

Sotsiaal-majanduslik staatus tervise tausttegurina

Margo Kikas, Ene Lausvee –
TLÜ sotsiaaltöö osakond

Võtmesõnad: tervis, heaolu, toimetulek, sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus

Uurimuse eesmärgiks oli leida tõendeid seoste kohta Eesti inimeste tunnetatud tervise ning sotsiaal-majandusliku ja psühhosotsiaalse seisundi vahel. Selgus, et inimese enese tunnetatud üldine tervislik seisund, eriti emotsionaalne tervis, on seotud tema sotsiaal-majandusliku olukorraga, seejuures enam enese määratud sotsiaal-majandusliku staatuse kui sissetuleku suurusega. Artiklis on lühidalt käsitletud ka vastavaid sotsiaal-majanduslikke teoreetilisi kontseptsioone ja vaadeldud nende mõju tervisele.

Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus on ilmselt kogu inimkonna ajaloo jooksul seondunud ebavõrdsusega tervises: viletsam sotsiaal-majanduslik staatus on alati endaga kaasa toonud kehvemad tervisenäitajad ja *vice versa*. Tänapäeval ei vaja vist enam tõestamist, et sotsiaal-majandusliku staatuse komponendid – sissetulek, leibkondade kulutused, toitumine, ligipääs haridusele ja sotsiaalkaitsehüvitistele ning teenustele jm – kajastuvad ka inimeste tervises.

Muidugi on ka üpris ilmne, et triviaaltõde, nagu elamine äärmises vaesuses viib haigusteni, ei saa meid sotsiaal-majandusliku staatuse ja tervise seoste seletamisel rahul-

dada. Elamisest jõukas riigis või kogukonnas ei tarvitse piisata, et saada osa selle hüvedest ja järelikult ka tervisest: nii jäävad näiteks inimeste tervisenäitajad USAs – maailma ühes rikkamas ja võimsamas riigis – oluliselt maha teiste arenenud riikide omadest. Tuginedes peamiselt oma uurimustele Suurbritannia riigiametnike seas, töötas tuntud epidemioloog Michael Marmot selliste erisuste seletamiseks välja tervisegradientide (*health gradients*) kontseptsiooni, mille kohaselt eksisteerib positiivne korrelatsioon inimese tervise ja sotsiaal-majandusliku staatuse vahel peaaegu alati ja sõltumata haigusest või tingimuste muutumisest (1).

Omamoodi verstaapostiks sotsiaalepidemioloogiliste uurimuste tegemisel kujunesid Harvardi ja California Berkeley ülikooli teadlaste 1990. aastate keskel tehtud võrdlevad uurimused USA osariikides, mille tulemusel leiti, et sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus korreleerus eriti tugevalt selliste tervisenäitajatega nagu imikute suremus, täiskasvanute suremus südame- ja veresoonkonnahaigustesse, vähktõppe ning vägivaldsesse surma. On oluline rõhutada, et see kõik iseloomustas ka väga erinevate sissetulekuga jõukaid ja keskklassi kuuluvad inimesi ning peresid. Seega ei saa fenomeni seletada pelgalt vaesusest tingitud näruste elamis- ja töötingimustega. Harvardi ülikooli uurijad näitasid muu hulgas, kuidas tulude ebavõrdsuse jaotumise kas või minimaalne vähendamine toob kaasa rahvatervise näitajate märgatava paranemise (2, 3).

Kehva sotsiaal-majandusliku staatusega isikud ja pered on otseste vaesuses elamise-

ga seotud tegurite kõrval ohustatud ka hul-
gast haigestumist soodustavatest **psühho-
sotsiaalsetest teguritest**, mis on seotud
võimu ja ressurside ebavõrdse jaotumisega:
ennekõike sotsiaalsete suhete ja toetuse puu-
dumine, isiksuslikud aspektid ning stress
kodus ja tööl. Mida kauem inimesed elavad
stressi tekitavates sotsiaalsetes ja majandus-
likes tingimustes, seda suurem on nende fü-
sioloogiline kulumine. Kahju tervisele ei tu-
lene mitte ükski materiaalsest puudusest, vaid
ka suhtelises vaesuses elamise sotsiaalsetest
ja psühholoogilistest probleemidest (4).

Artikli autorite huvi teema vastu sai algu-
se USA sotsiaaltöö tuntud professori Ste-
phen M. Rose'i aastatel 1999–2003 Tallinna
Ülikoolis peetud loengutest, mille läbivateks
teemadeks olid tervise sotsiaalsed determi-
nandid, keskendudes eriti sotsiaal-majandus-
likule ebavõrdsusele. Tollal veel täiesti
uudne teema paelus ning köitis niivõrd, et
otsustasime algatada oma uurimisprojek-
ti **eesmärgiga** leida tõendeid seoste koha-
ta Eesti inimeste tunnetatud tervise ning
sotsiaal-majandusliku ja psühhosotsiaalse
seisundi vahel. Sotsiaaltöö valdkonna uuri-
jatena otsustasime seejuures keskenduda
eelkõige riskirühmadele (nagu toimetuleku-
raskustes olevad pered, eakad ja pensionärid,
kroonilise haiguse või puudega inimesed,
riskikäitumisega isikud), mis on meie uuri-
muse eripäraseks nišiks juba olemasolevate
sotsiaalepidemioloogiliste ja terviskäitumise
uuringute seas, kus kõnealust fenomeni vaa-
deldakse põhiliselt üldiselt, vanuserühmade
ja soo kaupa. Meil on seejuures hea meel
tõdeda, et sotsiaalepidemioloogilised uuri-
mused leiavad järjest enam populaarsust ja
kandepinda ka Eestis. See on mõistetav ja
vajalik, kuna sotsiaal-majanduslik ebavõrd-
sus on siin viimastel aastakümnetel oluliselt
sävenenud ning vaesus ja sotsiaalne tõrjutus
on kujunenud ühiskonna valulisemateks sot-
siaalseteks probleemideks.

PÕHILISED MÕISTED JA KONTSEPTSIOONID

Tervis on füüsilise, sotsiaalse ja vaimse
heaolu tervisemõjurite toimel muutuv sei-

sund, mitte ainult haiguste ja puuete puu-
dumine. Tervis ei ole elamise eesmärk, vaid
igapäevase elu vahend; positiivne mõiste,
mis toonitab sotsiaalseid ja individuaalseid
ressursse ning füüsilisi võimeid. Ewles ja
Simnett on täiendanud WHO 1948. a tervise
definitsiooni emotsionaalse, spirituaalse
ja ühiskonna mõju aspektiga (5). Lucas ja
Lloyd (6) ning Blaxter (7) tähtsustavad li-
saks spetsialistide tervisekäsitlusele avalikku
arvamust, s.t seda, kuidas tavaline inimene
tunnetab oma tervist ja mis on talle seejuures
tähtis. Näiteks keskealised ja vanemad
inimesed, eriti naised, peavad tervise aspek-
tist oluliseks eelkõige psühhosotsiaalset hea-
olu ja sotsiaalseid suhteid. Noored ja mehed
tähtsustavad seevastu enam füüsilist tervist.
Vanemaealised nimetavad tervise märksõ-
nana energiat ja vitaalsust, krooniliste hai-
guste põdejad vaevustevaba seisundit/hai-
guse puudumist jms.

Heaolu on väga laialdaselt ja erinevates
tähendestes kasutatav termin, mille sisu
sõltub kasutamise kontekstist. Eri definit-
sioonide ühise joonena võiks siinkohal välja
tuua vaid viite inimese „heale olemisele“. Pro-
bleem on keeruline, kuna heaolu alla an-
nab mahutada väga erinevaid komponente
vägagi erinevatest valdkondadest (nii võib
rääkida näiteks materiaalsest, sotsiaalsest ja
emotsionaalsest heaolust). Seejuures pole ka
selge, kes hindab olukorda (objektiivne *ver-
sus* subjektiivne heaolu) (8). Tuleb rõhuta-
da, et heaolu all ei saa mõista ainult inimese
vajaduste rahuldatust. Nii on Giddens (9)
heaolu kontseptsiooni laiendanud elupoliiti-
ka (*life politics*) käsitlusega, mis rõhutab uute
võimaluste leidmist ja valikute tegemist ini-
mese elukaare igal etapil. Üldjuhul peetak-
segi heaolu all silmas inimese põhiliste vaja-
duste rahuldatust ning võimalust oma elus
eesmärke püstitada ja nende poole püüelda.

Lisaks heaolukäsitlustele tuleks kindlas-
ti vahet teha **individuaalsel ja sotsiaalsel
heaolul**. Sotsiaalsest heaolust rääkides tu-
leks mainida ka **avaliku toetuse ulatust**,
mis on mõeldud inimesi teatud kindlates
riskitingimustes (näiteks lapsepõlv, haigu-

sed, vanaduspõli, töötus) kaitsma. Tuleb tunnistada, et termini „heaolu“ juures on palju segast, mitte alati ei vaevu kasutajad seletama selle spetsiifilist sisu, ka haaratakse heaolu konstrueerimisse komponente, mis on vastuolulised ja/või mida pole võimalik empiirilisel kontrollida (10).

Sotsiaalteaduslikes uurimustes on heaolu kontseptsiooni defineerimisel ilmselt üheks populaarsemaks meetodiks lähtumine Allardt heaolu dimensioonide käsitlest (11). Allardt kasutab heaolu mõõtmisel järgmisi kriteeriumeid: sissetulek, eluase, poliitiline toetus, sotsiaalsed suhted, asendamatuks olemine, huvitavate asjadega tegelemine, tervis, haridus ja rahulolu eluga. Seejärel jagab ta need kolme – nüüdseks juba klassikalise – dimensiooni vahel, milleks on *having* (omamine, materiaalne heaolu), *loving* (armastamine, sotsiaalne heaolu) ja *being* (olemine, inimese sisemiste normide ja väärtustega seondud heaolu). Sellisest heaolu tähendusest lähtusime oma uurimuses ka meie.

Toimetulek on eelmisega võrreldes samavõrd sagedasti kasutatav, ent paraku ka samavõrra abstraktne mõiste, mis on alati seotud kindla aja ja kohaga (nagu mõistagi ka heaolu). Laialt on levinud toimetuleku määratlused nagu „võime probleemidega toime tulla“. Sellisest arusaamast lähtuvalt on toimetulekut muu seas defineeritud ka sotsiaalhoolekandeseaduses („toimetulek on isiku või perekonna füüsiline või psühhosotsiaalne võime igapäevases elus toime tulla“) (12). Psühholoogias käsitletakse toimetulekut kui hakkamasaamist stressiolukordades; kognitiivset ja käitumuslikku pingutust väliste või sisemiste nõuete ning nendevaheliste konfliktidega toime tulla (13). Toimetulek viitab ebameeldivuste, hirmude jt negatiivsete emotsioonide ületamise viisile, muutustele inimeste hinnangutes. Edukas toimetulek suurendab eneseteadlikkust ja sisemist kontrolli. Toimetuleku ressursid võib jagada isikusisesteks (isiksusejooned, võimed, oskused, maailma tunnetamise viis) ja isikuvälisteks (rahalsed ressursid ja sotsiaalne toetus) (14). Wiman toob toimetuleku

eltingimustena välja inimese füüsilised ja vaimsed võimed, motivatsiooni mingis olukorras toime tulla, adekvaatse info ja teadmiste olemasolu, oskused ja vilumus ning võimalused sobivate keskkonnatingimuste näol. Kui mõni neist eltingimustest on täitmata või puudulik, võivad ilmned toimetulekuprobleemid (15).

Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus on seotud ühiskondliku stratifikatsioonisüsteemiga ning viitab oluliste (ennekõike majanduslike ja staatuslike) ressursside ebavõrdsel jaotumisele inimeste ja sotsiaalsete rühmade vahel. Selle artikli väike maht ei võimalda mõistagi avada sotsiaal-majandusliku ebavõrdsuse mõistet kogu tema keerukuses ja kompleksuses, märkigem vaid, et suur sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus toob enesega kaasa tõsiseid sotsiaalseid ja majanduslikke probleeme: kahandab sotsiaalset kapitali, võib põhjustada vaesuslõksu, pidurdab majanduskasvu, suurendab sotsiaalsete konfliktide ohtu, soodustab kuritegevust jne (16).

Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus võib viia kehvema sotsiaal-majandusliku staatusega inimeste tõsiste terviseprobleemideni ka siis, kui neil on olemas ligipääs arstiabile ja nad ei ela vaesuses (Marmoti Suurbritannia riigiametnike uuring). Fenomeni seletatakse **psühhosotsiaalse stressi** (*psychosocial stress*) kaudu, mis kirjeldab, kuidas sotsiaalne stratifikatsioonisüsteem ja kehv sotsiaal-majanduslik staatus võivad viia paljude tervisegradientidega seotud haiguseni. Mida suurem on ebavõrdsus, seda intensiivsemad on sotsiaalsed hierarhiad ning seda kehvemad inimestevahelised suhted. See aga paisutab stressi taset ühiskonnas ning suurendab stressist põhjustatud tervisehäädade levikut. See ei kehti ainult vaeste, vaid ka rikkaste puhul (17).

UURIMISMATERJAL JA MEETODID

Eeldasime, et sotsiaal-majanduslikud tegurid avaldavad inimese tervislikule seisundile ja riskikäitumisele olulist mõju. Uurimuse üldisest eesmärgist lähtuvalt püstitasime **empiirilise eesmärgi** selgitada välja seosed

Eesti inimeste tervise enesehinnangu, stressitunnetuse, mitmete sotsiaal-majanduslike ja psühhosotsiaalsete muutujate ning ärevuse ja depressiivsuse vahel, millest tulenevalt valisime sobivaks andmekogumismeetodiks kvantitatiivse **ankeetküsitluse** ja valmis-tasime koostöös psühholoogiadoktor Eha Rüütli, sotsiaaltöö osakonna dotsendi Anne Tiko ja sotsiaaltöö eriala doktorandi Katrin Raamatuga ette küsimustiku, milles kajastusid küsitletava sotsiaal-majanduslik taust ja lapsepõlvkogemused, tervisliku seisundi ning stressitunnetuse enesehinnang, kroonilised haigused, tervist kahjustavad harjumused, psühholoogilised iseärasused jms. Anonüümse ankeetküsitluse tegid enese hallatud küsitluse vormis (*self-administered questionnaire*) aastatel 2001–2002 sotsiaaltöö eriala üliõpilased põhiliselt toimetulekuraskuste, krooniliste haiguste, puudega või riskikäitumisega isikute seas. Vastajad hindasid oma tervist 1–5pallisel ja stressi tugevust 1–10pallisel skaalal. Ärevust ja depressiivsust hinnati emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK) alusel, mille äralõikepunktiks oli 12 (18). Enese tunnetatud sotsiaal-majanduslikku staatust (SES, *socio-economical status*) hinnati 1–5pallisel skaalal. Ankeet sisaldas nii avatud (struktureerimata), valikvastustega kui ka skaaladel põhinevaid küsimusi (kokku 105).

Valimi moodustamise juures tuli tahe-tahtmata arvestada kõikehaarava valimi raamistiku koostamise võimatust, mistõttu otsustasime mittetõenäosusliku eesmärgist lähtuva valimi (*purposive sampling*) kasuks. Eesmärgist lähtuv valim põhineb üksuste võtmisel valimisse nende eksponeeritusel või tervisestaatusel. Valimi moodustasid 308 isikut vanuses 17–85 a, neist mehi oli 157 ja naisi 153. Küsitletute keskmine vanus oli 56 aastat: 25% vastanutest olid 17–49aastased, 46% 50–64aastased ja 29% 65–85 a vanused. 97% küsitletutest olid rahvuselt eestlased. Algharidus oli 10%-l vastanutest, põhiharidus 18%-l, kesk- ja keskeriharidusega vastanuid oli vastavalt 21% ja 23% ning kõrgharidusega 28%.

Andmeanalüüsimetoditena kasutasime tunnuste omavaheliste põhjuslike seoste suuna ja tugevuse hindamisel korrelatsioonanalüüsi. Sõltumatuks muutujaks oli üldjuhul SES ning sõltuvateks stress, ärevus ja depressiivsus ning muud tervisenäitajad. Tunnuse ühisjaotuse iseloomustamiseks ja kontrolliks kasutasime ka risttabelleid. Ilmnenud korrelatiivsetest seostest oleme järgnevalt arvestanud vaid statistiliselt olulisi (piiriks $p = 0,05$).

TULEMUSED

Uurimuse tulemuste väljatoomisel on selguse mõttes esitatud vastuste tähtsamad jaotused ja ilmnenud seosed teemade kaupa. Järgnev analüüs ei puuduta kõiki ankeedis esitatud küsimusi (näiteks jäi uurimuse eesmärgist tulenevalt täiesti kõrvale lapsepõlvkogemuste osa).

TÖÖHÕIVE, SISSETULEKUD JA MAJANDUSLIK OLUKORD

- 54% küsitletutest töötas, 9% olid töö kaotanud ja otsisid uut, 3% ei töötanud ajutiselt ja 34% olid pensionärid või mingil muul põhjusel mitteaktiivsed.
- 66% töötajatest olid oma tööga rahul või väga rahul.
- Enamiku vastanute (65%) kuine sissetulek pereliikme kohta oli kuni 2250 krooni, 34%-l vaid kuni 1500 krooni.
- Majandusliku toimetuleku poolest hindas oma peret jõukaks või heal järjel olevaks 27% nooremast vanuserühmast (tinglikult 17–49aastased), 23% kesk- (tinglikult 50–64aastased) ja 16% vanemaelistest (tinglikult 65aastased ja vanemad). Aeg-ajalt raskustega tuli toime 57% noortest, 61% keskealistest ja 67% eakatest. Tihti koges majanduslikke raskusi või elas pidevas puuduses vastavalt 16%, 16% ja 17%.

VAJADUSTE RAHULDA(MA)TUS, LOOBUMINE TÄRVIKUST JA VAJALIKUST

- Raha piiratuse tõttu olid vastajad küsitluseelse aasta jooksul loobunud kõige

sagedamini meelelahutustest (68%) ja kultuurikaupadest (56%), jalanõude, riiete ja pesu ostmisest ning vaba aja harrastustest ja sportimisest (võrdselt 44%), mõnevõrra vähem (39%) oli tulnud loobuda suhtlemisest sõprade ja sugulas- tega.

- Hambaarsti juures käimisest oli pidanud loobuma 41% ja hambaproteesidest 38% vastanutest, abivahenditest 27% ning ravimitest 24%.
- Avatud vastusena nimetati kõige sagedamini reisimisest loobumist.
- Suhteliselt kõige raskemas olukorras olid vanemaealised, kellest rahaliste raskuste tõttu oli meelelahutustest loobunud 74%, kultuurikaupadest 65%, suhtlemisest sõprade ja sugulastega 48%, igapäevasest tervislikust toidust 39% ning ravimitest 31%.
- Eluasemekulud jäid tasumata 7–13%-l küsitletutest, sagedamini keskmises eärühmas.

ENESE MÄÄRATUD SOTSIAAL-MAJANDUSLIK STAATUS (SES)

- Küsitluse ajal hindas oma SESi heaks või väga heaks 22% vastanutest ja kehvaks/viletsaks 32%.
- Kui palusime vastajatel hinnata oma SESi kogu oma varasema elu jooksul, olid vastavad näitajad 37% ja 7%. SESi muutust küsitlusele vastamise hetkega võrreldes ei tunnetanud 46% vastanutest.
- SESi halvenemist tajus 43% vastanutest ning paranemist vaid 11%.
- Enim oli SES halvenenud eakatel (54%), vähem keskealistel (47%) ja kõige vähem nooremas eärühmas (24%). Nii stabiilse SESi kui ka paranenud SESi grupis oli suhteliselt enam noori. N-õ kaotajateks osutusid väikse sissetulekuga keskealised ja eakad, sagedamini alg- ja põhiharidusega inimesed.
- SESi paranemist tunnetas 20% nooremaealistest vastanutest, 11% kesk- ja vaid 3% vanemaealistest.
- Korrelatsioonanalüüsist ilmnas lisaks, et kõige määravamalt rolli mängisid SESi hin-

damisel majanduslikest teguritest rahulolu elamistingimustega, suutlikkus tasuda eluasemekulusid, hinnang pere majanduslikule toimetulekule, elamine säästudest, sissetulekute ja väljaminekute tasakaalu säilitamine ja see, kas inimesel on tulnud millestki vajalikust rahapuudusel loobuda. Sotsiaalsetest teguritest korreleerus SES lähedase inimese ja kindla suhte olemasoluga.

TUNNETATUD TERVIS (PERCEIVED HEALTH) JA PSÜHHOSOTSIAALNE SEISUND

- Vaid 28% küsitletutest hindas oma tervislikku seisundit heaks või väga heaks, 48% hindas oma tervislikku seisundit keskmiseks ja 24% halvaks või väga halvaks.
- Enese määratud stressitase oli järgmine: 1–3 p (stressi ei ole / on vähe) 38%-l, 4–7 p (keskmine stressitase) 45%-l ning 8–10 p (tugev stress) 17%-l.
- Ülemäärane ärevus ja depressiivsus (12 ja enam punkti) ilmnasid vastavalt 29%-l ning 26%-l vastanutest; 25 vastanu skoor depressiooniskaalal oli 19–29 punkti.
- Tervise ja stressitaseme enesehinnang ning ärevus- ja depressiooniskoor olid meestel ja naistel olulise erinevusega, kuigi naised tundsid üksiksümptomina oluliselt enam kurvameelsust. Küsitletute väärtushinnangutes olid (oluliste sooliste erinevusteta) esikohal lähedussuhted, järgnesid materiaalne kindlustatus, tervis ja haridus ning teadmised.
- Peaaegu või täiesti turvaliselt tundis end 51% küsitletutest, peaaegu või täiesti õnelikke oli 56% ning rahulolevaid 59%. Täiesti rahulolematuid oli 15% ja 26% olid rahul vähesel määral.
- Küsitlusele eelnenud kuu jooksul oli sageli või pidevalt tundnud üksildust 16% vastanutest, lootusetust tuleviku suhtes kogenud 22% ja kurvameelsust 17%. Alaväärsustunne oli kummitanud 7% vastanutest ning surma- ja enesetapumõtted mõnikord 5% ja sageli/pidevalt 2%.
- Korrelatsioonanalüüsist ilmnas lisaks, et kõige enam rõhutasid vastajad oma tunnetatud tervise hindamisel kõrget vere-

rõhku, südamevaevusi, suhkurtõbe, seljavalusid, liigeschaigusi, bronhiiti, peavalu ja depressiooni ning masendust.

SEOSED TUNNETATUD TERVISE JA PSÜHHOSOTSIAALSE SEISUNDI NING MAJANDUSLIKU OLUKORRA VAHEL

- Tervise enesehinnang korreleerus kõige tugevamalt depressiivsuse, stressitaseme, ärevuse ja vanuse ning SESiga, mõnevõrra nõrgem oli seos SESi muutumisega, hariduse ja kuusissetulekuga. Seega oleb tervise enesehinnang eelkõige emotsionaalsest heaolutundest, on mõõdukas korrelatsioonivaheline vanuse ja sotsiaal-majandusliku staatusega ning mõnevõrra nõrgemas seoses enese määratud sotsiaal-majandusliku staatuse halvenemise, hariduse ja sissetulekuga. Need, kelle enesetunnetatud SES oli elu jooksul halvenenud, madala haridustaseme ja väikese sissetulekuga küsitletud hindasid oma tervist halvemaks.
- Depressiivsus korreleerus tugevalt ärevuse, stressi taseme ja enese määratud sotsiaal-majandusliku staatuse halvenemisega, mõnevõrra nõrgemini SESi tasemega.
- Kuusissetulek pereliikme kohta seostus haridusega ning psühhosotsiaalsetest näitajatest kõige enam depressiooniskoori ja selle alakomponentidega (lootusetus tuleviku suhtes, alaväärsustunne ja üksildus), aga ka õnnelikkuse ja rahuloluga.
- Need, kelle enesemääratud SES oli elu jooksul halvenenud, väikese sissetulekuga ja enesehinnanguliselt kehva sotsiaal-majandusliku staatusega küsitletud olid suurema depressiooniskooriga, polnud eluga rahul ja olid vähem õnnelikud. Vastanute haridustase seostus eelkõige sissetulekuga, vähem tunnetatud tervise ja depressiooniskooriga.

ARUTELU

Sotsiaal-majanduslikest ja -psühholoogilistest muutustest tingituna on tervisehädad meditsiinilise tähenduse kõrval muutumas

ka oluliseks sotsiaalseks probleemiks. Nii tähtsustatakse terviseuuringutes objektiivsete meditsiiniliste andmete kõrval järjest enam ka inimese subjektiivset ehk tunnetatud heaolu ja tervist, mis peegeldab inimese elukogemust ja avaldab mõju tema toimetulekule. Ankeetküsitluse vastuste analüüsimisel selgus, et tervise enesehinnang korreleerus kõige tugevamini küsitletu subjektiivse heaolu näitajate (depressiooni- ja ärevusskoor EEK alusel ja stressitaseme) ja vanusega ning mõnevõrra vähem sotsiaal-majandusliku staatusega. Tervis ja eluga toimetulek on tugevasti seotud näitajad, sest ühelt poolt teravdab stressiseisund isikliku ja ühiskonnaelu valuprobleemide tunnetamist, teisalt on eluraskused stressi kujunemise ajendiks. Oma soovidest loobumine põhjustab sageli rahulolematust, mille lõpptulemusena kujuneb pinget ja stress (18).

Depressiooni seosest ärevuse, stressi ja sotsiaalse toimimisega on Eesti Arsti veerugudel varem kirjutatud (18). Kõige suurema depressiooniskooriga meie valimis olid 51–60aastased küsitletud, kuigi vanemas eärühmas olid nii tunnetatud tervis kui SES halvemad. See on seletatav nii ealiste füsioloogiliste muutuste kui tööhõive probleemidest tingitud ärevuse ja stressiga. Asjaolu, et depressiivsus korreleerub enam tunnetatud sotsiaal-majandusliku staatuse taseme langusega ning vähem SESi tasemega, viitab samuti psühholoogiliste tegurite tähtsusele tunnetatud tervises.

Meie uurimusest ilmnes muu hulgas, et mehed ja noored tunnetavad materiaalselt kitsikust teravamalt ja valulikumalt ning suunduvad enam riskikäitumise teele. Naised on loomult emotsionaalsemad ja loobuvad kergemini eluks esmavajalikest. Eakatel on kehvem tervis, kuid nad on vähem nõudlikud ning loobuvad rahapuudusel sagedamini meelelahutustest, kultuurikaupadest, suhtlemisest sõpradega ja täisväärtuslikust toidust, ka ravimitest, püüdes samas toime tulla eluasemekulude tasumisega.

Meie uurimuse tulemused kinnitavad väidet (18), et suurema sissetulekuga inime-

sed on rahuleavamad ja parema tervisega, kuid sissetulek ja stressitase ei ole statistiliselt oluliselt seotud. Siit tuleneb vajadus uurida täiendavalt asjakohaseid isiksuslikke tegureid.

Hird teeb kokkuvõtte (8), et kuigi inimese kehvade tervise seletamisel on järjest enam kandepinda võitmas ühiskonna struktuuriga seonduvad süsteemsed tegurid (siirdeperiood, tervishoiukriis vms), asuvad tervisehäädade kõige otsesemad põhjused siiski indiviidi tasandil. Nende põhjuste uurimiseks kasutatakse mitmesuguseid skaalasid, näiteks tunnetatud sidususe (SOC, *Sense Coherence Scale*) oma, mida Eesti Arsti veergudel on ka tutvustatud (19). SOCd sisaldas ka meie kasutatud ankeet ning väikese valimiga ($n = 186$) saadud regressioonanalüüsi tulemused näitasid, et tervise seisundi kujundajana olid esiplaanil pikemaajaline tervisehäire / krooniline haigus ning alkoholarbimine, tunnetatud sidusus, majanduslik toimetulek ja vastaja isa haridustase, mida peetakse tähtsaks pere sotsiaal-majandusliku staatuse näitajaks (20).

JÄRELDUSED

Uuringu tulemusena leidis kinnitust meie eeldus, et sotsiaal-majanduslikud tegurid avaldavad inimese tervislikule seisundile ja riskikäitumisele olulist mõju. Inimese tunnetatud üldine tervislik seisund, eriti emotsionaalne tervis (depressiivsus, ärevus), on seotud tema sotsiaal-majandusliku olukorraga, seejuures enam enese määratud sotsiaal-majandusliku staatuse kui sissetuleku suurusega. Kehv SES-hinnang tuleneb eelkõige majanduslikest teguritest, mis seonduvad tulude ja väljaminekute tasakaalus hoidmisega, rahanappusest tingitud loobumisega oma vajaduste rahuldamisest. Sotsiaal-majandusliku ebarõrdsuse leevendamine ühiskonnas on ühteaegu Eesti rahvastiku tervisenäitajate märgatava parandamise võtmeks ja eelduseks.

Uurimuses käsitletud teemavaldkond väärib autorite arvates edasist uurimist, praeguseks on valim suurendatud juba 520 erineva sotsiaalse taustaga isikuni.

TÄNUAVALDUS

Täname kolleege ja üliõpilasi meeldiva koostöö eest ankeedi koostamisel ja andmete kogumisel.

lausvee@tlu.ee

KIRJANDUS

- Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health & longevity. Times Books; 2004.
- Waldmann RJ. Income distribution and infant mortality. The Quarterly Journal of Economics 1992;107:1283–302.
- Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. BMJ 1992;304(18):165–8.
- Lanz PM, House SJ, Lepkowski JM, et al. Socioeconomic factors, health behaviors and mortality: results from a nationally representative study of US adults. JAMA 1998;279(21):1703–8.
- Ewles L, Simnett I. Promoting health. A practical guide. London: Scutari Press; 1992.
- Lucas K, Lloyd B. Health promotion evidence and experience. London & New Dehli: Thousand Oaks & SAGE Publications Ltd; 2005.
- Blaxter M. How is Health Experienced? In: Douglas J, Earle S, Handsley S, et al (eds). A reader in promoting public health. Challenge and controversy. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications Ltd; 2007. p. 26–32.
- Hird S. What is wellbeing? A brief review of current literature and concepts. NHS Scotland; 2003.
- Giddens A. Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press; 1991.
- Brandt RB. The concept of welfare. In: Timms N, Watson D (eds). Talking about welfare: readings in philosophy and social policy. London: Routledge; 1976. p. 64–87.
- Allardt E. Dimensions of welfare in a Comparative Scandinavian Study. Acta Sociologica 1976;19(3):227–39.
- EV sotsiaalhoolekandeseadus. RT I 1995, 21, 323.
- Kallasmaa T. Isiksus ja kohanemine. Kogumikus: Allik J, Realo A, Konstabel K (toimetajad). Isiksusepsühholoogia. Tartu: TÜ kirjastus; 2003. lk 139–68.
- Stroebe MS, Stroebe W. Social psychology and health. Open University Press; 1995.
- Wiman R. Towards an integrated theory of help. Helsinki: National Board of Social Welfare; 1990.
- Cornia GA, Court J. Inequality, growth and poverty in the era of liberalization and globalization. Helsinki: UNU World Institute for Development Economics Research; 2001.
- Wilkinson R. The impact of inequality: how to make sick societies healthier. The New Press; 2005.
- Aluoja A, Shlik J, Vasar V. Depressioon ja sotsiaalne toimimine. Eesti Arst 2004;83(4):241–6.
- Rüütel E. Tunnetatud sidusus tervise kontekstis. Eesti Arst 2003;82(8):550–4.
- Rüütel E, Lausvee E. Tunnetatud sidusus ennustavad tegurid ja selle seos tervisega. Kogumikus: Rahvusvaheline konverents "Inimteadvus ja käitumine muutuvus maailmas". Tallinn; 2004. lk. 27–33.

SUMMARY

Health effects of socioeconomic status

A growing body of evidence indicates that socioeconomic status (SES) is a strong predictor of health. Our research is organised around an integrated conceptual model of the environmental and psychosocial pathways by which SES alters the performance of people's health, thereby affecting disease risk and disease progression.

The **main aim** of the current survey was to find relationships between socio-economic conditions and different health indicators (e.g. lifestyle, habits, beliefs and chronic diseases). Our study focuses mainly on the pathways of the health effects of socioeconomic status.

METHOD. We used a special interdisciplinary questionnaire. The research sample was selected from different backgrounds: retired people, students, clients of social work agencies, etc. There were a total of 308 respondents. We assumed that the effects of poverty and extreme adversity alone do not explain the association of SES with health and there is a strong, two-directional association between socioeconomic status and health.

RESULTS. There is a significant positive correlation between self-rated health status and self-rated socioeconomic status. We found a significant positive correlation of the respondents' self-rated SES with different diseases and health problems like socio-economic stress, depression, heart diseases, indigestion, hypertension, etc. A significant correlation appears to occur also between SES and some risk related health behaviours (e.g. smoking). Lower SES increases the likelihood that individuals will encounter negative events, diseases and problems with their mental and physical health. We found evidence for association between people's socioeconomic status and health in Estonia.

CONCLUSION. The significant relationship between SES and health explains partly the differences in the health of various social groups in Estonia. For solving people's health problems, not only our health care services should be developed but it is also necessary to take SES into consideration in making effective adjustments to programme and policies that have a profound impact on the well-being of people.