

Postmenopausis naiste tervise enesehinnangu ja elukvaliteedi seos

Krista Fischer¹, Piret Veerus^{2,3},
Mati Rahu^{2,3} – ¹MRC Biostatistics Unit,
Institute of Public Health, Cambridge,
²Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia
ja biostatistika osakond, ³Eesti Käitumis-
ja Terviseteaduste Keskus

Võtmesõnad: naised, tervise enesehinnang,
elukvaliteet, EQ-5D

Inimese terviseseisundi ja sellega seotud elukvaliteedi hindamiseks ning eri riikide ja uuringute võrdlemiseks on välja töötatud mitmeid standardseid küsimustikke. Üks lihtsamaid võimalusi terviseseisundi subjektiivseks hindamiseks küsitlusuuringutes on paluda inimesel ise hinnata oma tervist viiepalliskaalal (väga hea, hea, rahuldav, halb, väga halb). Üks Euroopas enam kasutatud terviseseisundiga seotud elukvaliteedi küsimustikke on EQ-5D (*EuroQol*), mis koosneb viiest küsimusest, millest igaüks puudutab elukvaliteedi eri tahku ja millele tuleb vastajal anda hinnang kolmepalliskaalas. Lihtsa tervise enesehinnangu ja EQ-5D seost ning nende seoseid objektiivsete tervisenäitajatega pole palju uuritud, sest enamikus uuringutes on valitud vaid üks meetod terviseseisundi ja/või tervisega seotud elukvaliteedi hindamiseks.

1999–2004 Eestis toimunud rahvusvahelise uuringu „Üleminekuiga ja naiste tervis“ andmed pakuvad võimaluse sellisteks võrdlusteks. Teise uurin-
guaasta lõpus saadeti osalejatele küsit-

lusankeet, mis sisaldas EQ-5D küsimusi, samuti küsimusi tervise enesehinnangu, sotsiaalse staatuse, laste arvu jpm kohta. Küsitlusele vastanud 1251 postmenopausis naise enesehinnang tervisele ja terviseseisundiga seotud elukvaliteet olid omavahel tugevasti seotud, neid mõjutasid isikul esinevate haiguste arv ja nende raskuste, vanus ja asjaolu, kas vastanu küsitluse hetkel töötas. Abielus või vabaabielus naised ja naised, kel oli rohkem kui üks laps, hindasid oma tervist paremaks.

Elukvaliteedi mõiste on oluline terviseteaduses, samuti poliitika-, sotsiaal- ja majandusteaduses. Elukvaliteedi all mõistetakse isiku subjektiivset hinnangut oma kehalisele ja sotsiaalsele heaolule ning ümbritsevale kultuuri-, majandus- ja elukeskkonnale (1, 2). Terviseseisundiga seotud elukvaliteeti saab mõõta mitme meetodiga, millest tuntuim on Rotterdami Ülikoolis välja töötatud *European Quality of Life (EuroQol)* ehk EQ-5D) standardne küsimustik (3, 4). EQ-5D leiab kasutamist nii iseseisva elukvaliteeti kui ka ravimeetodite kulutõhusust mõõtvana instrumendina (5).

EQ-5D koosneb viiest küsimusest. Igale küsimusele saab vastata ühega kolmest vastusevariandist (probleemi pole, probleem on mõõdukas, probleem on tõsine), tulemus väljendatakse numbrilise hinnanguga elukvaliteedile (vt tabel 1). Küsimused hõlmavad liikumist, enesehooldust, igapäevaseid toiminguid, valu ja/või ebamugavust ning ärevust ja/või masendust. EQ-

Tabel 1. Euroopa elukvaliteedi küsimustik EQ-5D

Liikumine	
Käimine ei valmista mulle mingeid raskusi	<input type="checkbox"/> Palun tehke
Käimine valmistab mõningaid raskusi	<input type="checkbox"/> linnuke <input checked="" type="checkbox"/> ühte
Ma olen voodihaige	<input type="checkbox"/> kolmest kastist
Enesehooldus	
Enese hooldamine ei valmista mingeid raskusi	<input type="checkbox"/> Palun tehke
Enese pesemine või riidesse panek valmistab mõningaid raskusi	<input type="checkbox"/> linnuke <input checked="" type="checkbox"/> ühte
Ma ei saa iseseisvalt ennast pesta või riidesse panna	<input type="checkbox"/> kolmest kastist
Tavalised tegemised (nt töö, õpingud, kodused tööd, perekondlikud või vaba aja tegemised)	
Tööd ja tegemised ei valmista mulle mingeid raskusi	<input type="checkbox"/> Palun tehke
Tööd ja tegemised valmistavad mulle mõningaid raskusi	<input type="checkbox"/> linnuke <input checked="" type="checkbox"/> ühte
Ma ei saa tööde ja tegemistega hakkama	<input type="checkbox"/> kolmest kastist
Valu/ebamugavustunne	
Mul ei ole mingeid valusid või ebamugavustunnet	<input type="checkbox"/> Palun tehke
Mul on mõõdukas valu või ebamugavustunne	<input type="checkbox"/> linnuke <input checked="" type="checkbox"/> ühte
Mul on väga tugev valu või ebamugavustunne	<input type="checkbox"/> kolmest kastist
Ärevus/masendus	
Mul ei ole ärevust või masendust	<input type="checkbox"/> Palun tehke
Mul on mõõdukas ärevus või masendus	<input type="checkbox"/> linnuke <input checked="" type="checkbox"/> ühte
Mul on väga tugev ärevus või masendus	<input type="checkbox"/> kolmest kastist

5D sobib kasutamiseks täiskasvanutel väga erinevate tervise seisundite korral, küsimustik ei ole haigusomane. Küsimustiku täitmine on lihtne, võtab aega vaid paar minutit ja seda täidetakse meelsamini kui teisi elukvaliteedi küsimustikke (6).

Eesti keelde on EQ-5D tõlgitud Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis. EQ-5D on valideeritud Belgias, Hispaanias, Hollandis, Jaapanis, Saksamaal, Sloveenias, Soomes, Zimbabwes, Taanis, USAs, Uus-Meremaal ja Ühendkuningriigis (4).

Käesoleva analüüsi **eesmärk** oli võrrelda uuringus “Üleminekuiga ja naiste tervis” osalejate tervisega seotud elukvaliteeti tervise enesehinnanguga ning kahe uuringuaasta jooksul diagnoositud haiguste arvu ja raskusastmega. Lisaks uurisime, millised teadaolevad tervise seisundist sõltumatud tegurid mõjutavad EQ-5D-ga hinnatud elukvaliteeti ja subjektiivset tervisehinnangut.

METOODIKA

Aastatel 1999–2001 liitusid uuringuga “Üleminekuiga ja naiste tervis” 1823 Harjumaal (k.a Tallinnas) ja Tartumaal (k.a Tartus) elavat postmenopausis naist,

kes juhuvaliku teel määrati hormoonravi- või kontrollrühma (7). Uuringusse arvamisel oli naiste vanus 50–65 aastat (8). Teise uuringuaasta lõpus postitati kõigile osalejatele küsitlusankeet, mis sisaldas EQ-5D-d, küsimust enesehinnangu kohta tervisele (vastuseskaala: väga hea, hea, keskmine, rahuldav, halb, väga halb), küsimusi sotsiaalse staatuse, laste arvu jpm kohta. Sellele ankeedile vastas 1251 (68,6%) naist. Terviseandmeid uuringus osalejate kohta saadi iga-aastase andmete kogumise käigus Eesti Vähiregistri ja Eesti Haigekassa andmebaasidest, kus puuduvate andmete hulk on eeldatavalt minimaalne. Uuringukavandi kiitis heaks Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomitee, kõik uuringus osalejad allkirjastasid teadliku nõusoleku lehe. Uuringukäigu üksikasjalik kirjeldus on varem avaldatud (9).

Haigusseisunditest vaatlesime analüüsis alljärgnevat: pahaloomulised kasvajak (Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni RHK-10 (10) koodid C00–C96), hüpertooniatõbi (I10–I15), südame isheemiatõbi (I20–I25), südamepuudulikkus (I50), peajuveresoonte haigused (I60–I69), söögitoru-, mao- ja kaksteistsõrmikuhai-

gused (K20–K31), sapipõie-, sapiteede ja kõhunäärmehaigused (K80–K87) ning liigesehaigused (M00–M25).

EQ-5D skoori arvutamiseks on mitmetes riikides välja töötatud riigiomased rahvastiku haiguskaalud, et kohandada skoori haigusest tingitud elukvaliteedi halvene-misele. Skoori leidmisel võib ühe varian-dina kasutada ka vastusenumbrite lihtsat liitmist, mis on teisendatud skaalasse 0-st (minimaalne elukvaliteet) 1-ni (maksimaalne elukvaliteet). Sellist lihtsat kaalu-mata skoori peetakse terviseseisundiga seotud elukvaliteedi hindamisel piisavaks, sest tulemus erineb kaalutud valemite tule-musest vähe (11).

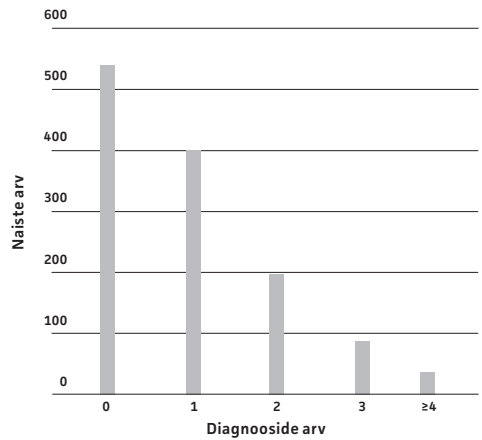
Käesolevas uuringus arvutasime EQ-5D skoori lihtsa liitmise ning Ühend-kuningriigi, Euroopa (11) ja Soome haiguskaaludega valemi (12) alusel. Me võrdlesime saadud skooride seost tervise enesehinnangu, isikul diagnoositud haigusseisundite, isiku vanuse, laste arvu, perekonnaseisu ja sellega, kas ta küsitluse hetkel töötas. Uurimaks tervise enese-hinnangu ja EQ-5D erinevalt kaalutud skooride seoseid omavahel ja diagnoo-side arvuga, kasutati Spearmani astakorrelatsioonikordajat ρ . Lihtsa EQ-5D skoori ja tervise enesehinnangu seoste uurimisel kasutati Fisheri täpset testi 2 x 2 tabelis (13), olles eelnevalt jaganud naised vastava skoori alusel kahte rühma. Saadud tulemused ei erinenud märki-misväärselt tulemustest, mis saadi, kui analüüsiti samade näitajate seoseid origi-naalskooridega.

TULEMUSED

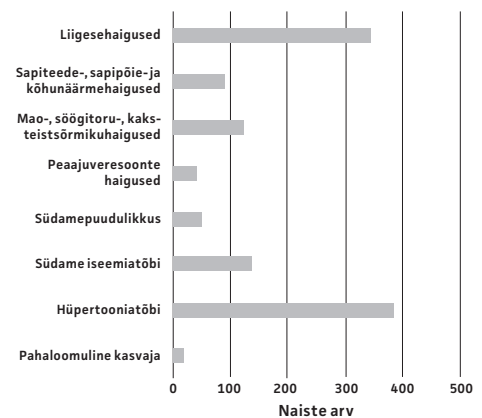
Enamik uuringus osalejatest hindas oma terviseseisundit rahuldavaks (27%), keskmiseks (31%), heaks (34%) või väga heaks (4%). Suuremal osal ei esinenud ühtki haigust või oli diagnoositud üks haigus (vt jn 1). Kõige sagedamini oli diagnoositud hüpertooniatõbe ja liigesehaigusi (vt jn 2). Enamusel (74%) ulatus elukvaliteedi skoor üle 0,8 (vt jn 3).

EQ-5D vastuste põhjal arvatud kaalutud riigiomased skoorid ja ka lihtsa liitmise teel saadud kaalumata skoor olid tugevas seoses tervise enesehinnangu ja haiguste arvuga; erandiks osutus Soome skoor, mille järgi seosed haiguste ja lihtsa tervisehinnanguga olid suhteliselt nõrgad (vt tabel 2). Edaspidi kasutasime elukvaliteedi arvutamiseks nn lihtsat valemit.

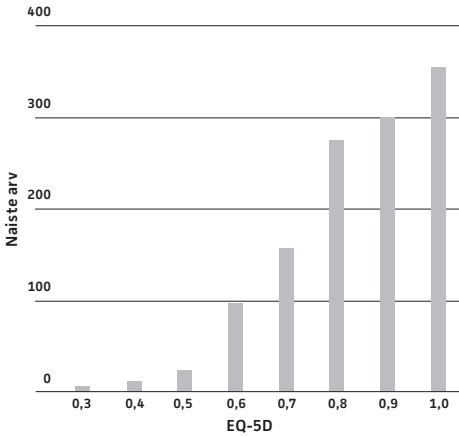
Kaalumata EQ-5D skoor oli olulises seoses tervise enesehinnanguga ($\rho = 0,59$) ja isikul diagnoositud haiguste arvuga ($\rho = 0,26$). Tervise enesehinnang oli mõnevõrra tuge-



Joonis 1. Diagnooside arvu jaotus uuringus “Üleminekuiga ja naiste tervis” osalejate hulgas teise uuringuaasta lõpus.



Joonis 2. Diagnooside jaotus uuringus “Üleminekuiga ja naiste tervis” osalejate hulgas teise uuringuaasta lõpus.



Joonis 3. EQ-5D järgi hinnatud elukvaliteedi summaarse skoori jaotus uuringus “Üleminekuiga ja naiste tervis” osalejate hulgas teise uuringuaasta lõpus.

Tabel 2. EQ-5D eri variantide skoori seos (mõõdetud Spearmani astakorrelatsioonikordajaga ρ) naiste enesehinnanguga tervisele ja diagnooside arvuga (uuring “Üleminekuiga ja naiste tervis”)

EQ-5D variant ¹	Astakorrelatsioonikordaja ρ	
	Enesehinnang tervisele	Diagnooside arv
Lihtne valem	0,59	-0,26
UK	0,59	-0,25
EL	0,59	-0,24
FI	0,17	-0,06

¹EQ-5D variandid, mille korral skoor on arvutatud Ühendkuningriigi (UK), Euroopa Liidu (EL) või Soome (FI) valemijärgi.

vamalt seotud isikul esinevate haigusseisundite arvuga (ρ = 0,31). Naistel, kelle ei esinenud elukvaliteedi küsimustiku järgi ühtegi terviseprobleemi, oli enesehinnang tervisele enamasti hea või väga

hea; paljudel naistel, kel esines üle kahe mõõduka probleemi või vähemalt üks raske probleem, oli ka enesehinnang tervisele halb või väga halb (vt tabel 3).

Uurides tervise enesehinnangut haigusrühmiti, selgus, et hinnang oma tervisele oli kehvem naistel, kellel oli diagnoositud hüpertooniatõbi, liigesehaigused, südame isheemiatõbi, mao- ja kaksteistsõrmikuhaigused, südamepuudulikkus, sapipõie-, sapiteede ja kõhunäärmehaigused või pahaloomuline kasvaja. Lisaks ilmnas, et parem tervisehinnang iseloomustab naisi, kes on nooremad, abielus või vabaabielus ja kellel on üle ühe lapse, ning kehvema tervisehinnanguga on naised, kes ei tööta. EQ-5D skooriga naiste osakaal jaotus üldiselt sarnaselt käsitletud tervise enesehinnanguga naiste osakaaluga (vt tabel 4).

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Nii enesehinnang tervisele kui ka EQ-5D abil hinnatud terviseseisundiga seotud elukvaliteet olid seotud isikul diagnoositud haiguste arvu ja nende raskusega. Ehkki enesehinnang tervisele ja terviseseisundiga seotud elukvaliteedi skoor olid omavahel tugevalt seotud, pole nad üksteisega asendatavad, sest mõõdavad inimese terviseseiundi eri tahke. Terviseseisundiga seotud elukvaliteet väljendab isiku rahulolu eluga niivõrd, kui võrd seda mõjutavad kõik tema tervist mõjutavad tegurid, s.t nii haigused kui ka nende ravi (14).

Enesehinnang tervisele ei peegelda mitte ainult inimese enesetunnet ja elukvaliteeti, vaid ühtlasi inimese teadmisi oma tervise

Tabel 3. Naiste jaotus tervise enesehinnangu järgi, lähtudes EQ-5D-ga välja selgitatud terviseprobleemide olemasolust (uuring “Üleminekuiga ja naiste tervis”)

Probleemide olemasolu EQ-5D järgi	Enesehinnang tervisele		
	Hea või väga hea (n = 465)	Rahuldav (n = 380)	Halb või väga halb (n = 364)
Mitte ühtegi probleemi (n = 352)	261 (74,2%)	62 (17,6%)	29 (8,2%)
1–2 mõõdukat probleemi (n = 571)	191 (33,4%)	231 (40,5%)	149 (26,1%)
Üle 2 mõõduka või vähemalt 1 raske probleem (n = 286)	13 (4,5%)	87 (30,4%)	186 (65,1%)

Tabel 4. Tervise enesehinnangu ja EQ-5D lihtsa valemi põhjal arvatud elukvaliteedi skoori sagedus olenevalt eri diagnooside ja taustatunnuste esinemisest või puudumisest (uuring “Üleminekuiga ja naiste tervis”)

Diagnoos/taustatunnus		Rahuldava, hea ja väga hea tervisehinnanguga naiste osakaal (%)	Suurima ja sellest 1–2 punkti võrra väiksema EQ-5D skooriga naiste osakaal (%)
Pahaloomuline kasvaja	Jah	42,1	64,7 ¹
	Ei	69,2	76,6
Hüpertooniatõbi	Jah	59,0	69,2
	Ei	73,2	79,6
Isheemiatõbi	Jah	49,3	56,6
	Ei	71,2	78,8
Südamepuudulikkus	Jah	46,0	44,7
	Ei	69,8	77,7
Mao- ja kaksteistsõrmikuhaigused	Jah	46,8	61,2
	Ei	71,2	78,0
Sapipõie-, sapiteede-, kõhunäärmehaigused	Jah	61,1 ¹	65,1
	Ei	69,4	77,2
Liigesehaigused	Jah	57,1	63,8
	Ei	73,2	81,1
Töötab	Jah	74,6	82,1
	Ei	59,9	67,7
Abielus, vabaabielus	Jah	70,9	77,1 ¹
	Ei	65,7	75,4
Vanus > 60 aasta	Jah	61,4	71,8
	Ei	74,1	79,5
Laste arv > 1	Jah	71,9	77,9 ¹
	Ei	65,0	75,6

¹ p > 0,05 (ei ole statistilist erinevust osakaalude vahel vastava tunnuse esinemise ja puudumise korral)

kohta, mis võivad olla näiteks seotud vastajale teadaolevate terviseprognoosidega kaugemaks tulevikuks. Samuti on selle küsimuse lihtsuse ja subjektiivsuse tõttu võimalikud seosed inimese üldise õnnetunde ja rahuloluga, mis ei pruugi otseselt tervisega seotud olla. Elukvaliteeti mõõtvat EQ-5D küsimused puudutavad eelkõige inimese toimetulekut igapäevatoimingutega ja enesetunnet uuringuhetkel, olles konkreetsemad ja subjektiivsetest teguritest vähem mõjutatud kui lihtne enesehinnang tervisele. Seetõttu võib pidada ootuspäraseks, et pahaloomulise kasvaja diagnoos, vastaja perekonnaseis ja laste arv mõjutasid küll subjektiivset tervisehinnangut, ent mitte elukvaliteedi skoori uuringuhetkel.

Varasematest uuringutest on teada, et terviseseisundiga seotud elukvaliteeti (15) ja enesehinnangut tervisele (16, 17) mõjutavad ka sotsiaalsed tegurid nagu haridustase, majanduslik kindlustatus, arstiabi kättesaadavus, ühiskondlik staatus jms. Meie uuringus olenesid tervise enesehinnang ja tervisega seotud elukvaliteet oluli-

selt sünnitatud laste arvust ja sellest, kas naine küsitluse hetkel töötas.

Ülaltoodud väited põhinevad vaid konkreetsetes vanuses ja uuringus “Üleminekuiga ja naiste tervis” osalenud naiste küsitlusuuringu tulemustel. Samas on teada, et eri tegurite mõju naiste ja meeste tervisehinnangule võib olla erinev (15, 16, 18). Meie uuringus oli vaid 4% osalejate enesehinnang tervisele halb või väga halb, teistes riikides korraldatud uuringutes on see olnud naisrahvastikus 9% (15) ja kogurahvastikus kuni 25% (17). Sellise erinevuse põhjuseks on tõenäoliselt tõik, et uuritavad ei moodusta mitte juhuvalimit vastava vanuserühma rahvastikust, vaid nad on valitud uuringusse teatud kriteeriumide järgi. Siiski võib arvata, et leitud seosed erinevate tervise ja elukvaliteedi hinnanguliste skooride ning objektiivsete tervisenäitajate vahel kehtivad ka üldisemalt.

Klinitsistid ja poliitikud kasutavad terviseseisundiga seotud elukvaliteeti järjest enam riiklike tervisepoliitiliste otsuste ja ravi tõhususe hindamiseks (19). Eestis

tuleks EQ-5D valideerida rahvastikuva-
limi postküsitlusega, et nii hõlmata teisigi
vanuserühmi ja mõlemast soost inimesi.
Seejärel saaks senisest julgemini rakendada
EQ-5D küsimustikku kliinilistes uuringutes
ja rahvastiku terviseküsitlustes. Kindlasti
ei tasuks alahinnata lihtsat viiepaliskaalal
antud tervise enesehinnangut kui inimese
tervise mõödikut. Tervise enesehinnang on
teadaolevalt (20, 21) tugevas seoses haiges-
tumuse ja suremusega.

TÄNUAVALDUS

Artikli autorid tänavad kõiki uuringus osalenud naisi,
arste ja ämmaemandaid, uuringurühma liikmeid
Tervise Arengu Instituudis ning Soome Terveyden ja
Hyvinvoinnin Laitos'ees (THL). Uuringut rahastasid
Soome Akadeemia (grandid 69838 ja 201490), THL
(varem STAKES) ning Eesti Haridus- ja Teadusminis-
teerium (sihtfinantseeritavad teadusteemad 0192112s02
ja SF0940026s07). Eriiline tänu kuulub Alex Baburi-
nile jooniste tegemise eest.

piiret.veerus@tai.ee

KIRJANDUS

1. Camfield L, Skevington SM. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol* 2008;13:764–7.
2. Costanza R, Fisher B, Ali S, et al. An integrative approach to quality of life measurement, research, and policy. *Surv Perspect Integr Environ Soc* 2008;1:11–5.
3. The EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199–208.
4. The EuroQol Group. EQ-5D: A standardised instrument for use as a measure of health outcome. <http://www.euroqol.org>
5. Brown MM, Brown GC, Sharma S, et al. Evidence-based medicine, utilities, and quality of life. *Curr Opin Ophthalmol* 1999;10:221–6.
6. Dorman PJ, Slaterry J, Farrell B, et al. A randomised comparison of the EuroQol and Short Form-36 after stroke. *BMJ* 1997;315:461.
7. Estonian Postmenopausal Hormone Therapy Trial [ISRCTN35338757]. <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN35338757>
8. Veerus P, Hovi SL, Fischer K, et al. Results from the Estonian postmenopausal hormone therapy trial [ISRCTN35338757]. *Maturitas* 2006;195:62–71.
9. Veerus P, Fischer K, Rahu M, et al. Hormoonravi efekt vereringehaiguste, luumurdude ja vähi esinemisele: juhuslikustatud kliiniline uuring EPHT [ISRCTN35338757] postmenopausis Eesti naiste hulgas. *Eesti Arst* 2007;86:441–8.
10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1989, 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
11. Prieto L, Sacristan JA. What is the value of social values? The uselessness of assessing health-related quality of life through preference measures. *BMC Med Research Methodol* 2004;4:10.
12. Ohinmaa A, Sintonen H. Inconsistencies and modelling of the Finnish EuroQol (EQ-5D) preference values. In: Greiner W, Graf v. d. Schulenburg JM, Piercy J, eds. EuroQol Plenary Meeting, Hannover 1998, October 1–2. Hannover: Uvi-Verlag Witte, 1999. pp. 57–74.
13. Fisher's exact test. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Fisher's_exact_test
14. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273:59–65.
15. Woo J, Lynn H, Leung J, et al. Self-perceived social status and health in older Hong Kong Chinese women compared with men. *Women Health* 2008;48:209–34.
16. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-related health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2007;17:125–33.
17. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med* 1998;47:269–79.
18. Undén AL, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med* 2006;3:295–308.
19. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622–9.
20. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
21. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, et al. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med* 2004;59:1297–306.

SUMMARY

Relationship between subjective well-being and quality of life in postmenopausal women

AIM. The aim of the present study was to compare health related quality of life (HRQL), measured among participants of the Estonian Postmenopausal Hormone Therapy trial, using EQ-5D, with their subjective well-being, diagnosed

diseases, and several background characteristics.

METHODS. A questionnaire containing EQ-5D, questions about subjective well-being, number of children, marital and working

status, etc., was mailed to participants at the end of the second trial year. Of 1823 women, 1251 (68.6%) returned the questionnaire. Data about diagnosed diseases were obtained from the Estonian Cancer Registry and from the Estonian Health Insurance Fund database. The EQ-5D score was computed by summarizing the scores for each of the five categories, and compared with the subjective well-being, diagnosed diseases, and several background characteristics of the trial participants.

RESULTS. The HRQL was in strong correlation with subjective well-being.

Both were associated with the number and character of diagnosed diseases. Women who were younger and were working had higher HRQL and reported better subjective well-being. Married women and women who had more than one child had better subjective well-being.

CONCLUSION. The EQ-5D, although strongly correlated with subjective well-being, cannot be replaced with the latter. The EQ-5D should be validated in Estonia and used more widely in clinical practice and in population based surveys.