seotud füüsiliste vaevuste ja krooniliste haiguste esinemisega.

1.7.3. Sotsiaalsed ja psühholoogilised tegurid

Tessleri ja Mechanicu (1978) klassikaline uurimus psühholoogilise distressi ja tervise enesehinnangu seostest leidis, et psühholoogiline komponent on oluline tervise enesehinnangu tegur ka pärast füüsilise tervise ja sotsiaaldemograafilistele tegurite arvesse võtmist. Hilisemad tööd on seda seost kinnitanud, lisades, et tugev depressioon on seostatav madala tervise enesehinnanguga, ning kirjeldanud ka isiksuse karakteristikuid, eelkõige ekstravertsust tervise enesehinnangu prognoosijana. Nii leidis Barger (2006), uurides, mil määral vähendavad psühholoogilised, käitumuslikud ja tervislikku seisundit iseloomustavad prognoosija sotsiaal-majandusliku staatuse ja tervise enesehinnangu vahelist seost, leidis, et emotsioonid sotsiaal-majandusliku staatuse ja tervise enesehinnangu seost ei mõjuta; samas vähenes sotsiaal-majanduslike tegurite mõju pärast käitumuslike ja terviseolukorra tunnuste lisamist. Piko (2007) järgi on psühhosomaatiliste ja depressiooni sümptomitel tugev mõju noorte tervise enesehinnangule. Kuigi olulisi soolisi erisusi noorte kohordis ei ole, raporteerivad tütarlapsed enam psühhosomaatilisi ja depressiooni sümptomeid, märkides ka madalamat üldist rahulolu, samas kui poisid viitasid enam enesehinnangulisele füüsilisele vormile. Schnittker (2005) kinnitab, et depressiooni sümptomid on tugevalt seotud enesehinnangulise terviselega, muutudes üle 74-aastastel olulisemaks enesehinnangulise tervise prognoosijaks kui mitmed kroonilised ja somaatilised seisundid.

Isikuomadusi kajastav kontrollkeske on terviseuuringute kontekstis oluline, kuna võimaldab uurida indiviidi arusaamu oma tervisega toimuvast ning selle eest vastutamist. Kontrollkeske pärineb Rotteri sotsiaalse õppimise teooriast, mis kirjeldab, mil määral omistab individid oma käitumise tagajärjed sisemistele või välistele faktoritele (Poortinga jt 2008). Näiteks kõrge seesmise kontrollkeskme puhul usuvad individid, et nad suudavad mõjutada oma tervist, olles tõenäolisemalt seotud tervist edendavate ja –säilitavate tegevustega, mis omakorda võiksid väljenduda paremas tervises. Samas on Rotteri kontrollkeskme käsitlust hiljem ka kritiseeritud (nt Wallston 1992), kuna kontrollkeskme tervisekäitumist vahendav mõju võib olla üle hinnatud: näiteks Lajunen ja Räsänen (2004) leidsid, et seesmine kontrollkeske ei ennustanud jalgrattakiivri kui tervistkaitsva meetme kasutamist. Poortinga jt (2008) kirjeldasid seost kontrollkeskme ja vanusega: seesmine kontrollkeske tõuseb järkjärgult 55-64 vanusgrupini, seejärel langeb 65-74 grupis madalamale.

Arvukad varasemad tööd (nt Blaxter 1990, Benjamini ja Idler 1999, Idler jt 1999; Bjorner ja Kristensen 1999, Franks jt 2003; Shoostari jt 2007; Piko 2007) on leidnud, et sotsiaalne ja psühholoogiline heaolu on oluline subjektiivse tervise komponent. Puudest ja/või kroonilisest haigusest hoolimata hindavad mõned inimesed tervist kõrgemalt. Idler jt (1999) selgitavad seda tervise tähenduse avardumisega – terviseseisundi hindamisel arvestavad inimesed ka võrdlusgrupi standardeid, emotsionaalset heaolu ja teisi individuaalseid ja sotsiaalseid ressursse. Breidablik jt (2008), uurides tudengite enesehinnangulise tervise seos eri struktuuriliste, meditsiiniliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete faktoritega, leidis, et olulised tervise enesehinnangu prediktorid olid psühholoogilised tunnused ja rahulolu ning struktuurilised tegurid avaldasid märksa vähemolulist mõju; sotsiaalpsühholoogilist heaolu kajastavate tegurite olulisust noorte subjektiivse tervise väärtustes on kirjeldanud ka Piko (2007).

1.8. Tervise enesehinnang Eestis läbiviidud küsitlusuuringutes

Eesti rahvastiku terviseseisundi ja –käitumise uurimiseks on viimasel kümnendil korraldatud mitmeid regulaarseid läbilõikelisi küsitlusuuringuid, millest suuremad on Eesti Terviseuuring (andmekogumised 1996 ja 2006), *FinBalt Health Monitori* kuuluv „Eesti täiskasvanud

rahvastiku tervisekäitumise uuring” (andmekogumised alates 1990. aastast igal paaris aastal) ja „Euroopa sotsiaaluuring” (andmekogumised 2002, 2004, 2006 ja 2008), mille põhimoodulisse kuulub ka tervise ja rahulolu küsimuste blokk. Kitsamalt noorte tervisele keskenduvad rahvusvahelised „Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring” (HBSC; andmekogumised 1993/1994, 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006) ja alates 1995a regulaarselt iga nelja aasta järel läbi viidud „15-16 aastaste tubakatoodete, alkoholi ja narkootikumide tarbimist ja levimust uuriv ESPAD uuring” (Regulaarsed terviseuuringud...).

Tervisekäitumise uuringu andmetele tuginedes on Helasoja jt (2006) leidnud, et heaks või üsna heaks hindab Eestis oma tervist 35% meestest ja 36% naistest, mis oli madalam kui Lätis, Leedus ja Soomes. Halva enesehinnangulise tervisega vastajate osakaal oli Balti riikides sarnane. Eestimaalastest peab oma tervist üsna halvaks või halvaks 10% meestest ja 11% naistest. Tervise enesehinnang on tugevalt diferentseeritud vanusgruppide lõikes. Vanemas, 50-64aastaste vanusgrupis oli meestel keskmise ja madalama tervisehinnangu levimusmäär 83% ja naistel 84%, suhteliste tõenäosuste erinevus oma tervist madalamalt kui hea hinnata oli meestel ligi 6- ja naistel 4,8- kordne noorima vanuserühmaga (20-34) võrreldes. Märkatav oli ka seos hariduse ja enesehinnangulise tervise vahel, kus kuni põhiharidusega naistest 86% ja 78% meestest hindasid oma tervist halvemaks kui hea. Madalam tervise enesehinnang seonduis meestel ka maal elamisega, naistel elukoht tervise enesehinnangut ei mõjutanud. Nii naistel kui meestel ei osutunud abielulisus tervise enesehinnangut mõjutavaks teguriks. Kasmel jt (2004: 34) kinnitasid samuti enesehinnangulise tervise erisusi riigiti, püüdes suure „keskmise“ väärtuse esinemissagedust Balti riikides seletada nii keeleliste ja kultuuriliste tavade „normaalse“ määratlemisel (viidates Idler ja Benjamini 1997) ja psühho-sotsiaalsete põhjustega, mis võivad tuleneda varasemast sarnasest sotsiaal-poliitilisest keskkonnast.

Sarnaseid tulemusi on kinnitanud ka Leinsalu (2002), kes tuginedes Terviseuuring 1996 andmetele, leidis, et rahvus, haridus ja majanduslik aktiivsus ning amet ja sissetulek olid nii naistel kui meestel tugevalt seotud halva tervisega. Samas olid soolised erinevused halva tervise enesehinnangu osas marginaalsed, näiteks naiste suhteline tõenäosus hinnata oma tervist „halvaks“ oli 12% kõrgem kui meestel - kõigile teguritele kohandatud mudelis oli see erisus seletatav suurema psühholoogilise distressi osakaaluga. Madalama haridustasemega uuritavad hindasid oma tervist keskmiselt madalamaks, sarnane Helasoja jt (2006) uuringu

tulemustega. Lisaks haridustasemele oli kuulumine etnilisse vähemusse, madal sissetulek ja meestel ka maal elamine halva tervise prognoosijaks.

Võrreldes enesehinnangulise tervise muutust 1996. a terviseuuringu ja viimase andmekogumise andmeid kõrvutades, ilmneb, et „halva ja väga halva“ tervise osakaal on suurenenud: kui 1996a küsitlustulemustes hindas oma tervist halvaks või väga halvaks 10,8%, siis 2006a küsitletutest juba 16,5%. Sarnaselt kümnenditaguse olukorraga oli ka 2006.aastal halva enesehinnangulise tervisega vastajate seas enam naisi (Oja 2008). Sakkeus ja Karelson (2008) analüüsisid Terviseuuring 2006 andmete põhjal enesehinnangulise tervise näitajat põlis- ja immigrantrahvastiku võrdluses, ning leidsid, et vaid pool põlis- ja ca 40% immigrantrahvastikust hindab oma tervist heaks, seejuures kasvab erinevus immigrant- ja põlisrahvastiku enesehinnangulises tervises vanusega, ulatudes vanurieas rohkem kui 50%-ni, viidates immigrantrahvastiku oluliselt madalamale enesehinnangulisele tervisele vanemas rahvastikus.

Tekkel ja Veideman (2008) uurisid tervisekäitumise seost enesehinnangulise tervisega ja leidsid, et pärast vanuse, hariduse ja pikaajalise haiguse mõju arvestamist oli valitud tervisekäitumise indikaatoritel (suitsetamine, alkoholi tarvitamine, toitumine, kehaline aktiivsus) mõningane mõju meeste tervise enesehinnangule, naistel oli hea enesehinnanguline tervis seotud veini tarvitamise ja füüsilise aktiivsusega. Sarnaselt Kasmel jt (2004) uuringule leidsid autorid, et tervisekäitumise indikaatorite mõju tervise enesehinnangule on piiratud või vähene.

1.9. Probleemipüstitus

Tuginedes varasematele empiirilistele töödele saab väita, et indiviidi subjektiivne tervisehinnang on seostatav nii objektiivse terviseseisundi kui ka erinevate psühholoogiliste, sotsiaalsete ja keskkondlike teguritega. Samas pole senini piisavat kinnitust leidnud küsimus nende tervise komponentide vanuselisest varieeruvusest. Shoostari jt (2007) märgib, et tervise enesehinnangu determinante on uuritud valdavalt vanemaealistes valimites või kogu rahvastikus vanusrühmade spetsiifikale keskendumata. Tervise enesehinnangut on

uuringutesse sageli kaasatud fookusega selle negatiivsetel väärtustel (näiteks madala enesehinnangulise tervise seos edasise haigestumusega), positiivse enesehinnangulise tervise võimalik kontseptuaalne erinevus madalast enesehinnangulisest tervisest on käesoleva töö autorile teadaolevalt leidnud kajastust tosinkonnas uuringus.

Käesolev uurimistöö tugineb holistlikule arusaamale tervisest, olles mõjutatud teoreetilisest eeldusest, et tervis ja haigus on sotsiaalselt konstrueeritud. Taoline lähenemine võimaldab vaadelda individuaalset tervist interaktsioonis füüsilise, vaimse ning sotsiaal-psühholoogilise sfääriga, mis on samaaegselt mõjustatud ka sotsiaal-majanduslikest ja sotsiaal-demograafilistest teguritest. Tuginedes varasemate tööde eeskujule (näiteks Kaplan ja Baron-Epel 2003; Shoostari jt 2007) on antud magistritöös tervise enesehinnangu determinantidena kasutatud füüsilist tervist, psüühilist tervist ja subjektiivseid rahuloluhinnanguid koondavaid tunnuseid ning indiviidi sotsiaaldemograafilisi karakteristikuid.

Magistritöö eesmärgiks on analüüsida füüsilis-funktsionaalse tervise, psüühilise tervise ja rahuloluhinnangute seoseid enesehinnangulise tervisega, uurides nende tegurite võimalikke erisusi kõrge ja madala tervise enesehinnangu korral ja püüdes tuvastada võimalikke ealisi erinevusi hea ja halva tervise enesehinnangu prognoosijates.

Magistritöö eesmärgist tulenevalt on määratletud järgmised uurimisküsimused:

- 1) Millised analüüsil kasutatud tunnustest on seostatavad enesehinnangulise tervisega?
- 2) Millised füüsilis-funktsionaalset tervist, psüühilist tervist ja subjektiivset rahulolu mõõtvatest tunnustest seostuvad kõrge ja millised madala enesehinnangulise tervisega?
- 3) Millised on võimalikud erinevused sotsiaal-demograafiliste tunnuste prognoosivõimes kõrge ja madala enesehinnangulise tervise puhul?
- 4) Millised on võimalikud ealised erinevused kõrge ja madala enesehinnangulise tervisega seostatavates tegurites?

Arvestades tervise enesehinnangu kõrget praktilist kasutusväärtust nii rahvatervises kui ka laiemalt sotsiaalteadustes, on oluline mõista tervise tähendusi ja neid kujundavaid tegureid. Arusaam tervise enesehinnangu kujunemise protsessist, selle aluseks olevatest füsioloogilistest, psühholoogilistest, sotsiaalsetest jt faktoritest on oluline nii täpsema

teadusliku teadmise kui ka praktilise rakenduse jaoks. Võimalik variatiivsus tervise enesehinnangu determinantides erialistes sihtrühmades võiks olla ühelt poolt oluline argument, millega tuleks arvestada efektiivsete (tervisedenduslike) sekkumiste planeerimisel, teisalt aitab parem teadmine subjektiivse tervise olemusest mõtestada rahvatervise valdkonna alusuuringute tulemusi ja pakub võrdlusmaterjali edasistele uuringutele. Magistritöö üheks eeldatavaks tugevuseks on ka uusima üleriigilise terviseuuringu andmestiku kasutamine, mille värsked andmed rahvastiku terviseseisundi kohta tagavad uuringutulemuste ajakohasuse.

II PEATÜKK. UURIMUSE METODOLOOGIA

2. Meetodi ja valimi kirjeldus

2.1. Andmestik

Käesolev magistritöö kasutab Eesti Terviseuuring 2006 (ETeU 2006) andmestikku. ETeU on üleriigiline küsitlusuuring, mis käsitleb Eesti rahva tervist ja on loogiline jätk 1996 a terviseuuringule, mille ülesehitus on suuresti sarnane. ETeU 2006 eesmärk on koguda läbilõikelist informatsiooni Eesti rahvastiku tervise kohta, küsides sündmuslooliselt inimeste tervise ja sellega seotud valdkondade ning sotsiaal-majanduslike taustatunnuste kohta.

ETeU 2006 on osa Euroopa terviseuuringute süsteemist ja kaasab EUROSTAT-i poolt koostatud tervisemoduleid. Küsimustiku aluseks on 1996 a terviseuuringu küsimustik, mida täiendati EUROSTAT-i soovituslike moodulitega. Antud töös rakendatud küsimustike osades on kasutatud: 1) terviseseisundi puhul Euroopa terviseseisundi (EHSM) moodulit; 2) vaimse tervise küsimusteblokis M.I.N.I.5.0.0. depressiooniepisoodi alamoodulit; 3) kontrollkeskme hindamiseks Rotteri kontrollkeskme skaalat; 4) emotsionaalse enesetunde hindamiseks ETeU 1996 emotsionaalse enesetunde küsimustikku.

ETeU 2006 üldkogumi moodustasid kõik 15-85aastased (seisuga 01.01.06) Eesti alalised elanikud, mis kihistati elukoha, soo ja vanuse järgi. Üldkogumist juhuvalikuga leitud valimimaht oli 11023 indiviidi, kellest küsitleti 6434. Täpsustatud vastamismäär oli 60,2%. Vastamismäär erines soo ja vanusrühmade lõikes, olles kõrgem naistel ja vanematel vanusgruppidel. Andmekogumiseks kasutati intervjuuküsitlust; andmete kogumine toimus vahemikus oktoober 2006 – oktoober 2007. (Oja jt 2008).

Terviseuuringut rahastab Sotsiaalministeerium ja koordineerib Tervise Arengu Instituut. Uuring on registreeritud Andmekaitse inspeksioonis (Tervise Arengu Instituut). ETeU 2006 andmestiku kasutamiseks esitas töö autor Tervise Arengu Instituudile vastavasisulise taotluse. Kasutatud andmestik on eelpuhastatud, kaalumata ning anonüümne, võimaluseta intervjuus küsitletud isikuid otseselt ega kaudselt identifitseerida.

2.2. Kasutatud tunnused

2.2.1. Tervise enesehinnang

Subjektiiivse tervise enesehinnangu mõõtmiseks kasutab Eesti terviseuuring 2006 küsimust „Milline on Teie tervis üldiselt?“, mille vastusevariandid on järgmised: 1- „väga hea“, 2- „hea“, 3- „keskmine“, 4- „halb“, 5- „väga halb“. Küsimustik sisaldab alternatiivina ka intervjuueeritava küsitluspäeva terviseseisundit kajastavat küsimust, mis on esitatud skaalal 0 (halvim terviseseisund) – 100 (parim terviseseisund). Mõlemad terviseseisundi indikaatorid on omavahel tugevalt korreleeritud ($r=0,691$, olulisustõenäosus $p<0,001$) ja kõrge vastamismääraga (puuduvate väärtuste osakaal alla 0,2%), kuid antud töös eelistati viieväärtuselisel skaalal esitatud üldist tervisehinnangut, kuna see uurimisinstrument on kirjanduses rohkem kasutatust leidnud ja pakub paremini võrreldavaid tulemusi.

Tervise enesehinnangu tunnuse puhul koondati skaala äärmuslikud väärtused, liites kategooriad „väga hea“ ja „hea“ ning „väga halb“ ja „halb“. Väikese sagedusega kategooriate liitmine parandab statistilise andmeanalüüsi usaldusväärsust ja hõlbustab tulemuste tõlgendamist.

2.2.2. Tervise enesehinnangu komponendid

Tervise enesehinnang ei keskendu ühele spetsiifilisele tervise dimensioonile, vaid liidab endas terve rea tervise tegureid (Piko 2001: 701). Käesolevas uuringus on vaadeldud füüsilise ja funktsionaalse võimekuse, psüühilise tervise ning rahulolu komponenti. Tunnustes kasutatud Terviseuuring 2006 küsimuste sõnastus ja vastusevariandid on esitatud lisas 1.

Füüsiline tervis ja funktsionaalne võimekus on mõõdetud koondtunnusega B04a „Kas küsitletaval on esinenud mõni krooniline haigus“, mis summeerib küsitletava vastused (väärtused: jah, ei) 23 kroonilise või pikaajalise haiguse kohta. Kroonilise või pikaajalise haiguse igapäevaselt tajutud mõju on mõõdetud küsimusega „Mil määral on vähemalt viimased 6 kuud Teie igapäevategevused olnud piiratud seoses pikaajalise haiguse või

terviseprobleemiga? (skaalal „oluliselt piiratud”; „piiratud, aga mitte oluliselt”; „ei ole üldse olnud piiratud”).

Koondtunnus „vaevus” kaasab intervjueeritaval viimastel päevadel või intervjuu läbiviimise päeval esinenud psühho-somaatilised nähud. Summeeritud ja keskmistatud koondtunnuses on kajastatud individuaalsed vastused „närvilisuse, ärevuse”, „sisemise pinge”, „peavalu”, „lihas-liigesevalu”, „väsimuse” küsimustele. Tunnus on väljendatud skaalal 1 – üldse mitte, 2 – pisut, 3 – üsna tugevalt, 4 – väga tugevalt. Koondtunnustega haaratud tunnuste sisereliaablus on kõrge, Cronbachi kordaja $\alpha = 0,74$. Funktsionaalsed ehk keha funktsioonide piirangud on koondatud kahte koondtunnusesse. Tunnus „piirang 1” ($\alpha = 0,33$) summeerib kaks nägemisvõimet – abivahenditeta ajalehekirja ja 4-5m kauguses oleva inimese näo nägemist ning kuulmisvõimet käsitleva tunnuse. „Piirang 2” ($\alpha = 0,91$) käsitleb füüsilist võimekust kirjeldavaid tunnuseid: intervjueeritava suutlikkust raskusteta trepist tõusta, kummarduda, põlvili laskuda ja üles tõusta, poekotti tõsta, käia kõndimist toetava abivahendita vähemalt 500m. Tunnuste arvutamisel on kasutatud loendusfunktsiooni (i.k. *count*), mille abil summeeriti küsimustele „jah, ilma raskusteta” vastamiste arv loetletud tunnuste puhul. Tunnus „piirang1” on esitatud skaalal 0 (piiratud suutlikkus kõigi küsimuste puhul) kuni 3 (probleeme nägemis- ja kuulmisfunktsiooniga pole); tunnuse „piirang2” puhul on sarnaselt konstrueeritud skaala haare 0 – 5.

Psüühilise tervise kajastamiseks kaasatakse depressiooni sümptomeid kirjeldav tunnus ja kolm emotsionaalsete probleemide esinemist kirjeldavat koondtunnust. Küsimus depressiooni sümptomite esinemise kohta mõõdab püsivalt tajutud masendust ja rusutust ning huvi puudumist senise elu jooksul. Andmestikus leiduva emotsionaalseid probleeme kirjeldavate tunnustebloki (tunnuste loetelu esitatud Lisas 1) puhul on kasutatud peakomponentide meetodit, mille abil loodi kolm uut latentset tunnust „emoterv1” ($\alpha = 0,90$), „emoterv2” ($\alpha = 0,86$) ja „emoterv3” ($\alpha = 0,88$), mis edaspidi nimetatud vastavalt „masenduse ja ärevuse”, „sotsiaalse kartuse” ja „väsimuse” koondtunnusteks.

Rahulolu on töös esindatud kolme erinevaid rahulolu aspekte kajastava koondtunnusega ja isikuomadusi kirjeldava kontrollkeskme määra abil. Küsimustikus leiduva indiviidi rahulolu kajastava küsimustebloki puhul loodi peakomponentide analüüsi abil kolm rahulolutunnust:

1), „rahulolu1” ($\alpha=0,710$) – kajastab emotsionaalset, seksuaalset rahulolu partneri/abikaasaga ja üldist rahulolu perega; 2) „rahulolu2” ($\alpha= 0,725$) liidab endas rahuloluhinnangud majandusliku olukorra, vaba aja veetmise kohta ning intervjuueeritava rahulolu oma füüsilise vormi, lähisugulaste ning eluga üldse; 3) „rahulolu3” ($\alpha = 0,746$) sisaldab rahuloluhinnangud töö ja elus edasijõudmise kohta. Rahuloluhinnangud on esitatud skaala 1– „rahul”, 2 – „pigem rahul”, 3 – pigem ei ole rahul” ja 4- „üldse ei ole rahul”.

Eesti terviseuuring 2006 kasutab kontrollkeskme hindamiseks kolme küsimustepaari; küsimustepaarides esitatakse kaks väidet, millest üks viitab eksternaalsele ja teine internaalsele kontrollile. Loendusfunktsiooni kasutanud andmeteisenduse järel saadi uus tunnus „kontk1” ($\alpha = 0,588$), mille väärtused (skaalal 0-4) esitavad indiviid tugevale seesmisele kontrollkeskmele viitavate vastuste arvu.

Sotsiaal-demograafilistest tunnustest on analüüsil kasutatud soo, rahvuse (väärtusega 1- „Eesti”, 2 – „Muu”) ja haridustaseme (väärtustega 1– põhiharidus või madalam, 2- keskkharidus, 3-kõrgharidus) tunnust. Analüüsil kasutatud vanusegrupid on 15-35 aastat, 36-60 aastat ja 61-85 aastat. Vanusgruppide loomisel olid peamisteks argumentideks tulemuste sisuline tõlgendatavus (vanusrühmad markeerivad tinglikult nooremat tööiga, vanemat tööiga ja vanaduspensionil olevaid indiviide) ja statistiline võrreldavus.

Töös kasutatud Eesti terviseuuringu 2006 küsimused on esitatud lisa 1.

2.3. Analüüsimetodid

Andmeanalüüsi meetoditest on kasutatud peakomponentide meetodit; Spearmani astakorrelatsioonikordajat; Kruskalli - Wallise ja Manni - Whitney mitteparameetrilisi teste gruppide võrdlemiseks; multinominaalset logistilist regressioonanalüüsi tervise enesehinnangu variatiivsuse uurimiseks, kasutades mõjuteguritena füüsilis-funktsionaalset tervist, psüühilist tervist ja rahulolu kirjeldavaid tunnuseid. Mitmeid esialgseid tunnuseid kokku võtvate koondtunnuste komponentide reliaablusanalüüsil kasutati Cronbachi kordajat.

Andmete analüüsimisel on kasutatud tarkvarapakette SPSS 13 ja SPSS 17.

III PEATÜKK. ANALÜÜSI TULEMUSED

3.1. Enesehinnanguline tervis sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes

Terviseuuringu 2006 käigus küsitletud 6434 inimesest 41,4% hindas oma tervist väga heaks või heaks, 42,1 % keskmiseks ja 16,5% halvaks või väga halvaks.

Tervise enesehinnangu ealiste erisuste analüüsimiseks kasutatud Kruskali-Wallise test kinnitab vanusgruppide vahelisi erinevusi ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 1948$, vabadusastmete arvuga $f = 2$). Noorimas vanusegrupis, 15-35 aastaste seas ($n = 1770$) on väga hea ja hea tervise enesehinnanguga vastajate osakaal 77,4% ja halva või väga halva tervisega vaid 1,7%. Vanuse kasvades kõrge tervise enesehinnanguga inimeste osakaal väheneb, olles keskmises vanusgrupis (36-60 aastased, $n = 2179$) 44,5% ja vanemas vanusgrupis (61-85aastased, $n = 2485$) vaid 13%. Oma tervist hindab „keskmiseks” 45,8% 36-60aastastest, vanimas vanusgrupis on vastav näitaja 10% võrra kõrgem. Väga halva ja halva tervisega inimeste osakaal suureneb hüppeliselt vanuse kasvades: kui ligi 10% keskealistest hindas oma tervist madalaks, siis vanemas vanusgrupis on neid juba üle 33%.

Mehed kinnitavad keskmiselt pisut paremat tervist kui naised. Kõrge enesehinnangulise tervisega on 42,3% meestest ja 40,6% naistest, oma tervist halvaks või väga halvaks pidas 18,3% naistest ja 14,6% meestest. Manni-Whitney testi järgi osutusid soolised erinevused enesehinnangulises tervises statistiliselt oluliseks üksnes väga halva ja halva tervise kategoorias (z -statistik $-4,4$, $p = 0,001$).

Hariduslik eripära tervise enesehinnangus oli statistiliselt oluline kõigis vanuserühmades. Kõrgem omandatud haridus oli kõigis vanusgruppides seostatav ka kõrgema tervisehinnanguga. Põhiharidusega ja madalama haridusega intervjueeritavatel on enesehinnanguline tervis keskmiselt halvem: kui vaid 30,5% põhiharidusega vastajatest pidas oma tervist heaks, siis kesk- ja kõrgharidusega intervjueeritavatest hindasid oma tervist heaks vastavalt 41,7% ja 49,3%.

Eestlaste (64,6% valimist) enesehinnanguline tervis oli rahvusgruppide võrdluses keskmiselt parem kui muust rahvusest vastajatel: vähemalt „heaks” pidasid oma tervist 44% eestlastest samas kui muust rahvusest vastajatest hindas oma tervist keskmisest kõrgemaks 37%. Madala tervisehinnangu osakaal oli samuti kõrgem etnilise vähemuse esindajatel: kui eestlastest 15% märkis alla keskmist tervise enesehinnangu väärtust, siis vastav näitaja muust rahvusest vastajatel oli 19 %. Kruskal-Wallise test kinnitab, et mõningad etnilised erisused tervise enesehinnangus on jälgitavad keskmises ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 30$, $f = 2$) ja vanimas vanusrühmas ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 32$, $f = 2$).

3.2. Tervise enesehinnangu seos füüsilist tervist, psüühilist tervist ning rahulolu kajastavate tunnustega

Madala tervise enesehinnanguga vastajatest kinnitas ligi 98% vähemalt ühele kroonilisele või pikaajalisele haigusele viitava diagnoosi esinemist. Krooniline haigus esines ka 81% oma tervist keskmiseks ja 37% heaks ja väga heaks hinnanutel. Kruskali-Wallise test kinnitas kroonilise või pikaajalise haiguse esinemise tugevat seost tervise enesehinnanguga ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 1671$, $f = 1$). Kroonilise haiguse seos enesehinnangulise tervisega jäi statistiliselt usalduväärseks ka vanuserühmiti.

Subjektiiivset hinnangut pikaajalise terviseprobleemi või haigusega kaasnevatest piirangutest igapäevategevustes kajastav tunnus on Kruskal-Wallise testi järgi tugevalt seotud enesehinnangulise tervise tunnusega ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 2695$, $f = 2$), olles statistiliselt usaldusväärne kõigis vanusrühmades. Pikaajalise haigusseisundiga seoses tajus piiranguid ligi 10% väga hea ja hea ning ligi 95% halva ja väga halva tervise enesehinnanguga vastajatest. Tervist keskmiseks pidanud küsitletutest 53% hindas oma igapäevategevusi piiratuks ja 47% haigusest tulenevaid piiranguid ei tajunud. Depressiooni sümptomite esinemist senises elus vähemalt 2-nädalase perioodi jooksul tunnistasid 22% ($n = 1385$) küsitletutest. Kruskali-Wallise test kinnitas nimetatud depressiooni indikaatori seost enesehinnangulise tervisega ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 67$, $f = 1$), jäädes statistiliselt oluliseks (usaldusnivool 0,001) kõigis vanusrühmades.

Füüsilis-funktsionaalse tervise, psüühilise tervise ja rahulolu-hoiakute koondtunnuste ning enesehinnangulise tervise seoste kirjeldamiseks on kasutatud Spearmani korrelatsioonanalüüsi (Tabel 1.). Spearmani korrelatsioonanalüüsist ilmneb, et tugevaim seos on tervisehinde ja liikumispirangute ning vanuse vahel. Tunnused mis mõõdavad rahulolu karjääri ning pereeluga on enesehinnangulise tervisega korreleeritud nõrgalt; nimetatud tunnused on edasisest regressioonanalüüsist välja jäetud.

Tabel 1. Spearmani astakorrelatsioonid

	Spearman's rho											
	Enesehinnanguline tervis	Vanus	Vaevus	Ärevus ja masendus	Sotsiaalne ärevus	Väsimus	Nägemis ja kuulmispiirangud	Liikumispirangud	Rahulolu karjääri	Rahulolu üldine	Rahulolu perega	Kontrollkese
Enesehinnanguline tervis	1,000	0,580	0,395	0,268	0,149	0,446	-0,423	-0,602	0,101	0,321	0,097	-0,374
Vanus	0,580	1,000	0,155	0,017	-0,040	0,258	-0,582	-0,567	-0,065	0,097	0,002	-0,311
Vaevus	0,395	0,155	1,000	0,527	0,352	0,571	-0,184	-0,351	0,202	0,406	0,224	-0,277
Ärevus ja masendus	0,268	0,017	0,527	1,000	0,616	0,685	-0,102	-0,213	0,225	0,386	0,278	-0,280
Sotsiaalne ärevus	0,149	-0,040	0,352	0,616	1,000	0,507	-0,063	-0,138	0,142	0,242	0,156	-0,226
Väsimus	0,446	0,258	0,571	0,685	0,507	1,000	-0,262	-0,394	0,181	0,369	0,209	-0,324
Nägemis ja kuulmispiirangud	-0,423	-0,582	-0,184	-0,102	-0,063	-0,262	1,000	0,415	0,033	-0,117	-0,040	0,220
Liikumispirangud	-0,602	-0,567	-0,351	-0,213	-0,138	-0,394	0,415	1,000	-0,044	-0,301	-0,072	0,356
Rahulolu karjääri	0,101	-0,065	0,202	0,225	0,142	0,181	0,033	-0,044	1,000	0,531	0,392	-0,203
Rahulolu üldine	0,321	0,097	0,406	0,386	0,242	0,369	-0,117	-0,301	0,531	1,000	0,524	-0,284
Rahulolu perega	0,097	0,002	0,224	0,278	0,156	0,209	-0,040	-0,072	0,392	0,524	1,000	-0,156
Kontrollkese	-0,374	-0,311	-0,277	-0,280	-0,226	-0,324	0,220	0,356	-0,203	-0,284	-0,156	1,000

P < 0,01

3.3. Enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid

Analüüsimaaks enesehinnangulist tervist prognoosivate tunnuste mõju, on koostatud multinominaalne logistiline regressioonimudel, milles sõltuva tunnuseks käsitletava tervise

enesehinnangu taustakategooriaks on võetud hinnang „keskmine tervis“. Argumenttunnusteks on vanus, krooniliste haiguste esinemine, haigusega kaasnevate tajutud igapäevaste piirangute, füüsiliste piirangute ja nägemis-kuulmispriirangute, vaevuste esinemise, üldise rahulolu, depressioonisümptomite esinemise, väsimuse, masenduse ja ärevuse, sotsiaalse ärevuse, kontrollkeskme, soo, haridustaseme ja rahvuse tunnused. Mudel on hea kirjeldusvõimega, kirjeldusvõimet kajastav hii-ruut statistik on 4920 ($f = 26$ ja Nagelkerke kordaja 0,653). Vaadeldud tunnuste mudelisse lisamine suurendab sõltuva tunnuse tõepärafunktsiooni (väärtuselt -11794 väärtuseni -6873) statistiliselt usaldusväärset (veaga alla 0,005).

Sammuviisilise regressiooni (i.k *stepwise regression, forward entry*) meetodil koostatud mudelis (regressioonimudel 1) olid kõik argumenttunnused, välja arvatud depressioonisümptomite esinemine, masenduse ja ärevuse, sotsiaalse ärevuse ning nägemis- ja kuulmispriirangute tunnused statistiliselt usaldusväärsed enesehinnangulise tervise prognoosijad. Üksikargumentidest on vanus tugevaim enesehinnangulise tervise mõjutaja, vanuse mudelist kõrvalejätmine vähendaks mudeli logaritmilist tõepärafunktsiooni 617 võrra, mis oleks statistiliselt väga usaldusväärne mudeli kirjeldusvõime halvenemine. Füüsilist tervist kajastavad tunnused tõusevad võrreldes teiste mudelisse kaasatud tunnustega esile: nende tunnuste mudelist väljajätmisel oleks mudeli kirjeldusvõime vähenemine kokkuvõttes suurim, tugevaim mõju mudeli kirjeldusvõimele on seejuures haigusega kaasnevate igapäevategevustes tajutud piirangute tunnusel ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 392,7$; $f = 4$), väiksem on soo ja kontrollkeskme tunnuste panus mudeli kirjeldusvõimesse.

Regressioonimudelis, mis prognoosib väga head ja head enesehinnangulist tervist keskmise tervise enesehinnangu taustal (tabel 2), on krooniliste haiguste ja haigusest tulenevate igapäevaste piirangute puudumine, kõrgem üldine rahulolu ning vaevuste ja väsimussümptomite puudumine seostatav kõrgema enesehinnangulise tervisega. Hea tervise enesehinnangu indikaatoriteks on ka kõrgem kontrollkeskme väärtus (iga internaalsele kontrollile viitav vastus suurendab kõrge tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust 20%) ja funktsionaalsete piirangute väiksem arv. Eestlastel on hea ja väga hea tervise enesehinnangu suhteline tõenäosus 1,4 korda suurem kui muust rahvusest vastajatel. Iga lisanduv aasta vanust kahandab kõrge tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust 5% võrra. Põhiharidusega vastajatel moodustab kõrge enesehinnangulise tervise suhteline tõenäosus üksnes 53% kõrgharidusega inimeste vastavast tõenäosusest.

Tabel 2. Regressioonimudel 1. Kõrge tervise enesehinnangu mõjutegurid, 15-85 aastased^{1 2}

		<i>B</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>95% usaldusvahemik</i>	
				<i>Alumine</i>	<i>Ülemine</i>
<i>SOTSIAALDEMOGRAAFILISED TUNNUSED</i>					
Vanus		-0,05	0,951	0,947	0,966
Sugu	Mees	-0,273	0,761	0,657	0,881
	Naine	.	.	.	.
Rahvus	Eesti	0,357	1,429	1,223	1,67
	Muu	.	.	.	.
Haridustase	Põhi	-0,636	0,529	0,424	0,660
	Kesk	-0,484	0,616	0,525	0,724
	Kõrg	.	.	.	.
<i>FÜÜSILINE-FUNKTSIONAALNE TERVIS</i>					
Krooniliste haiguste esinemine	Jah	-0,992	0,371	0,316	0,435
	Ei	.	.	.	.
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	Jah, oluliselt	-1,261	0,283	0,186	0,431
	Jah, mitte oluliselt	-1,062	0,346	0,285	0,419
	Ei	.	.	.	.
Füüsilised piirangud		0,223	1,250	1,113	1,404
Vaevused		-0,745	0,475	0,376	0,599
<i>PSÜÜHILINE TERVIS</i>					
Väsimus		-0,420	0,657	0,583	0,741
<i>RAHULOLU</i>					
Üldine rahulolu		-0,28	0,756	0,651	0,878
Kontrollkese		0,185	1,203	1,098	1,319

Statistiliselt usaldusväärset madalat tervise enesehinnangut prognoosivaid tunnuseid on vähem kui kõrge enesehinnangulise tervise prognoosimudeli puhul. Halva ja väga halva tervise enesehinnangut eristavad keskmisest tervise enesehinnangust kõrgem vanus, haigusest tulenevate igapäevaseid tegevusi segavate piirangute olemasolu, madalam üldine rahulolu ja kõrgemad skoorid vaevuste ning väsimuse koondtunnustes (tabel 3). Vanuse kasv ühe aasta võrra suurendab madala tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust ligi 2% võrra. Neil intervjuueeritavatel, kes tunnistasid, et haigus piirab igapäevategevusi oluliselt, on madala

¹ Kõrge tervise enesehinnang viitab subjektiivse tervisehinnangu väärtustele „hea“ ja „väga hea“. Taustakategooriaks siin ja edaspidi enesehinnangulise tervise väärtus „keskmine“

² Kõik tunnused on statistiliselt usaldusväärsed vea tõenäosusega alla 0,005

tervisehinnangu suhteline tõenäosus 14 korda suurem kui neil, kes nimetatud piiranguid ei tajunud. Iga aste madalama üldise rahulolu suunas suurendab halva ja väga halva tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust 83%. Statistiliselt usaldusväärne väikese vea tõenäosusega ($p < 0,02$) on ka väsimuse tunnus, mille iga täiendav väärtus lisab madala enesehinnangulise tervise suhtelisele tõenäosusele 19%.

Tabel 3. Regressioonimudel 1. Madala tervise enesehinnangu mõjutegurid, 15-85 aastased³

		<i>B</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>95% usaldusvahemik</i>	
				<i>Alumine</i>	<i>Ülemine</i>
<i>SOTSIAALDEMOGRAAFILISED TUNNUSED</i>					
Vanus		0,025	1,025	1,016	1,034
Sugu	Mees	-0,007	0,993	0,799	1,234
	Naine	.	.	.	.
Rahvus	Eesti	0,025	1,025	0,815	1,290
	Muu	.	.	.	.
Haridustase	Põhi	0,186	1,205	0,899	1,615
	Kesk	0,160	1,174	0,894	1,542
	Kõrg	.	.	.	.
<i>FÜÜSILINE-FUNKTSIONAALNE TERVIS</i>					
Krooniliste haiguste esinemine	Jah	0,209	1,232	0,731	2,075
	Ei	.	.	.	.
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	Jah, oluliselt	2,651	14,164	1,016	1,034
	Jah, aga mitte oluliselt	1,341	3,824	2,619	5,582
	Ei	.	.	.	.
Füüsilised piirangud		-0,353	0,703	0,657	0,752
Vaevused		0,792	2,208	1,672	2,915
<i>PSÜÜHILINE TERVIS</i>					
Väsimus		0,172	1,188	1,033	1,366
<i>RAHULOLU</i>					
Üldine rahulolu		0,606	1,833	1,487	2,261
Kontrollkese		-0,042	0,959	0,855	1,075

Tunnused, mis prognoosivad halba ja väga halba enesehinnangulist tervist, moodustavad ka kõrget ja madalat enesehinnangulist tervist prognoosivate tunnuste ühisosa. Nende, eelkõige tajutud füüsilise-funktsionaalse võimekusega seonduvate tunnuste, mõju kõrgele ja madalale enesehinnangulisele tervisele on vastassuunaline. Sotsiaal-demograafilistest teguritest osutus halba tervist prognoosivaks üksnes vanus, samas kui kõrge tervise enesehinnangu puhul olid usaldusväärsed ka hariduse, rahvuse ja sootunnus.

³ Madal tervise enesehinnang viitab subjektiivse tervisehinnangu väärtustele „halb“ ja „väga halb“. Taustakategooriaks siin ja edaspidi enesehinnangulise tervise väärtus „keskmine“

3.4 Enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid vanuserühmades

Uurimaks võimalikku vanuselist diferentseeritust kõrget ja madalat enesehinnangulist tervist prognoosivates tunnustes, on multinominaalset logistilist regressiooni kasutades koostatud regressioonimudel 2, milles vaadeldakse võrdlevalt 15-35, 36-60 ja 61-85aastaste vanuserühmades sõltuva tunnuseks tervise enesehinnangut. Mudelis on argumenttunnusteks vanus, krooniliste haiguste esinemine, haigusega kaasnevate tajutud igapäevaste piirangute, füüsiliste piirangute ja nägemis-kuulmispääsude, vaevuste esinemise, üldise rahulolu, depressioonisümptomite esinemise, väsimuse, masenduse ja ärevuse, sotsiaalse ärevuse, kontrollkeskme, soo, haridustaseme ja rahvuse tunnused. Mudeli ja üksikargumentide kirjeldusvõimed vanuserühmade lõikes on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Argumenttunnuste kirjeldusvõimed. 15-35 aastaste, 36-60 ja 61-85 aastaste vanuserühmas

	f	15-35 aastased		36-60 aastased		61-85 aastased	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Vanus	2	19,4	0,000	32,5	0,000	9,9	0,007
Sugu	2	7,8	0,02	X	X	6,9	0,032
Haridustase	4	18,8	0,000	46,5	0,000	X	X
Rahvus	2	X	X	8,8	0,012	12,1	0,02
Krooniliste haiguste esinemine	2	45	0,000	64,9	0,000	31,9	0,000
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	4	46,4	0,000	139,6	0,000	201,9	0,000
Füüsilised piirangud	2	5,4	0,068	37,9	0,000	90,9	0,000
Nägemis ja kuulmispääsused	2	X	X	5,5	0,065	X	X
Vaevused	2	13,5	0,01	27,1	0,000	35,4	0,000
Kontrollkeskme	2	16,4	0,000	8,7	0,013	X	X
Üldine rahulolu	2	X	X	23,6	0,000	24,7	0,000
Väsimus	2	X	X	18,4	0,000	18	0,000
Indiviidide arv		1682		2028		2214	
χ^2-statistik, f = 34		413		1116		1471	
Nagelkerke kordaja		0,325		0,51		0,57	

X – tunnus pole statistiliselt usaldusväärne (p>0,1)

Enesehinnangulist tervist prognoosivad 15-35aastaste vanuserühmas vanuse, vaevuste, kontrollkeskme, soo ja haridustaseme, kroonilise haiguse olemasolu tunnus ning haigusega kaasnevate tajutud igapäevaste piirangute tunnus. Viimasel kahel tunnusel on ka tugevaim mõju mudeli kirjeldusvõimele: nende tunnuste mudelist väljajätmine vähendaks mudeli logaritmilist tõepärafunktsiooni vastavalt 45 ja 46 võrra. Vanuse ja haridustaseme tunnuse

mudelist kõrvalejätmisel väheneks mudeli logaritmilist tõepärafunktsioon samas suurusjärgus ($\chi^2 = 19$, $f = 2$ ja 4 , $p < 0,005$). Väiksem on soo, vaevuste ja kontrollkeskme tunnuste panus mudeli kirjeldusvõimesse.

Keskmisses vanusrühmas on kõik argumenttunnused, välja arvatud depressioonisümptomite esinemise tunnus, masenduse ja ärevuse ning sotsiaalse ärevuse, ning sootunnus väga väikese veaga ($p < 0,002$) usaldusväärsed tervisehinnangu prognoosijad.

Vanimas, 61-85aastasi vastajaid koondavas vanuserühmas on statistiliselt usaldusväärseteks üksiktunnusteks vanus, sugu, rahvus, väsimuse koondtunnus, füüsilise funktsionaalsuse piirangud, üldine rahulolu, krooniliste haiguste esinemine, haiguse põhjustatud igapäevased piirangud ja vaevuste esinemise koondtunnus. Nägemis- ja kuulmispiirangute, kontrollkeskme ja haridustaseme tunnus 61-85aastaste vanusrühmas statistiliselt olulisteks tervisehinnangu prognoosijateks ei osutunud.

Kõrge enesehinnangulise tervise prognoosijatest olid kõigis vanusrühmades statistiliselt olulised krooniliste haiguste esinemise, igapäevategevustes tajutud piirangute, väsimuse ja vaevuste ning haridustaseme tunnused. Kontrollkeskme tunnus esines kahes nooremas vanusrühmas. Rahvuse ja füüsiliste-funktsionaalsete piirangute puudumine oli statistiliselt oluline kahes vanemas vanusgrupis.

3.4.1. Kõrget enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid 15-35, 36-60 ja 61-85 aastaste vanuserühmades

Ülevaade kõrget tervise enesehinnangut prognoosivatest tunnustest on esitatud tabelis 5. Ilmneb, et 15-35 aastastel on tugevaim hea enesehinnangulise tervise prognoosija haigusest tulenevate piirangute puudumine. Hea tervise enesehinnangu tõenäosust suurendas ka kroonilise haiguse puudumine: intervjuueritavatel, kel kroonilisi haigusi ei esinenud, oli 3,6 korda suurem tõenäosus hinnata oma tervist kõrgemalt kui keskmine. Füüsilise tervise komponentidest oli veel madalam skoor vaevuste ja väsimuse koondtunnuse skaalal seotud kõrgema enesehinnangulise tervisega. Noorimas vanusgrupis oli kõrge enesehinnangulise tervis seostatav ka kõrgema haridustasemega: vastav suhteline tõenäosus oli kõrgharidusega

inimestel põhiharidusega ja keskharidusega intervjueeritute vastavalt 3,4 korda ja 2,4 korda suurem. Iga seesmisele kontrollkeskmele viitav vastus suurendas kõrge enesehinnangulise tervise suhtelist tõenäosust 20%. Noorimas vanuserühmas oli naistel kõrge enesehinnangulise tervise tõenäosus 1,4 korda suurem kui meestel.

Tabel 5. Hea ja väga hea enesehinnangulise tervisega seotud tegurid; 15-35, 36-60 ja 61-85 aastased, Eesti terviseuuring 2006

		15-35a		36-60a		61-85a	
		<i>exp(b)</i>	<i>p</i>	<i>exp(b)</i>	<i>p</i>	<i>exp(b)</i>	<i>p</i>
<i>SOTSIAALDEMOGRAAFILISED TUNNUSED</i>							
Vanus		0,941	0,000	0,954	0,000	1,002	0,874
Sugu	Mees	0,708	0,018	0,872	0,243	0,687	0,012
	Naine	.	.	.	.	.	.
Rahvus	Eesti	1,236	0,154	1,236	0,003	1,824	0,001
	Muu	.	.	.	.	.	.
Haridustase	Põhiharidus	0,467	0,001	0,330	0,000	0,636	0,019
	Keskharidus	0,594	0,003	0,511	0,000	0,824	0,242
	Kõrgharidus	.	.	.	.	.	.
<i>FÜÜSILINE-FUNKTSIONAALNE TERVIS</i>							
Krooniliste haiguste esinemine	Jah	0,37	0,000	0,377	0,000	0,398	0,000
	Ei	.	.	.	.	.	.
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	Jah, oluliselt	0,22	0,000	0,386	0,003	0,240	0,001
	Jah, mitteoluliselt	0,378	0,000	0,304	0,000	0,370	0,000
	Ei	.	.	.	.	.	.
Füüsilised piirangud		1,229	0,261	1,517	0,001	1,258	0,002
Nägemis ja kuulmispiirangud		0,839	0,242	1,006	0,952	1,166	0,156
Vaevused		0,464	0,000	0,455	0,000	0,512	0,012
<i>PSÜÜHILINE TERVIS</i>							
Väsimus		0,744	0,03	0,633	0,000	0,594	0,000
<i>RAHULOLU</i>							
Üldine rahulolu		0,839	0,242	0,614	0,000	1,137	0,431
Kontrollkese		1,439	0,000	1,236	0,003	0,989	0,898

Sarnaselt noorima vanuserühmaga, on 36-60aastastel kõrge enesehinnangulise tervise prognoosijatest suurima mõjuga igapäevategevustes tajutud piirangute tunnus. Intervjueeritavatel, kes taolisi haigusega seonduvaid piiranguid ei tajunud, oli kõrge enesehinnangulise tervise tõenäosus 4,4 korda suurem kui neil, kel haigusseisund piiras igapäevategevusi mõningal määral. Sarnases suurusjärgus oli ka krooniliste haiguste esinemise tunnuse mõju: ilma krooniliste haigusteta vastajatel oli 3,4 korda suurem suhteline tõenäosus oma tervises seisundit kõrgemalt hinnata. Kõrgem haridustase on selles peamiselt tööealist elanikkonda kaasavas vanuserühmas selgelt kõrgemat tervise enesehinnangut toetav tegur; kõrge tervise enesehinnangu suhteline tõenäosus on kõrgharidusega vastajatel üle 5

korra suurem kui põhiharidusega vastajatel, vastav tõenäosus võrreldes keskharidusega inimestega on kõrghariduse omandanutel 2,5 korda suurem.

Hea ja väga hea enesehinnangulise tervise prognoosijateks on keskmises vanuserühmas (sarnaselt noorima vanusgrupiga) veel kontrollkeskme, vaevuste ja väsimuse koondtunnused. Kui vaevuste puudumine suurendab mõlemas vanusgrupis (teiste tegurite samaks jäädes) hea ja väga hea enesehinnangulise tervise suhtelist tõenäosust ligikaudu samas määras, siis väsimuse ja kontrollkeskme mõju on 36-60aastaste vanuserühmas väiksem: näiteks iga seesmisele kontrollkeskmele viitav vastus suurendas kõrge enesehinnangulise tervise suhtelist tõenäosust vaid 7%. Erinevalt noorimast vanuserühmast oli rahvuse tunnus keskmises vanuserühmas statistiliselt usaldusväärne kõrge enesehinnangulise tervise prognoosija; eestlastel, muust rahvusest elanikega võrreldes, on kõrge enesehinnangulise tervise suhteline tõenäosus 13% suurem.

Üle 60aastaste seas on (sarnaselt teiste vanuserühmadega) statistiliselt usaldusväärsetest kõrge enesehinnangulise tervise prognoosijatest tugevaima mõjuga krooniliste haiguste puudumine ja igapäevategevustes tajutud piirangute puudumine, olles võrdse mõjutugevusega (mõlemal Waldi statistik 30, $f = 1$). Kõrge enesehinnangulise tervise suhteline tõenäosus oli neil, kelle igapäevategevustes oli olulisi piiranguid vaid 10% nende intervjueeritavate hea tervise enesehinnangu tõenäosusest, kes nimetatud piiranguid ei tunnistanud; tõenäosus oma tervises seisundit heaks või väga heaks hinnata oli ilma krooniliste haigusteta inimestel 3,5 korda suurem.

Vanuserühmade lõikes on sarnane ka vaevuste ja väsimuse koondtunnuste mõju kõrgele enesehinnangulisele tervisele. Sarnaselt keskmisele vanuserühmale on füüsiliste ja funktsionaalsete piirangute puudumine seostatav ka vanimas vanuserühmas kõrgema enesehinnangulise tervisega. Etnilised erisused enesehinnangulises tervises säilivad ka vanuse kasvades: eestlastel on võrreldes muust rahvusest elanikega kõrge enesehinnangulise tervise suhteline tõenäosus 1,8 korda suurem; soolistest erinevustest ilmneb, et 61-85aastastel naistel on vastav suhteline tõenäosus 1,5 korda suurem kui samaealistel meestel. Hariduslikud erinevused on vanuse kasvades vähenenud. 61-85aastaste seas kõrghariduse ja keskhariduse erinevus hea enesehinnangu prognoosimisel statistiliselt oluline ei ole; kõrgharidusega

inimeste hea ja väga hea tervise enesehinnangu suhteline tõenäosus oli aga põhiharidusega vastajatest 2,3 korda suurem.

3.4.2. Madalat enesehinnangulist tervist prognoosivad tegurid 36-60 ja 61-85 aastaste vanuserühmades⁴.

Keskmisest madalam enesehinnanguline tervis on tugevalt seotud igapäevategevuste piiratud, vaevuste esinemisega, madalama üldise rahuloluga ning füüsiliste-funktsionaalsete piirangutega (tabel 6).

Tabel 6. Halva ja väga halva enesehinnangulise tervisega seotud tegurid; 36-60 ja 61-85 aastased, Eesti terviseuuring 2006

		36-60a		61-85a	
		<i>exp(b)</i>	<i>p</i>	<i>exp(b)</i>	<i>p</i>
SOTSIAALDEMOGRAAFILISED TUNNUSED					
Vanus		1,032	0,082	1,037	0,002
Sugu	Mees	1,088	0,706	0,884	0,370
	Naine	.	.	.	.
Rahvus	Eesti	1,038	0,87	0,992	0,955
	Muu	.	.	.	.
Haridustase	Põhiharidus	2,009	0,052	1,052	0,772
	Keskharidus	1,189	0,486	1,199	0,307
	Kõrgharidus	.	.	.	.
FÜÜSILINE-FUNKTSIONAALNE TERVIS					
Krooniliste haiguste esinemine	Jah	1,227	0,655	1,266	0,519
	Ei	.	.	.	.
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	Jah, oluliselt	14,462	0,000	15,265	0,000
	Jah, mitteoluliselt	3,621	0,000	4,127	0,000
	Ei	.	.	.	.
Füüsilised piirangud		0,702	0,000	0,706	0,000
Nägemis ja kuulmispäirangud		0,681	0,02	1,025	0,794
Vaevused		1,889	0,02	2,559	0,000
PSÜÜHILINE TERVIS					
Väsimus		1,162	0,345	1,221	0,043
RAHULOLU					
Üldine rahulolu		1,535	0,035	1,939	0,000
Kontrollkese		1,005	0,969	0,992	0,955

Keskmisses vanuserühmas on igapäevategevustes oluliselt piiratud inimestel 14,5 korda suurem suhteline tõenäosus oma tervist halvaks või väga halvaks hinnata kui inimesel, kes nimetatud

⁴ Noorimas vanuserühmas on analüüsitud üksnes väga hea ja hea tervise enesehinnangu seoseid argumenttunnustega, kuna väga halva ja halva enesehinnangulise tervisega indiviidide arv (n = 19) osutus statistiliste järelduste tegemiseks ebapiisavaks.

piiranguid ei tunnistanud. Füüsilise tervise objektiivse indikaatorina kasutatav krooniliste ja pikaajaliste haiguste esinemise tunnus halva tervise enesehinnangu prognoosijaks ei osutunud. Peavalu, väsimust, sisemist pinget, närvilisust ja lihas-liigesvalusid koondav vaevuste intensiivsust mõõtvana tunnuse iga lisanduv skaalaaste lisab halva enesehinnangulise tervise suhtelisele tõenäosusele 10%. Sarnase mõjutugevusega oli füüsiliste piirangute ja nägemis-kuulmisvõime piirangute tunnus, mille puhul nimetatud funktsionaalsete piirangute mitteesinemine vähendas halva tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust. Madalam üldine rahulolu suurendab halva tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust. Haridustase oli ainsa sotsiaal-demograafilise tunnusena 36-60aastaste vanuserühmas statistiliselt usaldusväärne halva enesehinnangulise tervise prognoosija, sedagi üksnes kõrg- ja põhihariduse võrdluses ($p = 0,052$), kus põhiharidusega vastajate suhteline tõenäosus oma tervist madalalt hinnata oli 2 korda suurem kui kõrgharidusega vastajatel.

61-85aastaste vanusrühmas oli igapäevategevustes tajutud piirangud olulisim halva enesehinnangulise tervise prognoosija; inimestel, kes hindasid oma argitegevusi oluliselt piiratuiks, oli halva enesehinnangulise tervise suhteline tõenäosus 15,3 korda kõrgem kui neil, kel nimetatud piiranguid ei esinenud. Kui keskmises vanusrühmas prognoosis halva enesehinnangulist tervist ka nägemis- ja kuulmispäirangute tunnus, siis üle 60-aastaste seas see enam statistiliselt oluline ei olnud. Kõrgem keskmine väärtus vaevuste ja üldise rahulolu koondtunnuse skaalal suurendas halva enesehinnangulise tervise suhtelist tõenäosust; nende tunnuste suuremad regressioonikordajad võrreldes keskmise vanuserühmaga viitavad sellele, et vanuse kasvades muutub üldise rahulolu ja vaevuste esinemise seos madala enesehinnangulise tervisegega tugevamaks. Erinevalt keskmisest vanuserühmast oli üle 60-aastastel ka emotsionaalse enesetunde küsimustikust pärinev väsimuse ja unehäiretega seonduv tunnus, mille kõrgem väärtus suurendas halva ja väga halva enesehinnangulise tervise tõenäosust.

IV PEATÜKK. ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli analüüsida enesehinnangulist tervist füüsilis-funktsionaalse tervise, psüühilise tervise, rahuloluhinnangute ning sotsiaal-demograafiliste tunnuste kaudu. Kasutades regressioonanalüüsi meetodit, kirjeldati nimetatud tunnuste seoseid enesehinnangulise tervise erinevates kategooriates. Arvestades varasemast kirjandusest ilmnenu tervise enesehinnangu vanuselist diferentseeritust, on nende võimalike enesehinnangulise tervise prognoosijate seoseid uuritud vanusrühmade võrdluses, püüdes tuvastada võimalike ealisi erinevusi hea ja halva tervise enesehinnangu prognoosijates.

4.1. Tulemused varasemate uuringute kontekstis

Analüüsil selgus, et enamus teoreetilistel kaalutlustel enesehinnangulise tervisega seostatud tunnused osutusid ka usaldusväärseteks tervise enesehinnangu prognoosijateks. Tinglikult füüsilis-funktsionaalset tervist, psüühilist tervist ja rahulolu tähistavatest tunnustest olid kõik nimetatud, välja arvatud statistiliselt mitteoluliseks osutunud depressioonisümptomite esinemise, sotsiaalse ärevuse, masenduse ja ärevuse, rahulolu perega ja rahulolu karjääriga kajastavad tunnused, seostatavad kõrge enesehinnangulise tervisega. Madalat tervise enesehinnangut prognoosiv tegurikomplekt oli märksa väiksearvulisem ja selles olid tugevalt esindatud füüsilisi ja funktsionaalseid piiranguid kajastavad tunnused. Analoogset seost kirjeldasid ka Sanches ja Regidor (2002), põhjendades seda sellega, et ilma tervisehädadeta inimesed määratlevad tervist laiemas tähenduses.

Analüüsil ilmnes, et sotsiaal-demograafiliste tunnuste prognoosivõime kõrge ja madala enesehinnangulise tervise puhul erineb oluliselt. Mitmed uuringud (nt Piko 2000, Piko 2007, Shoostari jt 2007) on rõhutanud vanuse jt sotsiaal-demograafiliste tunnuste rolli tervise kontseptualiseerimisel, mis avaldub füüsilis-funktsionaalsete ja sotsiaal-psühholoogiliste tegurite erinevas seletusmääras noorema ja vanema rahvastiku võrdlusel. Ootuspärane ning ka mitmetes varasemates uuringutes (nt Franks jt 2003; Bjorner ja Kristensen 1999; Sargent-Cox

jt 2008) ilmnenud tugev seos tervise enesehinnangu ja vanuse vahel leidis kinnitust ka antud töös - vanuse kasvades kalduvad inimesed oma tervist ka keskmiselt madalamalt hindama.

Hea ja väga hea tervise enesehinnangu suhtelist tõenäosust suurendas vastaja kõrgem haridustase, samuti oli naistel ning eesti rahvusest intervjueeritavatel samuti suurem kõrge tervisehinde suhteline tõenäosus. Leitud sootunnuse ja enesehinnangulise tervise seos erines aga varasematest uuringutulemustest. Kui eelnevalt esitatud regressioonanalüüsis soolisi erinevusi madala tervise enesehinnangu osas kinnitada ei saa, siis meeste keskmisest kõrgema tervise enesehinnangu tõenäosus kuni 35aastaste ja üle 60aastaste vanuserühmades oli käesolevas töös aga erinev Leinsalu (2002) tulemustest, kes märkis naiste suuremat suhtelist tõenäosust oma tervist „halvaks“ hinnata. Mõlemas töös leitud soolised erinevused tervise enesehinnangu osas on marginaalsed; erinevused seose suunas võivad olla seletatavad nii erineva andmestikuga, kui regressioonanalüüsil kasutatud taustakategooriaga.

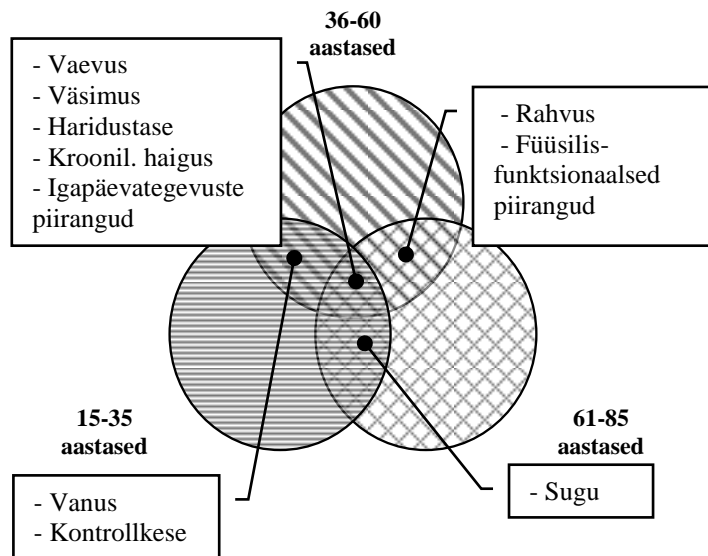
Füüsilis-funktsionaalset tervist kirjeldavatest tunnustest osutusid hea ja väga hea tervise prognoosijateks viimase kuue kuu jooksul krooniliste haiguste mitte-esinemine, igapäevategevustes haigusega kaasnevate tajutud piirangute ja füüsiliste piirangute puudumine. Intervjuerimise päeval või sellele vahetult eelnenud perioodil esinenud vaevusi (peavalu, lihas-liigesvalu, sisemine pinge, ärrituvus) võib vastukaaluks pikaajalistele haigustele teatud mõõndustega käsitleda akuutsete haigusnähtudena; vaevuste esinemine oli seostatav madala enesehinnangulise tervisega, nende madal esinemissagedus prognoosis aga kõrget enesehinnangulist tervist. Halba ja väga halba enesehinnangulist tervist saab seostada igapäevategevustes tajutud piirangute ja enama füüsilis-funktsionaalse piiratuse määraga. Krooniliste haiguste esinemine madalat tervise enesehinnangut keskmise enesehinnangulise tervise taustal usaldusväärset ei prognoosinud.

Arvukad varasemad tööd (nt Blaxter 1990; Benjamini ja Idler 1999; Bjorner ja Kristensen 1999; Franks jt 2003; Shoostari jt 2007; Piko 2007; Breidablik jt 2008) on märkinud, et sotsiaalne ja psühholoogiline heaolu on oluline subjektiivse tervise komponent. Seda kinnitavad ka käesoleva analüüsi tulemused, ehkki psüühilist tervist ja rahulolu kajastavate tunnuste seos enesehinnangulise tervisega polnud niivõrd tugev kui füüsilis-funktsionaalset tervist kajastavate tunnuste puhul.

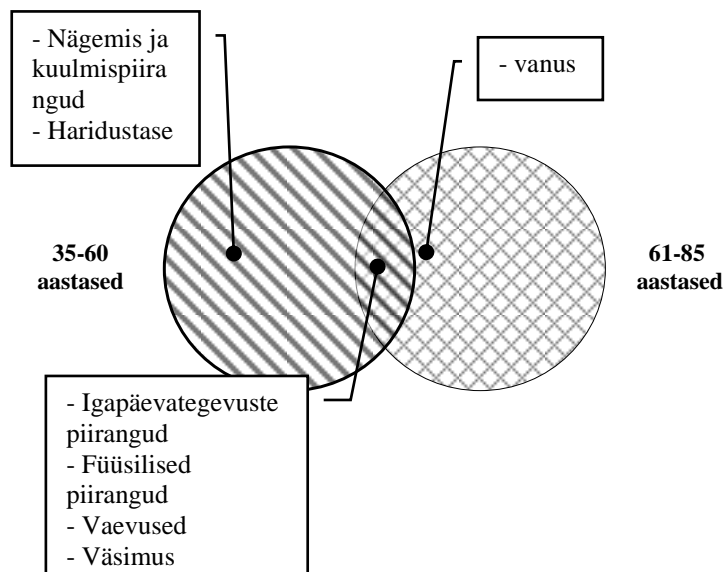
Emotsionaalse enesetunde küsimusteblokist osutus oluliseks vaid väsimuse ja unehäirete sümptomite esinemissagedusele antud subjektiivne hinnang, mis seostus nii kõrge kui madala tervise enesehinnanguga. Pikema perioodi jooksul pideva masenduse ja rusutuse ning huvipuuduse ja rõõmutuse kaudu mõõdetud depressiooni tunnus oli küll nõrgalt (Spearmani $r = 0,106$; $p < 0,001$) enesehinnangulise tervisega seotud, kuid vanusrühmade analüüsis enesehinnangulist tervist ei prognoositud. Emotsionaalse enesetunde küsimusteblokist peakomponentide meetodil leitud masenduse ja ärevuse ning sotsiaalse ärevuse tunnused korreleerusid enesehinnangulise tervisega küll mõnevõrra tugevamalt, kuid ei ostunud üheski regressioonimudelil statistiliselt olulisteks tervise enesehinnangu prognoosijateks.

Ainsana psühholoogilisi isikuomadusi vaatlev kontroll-keskme tunnus osutus kõrge enesehinnangulise tervisega positiivselt korreleerituks. Üldise rahulolu koondtunnus, milles sisaldasid majandusliku olukorra, füüsilise vormi ja kehalise võimekuse, lähisugulastele ja vaba aja veetmise võimalustele ning üldisele eluga rahulolule antud hinnangud olid samuti regressioonanalüüsil nii kõrge kui madala enesehinnangulise tervisega seostatavad. Madal korrelatsioonseos enesehinnangulise tervise ja pere ning tööalase karjääriga rahulolu vahel tingis nimetatud tunnuste regressioonanalüüsist kõrvalejätmise. Depressioonisümptomite tunnuse mitteolulisus oli mõnevõrra üllatav, arvestades, et mitmed varasemad uuringud (nt Aluoja jt 2004) on leidnud, et depressiooni all kannatavatel inimestel on madalam tervise enesehinnang; enesehinnangulise tervise ja depressiooni seost on kinnitatud nii vanemaealises (Schneider jt 2004; Schnittker 2005) kui nooremaealises (Piko 2007) rahvastikus. See võib olla seletatav antud uuringus depressioonisümptomaatika mõõtmiseks kasutatud instrumendi vähese tundlikkusega, mis on ka eksperthinnangu kohaselt ebapiisav depressiooniepisoodi kliiniliseks diagnoosiks. Antud uuringu tulemustes tuleb seetõttu depressiooni ja enesehinnangulise tervise seoste tõlgendamisel olla ettevaatlik ja lähtuda kasutatud depressioonisümptomite esinemise küsimuse täpsest sõnastusest.

Sarnaselt Shoostari jt (2007) tulemustele, selgus ka antud analüüsil, et kõrget ja madalat tervise enesehinnangut kirjeldavad tegurikomplektides on sarnasusi, kuid nad pole identsed, samuti on tervise enesehinnanguga seostatavates tunnustes erinevusi vanuserühmade lõikes (joonis 2 ja joonis 3).



Joonis 2. Head ja väga head enesehinnangulist tervist prognoosivate tegurite ühisosa ja erinevused vanuserühmade lõikes.



Joonis 3. Halba ja väga halba enesehinnangulist tervist prognoosivate tegurite ühisosa ja erinevused vanuserühmade lõikes.

Head ja väga head tervise enesehinnangut prognoosivate tegurite ühisosa moodustasid vaevuste, väsimuse, haridustaseme, krooniliste haiguste esinemise ja igapäevategevustes tajutud piirangute indikaatorid. Madalat enesehinnangulist tervist prognoosisid 36-60aastaste ja 60-85aastaste vanuserühmades igapäevategevustes tajutud haigusega seonduvate piirangute

ja füüsilis-funktsionaalsete piirangute kõrgem määr, vaevuste esinemine ja madalama üldine rahulolu. Keskmises vanuserühmas prognoosis erinevalt üle 60aastastest keskmisest tervisest madalamat tervise enesehinnangut ka põhiharidus ja nägemis-kuulmispiirangute esinemine; vanimas vanuserühmas olid vanuse ja väsimuse koondtunnused erinevalt keskmisest vanusegrupist madala enesehinnangulise tervisega seostatavad.

Huvitav on vanuse, rahvuse ja krooniliste haiguste esinemist kajastava tunnuse erinev seos kõrge ja madala tervise enesehinnanguga. Kui krooniliste haiguste puudumine prognoosis kõigis vanusrühmades usaldusväärset kõrget enesehinnangulist tervist, siis madala enesehinnangulise tervise puhul nimetatud tunnus üheski vanuserühmas oluliseks ei osutunud. Vanustunnus oli kahes noorimas vanuserühmas seostatav kõrge tervisehinnanguga, vanimas vanusegrupis vanuse seos statistiliselt usaldusväärne ei olnud; vanus toimus vastupidiselt madalat enesehinnangut kajastavas mudelis, olles oluline üksnes vanimas vanuserühmas. Rahvus oli seostatav üksnes keskmisest kõrgema enesehinnangulise tervisega, üle 35 aastaste ja vanemate puhul madala enesehinnangulise prognoosimisel rahvus statistiliselt usaldusväärne ei olnud.

Analüüsi tulemusi võiks töö teoreetilises osas käsitletud tervise ja haiguse kontseptsioonide valguses tõlgendada ka funktsionaalse võimekuse olulisuse kaudu: nii head kui halba enesehinnangulist tervist saab seostada tunnustega, mis mõõtsid igapäevategevustes tajutud piiranguid ning füüsilise võimekuse ja liikumispriirangute olemasolu, seejuures oli igapäevategevustes haigusega seonduvate tajutud piirangute tunnus tugevaim (nii kõrget kui madalat) enesehinnangulist tervist prognoosiv tegur. Mõlema funktsionaalset võimekust ja piiranguid mõötva küsimuse (Spearman $r=0,606$) tugevast korreleeritusest võib eeldada, et nende poolt edasiantaval on suur ühisosa.

Tervis kui „mitte haige olemine” on kirjeldatav samade tegurite kaudu, mis on kasutusel ka halva tervise enesehinnangu seletamiseks. Blaxteri (1990) järgi on negatiivne tervise kontseptsioon omane kehvemates sotsiaal-majanduslikes oludes inimestele ja märk üldisest sotsiaalsest deprivatsioonist. Kuna käesolevas töös pole sotsiaal-majanduslike tunnuseid käsitletud, siis nimetatud järeldust antud uuringu tulemustele ilma täiendava analüüsita kohandada ei saa.

Eelnevalt esitatud tulemustest võiks järeldada, et Terviseuuring 2006 andmestikus on valdav tervise negatiivne kontseptsioon; madal tervise enesehinnang avaldub eelkõige füüsilise tervise kaebustes. Kõrge enesehinnangulise tervise puhul määratletakse tervist oluliselt laiemalt, olles seostatav lisaks füüsilis-funktsionaalse tervise indikaatoritele ka psühholoogiliste, sotsialsete ja sotsiaaldemograafiliste teguritega.

4.2. Uuringu piirangud

Käesoleva töö planeerimisel ja uurimisstrateegia valikul oli üheks oluliseks aspektiks uuringu aluseks oleva andmestiku iseaärasused. Terviseuuring 2006 läbilõikeline disain ei võimalda käsitleda seoseid rangelt põhjuslikena ega analüüsida mõju suunda, seetõttu on käesolevas töös vaadeldud enesehinnangulise tervise seoseid kasutades kirjeldavat analüüsi.

Töös on analüüsitud erinevate argumenttunnuste seoseid enesehinnangulisele tervisele kasutades võrdluseks taustakategooriat „keskmine tervis“. Alternatiivina oleks olnud mõeldav regressioonanalüüsil kodeerida tervisehinnangu väärtused ümber, kasutades taustakategooriatena väärtusi „madalam kui hea“ ja „kõrgem kui halb“. Käesoleva töö tulemuste tõlgendamisel ja nende võrdlemisel varasemate töödega on tähelepanu kasutatud taustakategoorial vajalik. Võrdlust teiste empiiriliste töödega raskendab ka tervise enesehinnangu indikaatori erinev kasutus; käesolevas töös aluseks olevas Eesti Terviseuuring 2006 andmestikus on enesehinnanguline tervis mõõdetud 5 väärtuselisel skaalal, samas on autorile teadaolevalt kirjanduses rakendatud nii 3, 4, 5, 6, 7, 11 kui 100 pallisel skaalal mõõdetud subjektiivse tervisehinnangu tunnust. Samuti pole skaalade ülesehitus alati sümmeetriline: nt käesolevas töös mitmel juhul viidatud Shoostari jt (2007) uuringus kasutatud tervise enesehinnangu tunnuse jaotus oli „suurepärase“ (i.k. *excellent*), „väga hea“ (i.k. *very good*), „hea“ (i.k. *good*), „keskmine“ (i.k. *fair*), „halb“ (i.k. *poor*).

Käesolevas töös analüüsitud tervise enesehinnangu determinantide puhul kasutatud jaotus (füüsilis-funktsionaalse tervis, psüühiline tervis ja hoiakud-rahulolu) on tinglik; kaasatud argumenttunnused ei ole otseselt käsitletavad kui üht konkreetset subjektiivse tervise komponenti esindavad indikaatorid. Tervise enesehinnangut prognoosivate tegurite valikul on

püütud tugineda varasematele töödele, samuti andmestiku eelanalüüsile. Autor on teadlik, et tunnuste valik võib kallutada ka analüüsi tulemusi, seetõttu on teadlikult hoidutud enesehinnangulise tervise komponentide tõlgendustest.

Andmestikus esitatud info indiviidide terviseseisundi kohta põhineb indiviidi enda ütelistel ja ei sisalda ühtki objektiivselt mõõdetud terviseseisundi indikaatorit. Intervjuuküsitluse üheks ohuks on ka tundlike teemade puhul vastuste võimalik kallutus sotsiaalselt soositud väärtuste suunas. Samuti selgus analüüsi käigus, et mitmete tunnuste valik võib olla probleemne. Igapäevategevustes haiguse põhjustatud tajutud piirangud ja füüsiliste-funktsionaalsete piirangute puhul võib rääkida teatavast kollineaarsusest.

Kuna tervise enesehinnangu puhul on tegemist dünaamilise terviseseisundi indikaatoriga, on argumenttunnuste ja enesehinnangulise tervise seoste tõlgendamisel oluline arvestada ka tunnustes kasutatud aja mõõdet ja selle võimalikku mõju tulemusele. Analüüsis kasutatud tunnuste puhul on viidatud nii respondendi kogemustele küsitlusele eelnevatel päevadel, nelja nädala ja viimase kuue kuu jooksul, kui kasutatud määratlust „kogu senise elu jooksul“. Võib eeldada, et ajaline järjestus avaldab sündmuste-kogemuste subjektiivsele kaalukusele arvestatavat mõju.

Analüüsis ei ole käsitletud majandusliku olukorra võimalikku mõju enesehinnangulisele tervisele, sest kasutatud andmestikus puudus sobiv sissetulekut või majandusliku olukorra üldhinnangut kirjeldav tunnus. Majandusliku aktiivsuse tunnusena oli võimalik kasutada sotsiaalse seisundi tunnust, kuid selle kasutamisest loobuti selle ebatäpsuse tõttu, kuna nimetatud tunnus mõõdab kaudselt ka vanust.

Analüüsis kasutatud depressioonisümptomite esinemist kajastav tunnus ei ole piisav depressioonepisoodi kliiniliseks diagnoosiks. Antud uuringu tulemustes tuleb seetõttu depressiooni ja enesehinnangulise tervise seoste tõlgendamisel ettevaatlik ja lähtuda kasutatud depressioonisümptomite esinemise küsimuse täpsest sõnastusest. Käesolevas analüüsis ei ole uuritud tunnuste koosmõjusid.

KOKKUVÕTE

Tervise enesehinnang on küsitlusuuringutes laialdaselt kasutatud individuaalset terviseseisundit kajastav mõõdik. See subjektiivsele hinnangule tuginev ja aktiivset kognitiivset protsessi kätkev indikaator on akadeemilises kirjanduses leidnud tunnustust kui usaldusväärne ja efektiivne üldise terviseseisundi mõõdik, mille peamiseks tugevuseks on suremuse, haigestumuse, hospitaliseerimise ning teiste objektiivselt mõõdetavate rahvatervise näitajate hea prognoosivõime. Tuginedes varasemate uuringute tulemustele saab väita, et tervise enesehinnang on mitmetahuline kokkuvõtlik tunnus, milles on kombineeritud nii kehalised aistingud kui sotsiaalpsühholoogilised tegurid.

Käesoleva magistritöö eesmärk oli analüüsida erinevate füüsiliste ja sotsiaalpsühholoogiliste tegurite suhtelist osakaalu selle universaalse tervisemõõdiku ülesehituses, kirjeldades ealisi muutusi tervise enesehinnangut prognoosivates tunnustes ning analüüsides hea ja halva tervise enesehinnangu komponentide erinevusi vanusgruppide lõikes.

Magistriöös kasutati füüsilist-funktsionaalset tervist, psüühilist tervist ja hoiakuid-rahulolu kajastavaid tegureid ning sotsiaal-demograafilisi tunnuseid prognoosimaks kõrget ja madalat enesehinnangulist tervist keskmise tervise taustal. Analüüsil kasutati Eesti Terviseuuringu 2006 andmestikku ja peamise analüüsimeetodina multinominaalset logistilist regressioonanalüüsi.

Antud tööst selgus, et kõrge ja madala enesehinnangulise tervisega seotud tunnustekomplektides on sarnasusi, kuid need pole täiesti identsed. Käesolevas töös osutusid füüsilis-funktsionaalset tervist kirjeldavatest tunnustest hea ja väga hea tervise prognoosijateks krooniliste haiguste mitte-esinemine, igapäevategevustes haigusega kaasnevate tajutud piirangute ja füüsiliste piirangute puudumine. Madalat tervise enesehinnangut prognoosiv tegurikomplekt oli märksa väiksearvulisem ja selles olid tugevalt esindatud füüsilisi ja funktsionaalseid piiranguid kajastavad tunnused. Psüühilist tervist ja rahulolu kajastavate kontroll-keskme, väsimuse ja unetuse ning üldise rahulolu tunnuses seostusid

enesehinnangulise tervisega, kuid mitte nii tugevalt kui füüsilist tervist ja tajutud funktsionaalseid piiranguid kirjeldavad tunnused. Analüüsil leidis kinnitust vanuse tugev enesehinnangulist tervist diferentseeriv mõju

Tervise enesehinnangut prognoosivate tegurite vanuselise spetsiifika uurimisel selgus, et võrdluses oli hea ja väga hea enesehinnangulise tervise prognoosijatest kõigis vanusrühmades statistiliselt olulised krooniliste haiguste esinemise, igapäevategevustes tajutud piirangute, väsimuse ja vaevuste ning haridustaseme tunnused. Kontrollkeskme tunnus esines kahes nooremas vanusrühmas. Rahvuse ja füüsiliste-funktsionaalsete piirangute puudumine oli statistiliselt oluline kahes vanemas vanusgrupis. Keskmisest madalam enesehinnanguline tervis oli mõlemas vaadeldud vanusrühmas tugevalt seotud igapäevategevuste piiratuse, vaevuste esinemisega, madalama üldise rahuloluga ning füüsiliste-funktsionaalsete piirangutega. Sotsiaal-demograafiliste tunnuste mõju keskmisest madalamale enesehinnangulisele tervisele on antud töö tulemustele tuginedes suhteliselt piiratud.

Kõrget ja madalat enesehinnangulist tervist tervist prognoosivate tegurite ning nende vanuselise variatiivsuse analüüsi tulemustel saab väita, et tervist määratletakse eelkõige lähtuvalt haiguse ja funktsionaalsete piirangute puudumisest, samas kinnitades ka sotsiaal-psühholoogilise komponendi olulisust tervise defineerimisel.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K. 2004. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 78: 27-35

Andersen, F.K., Christensen, K., Fredriksen, H. 2007. Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11 000 Danes aged 45-102. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35: 164-171

Barger, S.D. 2006. Do psychological characteristics explain socioeconomic stratification of self-rated health? *Journal of Health Psychology*; 11:21-35

Baron-Epel, O., Shemy, G., Carmel, S. 2004. Prediction of survival: a comparison between two subjective health measures in an elderly population. *Social Science & Medicine*; 58: 2035-2043

Benyamini, Y., Leventhal, E.A. 1999. Self-assessment of health: what do people know that predicts their mortality? *Research on ageing*; 21: 477 - 500

Bjorner, J.B., Kristensen, T.S. 1999. Multi-item scales for measuring global self rated health: investigation of construct validity using structural equation models. *Research on ageing*; 21: 417-439

Blaxter, M. 1990. Health and lifestyles: London and New York: Routledge

Breidablik, H.-J., Meland, E., Lydersen, S. 2008. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36: 12-20

Brown, P. 1996. Perspectives in medical sociology. Illinois: Waveland Press

Calhoun, C.J., Gerteis, J., Moody, J., Pfaff, S., Virk, I. (Eds.) 2002. Contemporary sociological theory. Blackwell Publishing

Cockerham, W.C., Ritchey, F.J. 1997. Dictionary of medical sociology. Greenwood Press: London

Constitution of the World Health Organization. World Health Organization 2006
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; kasutatud 20.01.10

Eesti terviseuuring 2006. Küsimustik. Terviseuuringu teadusnõukogu. Tallinn
http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_2006_meeste_ankeet.pdf; kasutatud 15.12.09

- Eriksson, I., Unden, A-L., Eloffson, S. 2001.** Self-rated health. Comparisons between three different measures. results from a population study. *International Journal of Epidemiology*; 30: 326-333
- Foucault, M. 2003.** The Birth of a clinic. An archeology of medical perception. London: Routledge
- Franks, P., Gold, M.R., Fiscella, K. 2003.** Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*; 56: 2505-2514
- Franks, M.M., Hong, T.B., Pierce, L.S., Ketterer, M.W. 2002.** The association of patients' psychosocial well-being with self and spouse ratings of patient health. *Family relations*; 51: 22-27
- Helasoja, V., Lahelma, E., Prättälä, R., Kasmel, A., Klumbiene, J., Pudule, J. 2006.** The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *European Journal of Public Health*; 16,1: 8-20
- James, V., Gabe, J. (Ed.) 1996.** Health and the sociology of emotions. Cambridge: Blackwell Publishers Ltd.
- Jylhä, M. 2009a.** What is a self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*; 69
- Jylhä, M. 2009b.** Self-rated health between psychology and biology. A response to Huisman and Deeg. *Social Science & Medicine*; in press, p 1-3
- Kaplan, G., Baron-Epel, O. 2003.** What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*; 56: 1669-1676
- Kasmel, A., Lipand, A. 2007.** Terviseedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn
- Kasmel, A., Helasoja, V., Lipand, A., Prättälä, R., Klumbiene, J., Pudule, I. 2004.** Association between health behaviour and self-rated health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*; 14: 32-36
- Kleinman, A. 1988.** The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition. Basic Books
- Lajunen, T., Räsänen, M. 2004.** Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the health belief model, theory of planned behaviour and the locus of control. *Journal of safety research*. 35: 115-123
- Larson, J.S. 1999.** The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56: 123-136

Leinsalu, M. 2002. Social-variation in self rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Social Social & Medicine*; 55: 847-861

Manderbacka, K., Kareholt, I., Martikainen, P., Lundberg, O. 2003. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. *Social Science & Medicine*; 56: 1447-1452

Martinez-Sanchez, E., Regidor, E. 2002. Self-rated health by education level in persons with and without health problems. *Journal of health psychology*, 7:459-468

Mitchell, J.M., Adkins, R.H. 2009. Differences in predictors of self-rated health among people with and without a disability. *Journal of Rehabilitation*; 75, 2: 35-42

Mossey, J.M., Shapiro, E. 1982. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 78,8, 800 – 808

Nettleton, S. 1996. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press

Nicholson, A., Bobak, M., Murphy, M., Rose, R., Marmot, M., 2005. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Social Science & Medicine*; 61: 2345-2354

Oja, L., Matsi, A., Leinsalu, M. 2008. Eesti terviseuuring 2006: metodoloogiaülevaade. Tervise Arengu instituut. Tallinn. http://www2.tai.ee/ETeU/met_51.pdf; kasutatud 15.12.2009

Oja, L. 2008. Kehaline aktiivsus ja enesehinnanguline tervis. *Eesti Arst*; 88, 2: 50-56

Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf kasutatud 15.12.2009

Piko, B.F. 2000. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the impact of physical activity. *Journal of Community Health*; 25, 2:125-137

Piko, B.F. 2007. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr*; 166:701-708

Poortinga, W., Dunstan, F.D., Fone, D.L. 2008. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self rated health. *Preventive Medicine*; 46:374-380

Prior, L. 2003. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health and Illness*; 25: 41-57

Regulaarsed terviseuuringud Eestis. Rahvatervishoiu raamatukogu.
<http://www.rahvatervis.ut.ee/subpage?id=1>; kasutatud 15.12.2009

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K.J. Luszcz, M.A. 2008. Determinants of self-rated health items with different points of reference. Implications for health measurement of older adults. *Journal of Ageing and Health*; 20,6: 739-761

- Sakkeus, L., Karelson, K. 2008.** Välistähtolu rahvastiku tervis. *Eesti Arst*; 88,2: 24-36
- Saylor, C. 2004.** The circle of health: a health definition model. *Journal of holistic nursing*; 22:97-115
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H.G., Heuft, G. 2004.** 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*, 39: 227-237
- Schnittker, J. 2005.** When mental health becomes health: age and shifting meaning of self-evaluations of general health. *The Milbank Quarterly*; 83, 3: 397-423
- Scrambler, G. (Ed.) 1997.** Sociology as applied to medicine. London: W.B. Saunders Company Ltd.
- Shaw, I. 2002.** How lay are lay beliefs? *Health: An interdisciplinary journal for social study of health illness and medicine*, 6(3): 287-299
- Shoostari, S., Menece, V., Tate, R. 2007.** Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (24-54) and older (55+) Canadian adults. A longitudinal study of well-being. *Research on ageing*; 29,6: 512-554
- Tekkel, M., Veideman, T. 2008.** Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst*; 88, 2: 37-42
- Tessler, R., Mechanic, D. 1978.** Psychological distress and perceived health status. *Journal of health and social behaviour*, 19,3: 254-262
- Timmermans, S., Haas, S. 2008.** Towards a sociology of disease. *Sociology of health and illness*, 30, 5: 659-676
- Unden, A-L., Elofsson, S. 2006.** Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gender Medicine*; 3, 4: 295-308
- Wallston, K.A. 1992.** Hocus-pocus, the focus is not strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and research*; 16,2: 183-199
- White, K. 2007.** An introduction to the sociology of health and illness. London: Sage Publications Ltd

LISAD

Lisa 1. Töös kasutatud küsimused. Eesti terviseuuring 2006 küsimustik.

A03. Kas (nimi...) on mees või naine?

1 – mees

2 – naine

A04. Mis aastal, kuul (ja päeval)? (nimi) on sündinud?

A14. Mis rahvusest Te olete?

1 – Eestlane

2 – Venelane

3 – Muu, kirjutage _____

B01. Milline on Teie tervis üldiselt?

1 – Väga hea

2 – Hea

3 – Keskmise

4 – Halb

5 – Väga halb

B03. Mil määral on vähemalt viimased 6 kuud Teie igapäevategevused olnud piiratud seoses pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga? Kas ... :

1 – Oluliselt piiratud

2 – Piiratud, aga mitte oluliselt

3 – Ei ole üldse olnud piiratud

B04A. Kas küsitlaval on esinenud mõni krooniline haigus?

1 – Jah

2 – Ei

D06. Kas kunagi elu jooksul on esinenud vähemalt üks depressiooni sümptom: D01 või D03 vastatud „JAH“

1 – Jah

2 - Ei

E01-E30. Palun hinnake iga probleemi korral, kas see on Teid häirinud viimase nelja nädala jooksul ja kuivõrd

		Üldse mitte	Väga harva	Mõnikord	Sageli	Väga sageli
E01	Kurvameelsus	1	2	3	4	5
E02	Huvi kadumine	1	2	3	4	5
E03	Alaväärsustunne	1	2	3	4	5
E04	Enesesüüdistused	1	2	3	4	5
E05	Korduvad surma- või enesetapumõtted	1	2	3	4	5
E06	Üksildustunne	1	2	3	4	5
E07	Lootusetus tuleviku suhtes	1	2	3	4	5
E08	Võimetus rõõmu tunda	1	2	3	4	5
E09	Kiire ärritumine või vihastumine	1	2	3	4	5
E10	Ärevus või hirmutunne	1	2	3	4	5
E11	Pingetunne või võimetus lõdvestuda	1	2	3	4	5
E12	Liigne muretsemine paljude asjade pärast	1	2	3	4	5
E13	Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	1	2	3	4	5
E14	Kerge ehmumine	1	2	3	4	5
E15	Äkilised paanikahood, mille ajal esinevad südamekloppimine, õhupuudus, minestamine või muud hirmutavad kehalised nähud	1	2	3	4	5
E16	Kartus viibida üksi kodust eemal	1	2	3	4	5
E17	Hirmutunne avalikes kohtades või tänavatel	1	2	3	4	5
E18	Kartus minestada rahva hulgas	1	2	3	4	5
E19	Kartus sõita bussi, trammi või rongiga	1	2	3	4	5
E20	Hirm olla tähelepanu keskpunktis	1	2	3	4	5
E21	Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	1	2	3	4	5
E22	Liigne ärevus seltskondlikul suhtlemisel	1	2	3	4	5
E23	Ärevus, kui on vaja teiste ees oma arvamust avaldada	1	2	3	4	5
E24	Loidus – või väsimustunne	1	2	3	4	5
E25	Vähenenud tähelepanu või keskendumisvõime	1	2	3	4	5
E26	Puhkamine ei taasta jõudu	1	2	3	4	5
E27	Kiire väsimine	1	2	3	4	5
E28	Uinumisraskused	1	2	3	4	5
E29	Rahutu või katkendlik uni	1	2	3	4	5
E30	Liigvarajane ärkamine (palju varem kui sooviksin)	1	2	3	4	5

F01. Kas Te näeksite selgelt ajalehe trükikirja ilma prillide kontaktläätsede või muude nägemist abistavate vahenditeta (suurendusklaas jmt)?

- 1 – Jah
- 2 – Ei
- 3 – Ei, olen pime

F03. Kas Te näeksite selgelt inimese nägu umbes 4-5 m kauguselt (üle tee) ilma prillide, kontaktläätsede või muude nägemist abistavate vahenditeta?

- 1 – Jah
- 2 – Ei

F05. Kas Te kuuleksite selgelt, mida räägitakse vestluses mitme inimesega ilma kuuldeaparaadi või muude kuulmist abistavate vahenditeta?

- 1 – Jah
- 2 – Ei
- 3 – Ei, olen kurt

F07. Kas Te suudaksite ilma igasuguse raskuseta käia 500 m kepi või muude käimist abistavate vahenditeta?

- 1 – Jah, ilma raskusteta
- 2 – Jah, raskustega
- 3 – Ei suuda üldse
- 4 – Ei, olen liikumisvõimetu

F08. Kas Te suudaksite ilma igasuguse raskuseta ühe trepijagu üles ja alla käia ilma kepi või muude käimist abistavate vahenditeta?

- 1 – Jah, ilma raskusteta
- 2 – Jah, raskustega
- 3 – Ei suuda üldse

F09. Kas Te suudaksite ilma igasuguse raskuseta kummarduda ja üles tõusta

- 1 – Jah, ilma raskusteta
- 2 – Jah, raskustega
- 3 – Ei suuda üldse

F10. Kas Te suudaksite ilma igasuguse raskuseta põlvili laskuda ja üles tõusta?

- 1 – Jah, ilma raskusteta
- 2 – Jah, raskustega
- 3 – Ei suuda üldse

F11. Kas Te suudaksite ilma igasuguse raskuseta tõsta ja kanda umbes 5 kilo kaaluvat poekotti vähemalt 10 meetrit?

- 1 – Jah, ilma raskusteta
- 2 – Jah, raskustega
- 3 – Ei suuda üldse

Edasi esitan Teile kolm väitepaari. Iga paari juures öelge palun, kumb väide on Teie seisukohale lähemal.

U01. Esimene paar

- 1 – Kõik minuga toimuv on minu enda teha
- 2 – Ma ei suuda mõjutada, mis suunas mu elu kulgeb

U02. Teine paar

- 1 – Olen peaaegu alati kindel, et mul õnnestub oma plaanid ellu viia
- 2 – Pole mõtet asju pikalt ette planeerida, sest elu kulgeb omasoodu

U03. Kolmas paar

- 1 – Probleemide lahendamisel haaran tavaliselt ise initsiatiivi
- 2 – Tavaliselt lasen teistel initsiatiivi haarata

U04. Kuivõrd olete rahul oma...

	Rahul	Pigem rahul	Pigem ei ole rahul	Üldse ei ole rahul	Rakendamatu
A) Tööga	1	2	3	4	9
B) Karjääriga/ elus edasijõudmisega	1	2	3	4	9
C) Pereeluga	1	2	3	4	9
D) Majandusliku olukorraga	1	2	3	4	X
E) Vaba aja veetmisega	1	2	3	4	X
F) Eluga üldse	1	2	3	4	X
G) Lähisugulastega üldse	1	2	3	4	9
H) Füüsilise vormi ja kehalise võimekusega	1	2	3	4	X
I) Emotsionaalsete suhetega abikaasa/partneriga	1	2	3	4	9
J) Seksuaalsuhetega abikaasa/partneriga	1	2	3	4	9

U10. Loetlen Teile mõned vaevused, mis inimestel vahetevahel esinevad. Palun öelge igaihe kohta, kas see vaevus Teid VIIMASTEL PÄEVADEL JA/VÕI TÄNA?

	Üldse mitte	Pisut	Üsna tugevalt	Väga tugevalt
a) Närvilisus, ärrituvus	1	2	3	4
b) Sisemine pinge	1	2	3	4
c) Peavalu	1	2	3	4
d) Lihas-liigesvalud	1	2	3	4
e) Väsimus	1	2	3	4

Lisa 2. Analüüsis kasutatud tunnuste sagedusjaotused ja keskmised

Lisatabel 1. Kategoriaalsete tunnuste sagedusjaotused enesehinnangulise tervise väärtuste lõikes

		Hea ja väga hea tervis		Keskmine tervis		Halb ja väga halb tervis		Kokku	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sugu	Mees	1315	49,4	1342	49,6	454	42,7	3111	48,4
	Naine	1348	50,6	1366	50,4	609	57,3	3323	51,6
Rahvus	Eesti	1829	68,7	1703	62,9	627	59	4159	64,6
	Muu	834	31,3	1005	37,1	436	41	2275	35,4
Haridustase	Põhiharidus	467	17,5	626	23,2	438	41,2	1531	23,8
	Keskharidus	1212	45,5	1274	47	421	39,6	2907	45,2
	Kõrgharidus	984	37	808	29,8	204	19,2	1996	31
Krooniliste haiguste esinemine	Jah	995	37,4	2196	81,1	1037	97,6	4228	65,7
	Ei	1668	62,6	512	18,9	26	2,4	2206	34,3
Haiguse põhjustatud igapäevased piirangud	Jah, oluliselt	36	1,4	274	10,1	660	62,1	970	15,1
	Jah, mitteoluliselt	250	9,4	1152	42,5	353	33,2	1755	27,3
	Ei	2377	89,3	1282	47,3	50	4,7	3709	57,6
Depressiooni sümptomite esinemine	Jah	486	18,7	644	25,4	255	31,5	1385	23,3
	Ei	2122	81,3	1887	74,6	554	68,5	4553	76,7

Lisatabel 2. Järjestuskaalal esitatud tunnused enesehinnangulise tervise kategooriate lõikes

	Hea ja väga hea tervis			Keskmine tervis			Halb ja väga halb tervis			Kokku		
	N	M	S.D	N	M	S.D	N	M	S.D	N	M	S.D
Vanus	2663	38	17,04	2708	57,4	17,3	1063	68,9	13,1	6434	51,3	20,4
Füüsilised piirangud	2663	4,92	0,46	2708	4,22	1,33	1063	1,75	1,88	6434	4,01	1,61
Nägemis ja kuulmispäärangud	2663	2,55	0,65	2708	2,09	0,75	1063	1,63	0,8	6434	2,21	0,79
Vaevused	2663	1,39	0,33	2708	1,58	0,42	1063	1,99	0,54	6434	1,57	0,46
Masendus ja ärevus	2661	1,46	0,5	2707	1,61	0,58	1057	2,01	0,84	6426	1,63	0,64
Sotsiaalne ärevus	2662	1,17	0,29	2707	1,23	0,39	1050	1,45	0,66	6419	1,24	0,42
Väsimus	2662	1,65	0,64	2708	2,1	0,82	1057	2,91	0,99	6427	2,06	0,9
Üldine rahulolu	2661	1,66	0,49	2708	1,83	0,57	1059	2,31	0,63	6428	1,84	0,59
Rahulolu perega	2309	1,47	0,66	2335	1,56	0,73	788	1,73	0,87	5432	1,55	0,73
Rahulolu karjääriga	2290	1,64	0,66	1918	1,81	0,77	458	1,93	0,9	4666	1,73	0,74
Kontrollke	2663	2,5	0,76	2708	2,04	0,92	1063	1,34	1,04	6434	2,01	0,96