

Igapäevasuitsetajate ja ülemäärase kehakaaluga isikute võimalus saada arstilt soovitusi tervisekäitumise kohta

Mare Tekkel, Tatjana Veideman, Mati Rahu – Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Tippkeskus

Võtmesõnad: igapäevasuitsetajad, ülekaalulised, rasvunud, arstlikud tervisekäitumuslikud soovitusused

Regulaarset suitsetamist ja ülemäärast kehakaalu peetakse peamiseks välditava surma põhjusteks. Uuringu eesmärk oli analüüsida Eesti täiskasvanud igapäevasuitsetajate ja ülekaaluliste/rasvunudte võimalust saada arstilt teatud tervisekäitumise muutmisele suunatud soovitusi. Selgus, et viimase 12 kuu jooksul arsti juures käinud igapäevasuitsetajatest sai vähem kui kolmandik arstilt suitsetamise lõpetamise soovitusi, kehakaalu muuta püüdvaid soovitusi (toituda tervislikumalt, alandada kaalu, suurendada kehalist aktiivsust) saadi/anti veelgi vähem. Soovituste saamise võimalus oli oluliselt suurem kõrgenenud vererõhuga ja halva tervise enesehinnanguga isikutel, s.o haigetel. Naisi ei nõustatud üldiselt oluliselt rohkem kui mehi, patsiendi vanus ja haridus mõjutas soovituste saamist väga vähe.

Regulaarse kehalise aktiivsuse puudumine, mittetervislik toitumine, suitsetamine ja alkoholi kuritarvitamine on haigestumuse, enneaegse suremuse ja invaliidsuse tek-

ke peamised põhjused (1, 2). Seega peaks haiguste ennetamine elustiili olulisematele riskiteguritele suunatud meetmetega olema üks esmatasandi tervishoiuspetsialisti tähtsamaid ülesandeid (3, 4). Eestis olid 2006. aastal 16–64aastastest meestest 41% igapäevasuitsetajad ja 52% ülekaalus või rasvunud, naistest vastavalt 20% ja 43% (5).

Uuringu **eesmärk** oli analüüsida Eesti täiskasvanud igapäevasuitsetajate ja ülekaaluliste/rasvunudte võimalust saada arstilt teatud tervisekäitumise muutmisele suunatud soovitusi sõltuvalt nende sotsiaal-majanduslikust taustast ja tervisenäitajatest.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Artikli algandmestik pärineb Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringutest 2004 ja 2006. Need toimusid postiküsitlusena, milleks telliti rahvastikuregistrist lihtne juhuvalim – 5000 isikut vanuses 16–64 aastat. Uuringute korraldamine oli kooskõlastatud Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomiteega.

Arstlike soovituste saamist analüüsiti igapäevasuitsetajatel ja ülekaalulistel/rasvunudtel, kes olid vähemalt korra käinud arsti juures, s.o teinud vähemalt ühe visiidi pere- või eriarsti juurde, konsulteerinud arstiga telefoni teel, kasutanud kiirabiteenust või viibinud haiglaravil (ka päevaravi osakonnas). Teavet arsti juures käimise ja arstlike soovituste saamise, samuti sissetuleku ning diagnoositud või ravitud kõrgenenud vererõhu kohta küsiti viimase 12 kuu kohta. Igapäevasuitsetajaks peeti isik, kes vastas, et ta suitsetab iga päev ja viimati suitsetas eile või täna. Ülekaa-

Tabel 1. Iga päev suitsetavate ja ülekaaluliste/rasvunud vastajate jaotus arsti juures käimise, tervisekäitumuslike soovitude saamise ja soo järgi (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringud 2004 ja 2006)

	Igapäevasuitsetajad		Ülekaalulised või rasvunud (KMI ≥ 25)						
	mehed	naised	mehed		naised				
Vastajate hulk	arv	1063	675	1177	1440				
	%	44,3	20,3	45,0	55,0				
Arsti juures käinud*:	arv	807	578	924	936	923	1274	1282	1257
	%	75,9	85,6	78,5	88,5	79,5	89,0	78,4	87,3
Neist soovituse saanud	Lõpetada suitsetamine		Toituda tervislikumalt	Langetada kaalu	Suurendada kehalist tervisaktiivsust	Toituda tervislikumalt	Alandada kaalu	Suurendada kehalist tervisaktiivsust	
	arv	214	143	167	131	103	286	266	167
	%	26,5	24,7	18,1	14,0	11,2	22,5	20,8	13,3

* ... ja küsimusele vastava soovitude saamise kohta vastanud isikud

Tabel 2. Iga päev suitsetavate ja ülekaalus/rasvunud meeste jaotus vastajate hulgas ning neist arsti juures käinute taustandmete seos tervisekäitumise muutmiseks saadud soovitudestega (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringud 2004 ja 2006)

	Igapäevasuitsetaja	KMI ≥ 25	Soovitus			
			lõpetada suitsetamine ¹	toituda tervislikumalt ²	alandada kaalu ²	suurendada kehalist aktiivsust ²
Jaotus vastajate hulgas (%)			Kohandatud OR* (95% CI)			
Vanuserühm:						
16–24	40,2	18,4	1,0	1,0	1,0	1,0
25–34	46,8	43,2	0,82 (0,45–1,49)	0,51 (0,19–1,36)	0,33 (0,11–1,04)	0,67 (0,21–2,14)
35–44	52,2	57,7	0,96 (0,54–1,73)	1,19 (0,49–2,88)	0,87 (0,34–2,24)	1,27 (0,46–3,55)
45–54	46,4	63,9	0,94 (0,52–1,71)	1,16 (0,48–2,79)	0,94 (0,37–2,37)	1,25 (0,46–3,45)
55–64	35,5	64,6	1,14 (0,62–2,11)	0,84 (0,36–1,98)	0,52 (0,21–1,29)	0,64 (0,24–1,70)
Rahvus:						
eestlane	41,3	49,7	1,0	1,0	1,0	1,0
muu	51,2	46,9	0,89 (0,59–1,34)	0,95 (0,59–1,54)	0,62 (0,36–1,07)	0,75 (0,43–1,32)
Elukoht:						
Tallinn	43,0	46,5	1,0	1,0	1,0	1,0
muu linn	44,6	48,8	0,96 (0,61–1,52)	1,33 (0,79–2,23)	1,20 (0,68–2,12)	1,55 (0,85–2,80)
maapiirkond	44,9	50,3	0,79 (0,47–1,32)	1,25 (0,71–2,20)	1,16 (0,63–2,14)	0,87 (0,44–1,71)
Haridus:						
alg-, põhi-	48,2	40,7	1,0	1,0	1,0	1,0
kesk-	46,3	47,0	1,32 (0,77–2,25)	0,83 (0,46–1,53)	0,81 (0,42–1,56)	0,64 (0,32–1,28)
keskeri-	50,6	52,6	2,11 (1,28–3,48)	0,77 (0,43–1,38)	0,77 (0,41–1,46)	0,48 (0,24–0,97)
kõrg-	22,7	55,8	1,78 (0,87–3,64)	1,18 (0,62–2,25)	1,07 (0,52–2,19)	0,98 (0,47–2,03)
Tööhõive:						
töötab	44,7	54,3	1,0	1,0	1,0	1,0
ei tööta	34,2	35,0	1,74 (1,05–2,89)	0,88 (0,48–1,63)	0,98 (0,51–1,91)	1,65 (0,81–3,34)
töötü	70,5	34,3	1,39 (0,75–2,56)	1,14 (0,36–3,64)	0,50 (0,10–2,49)	1,04 (0,22–4,99)
Sissetulek:						
väga madal	58,2	44,7	1,0	1,0	1,0	1,0
madal	42,3	50,6	1,46 (0,93–2,28)	1,05 (0,61–1,82)	1,55 (0,83–2,89)	1,86 (0,93–3,72)
keskmise	39,7	48,5	1,53 (0,91–2,58)	2,03 (1,10–3,73)	2,68 (1,35–5,34)	2,02 (0,92–4,44)
kõrge	34,7	55,1	1,47 (0,78–2,76)	2,41 (1,21–4,80)	2,33 (1,06–5,14)	3,70 (1,59–8,61)
Tervise enesehinnang:						
hea	38,0	40,8	1,0	1,0	1,0	1,0
keskmise	49,2	55,4	1,49 (0,98–2,27)	1,55 (0,95–2,53)	2,04 (1,16–3,60)	1,66 (0,93–2,96)
halb	48,5	52,8	2,36 (1,31–4,22)	5,08 (2,65–9,71)	4,47 (2,15–9,29)	2,82 (1,31–6,11)
Vererõhk:						
normis	46,4	43,1	1,0	1,0	1,0	1,0
kõrge	32,2	78,3	3,51 (2,26–5,44)	3,64 (2,45–5,40)	4,62 (2,97–7,20)	3,90 (2,45–6,21)

* Iga šansisuhe on kohandatud tabelis esitatud ülejäänud tunnustele (suitsetamise lõpetamise soovitus korral lisaks tunnusele "tahtmine loobuda suitsetamisest"); ¹soovitus antud igapäevasuitsetajatele, ²soovitus antud ülekaalulistele/rasvunutele.

luliste/rasvunute hulka kuuluvad isikud, kelle kehamassi indeks (KMI) – kehakaalu (kg) ja pikkuse (m) ruudu jagatis – oli ≥ 25 . Rasedatel arvestati raseduseelset kaalu. Sissetulek mõeldab kõigest allikatest pärinevat ühe kuu keskmist netosissetulekut vastaja pereliikme kohta. "Väga madal" sissetulek tähistab sissetulekut, mis oli uuringuaastal alla Eesti minimaalpalga, "madal" märgib madalamat kui keskmine palk, "keskmine" enam-vähem keskmise palga taset, "kõrge" ületas keskmist palka. Mittetöötavad isikud on õpilased/üliõpilased, ajateenijad, kodused ja mittetöötavad pensionärid. Tervise enesehinnang anti

oma praegusele tervisele. Väärtus "hea" või "halb" sisaldas lisaks hinnangut "üsna hea" või "üsna halb". Kohandatud vastamismäärade arvutamisel arvestati ainult nende isikutega, kes teadaolevalt said vastata, s.t küsimustik jõudis nendeni.

Arstilt saadud tervisekäitumuslike soovitusete saamise võimalust hinnati logistilise regressiooni meetodil leitud šansisuhete (OR) ja selle 95% usaldusvahemiku (CI) alusel kohandatuna kõigile teistele uuritud sotsiaal-majanduslikele teguritele ja tervisega seotud tunnustele. Analüüsiks kasutati STATA tarkvara.

Tabel 3. Iga päev suitsetavate ja ülekaalus/rasvunud naiste jaotus vastajate hulgas ning neist arsti juures käinute taustandmete seos tervisekäitumise muutmiseks saadud soovitusetega (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringud 2004 ja 2006)

	Igapäeva-suitsetaja	KMI ≥ 25	Soovitus			
			lõpetada suitsetamine ¹	toituda tervislikumalt ²	alandada kaalu ²	suurendada kehalist aktiivsust ²
Jaotus vastajate hulgas (%)			Kohandatud OR* (95% CI)			
Vanuserühm:						
16–24	19,6	9,7	1,0	1,0	1,0	1,0
25–34	18,3	22,6	1,49 (0,67–3,36)	1,05 (0,37–2,96)	0,60 (0,21–1,71)	0,29 (0,09–0,91)
35–44	24,4	40,5	1,40 (0,62–3,12)	0,92 (0,35–2,46)	0,86 (0,34–2,19)	0,59 (0,23–1,54)
45–54	24,3	60,1	1,61 (0,75–3,43)	0,93 (0,36–2,39)	0,66 (0,27–1,64)	0,30 (0,12–0,77)
55–64	14,5	69,0	1,27 (0,54–2,98)	0,99 (0,39–2,53)	0,68 (0,28–1,69)	0,39 (0,15–0,99)
Rahvus:						
eestlane	19,5	40,0	1,0	1,0	1,0	1,0
muu	22,1	45,9	0,80 (0,49–1,31)	1,16 (0,83–1,62)	0,93 (0,66–1,33)	1,21 (0,81–1,81)
Elukoht:						
Tallinn	20,1	39,7	1,0	1,0	1,0	1,0
muu linn	19,4	43,1	1,04 (0,60–1,80)	0,96 (0,67–1,38)	0,68 (0,47–0,97)	0,85 (0,56–1,28)
maapiirkond	21,6	42,2	0,92 (0,51–1,64)	0,70 (0,45–1,08)	0,70 (0,46–1,08)	0,58 (0,34–0,97)
Haridus:						
alg-, põhi-	26,7	43,9	1,0	1,0	1,0	1,0
kesk-	23,7	41,5	0,70 (0,37–1,33)	1,26 (0,78–2,03)	1,10 (0,68–1,79)	1,69 (0,91–3,13)
keskeri-	21,1	45,0	0,74 (0,39–1,39)	1,01 (0,64–1,60)	0,91 (0,57–1,45)	1,33 (0,73–2,42)
kõrg-	10,3	35,9	1,17 (0,52–2,62)	0,89 (0,52–1,53)	0,99 (0,58–1,70)	1,63 (0,84–3,16)
Tööhõive:						
töötab	20,9	43,4	1,0	1,0	1,0	1,0
ei tööta	16,4	36,7	0,93 (0,52–1,69)	0,94 (0,64–1,40)	0,78 (0,52–1,17)	0,80 (0,49–1,29)
töötü	31,5	49,3	2,69 (1,10–6,56)	0,62 (0,29–1,33)	0,55 (0,24–1,24)	0,49 (0,16–1,46)
Sissetulek:						
väga madal	26,1	40,6	1,0	1,0	1,0	1,0
madal	19,7	47,8	1,84 (1,10–3,10)	0,97 (0,67–1,43)	1,10 (0,74–1,63)	1,39 (0,86–2,25)
keskmine	17,8	39,6	1,53 (0,81–2,90)	1,07 (0,67–1,72)	1,10 (0,68–1,78)	1,61 (0,91–2,85)
kõrge	15,1	34,5	1,11 (0,45–2,72)	1,38 (0,76–2,54)	1,55 (0,83–2,89)	1,80 (0,87–3,71)
Tervise enesehinnang:						
hea	17,0	26,6	1,0	1,0	1,0	1,0
keskmine	22,5	52,2	2,02 (1,21–3,38)	2,30 (1,47–3,59)	2,29 (1,46–3,60)	3,24 (1,82–5,76)
halb	24,5	60,4	2,78 (1,36–5,71)	4,54 (2,64–7,81)	4,91 (2,83–8,50)	6,15 (3,08–12,2)
Vererõhk:						
normis	21,3	33,8	1,0	1,0	1,0	1,0
kõrgenenud	15,4	73,8	2,00 (1,17–3,43)	3,35 (2,42–4,62)	3,98 (2,85–5,55)	2,94 (2,01–4,31)

* Iga šansisuhe on kohandatud tabelis esitatud ülejäanud tunnustele (suitsetamise lõpetamise soovitusel korral lisaks tunnusele "tahtmine loobuda suitsetamisest"); ¹soovitus antud igapäevasuitsetajatele, ²soovitus antud ülekaalulistele/rasvunutele.

TULEMUSED

Uuringu kohandatud vastasmäär aastatel 2004 ja 2006 oli vastavalt 63,4% ja 59,2%. Kokku vastas 5941 isikut. Põhiosa arsti juures käinutest (kes oli vastanud ka küsimusele vastava soovitus saamise kohta) oli viibinud pere- või eriarsti vastuvõtul. Neist 807 meest ja 578 naist olid igapäevasuitsetajad, 923–936 meest ja 1257–1282 naist ülekaalulised/rasvunud (analüüsitud ülekaaluliste/rasvunute arv oli iga soovitus korral veidi erinev sõltuvalt sellest, mitu isikut vastas käsitletud soovitus saamise küsimusele) (vt tabel 1). Nii igapäevasuitsetajatest kui ka ülemäärase kehakaaluga isikutest käis arsti juures suhteliselt rohkem naisi kui mehi. Meestel soovitati naistest sagedamini lõpetada suitsetamine, kuid ülemääraast kehakaalu vähendada aitavaid soovitusi said nad harvem.

Igapäevasuitsetajate jaotus taustatunnusete oli meestel ja naistel sarnane, mõnetine erinevus ilmnis vanuserühma, haridustaseme ja tervise enesehinnangu korral; kõrgis taustatunnuste alajaotustes oli meestel igapäevasuitsetajate osa suurem kui naistel (vt tabel 2 ja 3). Ülekaaluliste/rasvunute jaotus kirjeldatud tunnuste järgi oli meestel/naistel täiesti erinev, v.a vanuserühmiti ja vererõhutaseme järgi. Ainult 55–64aastaste ja halva tervise enesehinnanguga naiste seas oli ülekaaluliste/rasvunute osatähtsus suurem kui meestel.

Pärast kohandamist teistele taustatunnustele oli kõigi käsitletud tervisekäitumist

muuta püüdvate soovitusete saamise šanss nii meestel (vt tabel 2) kui ka naistel (vt tabel 3) oluliselt suurem halva tervise enesehinnangu (võrreldes heaga) ja kõrgeenenud vererõhu (võrreldes normaalsega) korral. Lisaks nimetatule oli oluliselt suurem võimalus saada soovitus suitsetamise lõpetamiseks veel keskeriharidusega ja mittetöötavatel igapäevasuitsetajatest meestel ja töötutel ning madala sissetulekuga naistel. Ülekaaluliste/rasvunute meeste võimalust saada kehakaalu alandada püüdvaid soovitusi mõjutas lisaks tervisega seotud tunnustele ainult sissetulek: keskmise või kõrge sissetuleku korral oli see oluliselt suurem kui väga madala korral. Kaalu alandamist soovitati naistele Tallinnas oluliselt sagedamini kui teistes linnades. Kehalise aktiivsuse suurendamise soovitusi said aga naiste kõik vanuserühmad (võrreldes kõige nooremaga) ja maa-rahvastik (võrreldes Tallinna rahvastikuga) ning keskeriharidusega mehed (võrreldes alg-/põhiharidusega) oluliselt harvem.

Suitsetamisest loobuda tahtjate osa oli igapäevasuitsetavatel meestel suurem kui naistel, soovitusete suitsetamine lõpetada said aga enim sellest loobuda tahtvad naised, kuid soovitusete saamise võimalust loobuda tahtmine oluliselt ei mõjutanud (vt tabel 4).

Väljavaade saada tervisekäitumuslikke soovitusi oli pärast kõigile teistele tunnustete kohandamist naistel oluliselt suurem kui meestel ainult ühe soovitusete – suurendada kehalist aktiivsust – korral. Naiste šansisuhted vastavate soovitusete saamiseks

Tabel 4. Arsti juures käinud iga päev suitsetavate meeste ja naiste jaotus suitsetamisest loobuda tahtmise, suitsetamise lõpetamise soovitusete ja nende vahelise seose järgi (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringud 2004 ja 2006)

		Tahavad suitsetamisest loobuda		Said soovitusete lõpetada	Kohandatud OR* (95% CI)
		arv	%	%	
Mehed	jah	507	61,6	27,2	1,61 (0,81–3,20)
	ei tea	246	29,9	27,3	
	ei	70	8,5	17,7	
Naised	jah	331	57,2	29,8	1,94 (0,78–4,84)
	ei tea	204	35,2	17,8	
	ei	44	7,6	18,6	

* Šansisuhe on kohandatud tabelites 2 ja 3 esitatud taustatunnustele.

olid (võrreldes meestega; tabelites esitatud soovitude järjestuses) 0,90 (0,69–1,18); 1,15 (0,90–1,47); 1,17 (0,87–1,56) ja 1,63 (1,26–1,11).

ARUTELU

Meie uuringu andmetel on Eestis 16–64aastaseid igapäevasuunitsetavaid mehi üle kahe korra rohkem kui naisi, kuid nende jaotus analüüsitud taustatunnuste järgi on sarnane. Ülekaalu/rasvumust esineb meestel veidi rohkem, kuid jaotus kirjeldatud taustatunnuste järgi on neil täiesti erinev naiste omast. Seetõttu hindasime arstilt teatud tervisekäitumist muuta püüdvate soovitude saamist eraldi meestel ja naistel. Ülekaalus või rasvunud vastajatest käis viimase 12 kuu jooksul arsti juures veidi suurem osa kui igapäevasuunitsetajatest, ent vaatamata sellele said nad tervisekäitumuslikke soovitusi vähem kui igapäevasuunitsetajad, eriti mehed. Arvestades igapäevasuunitsetamise levimust, pidanuksid mehed suunitsetamise lõpetamise soovitusi saama naistest veel sagedamini, kui nad tegelikult said. Soovitude saamise võimalus ei olnud tihti suurim selles sotsiaalmajandusliku taustatunnuse või tervisenäitaja alarühmas, kus igapäevasuunitsetamise või ülekaalu/rasvumuse levimus oli suurim. Seda, et arstid ei anna tervisekäitumist suunavaid soovitusi vastavalt sellele, milline on enam levinud väär tervisekäitumise liik rahvastikus või teatud muutmist vajava tervisekäitumisega suurim riskirühm, on täheldatud mujalgi (3, 6).

Soovitude andmist/saamist mõjutavad nii selle andja kui ka saaja. Tervisekäitumisuuringutele eelnenud 12 kuu jooksul külastas Eestis 16–64aastastest inimestest perearsti mõlemal aastal 70%, hambaarsti 2004. aastal 48% ja 2006. aastal 53%, teisi eriarste 45%; suurem osa neist tegi seda 1–2 korda (5). Seega peaksid põhiosa ennetustööst tegema perearstid, kelle kohustustega see sobibki kõige paremini; liiatigi usuvad patsiendid perearstide nõuandeid kõige rohkem (7, 8). Suunitsetamise lõpetamise soovitamisel tõstetakse esile veel hambaarstide olulist osa (9).

Potentsiaalsetest arstlike tervisekäitumuslike soovitude saajatest said meie uuringus soovitude suunitsetamine lõpetada 26,5% igapäevasuunitsetavatest meestest ja 24,7% naistest; erinevaid soovitusi kehakaalu muutmiseks saadi veelgi vähem: 11,2–18,1% ülekaalu/rasvunud meestest ja 13,3–22,5% naistest. Samas on Eesti perearstid väitnud, et esmasel külastusel annaksid nad 71,3% suunitsetavale meespatsiendile ja 61,1% naispatsiendile soovitude suunitsetamine lõpetada ning nõustaksid ülekaalu patsienti vastavalt 62,4%-l ja 59,5%-l juhtudest (4). Mitmed uuringud on näidanud (4, 10), et arstid ülehindavad oma ennetustöö (soovitude andmise) määra, patsiendid aga alahindavad / ei mäleta nõustamise toimumist, kusjuures naised mäletavad seda meestest enam (11). Euroopa 11 riigi üldarstidest olid Eesti arstid ühed skeptilisemad ennetus- ja terviseedendustegevuse tõhususe suhtes: suunitsetajate nõustamise tulemuslikkust uskus ainult 23% (riikide keskmine 47%), kaalu langetamise/hoidmise soovitamisel uskus edusse 36% (58%) ja soovitusesse regulaarseks tegelemiseks kehaliste harjutustega 44% (53%) (4). Meie uuring näitas, et tegelik olukord on vastupidine – kõige rohkem saadi arstilt suunitsetamise lõpetamise ja kõige vähem kehalise aktiivsuse suurendamise soovitusi. Peamise vähese ennetustöö põhjusena töid kõigi riikide arstid esile suure töökoormuse ja aja puuduse. Kirjeldatud uuringus leiti otsene seos arsti enda õigeks peetava tervisekäitumise ja positiivse nõustamishoiaku vahel, v.a rasvunud arstid, kes soovitasid ülemäärase kehakaaluga patsientidel kaalu langetada samal määral nagu teised arstidki (4). Suunitsetavad Eesti arstid hindasid suunitsetamise kahjulikkust tervisele madalamaks kui mitteduunitsetavad ja küsisid harvem patsientidelt teavet suunitsetamise kohta, mis on aga esimene samm soovituseni jõudmisel (12). Kindlasti ei mõju ka eriti veenvalt suunitsetajast arsti soovitus suunitsetamine lõpetada. Ligi kolmandikul arstidel on stereotüüpset negatiivne suhtumine ülekaalulistesse/rasvunudesse (7).

Arv näitajad käsitletud soovitude saamisel kipuvad mujal olema suuremad kui meil. Näiteks oli Šveitsis juba 1997. aastal 34% täiskasvanud suitsetajatest saanud kunagi soovitude suitsetamine lõpetada (2), Kandas sai kõigist suitsetajatest uuringule eelneval aastal arstilt sellise soovitude 41,7% (8). Üldarstide poolt täiskasvanud patsientidele antud kehalise aktiivsuse suurendamise soovitude määr sõltus suuresti sellest, kui palju olinendehulgas ülekaalulisi/rasvunuid – rohkem kui 70% (7), 24,2% (13), 13,3% (14). Prantsusmaal soovitati 70%-le ülekaalus/rasvunud isikutele muuta toitumine tervislikumaks (7), USA-s 39%-le suures osas ülekaaluliste/rasvunutele (11). Kui 1999. aastal soovitati seal ainult 42% täiskasvanud rasvunule (KMI > 30) kaalu alandada (15), siis 2002. aastal juba 40%-le ülekaalus/rasvunud patsiendile (11).

Pärast šansisuhte kohandamist uuritud taustatunnustele tuli väga ilmekalt esile, et kõigi tervisekäitumuslike soovitude saamise võimalus oli suurem kõrgeenenud vererõhuga ja halva tervise enesehinnanguga inimestel. Korduvalt on nenditud, et tervise enesehinnang on seotud suremustasemega (16): enesehinnang "halb tervis" kajastabki üldjuhul halba tervist. Ainult kehalise aktiivsuse suurendamist soovitati ülekaaluliste/rasvunud naistele oluliselt sagedamini kui meestele, mis ilmselt tulenes naiste suuremast murest oma kehakaalu ja välimuse pärast, mis viiski arstilt abi küsima. Keskeriharidusega meestel ja töötutel naistel vastab ühena vähestest juhtudest teistest oluliselt kõrgem soovitude lõpetamise soovitude saamise šans nende rühmade kõrgeimale igapäeva-soovitude tasemele. Mõnevõrra üllatas, et tahtmisel soovitudest loobuda ei olnud olulist mõju vastava soovitude saamisele, samuti see, et patsiendi haridus ja vanus mõjutasid soovitude saamist väga vähe – ainult kehalise aktiivsuse suurendamist soovitati vanematele naistele oluliselt harvem kui kõige noorematele (16–24aastased). Samas on leitud, et soovitude lõpetamine nooremalt kui 35aastaselt viib eeldatava

elukestuse sarnasele tasemele mitte kunagi soovitanutega (17). Ülekaaluliste/rasvunud meeste oluliselt suuremat tõenäosust saada kehakaalu mõjutavaid soovitude keskmiise või kõrge sissetuleku korral võiks seostada nende ületöötamisest, stressist ja istuvast eluviisist tingitud muude võimalike terviseprobleemidega, mis suurendasid soovitude saamise võimalust.

On leitud, et arstid annavad tervisekäitumuslike soovitude patsientidele valikuliselt: rohkem neile, kellele esinevad terviseprobleemid; kelle soovitude täitmise usutakse enim (naised, kõrgema haridustasemega isikud); kes külastavad arsti sagedamini (jällegi naised, vanemaalised, kroonilisi haigusi põdejad). Enamikus uuringutes (2, 6, 8, 11, 15) jõutakse järeldusele, et soovitude andmise olulisim põhjus on haiguse olemasolu patsiendil. Üldjuhul saavad naised soovitude rohkem kui mehed, üksnes kehalise aktiivsuse suurendamise soovitude on mõnikord antud meestele rohkem (13).

Tõendatud on, et soovitude vähendamise saadakse edukalt hakkama meditsiini esmatasandil (1). Juba arsti lihtne soovitude lõpetada soovitude tagab soovitude tulemuse 5–10%-l juhtudest – rahva tervist mõjutaks märkimisväärselt, kui kõik arstid nii talitaksidki (16). Kehakaalu edukaks alandamiseks tuleks nõustamise käigus suunata patsient ilmselt vastava spetsialisti juurde (1).

KOKKUVÕTE

Regulaarset soovitude ja ülemäärast kehakaalu peetakse peamiseks välditava surma põhjusteks. 2004. ja 2006. aasta andmetel sai Eestis viimase 12 kuu jooksul arsti juures käinud igapäevasoovitudest alla kolmandiku soovitude soovitude lõpetada, kehakaalu muuta püüdvaid soovitude (toituda tervislikumalt, langetada kaalu, suurendada kehalist aktiivsust) saadi/anti veelgi vähem. Soovitude saamise võimalus oli suurim kõrgeenenud vererõhu ja halva tervise enesehinnanguga isikutel, s.o haigetel. Haiguste ennetusele tuleks meil osutada senisest tunduvalt suuremat tähelepanu.

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringut 2004 rahastas Sotsiaalministeerium. 2006. a uuringut rahastati "Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020" raames.

Töö tegemist toetas Haridus- ja Teadusministeerium (0192112s02 ja SF0940026s07).

mare.tekkel@tai.ee

KIRJANDUS

- Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J, et al. Multiple behavioural risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004;27(2S):61–79.
- Eckert T, Juncer C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Med Wkly* 2001;131:521–6.
- Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, et al. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004;38:473–8.
- Brotos C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595–601.
- Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006 (Health Behavior among Estonian Adult Population, 2006). Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
- Jackson JE, Doescher MP, Saver BG, et al. Trends in professional advice to lose weight among obese adults, 1994 to 2000. *J Gen Inter Med* 2005;20:814–8.
- Bocquier A, Verger P, Basdevant A, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005;13:787–95.
- Brewster JM, Victor JC, Ashley MJ. Views of Ontarians about health professionals' smoking cessation advice. *Can J Public Health* 2007;98:395–9.
- Albert DA, Severson H, Gordon J, et al. Tobacco attitudes, practices, and behaviors: a survey of dentists participating in managed care. *Nicotine Tob Res* 2005;7 Suppl:S9–S18.
- Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9:426–33.
- Fallon EA, Wilcox S, Laken M. Health care provider advice for African American adults not meeting health behavior recommendations. *Prev Chronic Dis* 2006;3:1–11.
- Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
- Eakin E, Brown W, Schofield G et al. General practitioner advice on physical activity – who gets it? *Am J Health Promot* 2007;21:225–8.
- Croteau K, Schofield G, McLean G. Physical activity advice in the primary care settings: results of a population study in New Zealand. *Aust N Z J Public Health* 2006;30:262–7.
- Galuska DA, Will JC, Serdula MK, et al. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA* 1999;282:1576–8.
- Mason C, Katzmarzyk PT, Craig CL, et al. Mortality and self-rated health in Canada. *J Phys Act Health* 2007;4:423–33.
- Cornuz J. Smoking cessation interventions in clinical practice. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;34:397–404.

SUMMARY

Chance of receiving health behaviour-related recommendations from a physician for daily smokers and for overweight individuals

AIM. The objective of the study was to analyse the chance of receiving certain physician recommendations aimed at changing the relevant health behaviour of adult daily smokers and overweight/obese (BMI ≥ 25) individuals in Estonia.

METHODS. Postal questionnaire surveys in 2004 and 2006, random sample (Estonian residents aged 16–64 years) from the national population register. The chance of receiving relevant recommendations was assessed by the odds ratio (and its 95%

confidence interval) adjusted to all other background variables and calculated using the method of logistic regression.

RESULTS. There were altogether 5941 respondents. The number of men who smoked every day exceeded the number of the corresponding women more than two times, overweight/obesity occurred slightly more among men. Among the daily smokers who had visited a physician in the past 12 months, 26.5% of the men and 24.7% of the women received

the recommendation to quit smoking; recommendations related to a change in body weight (more healthy diet, loss of weight, increase in physical activity) were provided even less frequently – to 11.2–18.1% of the overweight/obese men and to 13.3–22.5% of the corresponding women. The chance of receiving such recommendations was significantly higher for individuals with elevated blood pressure and low self-assessment of health, i.e., for

diseased individuals. Women did not receive significantly more advice than men; the age and education of the patients had minor influence on receiving relevant advice.

CONCLUSION. The chance of receiving health behaviour-related recommendations from a physician in Estonia was the highest for diseased individuals. Disease prevention requires far more attention than has been given so far to this issue.