

Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006

Mare Tekkel, Tatjana Veideman –
Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia
ja biostatistika osakond

Võtmesõnad: tervise enesehinnang,
tervisekäitumine, terviseuuring

Tervise enesehinnang on lihtsalt määratav rahva terviseseisundi näitaja. Uuringu eesmärk oli analüüsida Eesti täiskasvanute võimalust hinnata oma tervis heaks seoses teatud tervisekäitumisega. Oluliselt mõjutas sellist tervise enesehinnangut küsitletava vanus, haridus ja pikaajalise haiguse/terviseprobleemi olemasolu. Pärast kohandamist neile tunnustele ilmnis oma tervisele antud hea hinnangu mõningane seos uuritud tervisekäitumisega: meestel suitsetamise, alkoholi tarvitamise, toitumise ja kehalise aktiivsusega ning naistel ainult veini tarvitamise, kala söömise ja kehalise aktiivsusega.

Tervise enesehinnangut peetakse lihtsalt määratavaks rahva terviseseisundi näitajaks, mille alusel saab hinnata, kellel on suurem risk haigestuda või enneaegselt surra, ja suunata siis terviseedendusmeetmed seda kõige rohkem vajavatele rahvastikurühmadele.

Uuringu **eesmärk** oli analüüsida, kuidas on Eesti täiskasvanute võimalus hinnata oma tervis heaks seotud nende tervisekäitumisega.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Analüüs põhineb Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) andmetel. Uuringu üldkogumi moodustasid 15–84aastased Eesti alalised elanikud. Rahvastikuregistrist valimi saamiseks kasutati kihistatud (elukoha, soo ja vanuse järgi) süstemaatilist valikut (1).

Tervise enesehinnang põhines vastusel (väga hea, hea, keskmine, halb, väga halb) küsimusele, milline on teie üldine tervis. Analüüsis arvati küsitletava hinnang oma tervisele heaks, kui ta andis eeltoodud küsimusele vastuse "väga hea" või "hea". Küsitletavate tervisekäitumist analüüsiti suitsetamist, alkoholarvitamist, kehalist aktiivsust ja toitumist käsitlevate küsimuste alusel. Esimest kolme hinnati viimase nelja nädala näitajate põhjal, teatud toiduainete söömise sagedust viimasel seitsmel päeval. Lahja alkohoolse joogi alla kuulusid siider, *long drink* jm, kange alkoholi alla viin, konjak, brändi, džinn, viski, liköör jm. Puu-/kõõgiviljade tarvitamine tähendas nende söömist kas värskest või keedetult, linnuliha all mõisteti peamiselt kanaliha. Mõõdukas kehaline tegevus oli kepikõnd, pikem jalutuskäik, jalgrattasõit, muu kergem kehaline tegevus; aktiivne tegevus aga tervisejooks, muu tervisesport, raskem aiatöö; intensiivne tegevus oli intensiivne treening vähemalt 3–4 korda nädalas, võistlussport. Nii hariduse kui ka kehalise tegevuse puhul arvestati selle kõrgeimat taset.

Võimalust hinnata oma tervis heaks analüüsiti logistilise regressiooni meetodil leiitud šansisuhte (OR) ja selle 95% usaldusvahemiku (CI) alusel, kasutades STATA 6.0 tarkvara (2).

TULEMUSED

ETeU 2006 täpsustatud vastamismäär oli 60,2%; küsitleti 6434 isikut. Naiste ja vanemate vanuserühmade vastamismäär oli suurem kui meestel või noorematel isikutel. Oma üldisele tervisele hinnangu andnud 3111 mehest hindas selle heaks 1315 ja 3323 naisest 1348.

Võrreldes kõige nooremate küsitletutega (15–24aastased) oli kõigi järgnevat vanuserühmade meestel ja naistel alates 35–44aastastest võimalus hinnata oma tervis heaks oluliselt väiksem (vt tabel 1). Lähtudes haridustasemest, oli kõige rohkem hea tervise enesehinnanguga isikuid keskharidusega meeste ja kõrgharidusega naiste hulgas. Kõik vähemalt keskharidusega vastajad hindasid oma tervise heaks oluliselt sagedamini kui vähem haritud. Suurem osa küsitletutest, kellel ei olnud pikaajalist haigust või terviseprobleemi, hindas oma üldise tervise heaks, haiguse/terviseprobleemiga isikud andsid oma tervisele sama hinnangu harva.

Vanuse, hariduse ja pikaajalise haiguse mõju arvestamata mõjutas enamik uuritud tervisekäitumist kirjeldavaid näitajaid võimalust hinnata oma tervis heaks (OR) nii meestel kui ka naistel oluliselt (vt tabel 2). Pärast nende kolme teguri mõju kontrollimist (kohandatud OR) muutus see aga

mitmel juhul, eriti naistel, mitteoluliseks. Tabelis ei ole esitatud analüüsitulemusi, kus ükski kohandatud OR ei olnud statistiliselt oluline, samuti tulemusi kõögiviljade söömise kohta, mis olid väga sarnased puuviljade kohta esitatuga.

Kohandatud tulemused näitasid, et viimasel neljal nädalal suitsetanud mehed andsid oma tervisele hea hinnangu oluliselt vähemal määral kui mittesuitsetajad. Suitsetamise sagedus sellel perioodil, samuti õlle või lahja alkohoolse joogi tarvitamise sagedus ning üldse alkoholi tarvitamine ei mõjutanud sellist hinnangut ei naistel ega meestel. Samas hindasid mehed, kes tarvitasid viimasel neljal nädalal veini harvemini kui kord nädalas, ja naised, kes tarvitasid seda samal perioodil kuni kaks korda nädalas, sagedamini oma tervise keskmisest paremaks kui need, kes samal ajavahemikul veini üldse ei tarvitanud. Mehed, kes tarvitasid kanget alkoholi kuni seitse korda nädalas, hindasid oma tervise heaks harvem kui kange alkoholi mittetarvitajad. Kange alkoholi sagedasemat tarvitamist naistel ei saanud hinnata, kuna selliseid naisi oli küsitletute hulgas väga vähe.

Mehed, kes söid viimasel nädalal puu- või kõögivilju 6–7 päeval (kõögiviljade söömise vastav kohandatud OR = 1,78 (1,05–3,03)),

Tabel 1. Oma tervise heaks hinnanud küsitletute jaotus ja nende vanuse, hariduse, pikaajalise haiguse/ terviseprobleemi olemasolu seos (OR) tervise enesehinnanguga meestel ja naistel (Eesti terviseuuring 2006)

		Mehed			Naised		
		arv	%	OR (95% CI)	arv	%	OR (95% CI)
Vanuserühm (aastates)	15–24	417	81,6	1,00	361	80,6	1,00
	25–34	271	70,8	0,55 (0,40–0,75)	321	75,0	0,72 (0,52–1,00)
	35–44	241	57,8	0,31 (0,23–0,42)	247	58,0	0,33 (0,25–0,45)
	45–54	160	40,3	0,15 (0,11–0,21)	192	38,7	0,15 (0,11–0,20)
	55–64	85	25,0	0,08 (0,05–0,10)	115	26,9	0,09 (0,06–0,12)
	65–74	87	14,7	0,04 (0,03–0,05)	73	11,8	0,03 (0,02–0,05)
	75–84	54	11,5	0,03 (0,02–0,04)	39	8,1	0,02 (0,01–0,03)
Haridus	alg-/põhi-	258	35,3	1,00	206	26,8	1,00
	kesk-	297	49,2	1,77 (1,42–2,21)	319	44,9	2,23 (1,79–2,77)
	keskeri-	525	41,9	1,32 (1,09–1,60)	479	38,5	1,71 (1,40–2,08)
	kõrg-	235	44,9	1,50 (1,19–1,88)	344	57,2	3,65 (2,91–4,58)
Pikaajaline haigus	ei ole	1069	69,9	1,00	1028	73,6	1,00
	on	246	15,6	0,08 (0,07–0,09)	320	16,6	0,07 (0,06–0,08)

Tabel 2. Oma tervisele antud hea hinnangu seos tervisekäitumisega meestel ja naistel (Eesti terviseuuring 2006)

	Mehed		Naised	
	OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)	OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Suitsetas viimasel 4 nädalal:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
jah	1,98 (1,63–2,40)	0,63 (0,48–0,84)	1,39 (1,04–1,87)	1,00 (0,68–1,46)
Tarvitas veini viimasel 4 nädalal:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
1–3 korda	1,57 (1,27–1,94)	1,35 (1,02–1,78)	1,40 (1,13–1,73)	1,49 (1,13–1,95)
1–2 korda nädalas	1,79 (1,14–2,83)	1,36 (0,78–2,38)	2,71 (1,70–4,32)	2,06 (1,16–3,68)
3–7 korda nädalas	1,67 (0,80–3,49)	2,15 (0,88–5,29)	1,57 (0,68–3,64)	1,15 (0,39–3,37)
Tarvitas kanget alkoholi viimasel 4 nädalal:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
1–3 korda	0,66 (0,54–0,81)	0,96 (0,74–1,25)	0,56 (0,45–0,70)	0,80 (0,61–1,04)
1–2 korda nädalas	0,51 (0,37–0,70)	0,77 (0,52–1,15)	-	-
3–7 korda nädalas	0,25 (0,13–0,50)	0,41 (0,18–0,97)	-	-
Sõi puuvilju viimasel 7 päeval:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
1–2 päeval	1,59 (1,12–2,28)	1,19 (0,75–1,88)	1,30 (0,77–2,18)	0,73 (0,37–1,43)
3–5 päeval	2,32 (1,65–3,25)	1,51 (0,97–2,34)	2,25 (1,40–3,63)	1,11 (0,59–2,07)
6–7 päeval	1,98 (1,43–2,75)	1,64 (1,08–2,50)	2,84 (1,79–4,50)	1,50 (0,82–2,73)
Sõi kala viimasel 7 päeval:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
1–2 päeval	0,85 (0,71–1,03)	1,08 (0,84–1,40)	1,01 (0,84–1,20)	1,34 (1,04–1,71)
3–5 päeval	0,73 (0,58–0,93)	1,33 (0,96–1,85)	0,65 (0,51–0,83)	1,08 (0,78–1,52)
6–7 päeval	0,40 (0,27–0,58)	1,29 (0,78–2,14)	0,56 (0,38–0,83)	1,04 (0,61–1,76)
Sõi linnuliha viimasel 7 päeval:				
ei	1,0	1,0	1,0	1,0
1–2 päeval	1,56 (1,28–1,89)	1,37 (1,06–1,78)	1,42 (1,18–1,71)	1,14 (0,89–1,47)
3–5 päeval	1,46 (1,15–1,85)	1,31 (0,96–1,79)	1,29 (1,03–1,60)	1,16 (0,86–1,57)
6–7 päeval	1,00 (0,68–1,46)	0,90 (0,55–1,48)	1,32 (0,90–1,93)	1,12 (0,67–1,87)
Kehaline tegevus viimasel 4 nädalal:				
puudus	1,0	1,0	1,0	1,0
mõõdukas	1,15 (0,94–1,41)	0,97 (0,75–1,26)	2,00 (1,66–2,41)	1,55 (1,21–2,00)
aktiivne	2,89 (2,38–3,52)	1,50 (1,16–1,93)	3,22 (2,64–3,92)	1,85 (1,42–2,42)
intensiivne	9,82 (6,83–14,14)	2,67 (1,72–4,14)	9,30 (6,11–14,16)	2,41 (1,43–4,06)

* iga šansisuhe on kohandatud vanusele, haridusele ja pikaajalise haiguse/terviseprobleemi olemasolule

linnuliha aga 1–2 päeval, ning naised, kes söid kala 1–2 päeval, hindasid oma tervise keskmisest paremaks sagedamini võrreldes neid toiduaineid mittesööjatega. Sea- või veiseliha söömisel tervise enesehinnanguga seost ei olnud. Veini sagedama tarvitamise ning puuviljade ja köögiviljade sagedama söömisega tuli meestel esile selge tendents võimaluse suurenemisele hinnata oma tervis heaks, vastav võimalus näitas vähenemistendentsi kange alkoholi tarvitamise sagenemisega.

Rohkem kui mõõdukat kehalist tegevust harrastavad mehed hindasid oma tervise heaks sagedamini kui need, kellel kehaline

tegevus puudus, intensiivse tegevuse korral oli vastav hinnang sagedasim. Naistel oli kehalise tegevuse kõigil tasemeil võimalus hinnata oma tervis heaks suurem kui kehaliselt mitteaktiivsetel ning oma tervisele antud hea hinnang sagenes kehalise tegevuse taseme tõusuga.

ARUTELU

Arvukad uuringud on näidanud, et tervise enesehinnangu alusel saab tulemuslikult hinnata ja/või prognoosida haigestumust, funktsionaalset võimekust ja eriti suremust. Vähetähtis pole asjaolu, et tervise enese-

hinnangut on lihtne määrata: seda tehakse ainult ühele küsimusele antud vastuse alusel (3). Tervise enesehinnang on küllaltki tundlik sotsiaalsete ja majanduslike tegurite suhtes (4, 5), üldiselt annavad kehvema sotsiaal-majandusliku seisundiga isikud oma tervisele halvema hinnangu kui teised (6). Eesti täiskasvanute tervisekäitumisuuringu 1998. a tulemuste üle arutledes pakuti välja võimalus, et oma tervist keskmiseks hinnanud isikute ülekaal kõigis Balti riikides võis olla veel mõjutatud nõukogudeaegsest psühho-sotsiaalsest keskkonnast, kus ellujäämine oli tõenäosem n-õ keskmiste hulka kuuludes (7).

Analüüsisime tervisekäitumise mõju võimalusele hinnata oma tervis heaks eraldi meestel ja naistel. ETeU 2006 tulemuste põhjal hindas oma tervise heaks veidi suurem osa 15–84aastastest meestest kui naistest. Seda on täheldatud paljudes riikides (3, 6, 8–10). Esimeses Eesti terviseuuringus osalenud 25–79aastaste küsitlustulemuste analüüs ei näidanud erinevust meeste ja naiste hinnangus oma tervisele, suurim sõltumatu mõju sellele oli haridusel (11). Ilmnes, et suurem osa noorematest, haritumatest ja tervetest täiskasvanud meestest ning naistest hindas oma üldise tervise heaks võrreldes vanemate, madalama haridustasemega või haigete/terviseprobleemidega isikutega. Sama on leitud mitmes sarnases uuringus (3–6, 8, 10, 12). Kuna vanuse, hariduse ja pikaajalise haiguse/terviseprobleemi mõju tervise enesehinnangule oli statistiliselt oluline, analüüsisime oma tervisele antud head hinnangut seoses tervisekäitumisega kohandatuna neile kolmele tunnusele.

Analüüsitulemuste põhjal seostus oma tervisele antud hea hinnang meestel mõningal määral kõigi uuritud tervisekäitumistunnustega (suitsetamine, alkoholi tarvitamine, toitumine, kehaline aktiivsus), naistel nädalas kuni kaks korda veini tarvitamise või 1–2 päeval kala söömise ja kehalise aktiivsusega. Raske on hinnata kala ja linnuliha söömise tegelikku seost tervise enesehinnanguga: mõlemal juhul hindasid nende toiduainete

sööjad oma tervise heaks küll mõnevõrra rohkem kui mittesööjad, samas sagedasema tarbimisega kaasnes pigem vastava hinnangu vähenemistendents ja enamik seoseid polnud olulised. Meestest hindasid oma tervise heaks sagedamini need, kes viimasel neljal nädalal ei suitsetanud, tarvitasid mõned korrad veini, samuti need, kes viimasel nädalal sõid enamikul päevadest puu- või köögivilju ja mõnel päeval linnuliha (võrreldes suitsetajatega, veini või neid toiduaineid mittetarvitanutega). Naistel suurendas üle keskmise tervise enesehinnangu osa veidi sagedasem veini tarvitamine kui meestel ja mõnel päeval nädalas kala söömine. Huvipakkuv oli kehalise tegevuse taseme ja oma tervisele antud hea hinnangu veidi erinev seos meestel ja naistel. Nimelt ilmnes, et naistel suurenes võimalus hinnata oma tervise heaks kehalise tegevuse taseme tõusuga, meestel aga ainult aktiivse või intensiivse kehalise koormuse korral võrdluses kehaliselt mitteaktiivsetega.

Teiste uuringute andmetel on suitsetamise seos tervise enesehinnanguga üldiselt negatiivne (3, 4, 8), kehalisel aktiivsusel aga positiivne (3–6, 12). Euroopa kuue riigi täiskasvanute uuringus leiti, et kehaline aktiivsus on mõõdukalt, kuid oluliselt seotud tervise enesehinnanguga (13). Suures osas mõjutas inimeste suundumist madala või mõõduka tasemega kehalise tegevuse juurde heade tingimuste olemasolu selleks nende elupiirkonnas, vastava infrastruktuuri olemasolu oli eriti oluline naistele. Rootsisis uuriti, kuidas mõjutab sugu tervise seotud teabe tõlgendamist ja hindamist, ning leiti, et tulemus oli meestel ja naistel üllatuslikult sarnane (14). Väikese erinevusena toodi esile, et mehed pidasid haridustaset, kehalist ja kultuurilist aktiivsust tähtsamaks kui naised. Korduvalt on mainitud, et alkoholi tarvitamise mõju tervisele ja tervise enesehinnangule on raske hinnata (4, 5). On leitud, et mõõdukas alkoholitarbimine seostub sotsiaalse aktiivsusega, seetõttu võib karsklaste enesehinnang tervisele olla halvem kui teistel (5). Kirjeldatud on oma tervisele an-

tud parema hinnangu positiivset seost puu-/juurviljade söömise (5, 15). 18–70aastaste madala elatustasemega isikute uurimisel selgus, et esialgu ei olnud nende hinnangul oma tervisele seost puu-/juurviljade tarvitamisega, kuid mida rohkem nad hakkasid neid sööma, seda enam paranes nende kehaline tervis ja teatud aja pärast ka tervise enesehinnang (16).

Huvitav on Valgevenes, Ukrainas ja Venemaal tehtud uuringu tulemus mittevõrdluse eluviisi ja oma tervise halvemaks hindamise seosest mittemedokraatliku mõtteviisiga (10). Enamikus uuringutes on rõhutatud, et tervisekäitumise ja tervise enesehinnangu seoste korral on raske hinnata, mis on põhjus ja mis tagajärg. Sama peab tõdema ETeU 2006 puhul, kuigi enesehinnangu järgi hea tervisega isikutel on võimalus, et tervisekäitumine on tingitud terviseprobleemidest, väiksem kui halvema tervisega isikutel.

Enamiku uuringute tulemused näitavad, et tervisekäitumistunnuste lisamine sotsiaal-majanduslikele avaldab tervise enesehinnangule üldiselt vähest mõju (5). Seetõttu peaksid rahvatervishoiuspetsialistid pööra-

ma suuremat tähelepanu psühhosotsiaalsetele ja sotsiaal-majanduslikele teguritele, mis mõjutavad rahva tervist oluliselt. Need tegurid jäävad suures osas väljapoole tervishoiu mõjuvõimudest, kuid ainult tervisekäitumisele suunatud ettevõtmistest jääb rahva tervise seisundi muutmiseks väheks (4).

KOKKUVÕTE

Vanuse, hariduse ja pikaajalise haiguse/tervisprobleemi olemasolule kohandatud analüüsi tulemus näitas, et kõigil uuritud tervisekäitumistunnustel oli mõningane mõju võimalusele hinnata oma tervis heaks mees- tel; naistel mõjutasid võimalust anda hea hinnang oma tervisele põhiliselt veini tarvitamine ja kehaline aktiivsus. Pakub huvi ja nõuab süvendatud analüüsi, miks naiste hea tervisehinnang on seotud tervisekäitumisega vähem kui meestel, kuigi üldiselt on naised terviseteadlikumad ning järgivad õigeks peetavat tervisekäitumist rohkem kui mehed. Selgitamist vajab kehalise aktiivsuse tasemete veidi erinev mõju võimalusele hinnata oma tervis heaks meestel ja naistel.

mare.tekkel@tai.ee

KIRJANDUS

- Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Estonian Health Interview Survey 2006. Methodological Report. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
- StataCorp. Stata Reference Manual: Release 6.0. Texas: Stata Press 1999;2:200–6.
- Svedberg P, Bardage C, Sandin S, et al. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. *Eur J Epidemiol* 2006;21:767–76.
- Williamson DL. Health behaviours and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Soc Sci Med* 2000;51:741–54.
- Poortinga W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Prev Med* 2006;43:488–93.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2006;17:125–35.
- Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, et al. Association between health behaviour and self-rated health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004;14:32–6.
- Lim W-Y, Ma S, Heng D, et al. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. *BMC Public Health* 2007;7:184.
- Nicholson A, Bobak M, Murphy M, et al. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Soc Sci Med* 2005;61:2345–54.
- Cockerham WC, Hinote BP, Cockerham GB, et al. Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine. *Soc Sci Med* 2006;62:1790–809.
- Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
- Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev Chronic Dis* 2005;2:A12.
- Rütten A, Abel T, Kannas L, et al. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:139–46.
- Uden AL, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med* 2006;3:295–308.
- Collins CE, Young AF, Hodge A. Diet quality is associated with higher nutrient intake and self-rated health in mid-aged women. *J Am Coll Nutr* 2008;27:146–57.
- Steptoe A, Perkins-Porras L, Hilton S, et al. Quality of life and self-rated health in relation to change in fruit and vegetable intake and in plasma vitamins C and E in a randomised trial of behavioural and nutritional education counselling. *Br J Nutr* 2004;92:177–84.

SUMMARY

**Self-rated health and health behaviour:
Estonian Health Interview Survey 2006**

AIM. The objective of the study was to analyse the association between good self-rated health and the health behaviour of adults.

METHODS. Interview surveys in 2006, stratified (by place of residence, gender and age) sample (Estonian residents aged 15–84 years) from the national population register. A total of 6434 individuals interviewed. The risk of good self-rated health assessed by odds ratio (and its 95% confidence interval), adjusted to age, education and existence of a long-term disease/health problem, and calculated using the logistic regression method.

RESULTS. Of 3111 men assessing their health, 1315 rated it as good, the corresponding figures for women were 3323 and 1348. The risk of rating their health as good was considerably higher for men who recently did not smoke or consumed wine less than once a week, ate fruits/vegetables on most days of the week or poultry on some days; the risk was higher for women

who consumed wine up to two times a week or ate fish on some days (compared to smokers and non-consumers of wine or the abovementioned food items). The risk of rating their health as good was considerably lower for men consuming strong alcohol on most days of the week. For women, the risk for good health self-assessment increased with increased physical activity; for men, such self-assessment was higher only with increased and intense physical activity (compared to physical non-activity).

CONCLUSION. For men, a certain relationship appeared between good health self-assessment and all studied health behaviour indicators, for women such a relationship appeared in the case of only some indicators. Further studies are required to find out why the risk of good self-rated health is less related to health behaviour in women than in men, as well as the somewhat varied effects of levels of physical activity on the risk of good health self-assessment for men and women.