

Eesti terviseuuring 2006



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

EESTI ARST

Eesti Arst 2008; 88(Lisa2)

EESTI TERVISEUURING 2006

Eessõna T. Veidebaum	1
Eesti terviseuuring 2006 A. Matsi, L. Oja	2
Eesti rahvastiku tervise areng L. Sakkeus	10
Välispäritolu rahvastiku tervis L. Sakkeus, K. Karelson	24
Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006 M. Tekkel, T. Veideman	37
Toitumine ja tervisekäitumine L. Kambek	43
Kehaline aktiivsus ja enesehinnanguline tervis L. Oja	50
Sotsiaal-majanduslikud erinevused suitsetamises K. Pärna, K. Rahu	57
Suurendatud riskiga alkoholitartvitamine 25–64aastaste täiskasvanute hulgas L. Animägi, K. Pärna	63
Tervis ja igapäevane toimetulek M. Ruuge	69
Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti inimestel: depressiivse häire hetkelevimus, depressiivsuse ja ärevuse levimuse muutus kümne aasta jooksul A. Kleinberg, A. Aluoja, V. Vasar	80
Teist tüüpi suhkurtõve levimuse hindamise võimalus Eesti rahvastikus E. Kurvinen, K. Aasvee	87
Retseptiravimite kasutamine ja iseravimine Eesti elanike poolt R-A. Kiivet	92

Eessõna

Toomas Veidebaum – Tervise Arengu
Instituudi teadusdirektor

Eesti Arsti erinumber sisaldab lühiülevaadet Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) tulemustest erinevate tervisevaldkondade kaupa. ETeU 2006 on teine suuremahuline Eesti täiskasvanud elanikkonda hõlmav küsitlusuuring, mille põhieesmärkideks on saada ülevaade rahvastikustruktuurile vastavast tervise seisundist ning selle seostest sotsiaalsete ja käitumuslike näitajatega, samuti tervist kahjustavate riskitegurite levimusest. Sellised mahukad uuringud võimaldavad analüüsida tervisega seotud enesehinnangu, arstiabi kättesaadavuse ja ravimite kasutamise seost teiste sotsiaal-majanduslike teguritega. Eelmine analoogne uuring toimus 1996. aastal, ja nii on võimalik hinnata muutusi, mis on viimasel kümnendil elanikkonnas tervisega toimunud.

ETeU 2006 ettevalmistus algas 2005. aastal. Uuringu korraldas Sotsiaalministeeriumi tellimusel Tervise Arengu Instituut. Uuring sai teoks mitme ametkonna koostöös. Siinkohal olgu tänuga märgitud Statistikaameti abi valimi koostamisel ja riigiuuringute tegemise kogemuste jagamisel. Andmed koguti koostöös OÜ Saar Poll ja OÜ Faktum & Ariko küsitlusvõrkudega.

ETeU 2006 on ankeedil põhinev küsitlusintervjuu, mis hõlmas 15–84aastaseid mõlemast soost alalisi elanikke üle kogu Eesti. Harmoneeritud küsimustikega terviseuuringuid on plaanis perioodiliselt kor-

raldada enamikus Euroopa Liidu riikides ning need annavad võimaluse võrrelda Eesti olukorda teiste Euroopa riikidega. Sellised juhuvalimil põhinevate kõiki inimrühmi hõlmavate uuringute tulemused on tõendus- põhiseks aluseks riigi tervishoiu- ja sotsiaal- poliitika kujundamisel ning planeerimisel, samuti riikliku terviseraporti koostamisel.

Artiklikogumikus analüüsitakse Eesti rahvastiku tervise arengut laiemalt, iseloomustatakse immigrantrahvastiku tervist, depressiooni ja ärevuse esinemist rahvastikus ning tervisest tulenevat igapäevast toimetulekut. Artiklites on käsitletud tervist hoidvat käitumist, riskikäitumist, inimeste kehalist aktiivsust, ravimite tarvitamist ja teisi isiku käitumuslikke jooni, mis mõjutavad tervist.

Eesti Arsti erinumber on kolmas uurin- gut kajastav väljaanne uuringu metodoloogia ja tabelikogumiku kõrval. Artiklikogu- mikus avaldatu põhjal saavad nii tervishoiu töötajad kui ka poliitika kujundajad ülevaate uuringu põhitulemustest. Kuigi mitmes artiklis on kasutatud võrdlust 1996. aasta terviseuuringu andmetega, vajavad saadud tulemused edaspidist analüüsi, et selgitada tervisenäitajate ja neid mõjutavate tegurite põhjuslikke seoseid, ja hinnangut, kuidas need näitajad näevad välja rahvusvahelises võrdluses.

Uuringu metodoloogia on kättesaadav TAI kodulehel uuringute ja analüüsides 2007. aasta jaotuse all, seal on ka taotlus- vormid kõikidele asjast huvitatutele andme- te taotlemiseks.

Eesti terviseuuring 2006

Ardo Matsi, Leila Oja – Tervise Arengu Instituudi krooniliste haiguste osakond

Võtmesõnad: terviseuuringud, küsitlusuuring, Euroopa terviseuuringute süsteem

Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) eesmärgiks oli saada infot Eesti rahvastiku terviseseisundi kohta ning vaadelda saadud andmeid sotsiaal-majanduslike tunnuste taustal, hinnata tervisliku käitumise erinevaid aspekte, samuti uurida ravimite ning arstiabi kasutamise põhjusi ja sagedust (1). Uuringu välitööd toimusid oktoobrist 2006 oktoobrini 2007. ETeU 2006 on esimene Euroopa terviseuuringute süsteemi raames korraldatud küsitlustest ning ankeedi koostamisel tuli arvestada Eurostatis välja töötatud moodulitega. Teistes ELi liikmesriikides toimuvad sarnased tervisevaldkonna küsitlusuuringud hiljem.

Eestis tehakse mitmeid erinevaid tervise aspekte käsitlevaid uuringuid, kuid valdavalt on need teemaspetsiifilised. ETeU 2006 on kõige suuremahulisem ning kõige rohkem erinevaid taustatunnuseid sisaldav küsitlusuuring Eestis. Uuring toetus 1996. aastal teostatud esimesele terviseuuringule, kus käsitleti põhjalikult Eesti rahva terviseseisundit, seda mõjutavaid tegureid, terviseseisundist tingitud sotsiaalse toimetuleku piiranguid ning arstiabi kättesaadavust ja kasutamist (2, 3). 2006.

aasta terviseuuringu korraldamisel juhitud riigiuuringule esitatavatest nõuetest (kasutati juhuvalimit ning rahvusvahelisi klassifikaatoreid, saadud tulemus on laiendatav kogu rahvastikule). Vabariigi Valitsuse korraldusega lisati uuring 2007. aasta riiklike statistiliste vaatluste loetellu (1). Uuringu toimumine kooskõlastati Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomiteega (otsus nr 1089).

ETeU 2006 tellijaks oli Sotsiaalministeerium ning uuringu teostamise eest vastutas Tervise Arengu Instituut (TAI). Ka mujal Euroopas on tavaliselt terviseeteemaliste riiklike uuringute tegijateks institutsioonid, mis on riigi statistikaametist eraldi seisvad üksused ning rohkem seotud terviseeteemaliste uuringutega. TAI moodustati ETeU 2006 teadusnõukogu, mille ülesandeks jäi ankeedi väljatöötamine ja küsitlustöö korraldamine ning jälgimine.

Teadusnõukogu otsuse kohaselt sõnastati **uuringu eesmärgid:** rahvastikustruktuurile vastava terviseseisundi ülevaate koostamine; sotsiaalsete, majanduslike, keskkondlike ja käitumuslike tegurite mõju hindamine ning rahvastiku terviseseisundist tulenevate abivajaduste väljaselgitamine.

KÜSITLUSTÖÖ KORRALDUS

Küsitluse välitöödeks oleks eelistatum olnud kasutada statistikaameti küsitlusvõrku, sest neil on olemas vajalik kogemus isikuvalimil põhineva uuringu tegemiseks. Kahjuks oli ETeU 2006 teostamise perioodil statistikaameti küsitlusvõrk hõivatud teiste plaaniliste uuringutega ning seetõttu tuli kasutada era-

küsitlusvõrke. Küsitlusteenuse sisseostmiseks korraldati 2006. aasta kevadel riigihangete, mille tulemusena valiti välitööde tegijaks OÜ Saar Poll ning OÜ Faktum & Ariko. Valituks osutus kaks eraküsitlusfirmat, sest seoses suure küsitlusmahuga ei olnud ainult üks suuteline kogu välitööde mahtu katma. OÜ Faktum & Ariko küsitluspiirkonnaks jäi Lääne-Eesti ning OÜ Saar Poll kattis kogu ülejäänud Eesti. Küsitlustöö koordineerimine, valimi väljavõtt, aadresside jaotamine ja täpsustamine ning ankeetide vastuvõtt toimus TAI-s.

KÜSITLUSMATERJALID

Lähtudes uuringu eesmärkidest, püüti küsimustiku koostamisel lisaks tervisele ja tervisega otseselt seotud valdkondadele katta ka sotsiaalse, majandusliku ja keskkondliku taustaga seonduvad valdkonnad. Valdavalt võeti küsimuste puhul aluseks 1996. aasta terviseuuringu küsimustik. Lisaks võeti ankeedi koostamisel arvesse Euroopa terviseuuringute süsteemi raames koostatud soovituslikke mooduleid (4): terviseseisundi puhul (ankeedi B, F, G ja H osa) lähtuti Euroopa terviseseisundi moodulist (EHSM), arstiabi ja ravimikasutamise korral (O, P ja Q osa) oli aluseks Euroopa tervishoiuteenuste moodul (EHCM) ja tervisekäitumise küsimuste puhul (R, S, T osa) Euroopa terviseõnnetuste moodul (EHDM). Taustatunnuste osa kohandati vastavaks Euroopa taustküsimuste moodulile (EBM).

Küsimustiku ülesehitusel püüti lähtuda sündmusloolisest perspektiivist. Kuna küsimustiku maht on piiratud küsitlusajaga, siis kõigi sündmuste puhul ei olnud võimalik katta tervet sündmuslugu ja tuli piirduda esimese, elu jooksul põhilise ja praeguse/viimase sündmuse küsimisega, näiteks tööga seotud küsimuste korral. Kõige detailsemalt on andmetega kaetud siiski hetkeseisund ja/või küsitlusele eelnenud aasta. Küsimustikus kasutatud mõisteid on üksikasjalikult selgitatud küsitlusejuhendis (1).

ETeU 2006 küsimustik koosnes järgmistest osadest:

- A. Leibkond
- B. Üldine tervis, kroonilised haigused
- C. Vigastused ja mürgistused
- D. Vaimne tervis
- E. Emotsionaalne enesetunne
- F. Kehalised ja meelelunnakonnaga seotud funktsionaalsed piirangud
- G. Enese hooldamisega toimetulek
- H. Majapidamistöõdega toimetulek
- I. Taastetervis (meeste ja naiste ankeedis erinev)
- J. Seksuaalkäitumine (meeste ja naiste ankeedis erinev)
- K. Õpingud ja töö
- L. Elukoha muutused
- M. Lapsepõlvkodu
- N. Sotsiaalne võrgustik, sotsiaalsed kontaktid
- O. Arstiabi kasutamine (O14 meeste ja naiste ankeedis erinev)
- P. Haiglaravi
- Q. Ravimite kasutamine (Q02 meeste ja naiste ankeedis erinev)
- R. Suitsetamine, alkoholi tarvitamine
- S. Narkootilised ained
- T. Toitumine, kehaline aktiivsus
- U. Hoiakud
- V. Küsitlajaosa

Kogu küsitlusmaterjal koostati nii eesti kui ka vene keeles. Lisaks ankeedile ja küsitlusprotokollile kuulusid küsitlusmaterjalide hulka küsitlusejuhend, abikaardid küsitluse läbiviimiseks, teavituskiri küsitlusele, samuti nõusolekuleht ning tänukaart. Nõusolekulehel paluti küsitlusele öelda, kas ta oleks huvitatud ka järgmistest sarnastest uuringutes osalemisest.

Küsitlusele eelnes Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel toimunud küsitlusjuhtide ja küsitluse juhendajate väljaõpe, kus selgitati uuringu eesmärki ja tutvustati ankeedi ülesehitust. Enne küsitlustööde algust ja 2007. aasta jaanuaris korraldati kokku 10 ühepäevast koolitust. Kuna põhiküsitlus toimus nii eesti kui ka vene keeles sõltuvalt vastaja keelekasutusest, said küsitlusejuhid valida ankeediõppe ja

hilisema küsitluse vastavalt oma keelekasutusele.

VALIMI MOODUSTAMINE

Terviseuuringu üldkogumi moodustasid kõik 15–84aastased ehk aastatel 1921–1990 sündinud Eesti alalised elanikud. Vanus on võetud 01.01.2006. a seisuga. Loendina kasutati AS Andmevara rahvastiku andmebaasi (rahvastikuregister). Valimi võtmisel kasutati kihistatud süstemaatilist valikut. Üldkogum jaotati elukoha, soo ja vanuse järgi mittekattuvateks kihtideks. Valim võeti süstemaatilise valiku teel sõltumatult igast kihist. Valimi võtmiseks järjestati loendis kirjed igas kihis aadressi ja vanuse järgi: esmalt maakonna, maakonna sees kohaliku omavalitsuse ja omavalitsuses isiku sünniaja järgi. See tagas kihi sees proportsionaalse valimi linna- ja maapiirkondade ning vanuse kaupa. Meeste vastamismäär on tavaliselt väiksem kui naistel, selle kompenseerimiseks oli kõigis piirkondades ja vanuserühmades meeste kaasamistõenäosus pisut suurem.

Valikukaalu arvutamise aluseks on kaasamistõenäosused, mis saadakse lähtudes üldkogumi ja valimi suurusest igas kihis. Süstemaatilise valiku puhul on iga isiku valimisse kaasamise tõenäosus kihis h .

$$\pi_h = \frac{n_h}{N_h}, \quad h = 1, \dots, 30,$$

kus n_h on valimi ja N_h üldkogumi suurus kihis h .

Valikukaalud on pöördvõrdelised kaasamistõenäosustega, kihtvaliku korral on valikukaal üldkogumi ja valimi suuruse suhe kihis h .

$$w_h = \frac{N_h}{n_h}$$

Valimi esialgne maht oli 15 000 isikut. Enne välitööde algust valiti neist lihtsa juhuvalikuga 11 023 isikut, mis jäigi lõplikuks valimi mahuks (1).

Valimivõtu meetodika töötati välja ja andmeid kaaluti hiljem koostöös statistikaameti meetodikaosakonnaga.

VÄLITÖÖDE TEGEMINE

Küsitlusvõrkudele edastati 11 023 küsitlitava isiku kontaktaadress. Ankeete laekus 6512, millest sisestati 6494 ankeeti, kuna 78 juhul oli intervjuu tehtud vale isikuga. Sisestuse lõppedes registreeriti andmebaasi 6434 isiku kirjed. Kuna tegu oli isikuvälisega, siis kustutati andmebaasist kirjed, mille puhul ei olnud võimalik täpsustada, keda tegelikult oli küsitletud. Vene rahvusest küsitletavate puhul oli peamiseks vale inimese küsitlemise põhjuseks see, et isal ja pojalt oli täpselt sama nimi ning küsitaja ei kontrollinud sünniaasta vastavust. Kontakteeurumise tulemused on esitatud tabelis 1. Mitteleitute suure osakaalu põhjustas rahvastikuregistri ebatäpsus: Eestis ei ole elukohamuutustest teatamine otseselt nõutav ning seetõttu ei ole rahvastikuregistris olevate aadresside andmed täpsed. Isiku mitteleidmine moodustas mitteküsitlemise põhjustest 36,9%, mis oli ainult veidi väiksem kui keeldumiste osakaal. Võimaluse korral proovis küsitaja saada küsitlitava uue aadressi naabrite käest, kuid alati ei olnud see võimalik.

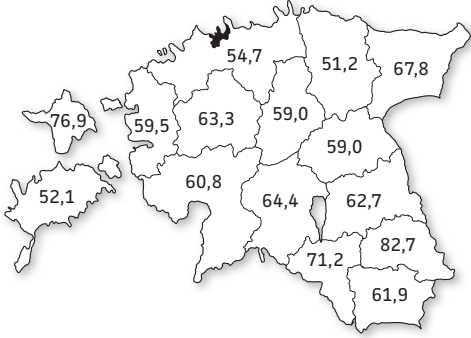
ETeU 2006 esialgne vastamismäär oli 58,4%, täpsustatud vastamismääraks kujunes 60,2%. Täpsustatud vastamismäär leidmiseks on valimist välja arvatud surnud ja üle aasta Eestist eemal viibinud isikud.

Tabel 1. ETeU 2006 kontakteerumise tulemused

Küsitlustulemus	Isikute arv	Isikute protsent
Küsitlusse antud	11 023	100,0
Korrektsest küsitletud	6 434	58,4
Mitteküsitletud, sh	4 589	41,6
keeldunud	2 016	43,9
mitteleitud	1 694	36,9
ei üritatud kontakteeruda	516	11,2
Eestist lahkunud	261	5,7
surnud	72	1,6
muul põhjusel mitteküsitletud	30	0,7

Vastamismäär maakondades (vt jn 1) oli vahemikus 51–82%. 90% ankeetidest laekus

2007. aasta maikuuks. Kuna Saaremaal ja Lääne-Virumaal oli ankeetide alalaekumine, siis pikendati küsitluse välitööde kestust oktoobrini 2007.



Joonis 1. Vastamismäär maakondades (%).

Põhiuuringu keskmiseks intervjuu kestuseks kujunes 1 t 30 min, mis oli mõnevõrra lühem eelküsitluse alusel eeldatust. Üle nelja tunni kestnud küsitlusi oli 38 ja alla tunni kestnud intervjuusid 729. Ankeedi mahukuse tõttu oli 95 juhul vastajat küsitletud kahes osas. Intervjuu ajaline kestus oli otseses seoses küsitlaja tehtud intervjuude arvuga. Arvestades ankeedi ülesehituse keerukust, suutsid suurema kogemuse omandanud küsitlajad ankeedis paremini orienteeruda. Üle 50 intervjuu teinud küsitlajatest suutis 59% küsitlustest läbi viia 90 minuti või lühema ajaga. Küsitlajatest, kes tegid vähem kui 30 intervjuud, suutis selle sama ajaga lõpetada vaid kolmandik.

ANDMETE SISESTAMINE

Terviseuuringu andmeid sisestasid viis väljaõppe saanud andmesisestajat. Sisestamine kestis 2006. aasta oktoobrist 2007. aasta novembrini paralleelselt küsitlustööga. Sisestamisaeg oli mõnevõrra pikem seetõttu, et andmebaasi tuli teha ka kõik saabunud parandused.

Terviseuuringu andmeid kodeerisid eksperdid, kes töötavad ka Statistikaametis kodeerimise spetsialistidena. Kodeeritavad tunnused olid amet, eriala, majandusharu ja

kroonilised haigused. Iga tunnuse osas kodeeris üks ja sama isik põhilise osa ankeetidest. Töömahu suurenedes kodeerisid ameteid, erialasid ja majandusharusid ajutiselt kaks kodeerijat. Ameti kodeerimisel kasutati rahvusvahelise ametite klassifikaatori 1999 (ISCO-88) (5) neljakohalist jaotust, eriala kodeerimisel rahvusvahelise haridusklassifikaatori (ISCED-97) (6) kolmekohalist jaotust. Sünni- ja elukohad kodeeriti omavalitsuse (linna/valla) täpsusega Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatori (EHAK) alusel. Võrreldavuse huvides kodeeriti küsitletavate sünnikoht ja eelnenud elukohad praeguse haldusjaotuse järgi. Majandusharu kodeerimisel kasutati Eesti majanduse tegevusalade klassifikaatori (EMTAK 2003) (7) kolmekohalist jaotust. Haiguste kodeerimisel oli aluseks rahvusvaheline haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni 10. väljaanne (RHK-10) (8).

Terviseuuringu elektroonilist andmebaasi säilitatakse SPSS-Windows 14.0 andmefaili kujul. Andmefail ei sisalda küsitletute isikut identifitseerivaid tunnuseid. Andmefaili juurde kuulub väljatrukk terviseuuringu kõigi tunnustega ja nende kirjeldatud väärtustega. Terviseuuringu algandmeid väljastab taotlusvormi alusel TAI (1).

ETEU 2006 ANDMETE AVALDAMINE

ETeU 2006 andmete standardtabelite kogumiku (9) koostamisel võeti aluseks 1996. aasta terviseuuringu tabelite väljaanne (3). Eri-nevused ankeetides ei võimaldanud kõikide tabelite ega taustatunnuste sarnast koostamist. Võrreldavate tunnuste osas on tehtud tabelite kogumikus vastav märged. Taustatunnusteks on piirkond, asulatüüp, rahvus, põlisus, kooselus olek, haridus, majanduslik aktiivsus, sissetulek, terviseseisund, tervisekäitumine, kontrollkese, enesehinnanguline tervis ja kehamassi indeks (KMI).

TAUSTATUNNUSED

- *Piirkond.* Piirkonna määramisel on kasutatud Eesti piirkondlike üksuste statistilist klassifikatsiooni NUTS 3.

- *Asulatüüp.* Linnaasulaks nimetatakse haldusüksust, mille asustustihedus on üle 100 elaniku km² kohta. Väiksema asustustihedusega haldusüksust on peetud maa-asulaks.
 - *Rahvus* on välja toodud jaotuses eestlane/ mitte-eestlane.
 - *Põlisus.* Põlisus iseloomustab küsitletute sündimuslikku sidet praeguse elukoha- maaga. Põlisrahvastiku hulka on arvatud Eesti päritolu rahvastik – kõik eestlased ja need mitte-eestlased, kes ise ja kelle vähemalt üks vanem on sündinud Eestis. Teistes riikides sündinud inimesi ja nende esimest järelpõlve on käsitletud immigrantrahvastikuna.
 - *Kooselu* tunnus “kooselus” või “mitte kooselus” iseloomustab inimese partner- suhte tegelikku olukorda.
 - *Haridus.* Haridustaset on hinnatud kü- sitlusajaks lõpetatud kõrgeima haridus- taseme järgi. Kõrgharidusega isikud on lõpetanud kõrgema õppeasutuse ja nende õppimisaastate arv on keskmiselt 15–16 aastat. Rahvusvahelise ühtse hariduse klassifikaatori kohaselt on keskeriõpe keskhariiduse baasil võrdsustatud raken- dusliku suunitlusega kõrghariduse esi- mese astmega ning tabelikogumikus on see esitatud kõrghariduse jaotuses. Kesk- haridusega isikud on lõpetanud keskkoo- li, gümnaasiumi või mõne muu keskharidust andva õppeasutuse, õppimisaastate arv on neil keskmiselt 10–14 aastat. Põhi- hariduse või madalama haridustasemega rühma moodustavad need isikud, kes ei ole omandanud keskharidust (k.a algha- riduseta isikud).
 - *Majandusliku aktiivsuse* alusel on rahvas- tik jaotatud aktiivseteks ja mitteaktiivse- teks. Kõik töötavad pensionärid on arva- tud aktiivsete hulka.
 - *Terviseseisund.* Terviseseisundi määratle- misel on kasutatud järgmisi ankeeditun- nuseid: hooldusvajadus, terviseseisund, tervisehäirete esinemine viimasel 12 kuul, vigastuste ja mürgistuste esinemi- ne, kehalise ja meeleeelundkonnaga seotud funktsionaalsete piirangute esinemine ning toimetulekupiirangute esinemine.
- 1) *Terveks* on peetud isikuid, kellel pole kunagi esinenud pikaajalist haigust või terviseprobleemi või kellel pole viima- sel 12 kuul esinenud tervisehäireid ega vigastusi või mürgistusi, millest taas- tumine oleks nõudnud rohkem aega kui neli nädalat.
 - 2) *Tervisehäirega* on isikud, kellel on vii- masel 12 kuul esinenud tervisehäire, mis ei ole oluliselt piiranud igapäeva- tegevusi. Funktsionaalseks toimetule- kuks võib kasutada abivahendeid.
 - 3) *Tõsisema tervisehäirega* on isikud, kelle tervisehäire ja/või pikaajaline tervise- probleem segab oluliselt nende igapäe- vategevusi ning kelle funktsionaalne toimetulek on raske.
 - 4) *Toimetuleku piiranguga* on isikud, kes vajavad oma terviseprobleemi tõttu igapäevaseks toimetulekuks pidevat või perioodilist abi. Samuti kuuluvad sellesse rühma isikud, kes on pime- dad, kurdid või liikumisvõimetud.
- *Tervisekäitumine.* Selle all mõistetakse sel- list inimtegevust, mis on kas tervist hoidev ja tugevdav või tervist kahjustav. Tunnuse moodustamisel arvatati koondtunnus küsitletava tervisekäitumisest. Koond- tunnuse arvutamiseks kasutati järgmisi tunnuseid: alkoholi tarbimise sagedus ja kogused, suitsetamise sagedus ja sigaretti- de arv päevas, narkootikumide tarbimine viimase 12 kuu jooksul, soola tarbimine, puu- ja juurvilja tarbimine, arstlikus ter- visekontrollis käimine, kehaline aktiivsus, KMI ning turvaline seksuaalkäitumine.
 - *Kontrollkese.* Tunnus iseloomustab isiku psühholoogilist kalduvust tajuda iseen- nast oma elukäigu kujundajana või vas- tupidi – näha elu pigem väliste jõudude määratuna. Tunnus põhineb küsitletava vastustel kolmele alternatiivsete väidete- ga küsimustepaarile. Seemise kontroll- keskmega isikuteks on peetud neid küsit- letavaid, kes kõigi kolme küsimustepaari puhul eelistasid vastuseid, milles sünd-

muste kulgu hinnati sõltuvaks küsitletava tahtest. Välise kontrollkeskmega isikud eelistasid kõigi kolme väitepaari puhul varianti, kus sündmused toimuvad nende tegevusest ja tahtest sõltumatult.

- **Kehamassi indeks.** Kehamassi indeks (KMI) leiti kehakaalu (kg) jagamisel pikkuse (m) ruuduga. Rasedatel paluti kirja panna raseduseelne kaal. KMI hindamisel võeti aluseks skaala, milles KMI < 18,5 tähistab alakaalu; vahemik 18,5–24,9 normaalkaalu; 25,0–29,9 ülekaalu ning KMI ≥ 30 tähistab rasvumist.

TULEMUSTE VÕRDLUSTE TEISTE RIIGIUURINGUTEGA

ETeU 2006 andmete kvaliteedi kontrollimiseks võrreldi tulemusi Statistikaameti Eesti sotsiaaluuringu 2006 (ESU 2006) andmetega. Võrdluse aluseks võeti Eurostatis välja töötatud Euroopa terviseseisundi mooduli (EHSM) koosseisu kuuluv terviseseisundi minimoodul (MEHM), mis oli kasutuses mõlemas uuringus, kuid veidi erinevas sõnastuses, millest võib olla tingitud saadud tulemuste mõningane erinevus. Nagu joonistelt 2–5 näha, jagunevad ESU 2006 ja ETeU 2006 tulemused üsna sarnaselt, mis kinnitab uuringu andmete kvaliteeti ja seega on ETeU 2006 tulemused Eesti rahvastikule laiendatavad. Joonistel on vanusjaotused esitatud vahemikus 16–84, lähtudes ESU 2006 jaotusest, ETeU 2006 andmebaasis algab vanusjaotus 15aastaste isikutega. Vanused on arvatatud ETeU 2006-s 01.01.2006. a seisuga.

TERVISE MINIMOODUL (MEHM). ENESEHINNANGULINE TERVIS

1. Milline on Teie tervis üldiselt? (ETeU 2006)

- 1 Väga hea
- 2 Hea
- 3 Keskmine
- 4 Halb
- 5 Väga halb

1. Milliseks hindate oma tervist üldiselt? (ESU 2006)

- 1 Väga hea

- 2 Hea
- 3 Ei hea ega halb
- 4 Halb
- 5 Väga halb

2. Kas Teil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem? (ETeU 2006)

- 1 Jah
- 2 Ei

2. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?

NB! Hooajalised (nt heimanohu) või korduvad terviseprobleemid arvake samuti pikaajalisteks. (ESU 2006)

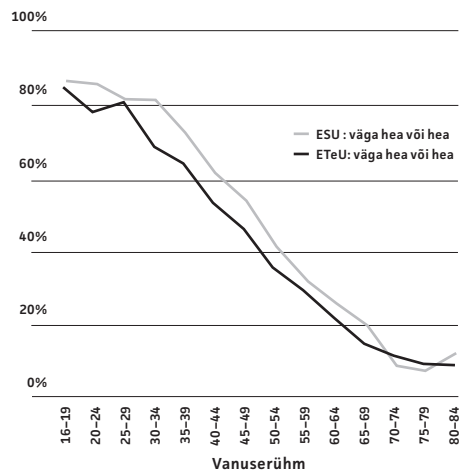
- 1 Jah
- 2 Ei

3. Mil määral on vähemalt viimased 6 kuud Teie igapäevategevused olnud piiratud seoses pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga? Kas ... (ETeU 2006)

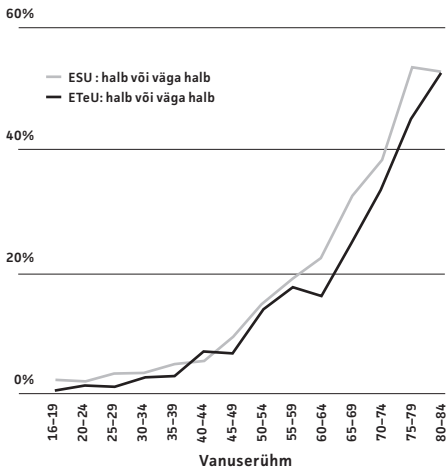
- 1 Oluliselt piiratud
- 2 Piiratud, aga mitte oluliselt
- 3 Ei ole üldse olnud piiratud

3. Kas mõni terviseprobleem on Teie igapäevategevusi pikka aega (vähemalt viimased 6 kuud) piiranud? (ESU 2006)

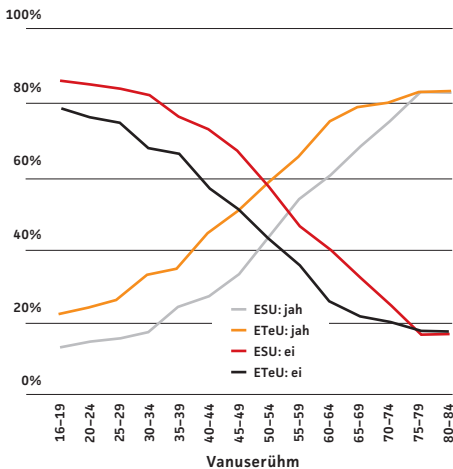
- 1 Jah, väga palju
- 2 Jah, mõningal määral
- 3 Ei, üldse mitte



Joonis 2. Tervist heaks või väga heaks hinnante jaotus ESU 2006 ja ETeU 2006 võrdluses vanuserühmade kaupa.



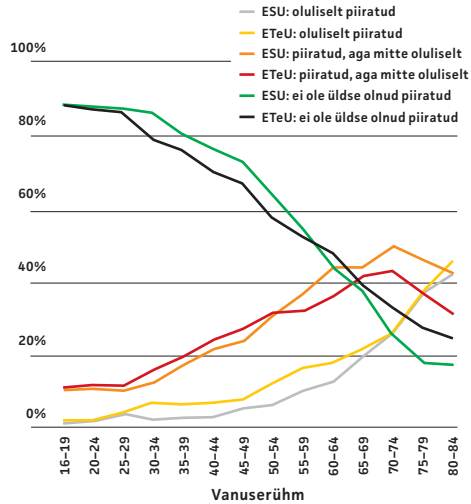
Joonis 3. Tervist halvaks või väga halvaks hinnanud jaotus ESU 2006 ja ETeU 2006 võrdluses vanuserühmade kaupa.



Joonis 4. Pikaajalise haigusega isikute jaotus ESU 2006 ja ETeU 2006 võrdluses vanuserühmade kaupa.

TULEVIKUPERSPEKTIIV

Üle-euroopalise terviseinfo ühtsetel alustel kogumine annab suurepärase võimaluse saada kõigi Euroopa Liidu liikmesriikide kohta võrreldavat informatsiooni, mille põh-



Joonis 5. Tervise tõttu piirangut omanute jaotus ESU 2006 ja ETeU 2006 võrdluses vanuserühmade kaupa.

jal saab vaadelda rahvastiku terviseseisundi erinevust. Pikemaajalises perspektiivis ilmnevad ka erinevate poliitiliste otsuste ja tervishoiusüsteemi erinevustest tulenevad mõjud rahvastiku terviseseisundile. Esimese Euroopa terviseuuringu süsteemi raames saadud kogemusi on võimalik kasutada järgmise uuringu korraldamisel, samuti saab neid kasutada ankeedi ülesehituse parandamiseks, et muuta järgmise uuringu läbiviimine lihtsamaks ning andmed kergemini analüüsitavateks.

Praegu ei ole veel teada, kas järgmine terviseuuring toimub aastal 2013 või hiljem. Eurostati soov oleks saada terviseinfot iga viie aasta järel, kuid selline küsitlusuuring on väga suuremahuline ettevõtmine ning minimaalselt vajalikud moodulid on loodetavasti võimalik integreerida Statistikaameti uuringutesse – sel juhul toimuks täiemahuline terviseuuring iga kümne aasta järel.

ardo.matsi@tai.ee

KIRJANDUS

1. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Estonian Health Interview Survey 2006. Methodological Report. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
2. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R, Silver B. Eesti Terviseuuring. Metodoloogiaülevaade. Estonian Health Interview Survey. Methodological Report. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1998.
3. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R. Eesti Terviseuuring. Tabelid. Estonian Health Interview Survey. Tables. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1999.
4. European Health Interview Survey (EHIS) 2007–2008 methodology. [www] <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/Home/main?index>
5. Sotsiaalministeerium. Ametite klassifikaator. Tallinn; 1999.
6. Statistikaamet. Rahvusvaheline ühtne hariduse liigitus. Tallinn; 1999.
7. Justiitsministeeriumi registrikeskus. Eesti majanduse tegevusalade klassifikaator. Tallinn; 2003.
8. Sotsiaalministeerium. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, RHK-10. Tallinn; 1994.
9. Matsi A, Oja L. Eesti Terviseuuring 2006. Tabelid. Estonian Health Interview Survey 2006. Tables. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.

SUMMARY

Estonian Health Interview Survey 2006

The Estonian Health Interview Survey 2006 (EHIS 2006) was the second large-scale national survey undertaken in order to investigate the health of the population of Estonia. The first national health survey was carried out in 1996 and it studied in detail the health status of the Estonian population, its determinants, health related limitations in social performance, as well as the availability and use of health services. The implementation of the EHIS 2006 was delegated to the National Institute for Health Development (NIHD) where a detailed survey plan was elaborated. To address all issues related to the methodological, analytical and organizational aspects of the survey, a Scientific Board was formed at NIHD that included public health specialists, administrators and researchers.

The Scientific Board of the EHIS 2006 formulated the objectives of the survey as follows:

1. To give an overview of the health status of the population according to its structure.
2. To evaluate the effect of social, economic, environmental and behavioural factors on the health status of the population.
3. To map the need for assistance as regards health problems.

The survey took place from October 2006 to October 2007. The crude response rate of the survey was 58.4% and the corrected response rate was 60.2%. Estonia was the pioneer of the European Health Interview Surveys – most other countries conducted it in 2008 or 2009. All acquired experience gives us good opportunity to improve the questionnaire and the interviewing process for the next survey.

Eesti rahvastiku tervise areng

Luule Sakkeus – Tervise Arengu
Instituut, Eesti Demograafia Instituut

Võtmesõnad: rahvastiku tervise areng, tervise arengukava, eeldatav eluiga, tervelt elatud aastad, meeste ja naiste erinevus, eestlased, mitte-eestlased, peamised surmapõhjused

Ülevaade Eesti rahvastiku tervisest on taustaks Eesti terviseuuringu (2006) andmete süvakäsitlusele. Lähtudes tervise ülemineku kontseptsioonist, läbi-ivad rahvastikud oma tervisearengus erinevaid etappe, mille läbimise kiirus ning ajastus on eri rahvastikel erinev. Uude etappi sisenemine toob tavapäraselt kaasa tervisenäitajate kiire muutuse. Uue etapi kujunemine võib toimuda rahvastikurühmiti erineva kiiruse ja ulatusega, kasvatades oluliselt rahvastikurühmade tervisenäitajate erinevusi. 20. sajandi vahetusel alanud terviseüleminek kulges Eestis enamiku arenenud Euroopa riikidega võrreldavalt. 1960. aastaks oli Euroopas alanud rahvastike tervisearengus ülemineku teine faas, mida on nimetatud ka kardiovaskulaarseks üleminekuks. Selle arengufaasi algetapil toimus arenenud Euroopa riikide meeste tervisearengus teatud seisak, mida iseloomustab keskmise eluea stagneerumine, mille järel 1970ndatel järgnes oluline tervisenäitajate paranemine. Eesti rahvastiku terviseareng aga seiskus pea neljaks kümnendiks, oluliste tagasilangustega 1970ndatel ja

1990ndatel, mis iseloomustasid võrdsest nii mehi kui ka naisi. Ajavahemikul 1960–2000 Eesti meeste eluiga praktiliselt ei kasvanud ning naiste eluiga kasvas vaid 2 aasta võrra. Naiste ja meeste eluea vahe lõhenemine sel perioodil 10 aasta suuruseks viitab naiste paremale toimetulekule ühiskonnas, kus tsentraliseeritud tervisesüsteem ei toetanud haiguste ennetamist ning teadlik tervisekäitumine polnud asjakohane. Sellise süsteemi pikaajaline mõju ilmneb tänapäevani, kus alkoholi liigtarbimisega seotud surmapõhjused näitavad kasvutrendi. Siiski viitavad viimaste aastate tervisenäitajad võimalikule uude arengufaasi jõudmisele Eesti rahvastiku tervises, eeskätt naisrahvastiku osas. Euroopa üks kehvem tervelt elatud eluaastate näitaja sunnib aga tõdema, et pikeneva eluea taustal tuleb Eesti rahvastikul elada keskmiselt üle 20 aasta terviseseisundis, mil igapäevategevused on oluliselt piiratud.

Rahvastiku tervis on üks peamisi inimkapitali osiseid, mis tänapäeva arenenud vananeva rahvastikuga ühiskonna puhul on kõige otsesemalt seotud riigi majandusliku võimekusega ning on selle peamiseks sisemiseks ressursiks. Eesti puhul on rahvastiku tervis inimkapitali seisundi hindamise üks võtmeküsimusi, arvestades Eesti tagasihoidlikku olukorda selles valdkonnas teiste Euroopa riikide taustal. Hiljuti vastuvõetud riiklik rahvastiku tervise arengukava on seadnud Eesti ette ambitsioonika

ülesande tõsta 12 aastaga naiste keskmist eeldatavat eluiga rohkem kui 6 ning meeste oma 9 aastat ja tervelt elatud eluaastate arvu suurendada meestel 8 aasta ja naistel 11 aasta võrra (1).

Järgnevas ülevaates on, lähtudes Eesti rahvastiku tervisest keskmise eeldatava eluea ja tervelt elatud eluaastate valguses, püütud otsida vastust, kas need eeldused selle eesmärgi poole püüdlamiseks, mida rahvastiku tervise arengukava ette näeb, on Eesti ühiskonnas tekkimas. Lähtume nn tervise-revolutsiooni ehk terviseülemineku (*health transition*) kontseptsioonist (2–4). Vallini järgi läbivad rahvastikud terviseülemineku eri etappe, kus ühest etapist üleminekul teise on peamiseks teguriks inimeste omapoolne panus pikema eluea tarvis vajalike tervist edendavate tingimuste loomiseks ning see tegevus sõltub maa majanduslikust, sotsiaalsest, kultuurilisest ja poliitilisest tagapõhjast (4).

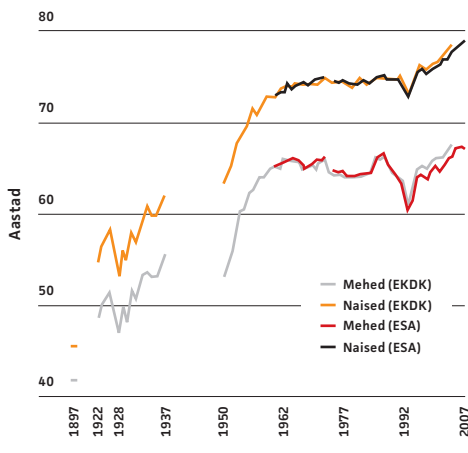
Ülevaade on Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) andmete süvakäsitluse taustaks. Ülevaates käsitletud keskmise eeldatava eluea andmed tuginevad Eesti Kõrgkoolidevahelise Demouuringute Keskuses (EKDK) teostatud keskmise eluea ümberarvutatud aegreale aastani 2004 (5–7) ning viimaste aastate trendi hindamiseks on kõrvutavalt kasutatud Eesti Statistikaameti (ESA) oodatava eluea andmeid (8, 9). EKDKs ümberarvutatud keskmise eluea andmete peamiseks erinevuseks ESA andmetega võrreldes on tagasiulatavalt imikusuremuse arvestamine tänapäeval kasutatud definitsiooni kohaselt (10, 11). Tervelt elatud eluaastate puhul on rakendatud Euroopa Statistikaametis (Eurostat) kasutatavat Sullivani meetodit (12) ning eluea näitajate sisendandmed on saadud Eesti Statistikaametilt ning ETeU 2006 andmetest (13).

Rahvastiku tervise põhimõtteliste muutuste hindamiseks on kasutatud standarditud surmapõhjuste kordajaid Eurostati andmestikust (14) ning ESA arvutatud suremuskordajaid eestlaste ja mitte-eestlaste surmapõhjuste kaupa 2005. aastal (9).

Immigrantrahvastiku defineerimine on enamasti piiratud kogutud andmekoosseisuga. Seetõttu on kõige üldisemate tervisenäitajate kasutamisel nagu keskmine eeldatav eluiga või suremuskordajad lähtunud rahvusliku enesemääratluse tunnusest (kasutades eestlaste/mitte-eestlaste liigendust), kuigi siinkohal tuleb arvestada, et ligi 4% Eesti põlisvenelaste kuulumise tõttu mitte-eestlaste rühma ei ole see liigendus kõige täpsemaks vasteks immigrantrahvastiku määratlusele. Küsitlusuuringu andmestik on võimaldanud luua täpsema immigrant-rahvastiku määratluse: immigrantrahvastiku hulka arvatakse kõik need rahvusliku enesemääratluse järgi põlisrahvastikust erineva määratlusega isikud, kes on kas ise või kelle mõlemad vanemad on sündinud väljaspool Eestit (15, 16). Tervelt elatud eluaastate näitaja arvutamisel on kasutatud samuti eestlaste ja mitte-eestlaste liigendust immigrantrahvastiku mõistes.

Eesti rahvastiku tervise arengut iseloomustab suhteliselt kiire ja teiste arenenud maadega võrreldav nn tervise-revolutsioon ehk terviseülemineku 19. sajandi keskpaigast kuni 1960. aastateni (vt jn 1). Keskmine eluiga kasvas ajavahemikul 1897–1960 meeste puhul 41,9 aastalt 64,3 aastani ehk üle 22 aasta ning naiste puhul 45,5 aastalt 1960. aastaks 72,7 eluaastani ehk üle 27 aasta (5, 17, 7). On üldteada, et selle kvalitatiivse muutuse aluseks oli nn välisteguritest tingitud haiguste (eeskätt nakkushaiguste) osakaalu vähenemine ning arenenud maad astusid 1960ndatel uude tervise arengu faasi, mida iseloomustas nn inimese tekitatud haiguste domineerimine (18, 19), suurenes suremus südamehaigustesse ja pahaloomulistesse kasvajatesse. 1980ndad tõid kaasa enamikus maades nn kardiovaskulaarse revolutsiooni ehk aastakümneid individuaalsele tervisekäitumisele suunatud meetmete mõju avaldus kahanevas suremuses südame-vere-soonkonnahaigustesse, tasandades sellega teed tulevaseks vanuri tervise-revolutsiooniks. Viimasena mainitud terviseülemineku etapp on suunatud elu viimases veerandis

rahvastiku tervelt ja kvaliteetselt elatud aastate suurendamisele (3, 4).



Joonis 1. Eesti meeste ja naiste keskmine eeldatav eluiga 1897–2007.

Enamik Lääne- ja Lõuna-Euroopa maid koges terviseülemineku teises etapis 1960.–1970ndatel keskmise eluea pikenemises teatud pidurdumisfaasi, mida eeldatavasti on enam mõjutanud tööstusliku tootmise kasvu tõttu toimunud inimeste töö iseloomu muutused, kemikaalide ja muude toksiliste ainetega kokkupuutumised. Rahvastiku tervisekäitumisele suunatud meetmed realiseerisid 1970ndate lõpuks ning seda iseloomustas pidevat langustrendi näitav suurem südame isheemiatõppe (20, 21).

Eesti rahvastiku tervist iseloomustab terviser revolutsiooni teise faasi sisenemise

järeel pikaajaline stagnatsioon, mis väljendub ilmekalt alates 1960ndatest järgnevaid kümnendeid iseloomustavas keskmise eluea muutuse trendis (vt tabel 1). 1960. aastatel alanud Eesti rahvastiku tervisenäitajate muutumatus järgneva kolme kümnendi vältel nõuab sügavamalt analüüsi, mille piirjooned formaalselt esitatud kümnendite näol ei ole ilmselt piisavad. Üldistusena on siiski nõukogudeaegset ekstensiivset majandusarengut ning nakkushaigustele suunatud ennetussüsteemiga tsentraliseeritud tervisesüsteemi kokkuvõttes paremini talunud naised, kelle eluiga kasvas kolme kümnendi kokkuvõttes ligi paari eluaasta võrra. Meestele, kelle sotsiaalne roll ühiskonnas on tähendusrikkam, on mõju tervisele olnud tunduvalt halvavam – kolmekümne aasta jooksul ei ole keskmine eeldatav eluiga meestel peaaegu üldse kasvanud.

Kümnendi kokkuvõtetest nähtub, et 1970ndad oli Eesti rahvastiku tervise ulatuslikem halvenemise periood. Ilmneb, et rahvastiku tervise langusperioodil kahaneb meeste eluiga üle 1 eluaasta. Euroopa kontekstis on tähelepanuväärne, et kuigi eelmisel kahel kümnendil pärast terviseülemineku läbimist olid ka Euroopa riikide tervisenäitajad keskmise elueaga mõõdetuna seisunud 1950. aastate tasemel, ometigi ei täheldatud neis riikides naiste keskmise eluea kahenemist (2). Eesti naiste keskmine eluiga näitab selle kümnendi puhul EKDK arvutusi rakendades langust. Kui püüda määrata täpse-

Tabel 1. Eesti meeste ja naiste keskmise eeldatava eluea muutus aastates ajavahemikul 1960–2007

	Mehed (EKDK)	Naised (EKDK)	Mehed (ESA)	Naised (ESA)
1960–1970	0,7	1,5	1,0	2,4
1970–1980	-1,1	-0,2	-1,2	0,2
1980–1990	0,4	0,6	0,4	0,4
1980–1985	0,4	0,2	0,4	0,2
1985–1990	-0,0	0,4	-0,1	0,3
1990–2000	1,5	1,6	0,6	1,3
2000–2004	1,4	2,0	1,1	1,8
2000–2007			2,0	2,7
1960–1990	0,1	1,9	0,2	3,1
1990–(2004)2007	2,9	3,6	2,6	4,1

mat ajavahemikku, millal eluea kahanemine toimus, siis ilmneb, et languseperiood on piiritletud aastatega 1975–1981, mil näiteks meeste eluea langus moodustab 1,5 aastat ning naiste vastav näitaja 1 eluaasta (7).

1980. aastatel keskmine eluiga taastub 1960. aastate tasemel, kusjuures 1980. aastate algusaastatel on tugevam koondmõju kui kümnendi teisel poolel. Omapäraselt tasandavad teineteist 1980ndate alguses alanud positiivne suundumus tervisenäitajates, mis võimendub meeste jaoks nn Gorbatšovi alkoholivastase kampaania toel, ja kümnendi viimastel aastatel alanud suund tervise halvenemisele keskmise elueaga mõõdetult, mistõttu kümnendi kokkuvõttena on koondmõju nullilähedane. Mehed jõuavad vaadeldud kolme kümnendi kõrgeima näitajani 1988. aastal 66,3 eluaasta juures, naistel algab langus aga 74,9 eluaasta juures 1986. aastal. Kolme kümnendi kokkuvõttes on meeste eluiga muutunud vaid 0,1 aasta võrra, naiste vastav näitaja ligi 2 aasta võrra.

1990ndaid iseloomustab Eestis oluline sotsiaalne transformatsioon ning teadaolevalt jääb sellesse perioodi ka sõjajärgse rahvastiku tervisenäitajate madalaim tase. 1988. aastal alanud võitlus Eesti taasiseseisvumise eest, ühiskonnakorralduse täielik muutus 1991. aastal ning sellega kaasnenud majandusraskused (kõrge inflatsioon, majanduse täielik ümberstruktureerimine põllumajanduse liberaliseerimise ning üleliidulise tööstuse likvideerimise kaudu), mida on tähistatud majandusülemineku terminiga, on seotud rahvastiku tervisenäitajate olulise halvenemisega 1990ndate esimesel poolel (22). Ometigi on tähelepanuväärne, et kümnendi kokkuvõttena on nii mehed kui ka naised eluea kasvu poolest ületanud kõiki eelnevaid kümnendeid. Meeste eluea langus sai alguse 1989. aastal ning jõudis 1994. aastaks 1950ndate teise poole tasemele (61,3 eluaastat ja 6 aastaga langus ligi 5 eluaastat). Nagu juba eespool mainitud, algas naiste keskmise eluea näitaja langus meestest veelgi varem (1987. aastast), kuid ei olnud nii ulatuslik, jõudes 1960. aastate

keskpaiga näitajate tasemele (73,3 eluaastat ning langus 1,58 eluaastat). Rahvastiku tervise halvenemine saavutas oma n-ö põhja 1994. aastal, sealtpeale on mõningaste tagasilangustega (1998) näidanud see suhteliselt järjepidevat kasvutrendi.

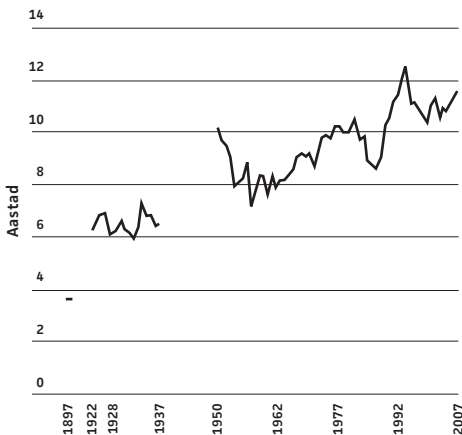
Majandusülemineku kaasnes mitteefektiivse tsentraliseeritud tervisesüsteemi lagunemine. Alused tänapäevase tervisesüsteemi toimimisele pandi 1990ndate algusaastatel (23). Ometigi ei toonud tervisesüsteemi reformid kaasa rahvastiku tervise oodatud paranemist kogu kümnendi vältel. Eesti inimeste keskmine eluiga langes 1994. aastaks ühele madalaimale tasemele Euroopas. Kuigi seejärel on keskmine eluiga näidanud jätkuvat tõusu, tuleb nentida, et nii omaaegsete kõrgpunktide 1974. või 1988. aasta (naiste puhul 1986. aasta) tasemele tagasijõudmise vahel on meeste puhul vahe vastavalt 26 või 15 aastat (2000. aastal 65,9; 2003. aastal 67,0), naiste puhul oli tagasilangus siiski vähem ulatuslik ning 1986. aasta (74,9) tase taastus 10 aastaga. Taastumisjärgne kümme aastat on naiste keskmist eluiga kasvatanud 3,4 aasta võrra 2007. aastaks 78,7 eluaastani (8). Siiski tuleb nentida, et mehed oma näitajaga 67 eluaasta juures ei ole endiselt paremal positsioonil kui Põhja-Euroopa mehed 1950ndatel, naiste tervise areng on olnud oluliselt parem, jõudes Põhja-Euroopa madalamate näitajatega maade tasemele 1990. aastal (2). 2000. aastate esimese seitsme aasta eluea koondkasv on olnud suurem kui kõigil eelmistel kümnenditel, mis lubab eeldada olulisemat arengut rahvastiku tervise valdkonnas kui seni.

Nagu Vallin ja Meslé väidavad, on igas terviserevolutsiooni etapis teatud lähene-mise (*convergence*) ja eristumise faasid (*divergence*). Ühel ajatapil võivad uutes tingimustes teatud rahvastikurühmad, mille järel teised n-ö tulevad järele. See väljendub rahvastikurühmade tervisenäitajate lähene-mises üksteisele. Vallin ja Meslé on Euroopa riikide näitel kirjeldanud, kuidas terviseülemineku teises etapis algselt võivad naised, kes jäävad selles rahvastiku tervise arengu

etapis vähem mõjutatuks inimese enda käitumisega seotud haigustest (3).

Terviseülemineku teise etappi sisenemisel on näha, et nakkushaiguste kui valdava surmapõhjuse vähenemisel ajajärgul 1920–1930 oli mõju naistele suurem ning naiste ja meeste eluea vahe kasvas 6–7 aastani (vt jn 2). Vahepealne andmestiku puudus ei luba lähemalt jälgida, kas enne II maailmasõja algust jõudsid mehed järele oma surmapõhjuste struktuuri muutustes, kuid sõja otsesed tagajärjed, endise sotsiaalse süsteemi kokkukukkumine ning uus tsentraliseeritud nivelleeriv tervisesüsteem on mõjunud eriti halvasti meeste tervisele ning tekitanud 1950. aastate alguseks esimest korda üle 10 aastani küündiva naiste ja meeste eluea vahe. 1950. aastatel jätkub keskmise eluea kasv, mil meeste vastav näitaja kasvab kiiremini ning kahandab soorisuse 7–8aastase vahe tasemele.

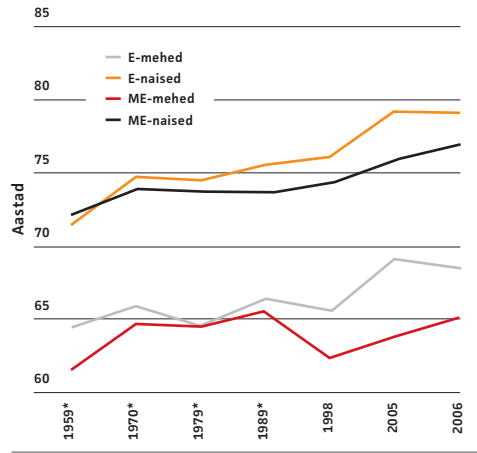
1970ndaid iseloomustanud nii meeste kui ka naiste keskmise eluea langustrend toob kaasa olulise soorisuse kasvu, mis seejärel vaid lühiajaliselt kahaneb 1980ndate keskpaigas, kui meeste ja naiste keskmise eluea näitajaid iseloomustab vastassuunaline areng: meeste keskmine eluiga jätkab tollase alkoholipoliitika toel kasvu, naistel on just alanud eluea languse faas. 1990. aastate langustrendid on selgelt oluliselt vähem puu-



Joonis 2. Eesti naiste ja meeste keskmise eluea vahe aastates ajavahemikul 1897–2007.

dutanud naisrahvastiku tervist ning meeste-naiste eluea vahe spurdis enneolematu 12 eluaastat ületava lõheni. Järgnevate aastate keskmise eluea tõusutrend on hoopis hoogsam naistel ning toetab hüpoteesi, et just naiste tervisekäitumises võime näha põhimõttelisi muutusi, mis tekitavad üha suureneva eristumise meeste näitajatest.

Eesti rahvastik on olnud pärast II maailmasõda toimunud ulatusliku sisserände mõjul oma koostiselt üha heterogeensem, seetõttu võib eeldada, et ligi kolmandiku moodustav välispäritolu rahvastik võib oluliselt mõjutada kogu rahvastiku tervisenäitajaid. Mitmete protsesside puhul on täheldatud immigrantrahvastiku teistlaadi käitumist (24–26), kuid arvestades, et terviseülemineku puhul on olulised ka tervisehoiusüsteemist ja poliitilisest struktuurist tulenevad mõjurid, võiks eeldada, et need kaks rahvastikurühma on ühelaadsetes tingimustes oma tervisenäitajate poolest lähenenud.



Joonis 3. Eestlastest ja mitte-eestlastest meeste ja naiste keskmine eeldatav eluiga 1959–2006.

* K. Katus, A. Puur. Mortality Development and Economic Transition: case of Estonia. RÜ Series B No. 35, Tallinn, EKDK, 1997 ESA, osaliselt avaldamata, 1998. aasta andmed enne 2000. aasta rahvaloenduse ümberarvutust.

1960ndate alguseks toimunud olulist rahvastiku keskmise eluea pikenemist toetasid ilmselt mõlemad rahvastikurühmad, kuid meeste elueas ilmneb kahe rahvastikurühma

Tabel 2. Eestlastest ja mitte-eestlastest meeste ja naiste keskmise eeldatava eluea muutus aastates ajavahemikul 1959–2006

	Eestlased mehed	Eestlased naised	Mitte-eestlased mehed	Mitte-eestlased naised
1959–1970	1,34	3,02	3,02	1,89
1970–1979	-1,29	-0,11	-0,11	-0,13
1979–1989	1,83	1,01	1,01	-0,17
1959–1989	1,88	3,92	3,92	1,59
1989–1998	-0,8	0,65	-3,2	0,59
1998–2006	2,86	3	2,74	2,73
1989–2006	2,06	3,65	-0,46	3,32

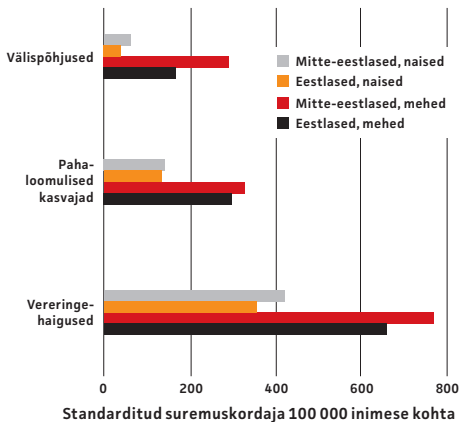
vahel ligi 3aastane eluea vahe. Välispäritolu rahvastiku sedalaadi erisused peegeldavad ühelt poolt immigrantide teatud selektiivsust, kuid teisalt ka sünnimaal omandatud tervisekäitumistavade tulenevat haigestumus- ja suremusstruktuuri erinevust. Järgneva kahe kümnendi vältel selline eluea vahe peaaegu kaob ning seda eelkõige just Eesti päritolu meesrahvastiku keskmise eluea kaahanemise arvel. Viimane nõukogudeaegne kümnend on mõlema rühma meesrahvastikule mõjunud suhteliselt positiivses suunas, kuigi enam on sellest võitnud eesti-päritolu mehed, kelle eluiga kasvab rohkem kui 1,8 aasta võrra mitte-eestlaste 1 aasta kõrval (vt tabel 2, jn 3).

Vaatamata sellele et 1990. aastate keskmise eeldatava eluea madalaima taseme kohta kümnendi keskpaigas ei ole andmeid esitada, osutab ajavahemikul 1989–1998 toimunud muutus siiski meeste eluea olulisele lühenemisele, olles eestlastel sel perioodil oluliselt väiksema ulatusega. Kui 1998. ja 2006. aastat vaadelda 2000. aastate kogutrendi kirjeldavana, ilmneb, et mõlema rühma meeste tervise areng on olnud võrreldava ulatusega. Mõlemal on ajavahemikul 1998–2006 madalale elueale jõudsalt lisandunud ligi 3 eluaastat, mis on eestlastest mehed tõstnud 1970. aastate Euroopa keskmise tasemele oma 68,5 eluaastaga, samal ajal kui mitte-eestlastest mehed säilitavad oma ligi 3aastase eluea mahajäämusega Euroopa 1950ndate keskpaiga taseme ega ole veel 2006. aasta näitajaga ületanud omaaegset kõrgeimat stagneerunud perioodi keskmise

eluea taset 1989. aastal, kui see oli 65,5 eluaastat (2).

Kui vaadelda põlis- ja välispäritolu rahvastiku naiste keskmise eluea trendi, siis siin on olnud suundumused meestest erinevad. Esimeses vaadeldavas ajapunktis 1959. aastal ületab mitte-eestlastest naiste keskmine eluiga eestlastest naiste vastavat näitajat. Meeste taustal vastandlikku seost võib seletada naisimmigrantide omalaadne selektiivsus. 1960. aastatel on siiski eestlastest naiste tervisenäitajate paranemine keskmise eluea kaudu mõõdetuna olnud kiirem (kasv 3 aastat) kui mitte-eestlastest naistel (1,89 aastat). Järgmine kümnend toob mõlema rahvastikurühma naiste hulgas kaasa näitajate languse ning veidi üllatavalt jätkub samalaadne areng 1980ndatel mitte-eestlastest naiste puhul, samal ajal kui eestlastest naiste tervise areng toob kümnendiga kaasa 1-aastase eluea kasvu. 1990ndate raamistikus on muutused tervises toonud kaasa mõlemas naisrahvastiku rühmas ühelaadse kiirusega tõusnud eluea vaid mõningase eelisarenguga eestlastest naiste hulgas, kes 79,2 eluaastaga on jõudmas 1990. aastate Põhja-Euroopa naiste tasemele. Mitte-eestlastest naiste keskmine eeldatav eluiga oli 2006. aastal 77 eluaasta lähedal.

Rahvastiku lõplikku tervisekadu väljendavad suremusnäitajad toovad esile eluea jooksul kumuleerunud tervist halvendanud tegurite toime, mis rahvastiku tasemel väljendub surmapõhjuste struktuuris. Terviseülemineku teist etappi läbinud arenenud Euroopa riikides on kerkimas peamiseks



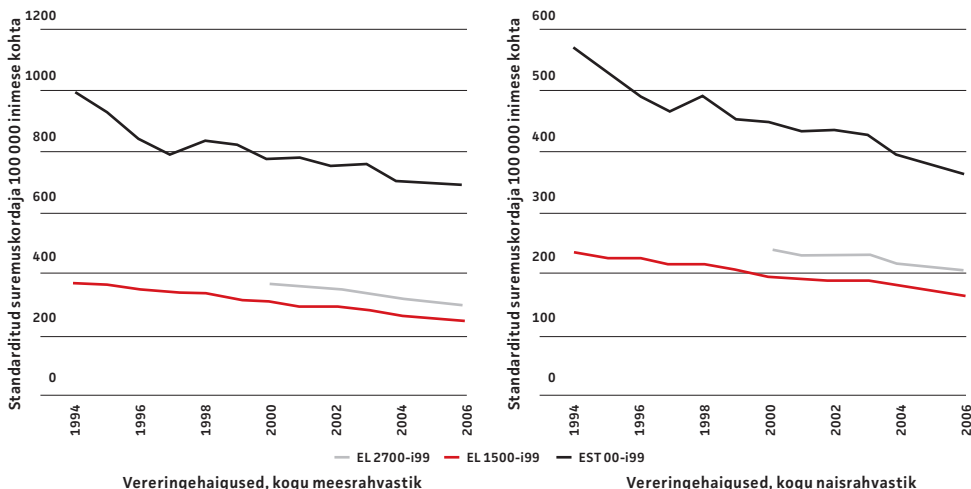
Joonis 4. Eestlaste ja mitte-eestlaste standardituid suremuskordaja kolme peamise surmapõhjuste järgi sooti aastal 2005.

surmapõhjusteks suurem pahaloomulistesse kasvajatesse, mille osakaal läheneb kolmandikule. Südame-veresoonkonna haigustesse suurem moodustab neis veel veidi üle kolmandiku ning välispõhjustest tingitud suremuse osakaal moodustab 6 protsenti kõigist surmapõhjustest. Eestis, mõõdetuna standardituid suremuskordajaga, ei ole toimunud veel põhimõttelist pööret surmapõhjuste struktuuris ning vereringehaigustesse suuremuse

osakaal kõigub 50 protsendi piires, olgugi et kümnendi jooksul on selle surmapõhjuste osakaal vähenenud ning vaevalt kaheksandikuni küündinud suurem pahaloomulistesse kasvajatesse on 2006. aastaks saavutanud viiendiku kõigist surmapõhjustest.

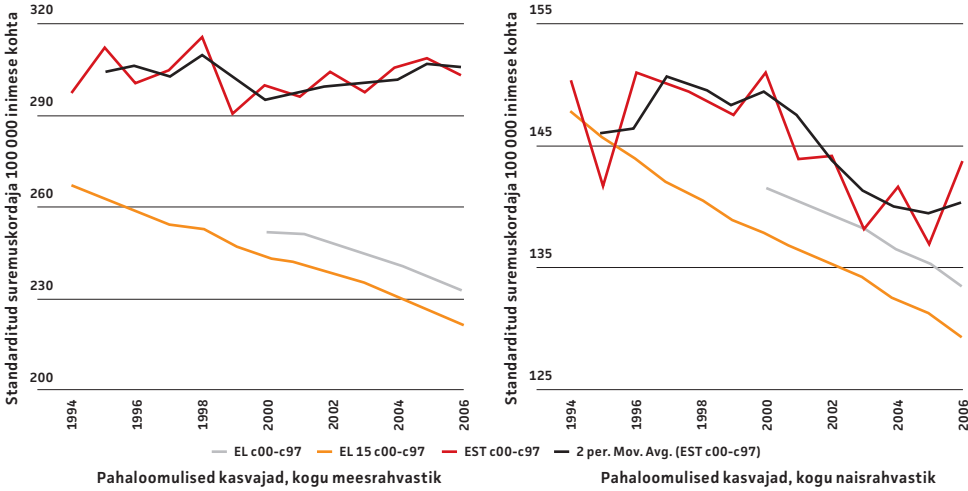
Välispäritolu rahvastiku suuremusestruktuuri võrdlus põlisrahvastikuga toob esile mitte-eestlaste surmapõhjustes vereringehaigustesse suuremuse väiksema osakaalu, seda eelkõige välispõhjustesse suuremuse suurema osakaalu arvel (vt jn 4). Mitte-eestlaste välispõhjustesse suuremuse ületab meeste puhul üle 70% ja naiste puhul üle 40% eestlaste vastavat näitajat. Kümne peamise surmapõhjuste kaupa on kahe rahvastikurühma suurimad vahed suuremuse psüühika- ja käitumishäiretega seotud surmapõhjustesse ning nakkushaigustesse, kus mitte-eestlaste vastav tase ületab nii meeste kui ka naiste puhul mitu korda eestlaste taset (9).

Eesti viimase kümnendi vereringehaiguste standardituid suremuskordaja langustrend nii meeste kui ka naiste puhul lubab eeldada, et rahvastiku tervisekäitumises, mis seotud just kardiovaskulaarsete haiguste mõjuritega, on toimunud olulised muutused. Omaet-



Joonis 5. Meeste ja naiste vereringehaiguste standardituid suremuskordaja 100 000 inimese kohta Eestis (EST), Euroopa Liidu nn 15 vanas liikmesriigis (EL 15) ja kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides (EL 27) ajavahemikul 1994–2006.

EU27 100-199 = EL 27 vereringehaiguste standardituid suremuskordaja; EU15 100-199 = EL 15 vereringehaiguste standardituid suremuskordaja; EE 100-199 = Eesti vereringehaiguste standardituid suremuskordaja



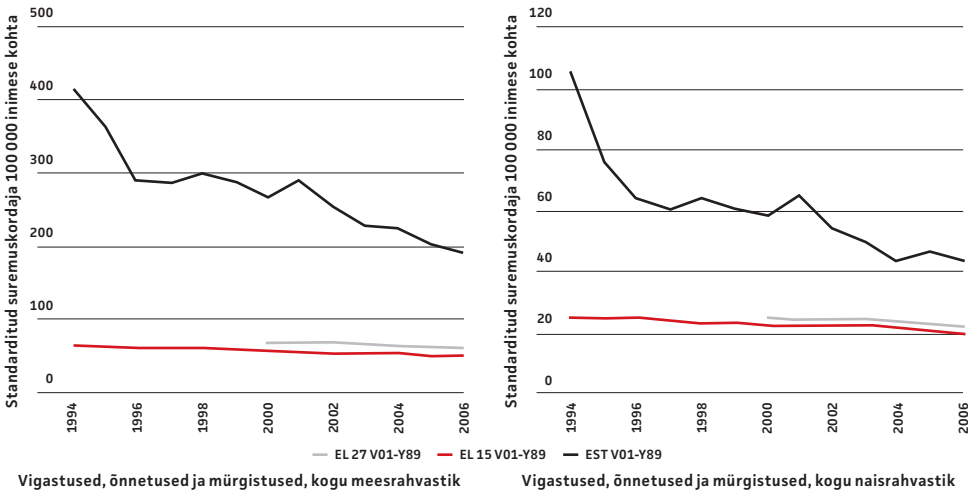
Joonis 6. Meeste ja naiste pahaloomuliste kasvajate standarditud suremuskordajad 100 000 inimese kohta Eestis, EL15-s ja EL27-s ajavahemikul 1994–2006.

EU27 C00-C97 = EL 27 pahaloomuliste kasvajate standarditud suremuskordaja; EU15 C00-C97 = EL 15 pahaloomuliste kasvajate standarditud suremuskordaja; EE C00-C97 = Eesti pahaloomuliste kasvajate standarditud suremuskordaja; 2 per. mov.avg = kahe aasta libisevkeskmisega tasandatud trendijoon

te küsimus on, millal see näitaja jõuab teiste Euroopa riikide tasemele – praegu on meil suremus ligi 2 korda suurem (vt jn 5).

Kardiovaskulaarse terviseülemineku raames toimuvad tavapäraselt muutused ka teises kahes peamises surmapõhjuste rühmas,

mis on iseloomulikud nn inimese tekitatud haiguste faasile, nimelt suremuses pahaloomulistesse kasvajatesse ja õnnetustesse, vigastustesse ning mürgistustesse. Euroopas on nende haiguste suremuskordajate kahanemise taga eelkõige suitsetamise, alkoholo-



Joonis 7. Meeste ja naiste vigastuste, õnnetuste ning mürgistuste standarditud suremuskordajad 100 000 inimese kohta Eestis, EL15-s, EL27-s ajavahemikul 1994–2006.

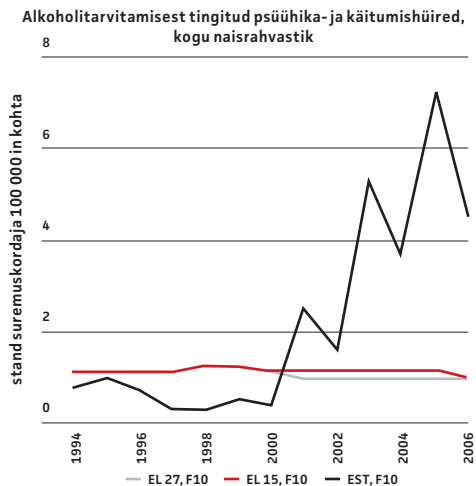
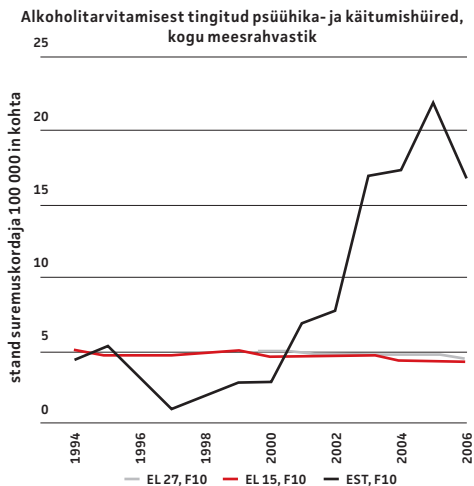
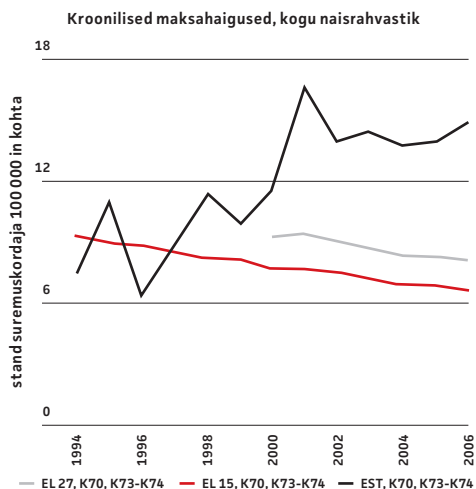
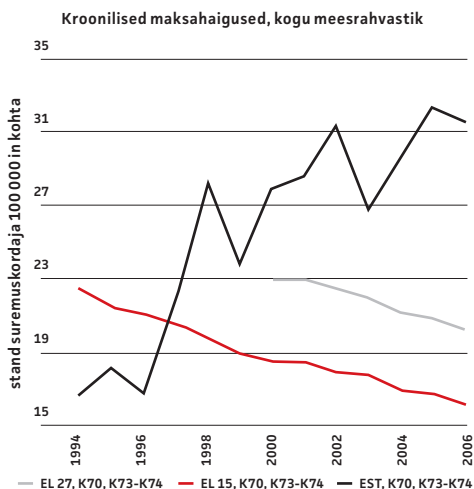
EU27 V01-Y89 = EL 27 vigastuste, õnnetuste ja mürgistuste standarditud suremuskordaja; EU15 V01-Y89 = EL 15 vigastuste, õnnetuste ja mürgistuste standarditud suremuskordaja; EE V01-Y89 = Eesti vigastuste, õnnetuste ja mürgistuste standarditud suremuskordaja

litarbimise ja toitumise mõjuritega seotud haigestumise vähenemine. Euroopa enam arenenud riikides on pahaloolumuliste kasvajate suremuskordaja viimaste aastate vähenemise taga meeste suremuse vähenemine hingamisteedekasvajatesse seoses suitsetamisvastase ennetustegevuse mõjuga ning naistel suremuse vähenemine rinnavähki.

Eesti rahvastiku pahaloolumulistes kasvajatesse suremuse standarditud kordaja ei ole pöördunud kindlale langustrendile. Eelkõige on selle põhjus kogu meesrahvastiku sure-

muskordaja kõrgel tasemel püsimine aastatel 1994–2006, mis viimasel kolmel aastal on hoopis näidanud mõningast kasvu (vt jn 6). Naisrahvastiku pahaloolumulistes kasvajatesse suremuse standarditud kordaja on samal ajavahemikul, eelkõige 2000. aasta järel näidanud olulist vähenemist, kuid viimasel kolmel aastal jäänud saavutatud tasemel püsima.

Rahvastiku terviseülemineku teise faasi läbimisel tõuseb olulisele kohale suremus vigastustesse, õnnetustesse ning mürgistustesse. Eesti rahvastiku terviseülemineku



Joonis 8. Meeste ja naiste alkoholiga seotud surmapõhjuste (kroonilised maksahaigused ja alkoholi tarvitamisest tingitud psüühikahäire) standarditud kordajad, Eesti, EL15, EL27 1994-2006.

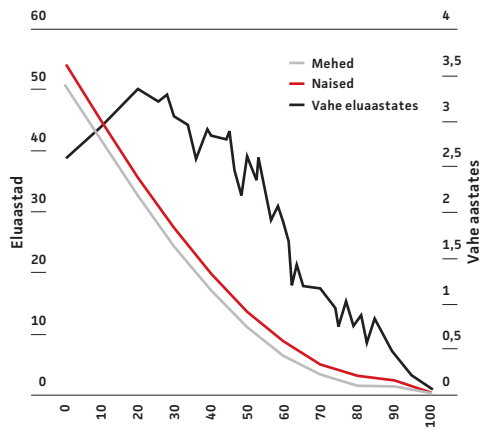
Allikas: (14) 15.08.2008. EU27 K70, K73-K74 = EL27 krooniliste maksahaiguste standarditud suremuskordaja; EU15 K70, K73-K74 = EL15 krooniliste maksahaiguste standarditud suremuskordaja; EE K70, K73-K74 = Eesti krooniliste maksahaiguste standarditud suremuskordaja; EU27 F10 = EL27 alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete standarditud suremuskordaja; EU15 F10 = EL15 alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete standarditud suremuskordaja; EE F10 = Eesti alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete standarditud suremuskordaja

teises etapis võib olla määrav osa just meie väga suurel vigastussurmade osakaalul. Kuigi viimastel aastatel on vigastuste suremuskordaja olnud kahanev, ei ole ennetustöö selles valdkonnas olnud piisavalt tõhus ning Eesti vastava näitaja tase ületab jätkuvalt rohkem kui kolm korda Euroopa Liidu nn vanade riikide keskmist (vt jn 7). Vahe on eriti suur võrdluses Euroopa 15 vana riigi meesrahvastikuga, kus alles viimasel kahel aastal on vahe vähenenud alla 4kordse erinevuse, naisrahvastiku vahe on rohkem kui kaks korda. Ilmselt peitub just siin võti rahvastiku tervise arengukavas ette nähtud eluea kasvuks.

Alkoholi seotud surmade suur mõju väljendub kõige ilmekamalt vigastussuremuse suurtes näitajates, kuid Eesti eristub teistest Euroopa maadest enamiku alkoholi-ga otseselt seotud surmapõhjuste kasvutrendi poolest. Joonisel 8 on esitatud meeste ja naiste standarditud suremuskordajad võrdluses Euroopa riikidega kahe otseselt alkoholist põhjustatud surmapõhjuse – krooniliste maksahaiguste ja alkoholi tarvitamisest tingitud psüühikahäirete – kordajate näitel, mis näitavad mõlema soo järgi olulist kasvutrendi. Pikka aega püsinud alkoholi kerge kättesaadavus, suhteliselt väike hind ning järkjärguline elujärje paranemine on koosmõjus rahvastiku tervisekäitumisharjumustega 2000. aastatel olnud krooniliste maksahaiguste standarditud suremuskordaja rohkem kui kahekordse ning alkoholist tingitud psüühikahäirete suremuskordaja 4–5kordse kasvu põhjus. Teatud määral võib eeldada, et näitajates peegeldub osaliselt ka oluliselt täpsustunud surmapõhjuste märkimine. Viimastel aastatel rakendatud alkoholiaktsiisi suurendamise või alkoholi kättesaadavuse ajaliste piirangute kehtestamise meetmed avalduvad suremuses kui lõpliku tervisekao näitajates tuntava ajanihkega. Alkoholi kahjustavat mõju on otseselt seostatud ligi 60 erineva haiguse ning vigastuste, õnnetuste ja mürgistuste põhjusega. Seetõttu on ka meie peamiste surmapõhjuste suurte näitajate taga suurel määral al-

koholitarbimise harjumused ning tavad. Et rahvastiku tervis paraneks oluliselt, on vaja eri meetmeid rakendada tunduvalt tõhusamalt ja sihikindlamalt.

Tervisepoliitiliste otsuste langetamisel on viimastel kümnenditel oluliselt rohkem hakatud pöörama tähelepanu rahvastiku haigestumusnäitajatele ning tervisekäitumisest tingitud mõjuritele. Üheks peamiseks rahvastiku tervise seisundit iseloomustavaks näitajaks on kujunenud tervelt elatud eluaastate hindamine. Oluliseks on muutunud just selle näitaja alusel hinnatava rahvastiku elukvaliteedi paranemine. Arenenud riikides 1980. aastatel toimunud keskmise eluea kasv ei toonud sugugi kaasa algselt elukvaliteedi paranemist, pigem tähendas keskmise eluea kasv nende maade hooldussüsteemide koormuse suurenemist, sest kasvas oluliste toimetulekupiirangutega rahvastiku osakaal (21). Viimased kümnendid on Euroopa arenenud maades toonud kaasa ka tervelt elatud eluaastate olulise kasvu.



Joonis 9. Eesti meeste ja naiste tervelt elatud eluaastad, 2006.

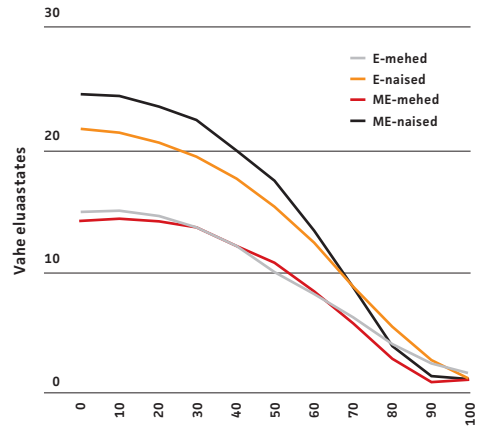
Eesti asub oma keskmiselt 52,3 tervelt elatud eluaasta poolest Euroopas nii meeste kui ka naiste järgi ühel viimastest kohtadest (8, 14). Keskmise tervelt elatud eluaastate arv on ETeU 2006 andmetel naistel sünnimomendil 53,5 ning meestel 50,9 eluaastat (vt jn 9). Meeste ja naiste keskmise eeldatava eluea

vahe oli rohkem kui 11 aastat. Tervisesei-
sundi tõttu oma igapäevaelus piirangutega
rahvastikku arvestades muutub meeste ja
naiste erinevus pea olematuks. Sünnihet-
kel on naistel eeldus elada meestest kauem
igapäevaelu ilma piiranguteta veidi üle 2,5
aasta. Kui tänastel 20–30aastastel naistel
on toimetulekupiirangutega elatavate aasta-
te vahe meestega kõige suurem, ületades 3
aastat, siis jõudes 60. eluaastatesse jääb juba
meeste ja naiste vahe tervelt elatud eluaas-
tates alla 1. Üle 65aastastel jääb tervelt elada
alla 6 aasta, mis on peaaegu kaks korda vä-
hem kui Põhja-Euroopa maade samaealistel.
Kindlasti on selline rahvastiku tervise tase
ka oluliseks piiranguks tööturul toimetule-
miseks, mistõttu see seab olulised piirangud
ka võimalikele kavadele pensioniiga tõsta.

Meeste ja naiste suhteliselt väike elu-
eavahe tervelt elatud eluaastate osas viitab
meeste liigsuremuse mõjule. Kui vaadelda
tervelt elatud eluaastate arvu päritolu järgi,
siis eestlaste ning mitte-eestlaste selle näita-
jaga mõõdetud vahe moodustab üle 4 aasta.
Keskmise eeldatava eluea vahe oli nende
kahe rahvastikurühma puhul veidi üle 2,5
aasta. Mitte-eestlaste tervelt elatud eluaas-
tate arv 48,7 juures ning näitaja peaaegu
võrdne tase selle rahvastikurühma meeste
ja naiste puhul viitab mitte-eestlaste suure-
matele tervisest tulenevatele toimetulekupi-
rangutete võrreldes põlisrahvastikuga.

Joonisel 10 on esitatud meeste ja naiste
keskmise eluea ning tervelt elatud eluaas-
tate vahe päritolu järgi. Keskmiselt tuleb
rohkem kui 20 aastat Eesti rahvastikul elada
tervise seisundis, mis oluliselt piirab igapä-
evaelus toimetulekut. Vahe on eriti suur
mitte-eestlaste puhul: mitte-eestlastest
naised elavad meestest enam kui 12 aastat
tervise seisundis, mis piirab oluliselt nende
igapäevategevusi. Mitte-eestlastest naiste
puhul moodustab kahe näitaja vahe üle 28
aasta ning on nende keskmisest elueast ligi
40%. Meeste puhul on suremuse mõju mõ-
lemas rahvastikurühmas nii suur, et päritolu-
järgset erinevust eluaastates, mis tuleb
elada igapäevategevuste piirangutega, ei

teki. Oluliselt lühema keskmise eluea tõttu
tuleb meestel keskmiselt toimetulekupiirang-
utega tervise seisundiga hakkama saada 16
eluaasta jooksul.



Joonis 10. Eestlastest (E) ja mitte-eestlastest (ME) meeste ja naiste keskmiselt eeldatava eluea ning tervelt elatud eluaastate vahe, 2006.

Kokkuvõttes, analüüsinud Eesti rahvastiku
tervise üldist suundumust viimastel küm-
nenditel, võib tõdeda rahvastiku tervise üld-
dist paranemist. Keskmise eluea kasv ajava-
hemikul 1990–2007 meestel ligi 3 ja naistel
ligi 4 aasta võrra ületab vastavat juurdekasvu
eelneval kolmel kümnendil meestel ligi 30
korda ning naistel ligi kaks korda. Samas
on selline areng toonud kaasa üha süveneva
meeste ja naiste elueavahe, mis on kärisenud
11 aastani. Tervise ülemineku kontseptsioo-
ni kohaselt viitab see naiste tervisekäitumise
kiirematele muutustele võrreldes meeste-
ga. Võrreldes põlis- ja immigrantrahvastiku
tervise arengut (eestlaste ja mitte-eestlaste
löiget kasutades), tuleb nentida, et nõuko-
gudeaegne periood on soosinud välispäritolu
meeste arengut ning põlisrahvastiku naiste
arengut. 1990ndate majandusülemineku pe-
riood on eriti halvavalt seetõttu mõjunud just
immigrantidest meeste tervisele. Viimasel
kümnendil on mõlemad rahvastikurühmad
peaaegu võrdselt nii meeste kui ka naiste osas
oma eluiga ligi 3 aasta võrra kasvatanud.

Surmapõhjuste järgi on peamiseks muutuseks, mis keskmise eluea paranemist toetab, eeskätt enneaegse vereringehaigustesse suremuse vähenemine. Viimaste aastate väikest kahanemist näitav suurem vigastustesse, õnnetustesse ning mürgistustesse ei ole piisav, et oluliselt aidata kaasa keskmise eluea kasvule. Ometigi on just need põhjused enim välditavad ning aluseks olulisele rahvastiku tervise paranemisele tulevikus. Ohumärgina on just viimasel kümnendil oluliselt kasvanud alkoholiga seotud suremuse tase.

Eesti inimeste tervelt elatud eluaastate madal tase viitab vajadusele uurida lähe-

malt, mis põhjustab keskmiselt rohkem kui 20aastase igapäevategevusi piirava tervise seisundiga eluperioodi. Eesti terviseuuring 2006 võimaldab süüvida nendesse rahvastiku tervise tagamaadesse, mis ilmnevad indiviidi tasandil. Rahvastiku tervisekäitumise peamiste muustrite mitmekülgne analüüs on ka teadmispõhise tervisepoliitika kavandamise aluseks.

Artikkel on osaliselt valminud sihtraha nr 0132703s05 ja Eesti Teadusfondi grandid nr 7619 toel.

luule.sakkeus@tai.ee

KIRJANDUS

- Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2008. http://www2.sm.ee/tervisepoliitika/failid/Rahvastiku%20tervise%20arengukava_RTA.pdf
- Caselli G. The key phases of the European health transition. *Polish Population Review* 1995;7:107–25.
- Vallin J, Meslé F. Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. A new approach to health transition. *Genus* 2005; LXI: 83–124.
- Vallin J. Diseases, deaths and life expectancy. *Genus* 2005; LXI: 279–96.
- Katus K, Puur A. Eesti rahvastiku suremustrend elutabelite analüüsi põhjal. RU Sari B Nr 14. Tallinn: EKDK; 1992.
- Katus K, Puur A. Rahvastiku elutabelid. Eesti 1923–1938 ja 1950–2000. RU, Sari C Nr 22, Tallinn: EKDK; 2004.
- Katus K. Data on population mortality in the Baltic countries. Vallin J, Hertrich V, Jasilionis D, et al, eds. *Mortality and the causes of death in the Baltic States*. Paris: INED; 2009 (in print)
- Eesti Statistikaamet. Andmebaas www.stat.ee 15.08.2008, 20.10.2008, 22.10.2008.
- Sakkeus L. Rahvastiku areng sidusrühmade kaudu. A. Purju, toim. Sotsiaaltrendid 4. Tallinn: Eesti Statistikaamet; 2007:11–38.
- World Health Organisation. who.hfadb.dk 15.08.2008.
- Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus. Imikusuremus. Maakonnad 1965–1993. Tallinn: EKDK; 1994.
- Methodological description on DFLE. Luxembourg, Eurostat 2008 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_base_an1.pdf 22.10.2008
- Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
- Eurostat. Eurostati andmebaas 2008 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0,1136184,0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL 23.09.2008, 10.10.2008, 22.10.2008
- Katus K. Rahvus ja vähemusrahvus. J. Viikberg, toim. Eesti rahvaste raamat: rahvusvähemused, -rühmad ja -killud. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus; 1999: lk 400–6.
- Haug W. National and immigrant minorities: problems of measurement and definition. *Genus* 2000; LVI: 133–48.
- Katus K, Puur A. Mortality Development and Economic Transition: case of Estonia. RU Series B No. 35. Tallinn: EKDK; 1997.
- Omran A. The Epidemiologic Transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly* 1971; 49: 509–38.
- Olshansky JS, Ault BA. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly* 1986; 64: 355–91.
- Caselli G. National differences in the health transition in Europe. *Proceedings of the Conference on History of Registration of Causes of Death*. Bloomington: Indiana University; 1993.
- Crimmins E, Saito Y, Ingegneri D. Changes in life expectancy and disability-free life expectancy in the United States. *Population and Development Review* 1989; 15: 235–68.
- Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, online first 14 January 2009.
- Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, et al. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen: WHO Europe; 2004.
- Katus K, Puur A, Sakkeus L. Immigrant Population in Estonia. Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. *The demographic characteristics of immigrant populations*. *Population Studies* 2003; 38: 131–192.
- Hruschka DJ, Hadley C. A glossary of culture in epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 947–51.
- Angel LJ, Buckley CJ, Finch BK. Nativity and self-assessed health among pre-retirement age Hispanics and Non-Hispanic whites. *International Migration Review* 2001; 35: 785–803.

SUMMARY**Health development of the population of Estonia**

The article focuses on an overview of the development of population health in Estonia over decades against the background of the lately adopted action plan for population health development for 2009-2020 where the aim is set to increase, during 12 years, male life expectancy by 9 years, and female life expectancy by 6 years, and healthy life years by 8 and 11 years, respectively. In the article the trend of long-term population health is evaluated on the basis of the trend in life expectancy, standardised mortality rates and healthy life years, the latter based on the data of the Estonian Health Interview Survey 2006. The indicators are mainly analysed in the gender aspect as well as in the aspect of the division of the native and immigrant populations, the latter denominated by the Estonian/Non-Estonian variable due to data availability.

In general, throughout the post-war period the health development of the population in Estonia can be characterized as stagnating. The total increase in life expectancy between 1960-1990 after the end of the first stage of the health transition was practically nil for males and only 2 years for females. The social transformation of the 1990s, despite the downsurge of the indicators in the very beginning of the 1990s, has brought about a recovery of the health of the population of Estonia: male life expectancy has increased almost by 3 years during 17 years, attaining 67.1 years and the corresponding indicator for females has increased almost by 4 years attaining 78.7 years in 2007. However, the levels of life expectancy have barely reached the level of Northern Europe for males in the 1950s and for females in the 1990s.

On the conceptual level the trend of the last decades in Estonia can be seen as signalling towards the end of the second phase of health transition with a decreasing trend in standardised mortality rates of cardiovascular diseases, in particular, in the age groups 0-64 for both sexes. It seems that the impact of the so-called man-made diseases has been lesser on the female and on the native populations: both population groups have demonstrated higher increase rates in the last decades in life expectancy and higher decrease rates in mortality rates by main causes of death. In the last decade the trend in the mortality of external causes has also shown a decreasing trend. However, the almost 4 times higher level for males and the twice higher level for females compared to the level of 15 old member states of Europe indicates that this area of health behaviour might be the main source for further improvements in life expectancy in the future.

Such a development has resulted in the widening gap in life expectancy between females and males, more than 11 years; a similar gap is by one year higher in the immigrant population. The native male population has about 3 years higher life expectancy than the male immigrant population, for females the difference is between 2 years in the two populations.

The present indicators of healthy life years for Estonia demonstrate one of the lowest levels in Europe. This suggests that the increasing trend in life expectancy might not bring about increasing living in better health. An average population has to live almost one third or more than 20 years of their lifetime in the circumstances where their daily activities are limited due

to health problems. Although on the macro level the last decades have brought about favourable changes in main health indicators, the low level of healthy life years requires an in-depth analysis of the determinants of health on the individual level.

Estonian HIS 2006 offers a good basis for further insight into the conditions and factors determining the current status of population health, thus serving the basis for knowledge-based decisions in the health sector in the future.

Välispäritolu rahvastiku tervis

Luule Sakkeus^{1,2}, Kati Karelson¹ –

¹Tervise Arengu Instituudi

tervisestatistika osakond,

²Eesti Demograafia Instituut

Võtmesõnad: põlis- ja välispäritolurahvastik, tervelt elatud eluaastad, tervise tõttu oluliselt piiratud oma igapäevategevustes, füüsiline tervis, vaimne tervis, tervisekäitumise mõjurid, tervisesüsteemi mõjurid

Eesti terviseuuring 2006 on üks tähtsamaid allikaid, mis võimaldab välispäritolurahvastiku tervise seonduvat süstemaatiliselt jälgida, vastates Euroopas esile kerkinud vajadusele. Oma rohkem kui 30% välispäritolurahvastiku osakaalu tõttu, mis on Euroopas üks suuremaid, on selle rahvastikurühma käitumise mõju eriti suur Eesti tervisenäitajatele. Välispäritolu rahvastiku suremus, mõõdetuna standarditud suremuskordajaga, ületab rohkem kui 20% võrra põlisrahvastiku vastavat taset. See teisendub ligi 4aastaseks tervelt elatud eluaastate vaheks ning ligi 15%-liseks ülekaaluks põlisrahvastikuga võrreldes nendel, kes on tervise tõttu oma igapäevategevustes oluliselt piiratud. Sellise erinevuse tekkes ei ole olulist tähendust välispäritolu rahvastiku sotsiaal-majanduslikel teguritel, küll aga vaimset tervist mõjutavatel teguritel, alkoholi- ja narkoprobleemidel. Mitmed kaudsed näitajad viitavad immigrantrahvastiku traditsioonilise-

male arstiabi kasutamisele ning väiksemale terviseteadlikkusele, mis eeldab erinevat lähenemist põlis- ja immigrantrahvastikule nii rahvastikurühma terviseteadlikkuse parandamiseks kui ka erinevaid tervisesüsteemimeetmeid.

Arenenud maad on pärast II maailmasõda olnud mitmelaadsete migratsioonilainete objektiks, mille toimel on neis suuremal või väiksemal määral kujunenud eripalgeline välispäritolu rahvastik. Viimane on tihtipeale oma peamistes käitumistavades oluliselt erinev selle maa põlisrahvastikust. Eelnevast tulenevalt tõusevad üha enam tervisepoliitika keskmesse immigrant- ja põlisrahvastiku erinevad tervisenäitajad, mille taga on nähtud nii sotsiaal-demograafilisi, -majanduslikke, tervisekäitumuslikke, kui ka (tervise-) poliitilisi mõjureid (1–3).

Euroopa Liidus on viimastel aastatel see teema samuti tõusnud tähelepanu keskmesse. Euroopa Nõukogu 8. terviseministrite konverentsil 23.11.2007. a vastu võetud Bratislava deklaratsioon tervisest, inimõigustest ja migratsioonist (4) rõhutab vajadust tervisepoliitikas arvestada immigrantide teistlaadi tervisekäitumist ning sellest tulenevalt eripärasid neile tervise teenuste kättesaadavuse igakülgse tagamisel, samuti vajadust toetada rahvatervise valdkonnas teaduslikku uurimistööd ning seire- ja infosüsteeme, et tagada migrantide tervisele suunatud programmides tõendus põhine alus. Arvestades viimase kümnendi trendi Euroopa maades, kus 1960.–1970. aastatel saabunud sisserännanute järeltulijad ei ole läbi teinud oodatud

integratsiooni ja lähendanud oma käitumistavasisid asukohamaa põlisrahvastikule (5), on jõutud tõdemuseni, et sotsiaal-kultuurilistest eripäradest tulenevad tavad, normid ja väärtused ei kao ka sisserännanute teises ning võib-olla ka kolmandas põlvkonnas (2, 6). Seetõttu on üha enam esile kerkinud vajadus täpsustatud teabe järele immigrantrahvastiku kohta erinevates valdkondades, sh tervisepoliitika kujundamisel.

Eestile on iseloomulik Euroopa üks suuremaid immigrantrahvastiku osakaale (7). Immigrantrahvastik on saanud Eestise erinevate lainetena, kus II maailmasõja järgse viie kümnendi jooksul vaid iga 5. sisserännanu jäi Eestisse pidama ning nii pärineb immigrantrahvastik peaaegu võrdsest igast II maailmasõja järgsest viiest kümnendist (8). Seetõttu on Eesti Euroopas üks esimesi maid, kus on võimalik täpsemalt jälgida ka immigrantrahvastiku teise põlvkonna käitumistavasisid. Kuigi immigrantrahvastik pärineb paljudest endise NSV Liidu erinevatest maadest ning erineva ajaloolise ja sotsiaalkultuurilise taustaga piirkondadest, moodustavad rahvusliku enesemääratluse kaudu üle 90% mitte-estlastest kolm peamist ida-slaavi rahvast: venelased, ukrainlased ja valgevenelased.

Ühe peamise mõjurikomplektina immigrantrahvastiku tervisele tuuakse esile selle rahvastiku madalat sotsiaal-majanduslikku staatust. Tihtipeale muutub immigrantrahvastiku tervise erinevuste hindamisel peaküsimuseks immigrantidega sama kultuuritaustaga arstiabi kättesaadavus kui mõjur. Eesti välispäritolu rahvastiku tervise käsitlemisel on oluline tõdeda, et see osa rahvastikust pärineb oma tervisesüsteemi poolest sarnaste tingimustega geograafilisest ruumist, on suhteliselt sarnase sotsiaal-majandusliku taustaga ning tervishoiusüsteemis on suhteliselt suure osakaaluga esindatud ka immigrantrahvastik. Teatud määral võib immigrantrahvastikule avaldada mõju nende teistsugune kooselustruktuur. Kui on eristatud suuremad struktuurierisused, tuleb seoseid otsida tervisekäitumise erinevustest,

et seletada nende mõju haigestumisele, toimetulekuraskuste tekkele või et prognoosida suremusnäitajaid.

Artikli peamine **eesmärk** on leida need ühised ja eristavad tegurid, mis kahe rahvastikurühma puhul määravad olulise terviseka. Peamisi tervisenäitajaid on vaadatud võrdlevalt nii selle rahvastikurühma keskmise seisukohalt kui ka nende inimeste aspektist, kes on oma igapäevategevustes oluliselt piiratud. Viimane on võetud võrdlusaluseks eelkõige seetõttu, et just see rahvastikuosa määrab, kui kaua kumbki rahvastikurühm elab oma elu tervelt ning kui kaua tuleb elada toimetulekupiirangutega.

Eesti välispäritolu rahvastik on keskmise oodatava eluea kaudu mõõdetuna säilitanud meeste puhul rohkem kui 3aastase ning naiste puhul enam kui 2aastase elueavahe põlisrahvastikuga võrreldes (9). Välispäritolu rahvastiku suremus, mõõdetuna standarditud suremuskordajaga, ületab rohkem kui 20% võrra põlisrahvastiku vastavat taset. Kahe rahvastikurühma suhteliselt suur erinevus makrotasandil sunnib otsima tervise mõjureid individuaaltasandil, mida võimaldavad küsitlusuuringu andmed. Selles artiklis on neid mõjureid vaadeldud lisaks sotsiaal-demograafilistele ka füüsilist ja vaimset terviseseisundit kirjeldavate, tervisekäitumise ja tervisesüsteemi tegurite aspektist.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Analüüsi aluseks on Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) andmed (10), mis võimaldavad jälgida käitumiserisusi ning nende mõju rahvastikurühma tervisenäitajatele. Üldise tervisetrendi esitamisel kahe rahvastikurühma kohta on lähtutud oluliselt oma igapäevategevustes terviseprobleemide tõttu piiratud näitajast, mis on aluseks ka tervelt elatud eluaastate arvutusele. See näitaja on arvutatud Eesti Statistikaameti elutabeli andmetel, kasutades Sullivani meetodit ning ETeU 2006 küsimust terviseprobleemist tulenevate igapäevaelu piirangute kohta (11, vt ka 9).

ETeU 2006 võimaldab käsitleda tervise enesehinnangulist poolt kolme peamise küsimuse¹ alusel, mida on käsitletud rahvastikurühmade tervise taseme hindamiseks.

Välispäritolu rahvastiku defineerimisel lähtume statistilisest kontstruktsioonist, kus välispäritolu rahvastiku hulka kuuluvad rahvusliku enesemääratluse kaudu põlisrahvusest ehk eestlastest erineva määratlusega välissündinud, s.t nii need, kes ise on sündinud väljaspool Eestit, kui ka need, kelle mõlemad vanemad on sündinud väljaspool Eestit (12). Artiklis on immigrantrahvastik ja välispäritolu rahvastik kasutusel sünonüümidenä. Samas tähenduses on kasutatud mitte-eestlaste lõiget tervelt elatud eluaastate võrdluses tulenevalt andmestiku võimalustest.²

Erinevate riskikäitumiste hindamiseks on moodustatud koondtunnuseid. Nii on seksuaalse riskikäitumise tunnuses koondatud teave sellest, kas viimase aasta jooksul on olnud suguhaigusi, kas enesehinnanguliselt on HIV-tõppe nakatumise tõenäosus suur, on kunagi elus maksnud seksuaalteenuse eest või osutanud tasuta seksuaalteenust, on viimasel perioodil olnud juhusuhteid ning nende puhul pole kasutatud kondoomi. Meeste puhul on lisaks kasutatud teavet seksuaalsuhtest omasoolise partneriga.³ Alkoholiprobleemi selgitamise aluseks on olnud küsimused, mis mõõdavad probleemi enesehinnangulist tunnetamist (püüdnud alkoholi tarvitamist vähendada, on juhitud tähelepanu vajadusele vähendada alkoholi tarvitamist, on tundnud süütunnet oma joomisharjumuste pärast, vajab hommikuti ergutuseks alkoholi).⁴ Toitumise riskikäitumise tunnus on moodustatud vastuste alusel, mille puhul ilma toitu maitsmata li-

satakse sageli soola, toidu valmistamiseks ei kasutata peamise rasvaina toiduõli ning kõõgi- või puuvilja tarbitakse vähem kui 5 päeva nädalas.⁵ Liikumisega seotud riskikäitumise puhul on hinnatud, kas inimene on viimase nelja nädala jooksul sooritanud ükskõik milliseid kehalist aktiivsust nõudvaid tegevusi.⁶ Narkoprobleemi olemasolu tunnuse moodustamisel on aluseks võetud küsimus kanepi suitsetamisest kunagi elus, mida on täiendatud vastustega küsimusele teiste narkootiliste ainete elus kunagi proovimise kohta.⁷

Peamise analüüsimeetodina on kasutatud kirjeldavat statistikat vaadelduna kolmes vanuserühmas: noorem iga (15–34 a), vanem tööiga (35–64 a), vanuriiga (65aastased ja vanemad). Kolme vanuserühma eristamise aluseks on muutused tervelt elatud eluaastates põlis- ja immigrantrahvastikus: kuni 35. eluaastani on kahe rahvastikurühma elua vahe suurim, kõikides 4 ja 3,5 eluaasta vahel, keskmises tööeas see vahe väheneb kolmelt eluaastalt ühele ning vanurieas muutub tervelt elatud eluaastate vahe immigrantrahvastiku kasuks. Et keskenduda kahe rahvastikurühma põhimõttelistele erinevustele, on artiklis kasutatud näitajaid mõlema rahvastikuosa kogurahvastiku kohta, eristamata sugusid. Näitajate arutamisel on kasutatud ETeU 2006 kaalutud andmeid.

KAHE RAHVASTIKURÜHMA ENESEHINNANGULINE TERVIS NING SOTSIAAL-MAJANDUSLIKUD TEGURID

Eesti rahvastik on oma tervelt elatud eluaastate näitaja poolest ühelviimasel kohal Euroopa riikide hulgas (11). Mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastate arv on sünnihetkel ligi 4 aastat põlisrahvastikust väiksem (vt jn 1),

¹ Kuidas on Teie tervis üldiselt? Kas Teil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem? Mil määral on viimased 6 kuud Teie igapäevategevused olnud piiratud seoses pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga? (10)

² Mitte-eestlaste rahvastikurühm erineb immigrantrahvastikust põlise vene vähemusrahvuse osa võrra, mida aga ei ole võimalik eristada elutabelite arvutustes, mis on tervelt elatud eluaastate arutamise aluseks.

³ ETeU 2006 naiste ankeedi küsimused jn12, jn15, jn26 ja jn28 ja jn30 ning meeste ankeedi küsimused jm12, jm15, jm29, jm30, jm31 ja jm33 (10).

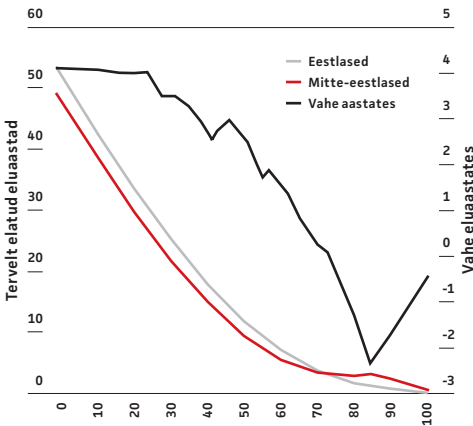
⁴ Küsimused r35 kuni r38 (10).

⁵ Küsimused t05, t07, t08 (10).

⁶ Küsimused t11, t14, t18 (10).

⁷ Küsimused s03, s07, s09 ja s10 (10).

moodustades 48,7 eluaastat. Põlisrahvastiku tervelt elatud eluaastad on 52,8. See tähendab, et need rahvastikurühmad elavad oma keskmisest elueast ligi kolmandiku igapäevategevustes piiratud (9). Vanuse kasvades kahe rahvastikurühma erinevus tervelt elatud eluaastates kahaneb (vt tabel 1). Eluea vahe kahaneb väiksemaks kui 2 aastat alates 54. eluaastast ning langeb alla 1 aasta alates 65. eluaastast. Pärast 75. eluaastat on vahe juba immigrantrahvastiku kasuks. Immigrantrahvastiku vanavanurite suurem tervelt elatud eluaastate arv viitab olulisele selektiivsusele selle rahvastikurühma hulgas.



Joonis 1. Eestlaste ja mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastad ning vahe eluaastates vanuseni, 2006

Allikas: autori arvutused, Statistikaameti elutabelid

Tabel 1. Eestlaste ja mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastad ning vahe eluaastates vanuseni, 2006

Vanus	Eestlased	Mitte-eestlased	Elueavahe
0	52,8	48,7	4,1
15	38,6	34,5	4,1
25	30,1	26,1	4,1
35	22,1	18,8	3,3
45	15,3	12,3	3,0
55	9,5	7,7	1,8
65	5,4	4,5	1,0
75	2,6	2,8	-0,2
85	1,0	3,3	-2,3

Allikas: autori arvutused, Statistikaameti elutabelid

Tervise enesehinnangu järgi hindab immigrantrahvastik oma tervist kolme küsimuse kokkuvõttes keskmiselt 15% halvemaks kui põlisrahvastik (vt tabel 2). Enesehinnangulise hea tervise osakaal on Eestis väga väike: vaid veidi üle poole põlisrahvastikust ning veidi üle 40% immigrantrahvastikust annab oma tervisele väga hea või hea hinnangu. Earühmade võrdluses on hinnangud erinevad. Kõige väiksem on tervisehinnangu vahe kahe rahvastikurühma vahel väga hea ja hea tervise kohta noorimas vanuserühmas, suurenedes vanurieas rohkem kui 50%-ni. See küsimus sisaldab kõige enam emotsionaalse heaolu komponenti, mistõttu seda küsimust tuleks vaagida tugevas seoses vaimse tervise näitajatega. Earühmiti toob see esile ka seose järgmise tervise-enehinnangulise küsimusega pikaajalise terviseprobleemi olemasolu kohta. Nooremas eas võib esineda küll juba pikaajaline terviseprobleem, kuid sellele vaatamata hinnatakse oma tervist heaks või väga heaks, vanemas eas aga ilma pikaajalise terviseprobleemi või igapäevategevuste piiranguteta on väga hea ja hea tervise osakaal ikkagi väiksem.

Ühe peamise terviseriski rühmana on oluline jälgida neid, kellel on olulised igapäevategevuse piirangud. See rühm vajab tavapäraselt rohkem nii sotsiaalset kui ka meditsiinilist toetust. Põlisrahvastikus moodustab see rühm oma enesehinnangu kohaselt kolmandiku, immigrantrahvastiku puhul ligi kaks viiendikku. Oluliselt igapäevategevustes piiratud rahvastiku jaotus on aluseks sellele, et põlisrahvastikul tuleb 21 aastat ja immigrantrahvastikul ligi 23 aastat elada oma elueast toimetulepiirangutega (9).

Tervise enesehinnang on erinevate uurin-gute andmetel oluliselt mõjutatud rahvastiku sotsiaal-demograafilistest ning -majanduslikest mõjuritest (13). Üheks oluliseks haigestumust ning suremustõenäosust en-

Tabel 2. Põlis- ja immigrantrahvastiku tervise enesehinnangulised seisundid, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Väga hea ja hea tervis	81,3	52,7	17,4	51,8	80,0	42,7	8,4	43,9
Pika-ajaline terviseprobleem	22,1	45,4	76,0	46,6	24,3	50,1	84,4	51,7
Oluliselt igapäeva-tegevustes piiratud	14,1	35,9	65,0	33,3	16,5	42,2	74,7	39,8

nustavaks mõjuriks on olnud rahvastiku haridustase, mis kaudselt hindab nii teadlikkust kui ka toimetulekuvõimalusi (14).

Kõrgharidus suurendab hea tervisega veedetud aega ning vähendab toimetulekupiirangutega veedetud eluiga (15). Rahvastiku majandusliku tegevuse tunnuseks on kasutatud aktiivse majandusrahvastiku tunnust, mis peegeldab inimese toimimist tööturul. See on nii sissetulekuallika kui ka üldise aktiivse seisundi oluline mõõdik. Mitmetes immigrantrahvastiku tervise käsitlustes on olulise tegurina esile toodud ka ametistruktuuri. Olemine kas nn valgekrae-ametite või töölisametite esindaja on tinglikult sissetulekutaseme määraja koos sellega kaasneva arstiabi kättesaadavusega, kuid teatud juhtudel ka oluliseks terviseriskide allikaks (16). Selles analüüsis on kasutatud ametistruktuuri määratlemiseks teavet põhilise ameti kohta eluaegselt, mida vastuse puudumisel on täiendatud kas praeguse või viimase ametikoha teabega.⁸

Sotsiaalse võrgustiku mõõdikuna on kasutatud näitajat kooseluse elamise kohta, olenemata selle registreerimisest (17, 18). Kooselul on eriti tugev mõju meesrahvastiku tervisele ning selektiivsele elulemusele (19). Põlis- ja immigrantrahvastiku erinevat kooselumudelit, kus immigrantrahvastik elab suuremal määral registreeritud abielus ning astub koosellu varasemas eas, aitab ühtsemalt esitada kooselu tunnust.

Tabelis 3 on esitatud demograafilised taustatunnused osakaaludena nii oluliselt igapäevategevustes piiratud kohta kui ka

rahvastikurühma keskmisena. Rahvastikurühmade keskmise võrdlusest ilmneb, et rahvastiku koostisest tulenevad erinevused kahe rühma vahel ei ole eriti suured või tasandavad üksteist. Samas on need erinevused vanuserühmiti erinevad. Immigrantrahvastikku iseloomustab keskmiselt suurem kõrgharidusrahvastiku osakaal, kuid sellele vastupidi on nende hulgas põlisrahvastikust tunduvalt väiksem valgekraede osakaal. Immigrantrahvastiku tuleviku seisukohalt on oluline, et noorimas earühmas on nii kõrgharitud kui ka valgekraede osakaal oluliselt väiksem kui põlisrahvastikus. Immigrant-rahvastik elab keskmiselt rohkem kooselus, kuid seda mitte vanurieas. Immigrantrahvastik on nooremas earühmas majanduslikult tunduvalt aktiivsem. Vanemas earühmas on põlisrahvastik keskmiselt peaaegu poole võrra tööjõuturul aktiivsem.

Terviseprobleemid, mis toovad kaasa olulised igapäevategevuste piirangud, on mõjunud kahele rahvastikurühmale nende näitajate alusel lähendavalt. Näitajad olid valitud selliselt, et kõik need peaksid mõjuma tervisele samasuunaliselt. Samas on nende mõju just vanuserühmiti erinev. Pea kõigi valitud näitajate puhul on nooremas vanuserühmas oluliselt oma igapäevategevustes piiratud hulgas keskmisest rohkem kõrgharitud, aktiivseid majandustegevusi, valgekraesid ning kooselurahvastikku, mistõttu tuleb nende puhul otsida rahvastikukoostisest erinevaid tervisedeterminante. Kui üldiselt oluliste igapäevategevuste piirangutega inimeste hulgas peaks olema vähem kõrgharidusrah-

⁸ ETeU 2006 naiste ankeedi küsimused jn12, jn15, jn26 ja jn28 ja jn30 ning meeste ankeedi küsimused jm12, jm15, jm29, jm30, jm31 ja jm33 (10).

Tabel 3. Põlis- ja immigrantrahvastiku ning tervise tõttu igapäevategevustes oluliselt piiratud demograafilised taustatunnused, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Kõrgharidusrahvastik	25,5	31,3	18,8	26,0	27,1	35,8	28,2	31,9
Aktiivne rahvastik	61,9	63,7	5,9	42,7	64,7	59,8	5,1	40,9
Valgekraed	49,7	50,3	49,8	50,0	45,8	48,1	51,5	49,0
Kooselurahvastik	48,7	69,7	41,7	56,4	58,1	73,0	42,5	60,0
Rahvastikurühma keskmine								
Kõrgharidusrahvastik	25,4	40,4	26,3	32,3	22,3	40,4	31,0	33,6
Aktiivne rahvastik	54,4	85,1	19,8	59,8	56,9	81,4	13,2	58,9
Valgekraed	50,1	59,2	53,0	54,7	39,5	51,0	52,6	47,5
Kooselurahvastik	47,6	72,7	45,9	58,7	51,4	74,9	44,1	61,2

vastikku, siis immigrantrahvastiku puhul on oluliste tervisest tulenevate piirangutega rahvastiku hulgas tervikuna keskmiselt suurem kõrgharitude osakaal. Selline erinevus viitab vajadusele sügavama analüüsi puhul täpsustatult defineerida haridustase haridusaastate alusel. Teatavasti on enamikul immigrantrahvastikust kesk- ja kõrgharidustaseme omandamise haridusaastate arv ühe võrra väiksem. Immigrantrahvastiku puhul torkab teise erandina silma tervisepiirangutega inimeste hulgas suurem valgekraede osakaal. Osaliselt võib nii üks kui ka teine olla mõjutatud eelkõige suuremast naiste osakaalust immigrantrahvastiku hulgas, mida aga siinkohal lähemalt ei käsitle.

Oluline on tõdeda, et rahvastikukoostise eripärast tulenevad tegurid, olgu see mõõdetud kooselus oleva, kõrgharidusega, ametnike ja teenindajate või tööjõuturul aktiivse rahvastiku osakaaluga, ei ole need määravad tegurid, mis immigrantrahvastiku haigestumust soodustavad. Vastupidi ootustele on igapäevaelus tervise tõttu oluliselt piiratud immigrantide hulgas ligi 20% kõrgharidusrahvastiku ülekaal võrreldes põlisrahvastikuga. Vanurieas küünib vastav erinevus 33%-ni. Immigrantrahvastiku igapäevaelus piiratud hulgas on suhteliselt enam selle rahvastikuosa keskmisega võrreldes nn valgekraemetite esindajaid, mis seoses kõrgharidusrahvastikuga on ka eeldatav.

Osaliselt on sellise erineva igapäevaelus piiratud koostisjaotus seletatav sooerinevusega, mida selles analüüsis lähemalt ei jälgita, kuid igal juhul tähendab see, et tegurid, mis on iseloomulikud sellise koostisega tervisenäitajale, erinevad neist, mis on mõjutanud põlisrahvastikku.

PEAMISED FÜÜSILISE JA VAIMSE TERVISE MÕJURID

Vaadeldes lähemalt, millised füüsilise või vaimse tervise seisundid on olulised tegurid igapäevategevuste piirangute tekkeks, kajastame füüsilist seisundit kahe näitajaga (raskused enesehooldel ning majapidamistöodes), vaimset tervist aga depressiooni-episoodi (tundnud ennast masendununa või kaotanud huvi ja võime rõõmu tunda) esinemisega kas elus kunagi või praegu.⁹

Rahvastikus moodustavad terviseprobleemidest tulenevate enesehooldamis- ja majapidamisraskustega inimesed keskmiselt 4–6%, veidi on neid inimesi rohkem põlisrahvastiku hulgas. Oluliselt suurem on kunagi elus depressioonisümptomit kogenute osakaal, mis moodustab ligi kolmandiku. Suurim erinevus rahvastikurühma keskmistes põlisuse järgi avaldub nende hulgas, kes on viimase kahe nädala jooksul kogenud depressioonisümptomit. Immigrantrahvastiku vastav näitaja on 40% suurem põlisrahvastiku keskmisest, olles nooremas vanu-

⁹ Küsimused H01, G01 füüsilise tervise kohta ning D01–D06 vaimse tervise kohta (10).

Tabel 4. Füüsiline ja vaimne tervis põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Enesehooldamisraskused	7,3	11,8	31,7	18,2	3,0	7,6	26,9	13,8
Majapidamises toimetulekuraskused	5,7	9,3	18,5	12,1	1,7	6,0	18,8	10,0
Depressioonisümpptom elus	42,8	39,9	38,1	39,7	49,7	40,1	42,2	42,2
Depressioonisümpptom praegu	12,4	12,6	10,3	11,8	12,1	15,7	23,6	18,0
Keskmine rahvastik								
Enesehooldamisraskused	0,6	2,8	9,9	4,3	0,0	2,2	10,2	4,1
Majapidamises toimetulekuraskused	0,2	0,3	2,5	6,3	0,0	0,9	3,9	5,8
Depressioonisümpptom elus	23,8	31,6	33,0	29,0	25,1	28,4	38,5	29,2
Depressioonisümpptom praegu	4,4	6,3	7,6	5,9	6,5	8,4	19,2	9,8

serühmas ligi kolmandiku võrra suurem ja vanemas rühmas 60% suurem. Omapäraselt eristub immigrantrahvastiku keskmises tööeas vanuserühm, kelle puhul elus kogetud depressiooninäitaja on põlisrahvastikust väiksem.

Oluliselt oma igapäevategevustes piiratud puhul kasvab nende hulk, kellel on enesehooldega ja majapidamistöödega raskusi, kusjuures suuremal määral mõjutavad igapäevategevusi enesehooldest tingitud raskused. Põlis- ja immigrantrahvastiku peamine erinevus igapäevaelus toimetulemiseks on selles, et põlisrahvastikus on immigrantrahvastikuga võrreldes nende suurem osakaal, kel on füüsilisest tervisest põhjustatud probleemid, immigrantrahvastikul põlisrahvastikuga võrreldes aga vaimse tervise probleemidega seotud rahvastiku osakaal. Kui põlisrahvastiku puhul depressioonisümpptomiga inimeste osakaal igapäevategevustes piiratud hulgas vanusega kaldub pigem vähenema, siis sedalaadi trendi ei nähtu immigrantrahvastiku puhul ning vanurieas on selles rahvastikuosas viimase kahe nädala jooksul depressiooni kogenute osakaal suurim. Immigrantrahvastiku igapäevaelus

piiratud hulgas kasvab depressiooninäitaja osakaal oluliselt vanuse kasvades. Selline põhimõtteline erinevus viitab kahe rahvastikurühma erinevale haigestumusstruktuurile, mis on jälgitav ka tervisekäitumise tegurite ja arstiabi kasutamise erinevustes.

TERVISEKÄITUMISE MÕJURID

Tervise kujunemisele pikas perspektiivis avaldavad enim mõju iseenda teadlikkusest tulenev tervisekäitumine ühelt poolt ning ennetustegevusele suunatud tervishoiusüsteem teiselt poolt (20). Järgnevalt on vaadeldud tervisekäitumise erinevaid tegureid peamiselt nendest aspektidest, mis on kirjanduses leidnud käsitlemist peamiste riskikäitumistena. Enamikul juhtudel on vastava käitumistava puhul risk haigestuda mingisse haigusesse suurem. Nii on suitsetajate puhul tavapärane seostada seda vereringehaigustesse ja hingamisteedega seotud haigustesse haigestumise suurema tõenäosusega, alkoholiprobleemide puhul on tõenäosem haigestuda seedetrakti haigustesse või psüühikahäirete teke¹⁰ (21, 22). Toitumistavad ja kehaline aktiivsus, samuti kehamassi indeks võivad olla olulisteks teguriteks, et

¹⁰ Metoodika osas kirjeldatud alkoholiprobleemi näitajat on antud käsitluses eelistatud tavapärase objektiivsema alkoholikogustest tuletatud näitaja ees. Lähemat analüüsi vajab see nähtus just immigrantrahvastiku puhul, kelle objektiivsed näitajad on põlisrahvastikust väiksemad. Eeldatavalt võib see olla seotud immigrantrahvastiku psühholoogilise eripäraga, mis otseste vastuste puhul kipub tegelikku olukorda paremas valguses näitama. Seetõttu on eelistatud kaudse näitaja kasutamine. Mingil määral võib samalaadsete põhjuste tõttu olla immigrantrahvastiku narkootiliste ainete kasutamise näitaja väiksem, kuid võib täheldada ka selle probleemiga rühma selektiivset kontsentratsiooni.

prognoosida diabeeti, hüpertooniatõppe, aga ka hingamisteede haigustesse haigestumist (23–25). Eestis on viimastel aastatel suurt kõneainet pakkunud meie HIV-tõppe nakatunute suur osakaal rahvastikus, mille peamiseks riskiteguriks on narkootikumide tarvitamine ja seksuaalne riskikäitumine. Mitu korda Euroopa Liidu arenenud maade vastavat taset ületav suremus vigastustesse, õnnetustesse ja mürgistustesse on Eestis seotud küll mitmete teguritega, kuid olulisel määral mõjutatud rahvastiku alkoholiprobleemist. Samas on kunagi olnud vigastused, õnnetused või mürgistused üheks peamiseks teguriks, mis ei võimalda inimestel oma igapäevategevustes enam ise toime tulla. Eespool nimetatud tegurid on välja valitud, et iseloomustada põlis- ja immigrantrahvastiku tervisekäitumise erisusi (vt tabel 5).

Tervisekäitumise esimeses plokis, mis on seotud suitsetamise, alkoholi tarvitamise ning vigastustega, on immigrantrahvastiku hulgas viiendiku võrra rohkem regulaarseid suitsetajaid, rohkem kui kolmandiku võrra enam alkoholiprobleemiga ning 10% võrra põlisrahvastikust rohkem inimesi, kellel on olnud vigastusi, õnnetusi või mürgistusi. Samas on immigrantrahvastiku hulgas põlisrahvastikust mõnevõrra vähem elus kunagi regulaarselt suitsetanud. Igapäevategevustes piiratute hulgas on nende probleemidega inimeste osakaal üldiselt väiksem, välja arvatud nende osakaal, kellel on elus olnud vigastusi. Mõlema rahvastikuosa piirangutega rühmades on vigastustega inimeste osakaal oluliselt suurem rahvastikurühma keskmisest näitajast, noorimas vanuserühmas on igapäevategevustes piiratud immigrantrahvastikul vigastusi omanute osakaal 70% võrra suurem kui immigrantrahvastikus keskmiselt. Immigrantrahvastikku enam iseloomustanud vigastused ületavad oluliselt oma igapäevategevustes piiratute hulgas kolmandiku võrra põlisrahvastiku vastavat näitajat. Erinevalt oma rahvastikurühma keskmisest kasvab oluliselt igapäevategevustes piiratud põlisrahvastiku hulgas iga vanuserühmaga nende osakaal, kes on

olnud vigastatud, ning kahe rahvastikuosa erinevus selle näitaja osas on väiksem vanurieas. Kõigi teiste halbade harjumuste puhul on suund nimetatud halbade harjumustega inimeste osakaalu vähenemisele vanuseti. Et need riskitegurid on ka ühed peamised suremuse mõjurid, siis ei saa väita, et nooremates vanuserühmades oleks oluliselt kasvanud riskikäitumine. Tervise halvenes, mida mõõdab oluliselt oma igapäevategevustes piiratute näitaja, on suitsetamis- ja alkoholiprobleemidega inimeste osakaal kahes vanemas vanuserühmas vastava rahvastikurühma keskmisest väiksem, mis viitab selle rühma selektiivsele elulemusele.

Peamiselt nooremata vanuserühma puudutav narkoprobleemide ja seksuaalse riskikäitumise esinemine on esimese terviseprobleemi puhul keskmiselt rohkem kui 10% võrra levinud põlisrahvastiku hulgas, samal ajal kui seksuaalne riskikäitumine on ligi viiendiku võrra enam levinud immigrantrahvastiku hulgas. Omaette väärib rõhutamist, et narkootikumidega on vanuses 15–34 kokku puutunud üle veerandi selleaalistest. Nende puhul, kes on terviseprobleemide tõttu oluliselt oma igapäevategevustes piiratud, kasvab immigrantrahvastiku nooremates vanuserühmas narkoprobleemidega inimeste osakaal, ületades põlisrahvastiku vastavat näitajat.

Kehakaaluga seotud probleemide puhul on probleemsete hulka arvestatud kehakaalu indeksi alusel nii ala- ja ülekaalulised kui ka rasvunud, kellest viimased on eraldi esitatud. Kehakaaluprobleemidega koos on käsitletud ka ebatervislikku toitumist ning vähest kehalist aktiivsust. Kehakaaluprobleemide puhul olulisi erinevusi põlis- ja immigrant-rahvastikus ei esine, immigrantrahvastikus esineb vaid veidi vähem kehaliselt väheaktiivseid. Rasvumisprobleem tabab mõlemat rahvastikurühma keskmises tööeas, mil rasvunute osakaal tõuseb vaevalt 10% piirimaile ligi kahe viiendikuni. Oma igapäevategevustes piiratute puhul on kehakaaluga seotud probleemid enam põlisrahvastikule iseloomulikumad kui immigrantrahvastikule.

Tabel 5. Põlis- ja immigrantrahvastiku tervisekäitumise tegurid, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Elus kunagi suitsetanud	47,6	50,1	29,0	42,2	54,4	49,1	23,7	40,8
Regulaarne suitsetaja praegu	33,4	27,0	7,8	21,1	49,8	31,5	8,1	25,7
Alkoholiprobleemiga	18,7	15,6	4,5	12,1	31,2	24,9	12,4	21,3
Elus kunagi vigastusi, mürgitusi, õnnetusi	24,8	30,9	32,0	30,3	37,2	35,6	33,2	35,0
Narkoprobleemiga	25,0	5,3	0,2	6,5	30,2	3,1	0,2	5,8
Seksuaalne riskikäitumine	13,8	4,6	0,2	4,2	20,5	6,8	0,4	6,3
Kehakaaluprobleemiga	38,1	70,1	70,5	65,3	38,9	64,3	68,3	62,2
Rasvunud	15,1	51,0	48,9	43,8	11,9	45,7	46,7	41,0
Toitumise riskikäitumine	13,9	18,3	20,5	18,4	13,6	17,9	16,4	16,8
Kehalise aktiivsuse poolst riskikäitumine	7,6	10,3	8,6	9,3	9,0	8,0	8,8	8,4
Keskmine rahvastik								
Elus kunagi suitsetanud	44,2	52,6	31,6	45,7	46,0	50,9	26,4	44,6
Regulaarne suitsetaja praegu	26,5	27,5	8,4	23,6	36,7	33,3	10,2	30,0
Alkoholiprobleemiga	17,5	15,1	4,3	14,0	25,0	24,6	13,1	22,5
Elus kunagi vigastusi, mürgitusi, õnnetusi	18,1	25,3	30,0	23,6	21,8	27,1	32,0	26,2
Narkoprobleemiga	23,2	4,2	0,2	10,4	21,2	4,3	0,4	9,2
Seksuaalne riskikäitumine	14,7	6,4	0,3	8,0	19,9	8,1	0,6	10,2
Kehakaaluprobleemiga	32,8	60,6	66,9	51,7	36,2	61,1	66,4	53,8
Rasvunud	9,4	37,3	42,9	26,9	9,0	36,4	43,3	27,6
Toitumise riskikäitumine	14,9	15,7	20,4	16,3	13,4	17,4	17,0	16,0
Kehalise aktiivsuse poolst riskikäitumine	6,3	8,0	6,7	7,1	6,6	6,4	7,1	6,6

Ligi kahel kolmandikul igapäevategevuse piirangutega põlisrahvastiku esindajal on kehakaaluprobleemid, immigrantrahvastikul on see näitaja 5% võrra väiksem.

Uuringutulemustest ilmneb, et tunduvalt suuremal määral on eeskätt esimese ploki riskikäitumise teguritest puudutatud immigrantrahvastik: regulaarseid suitsetajaid on nende hulgas ligi viiendiku võrra rohkem ning alkoholiprobleemiga inimesi üle 60% rohkem. Oluliselt oma igapäevategevustes piiratud puhul on nii suitsetajaid kui ka alkoholiprobleemiga inimesi veidi vähem, kuid samas oluliselt rohkem neid, kellel olnud vigastusi, mürgitusi või õnnetusi. See erinevus viitab suitsetamisest ja alkoholitarbimisest tulenevate mõjude pikatoimelisusele ning selektiivselt halvadest harjumustest puudutatud rahvastikuosa väiksemale

ellujäämisvõimalusele, samas kui vigastuste tõttu on ellu jäädud, siis on see ka suurema tõenäosusega igapäevategevuste piiranguid tekitav. Immigrantrahvastiku alkoholiprobleemidega inimeste vanuseti suurenev ülekaal põlisrahvastikuga võrreldes võib olla üheks mõjuriks nende suuremale depressioonisümptomite osakaalule ning mõnel määral seletada ka kõrgemat pere- ja eriarsti ning päevaravi külastamise taset (vt allpool). Samuti viitab sellise ülekaalu säilimine igapäevategevustes oluliselt piiratud hulgas alkoholitarbimise erinevatele mustritele põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas.¹¹

Narkoprobleemidega rahvastiku ülekaal igapäevategevustes piiratud immigrandide noorimas vanusrühmas võib osaliselt olla seotud ka selles vanuserühmas rohkem tarvitavate retseptiravimitega. Arvestades, et narkootilis-

¹¹Vt märkus 10

te ainetega kokkupuude on olnud riskiteguriks alles viimase paarikümne aasta jooksul, tuleb eeldada selle teguri kasvavat mõju rahvastiku tervisele järgnevatel aastakümnetel.

TERVISEÜSTEEMI MÕJURID

Tervishoiusüsteemi mõjurid on üks osa determinantidest, mis on tugevas seoses rahvastiku tervise taseme näitajatega (26). Kõige enam on arstiabi kättesaadavus seotud tänapäeval ravikindlustuse olemasoluga. Põlisrahvastiku hulgas on keskmiselt 3,1% ja immigrantrahvastiku hulgas 3,6% ravikindlustuseta isikuid (vt tabel 6). Siiski tähendab see 15% erinevust, mis meie sotsiaalsete tagatiste üldisuse juures mõneti üllatavalt säilib kõigis eärühmades, kaasa arvatud va-

nurideas. Tavapäraselt on ravikindlustuseta isikute puhul surve haiglaravi ja erakorralise arstiabi esmajärjekorras kasutamisele, kuna pöörduakse arsti juurde alles siis, kui terviseprobleem on juba ägenenud. Immigrant-rahvastikku iseloomustab 15–20% ulatuses suurem aasta jooksul haiglaravil viibinute ja erakorralise meditsiiniteenuste kasutajate osakaal. Immigrantrahvastikule on iseloomulik ka ligi kaks korda suurem aasta jooksul päevaravil viibinute osakaal, mis nõuab enne selle näitaja analüüsis kasutamist täpsemat hinnangut, kas küsimusest on õigesti aru saadud. Immigrantrahvastiku kaks tööeas vanuserühma on saanud aasta jooksul veidi vähem ükskõik millist arstiabi kui põlisrahvastik, kuid vanurideas on olnud

Tabel 6. Arstiabi kasutamine ja ravikindlustuse olemasolu põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Aasta jooksul käinud arsti juures/haiglas	95,2	92,6	92,6	93,0	94,6	87,9	91,3	90,1
Haiglas viimasel aastal	8,3	15,8	22,7	17,1	15,7	19,9	23,2	20,5
Päevaravil viimasel aastal	6,5	8,8	6,1	7,5	29,3	25,4	17,1	22,9
Külastanud perearsti viimase kuu jooksul	27,2	36,8	38,8	36,0	24,3	35,6	43,7	36,9
Külastanud eriarsti viimase kuu jooksul	24,0	23,7	23,2	23,5	28,6	24,5	26,5	25,8
Külastanud hambaarsti viimase kuu jooksul	11,8	11,4	7,7	10,1	15,7	13,0	7,2	11,3
Saanud retseptiravimeid viimase kuu jooksul	47,6	70,4	87,5	73,0	52,3	69,1	83,8	72,0
Kiirabi kutsunud või erakorralise meditsiini osakonnas olnud viimase kuu jooksul	4,1	2,2	3,9	3,1	3,7	4,7	3,4	4,1
Ravikindlustuseta	4,0	3,6	0,7	2,6	7,6	4,8	1,8	4,2
Rahvastikurühma keskmine								
Aasta jooksul käinud arsti juures/haiglas	87,5	84,8	87,9	86,4	81,8	80,3	87,7	82,2
Haiglas viimasel aastal	5,8	8,8	17,4	9,3	8,7	10,2	19,1	11,4
Päevaravil viimasel aastal	5,3	5,6	4,8	5,3	16,3	18,6	13,9	16,9
Külastanud perearsti viimase kuu jooksul	17,2	24,5	33,3	23,5	16,3	24,1	38,8	24,3
Külastanud eriarsti viimase kuu jooksul	13,9	15,6	20,0	15,8	13,2	15,4	23,0	16,1
Külastanud hambaarsti viimase kuu jooksul	12,9	12,8	8,8	12,1	11,5	10,6	7,4	10,3
Saanud retseptiravimeid viimase kuu jooksul	26,5	45,9	76,2	44,4	23,2	43,8	74,4	42,8
Kiirabi kutsunud või erakorralise meditsiini osakonnas olnud viimase kuu jooksul	2,1	1,5	2,8	1,9	1,7	2,5	2,5	2,3
Ravikindlustuseta	3,5	3,7	0,9	3,1	4,1	4,3	1,1	3,6

arstiabi kasutamine aasta jooksul, ka perevõi eriarsti külastamine põlisrahvastiku vastavast näitajast sagedam.

Oluliselt igapäevategevustes piiratute hulgas on põlisrahvastikus ravikindlustuseta isikuid keskmisest vähem, kuigi nooremas vanuserühmas keskmisest veidi rohkem, immigrantrahvastiku hulgas on ravikindlustuseta isikute osakaal kõigis vanuserühmades rahvastikurühma keskmisest suurem ning moodustab 4,2%. Terviseprobleemiga inimeste puhul kasvab arstiabi kasutamise osakaal kõigi näitajate osas ning 93% oma igapäevategevustes piiratud põlisrahvastiku esindajaid on aasta jooksul külastanud mingit arsti või viibinud haiglaravil, immigrant-rahvastiku puhul jääb see näitaja 90% juurde. Enam on aasta jooksul arstiabi kasutanud noorem vanuserühm, immigrantrahvastiku keskmises tööeas olev rahvastik on arstiabi kasutanud aasta jooksul kõige vähemal määral. Peaaegu kõigi arstiabi kasutamise näitajate puhul on immigrantrahvastiku igapäevategevustes piiratud kasutanud arstiabi erinevaid võimalusi põlisrahvastikust rohkem. Veidi vähem kasutavad oluliselt igapäevategevustes piiratud immigrandid arsti väljakirjutatud retseptiravimeid, kuid nende hulgas tõuseb esile noorem vanuserühm, kes kasutab ravimeid põlisrahvastikust rohkem. Kas immigrantrahvastiku altim arstiteenuse kasutamine on seotud nende erineva haigestumusstruktuuri või käitumistava erisusega, nõuab sügavamat analüüsi seoses nende haigusstruktuuriga, kuid mõningal määral aitavad nende tervisekäitumise peamised tegurid seda erinevust mõtestada.

KOKKUVÕTE

Immigrantrahvastiku 4 aastat väiksem tervelt elatud eluaastate arv teisendub rohkem kui 15%-liseks ülekaaluks nende hulgas, kel esinevad olulised terviseseisundist tulenevad igapäevategevuse piirangud. Rahvastikurühmade demograafilises koostises olulisi erinevusi, mis võimaldaksid sellist tervisenäitajate vahet seletada, ei esine. Tavapäraselt maandavad haigestumusriski, mis siin-

ses käsitluses on väljendatud oluliselt tervise tõttu oma igapäevategevustes piiratute osakaaluga, kõrgharidus, kooselus olemine või nn valgekraemetite pidamine. Analüüsis ilmneb, et noorima vanuserühma puhul ei ole sotsiaal-demograafilised tegurid olnud tervisepiiranguid ennetavateks mõjuriteks. Immigrantrahvastiku oluliselt tervise tõttu oma igapäevategevustes piiratute noorimas vanuserühmas on rahvastikurühma keskmisest enam esindatud nii kõrgharidusega, majanduslikult aktiivsed, valgekrae-ametite esindajad kui ka kooselus elavad ning see sunnib selle earühma puhul otsima teisi tervisedeterminante.

Oluliseks erinevuseks põlis- ja immigrantrahvastiku haigestumusriskides on põlisrahvastiku puhul need determinandid, mis mõjutavad füüsilise tervisega seonduvaid probleeme, immigrantrahvastikul aga vaimse tervisega seonduvaid probleeme. Seetõttu on põlisrahvastiku igapäevategevustes piiratute hulgas enam levinud kehakaaluga seonduvad probleemid ja elus kunagi suitsetamine, immigrantrahvastiku hulgas aga alkoholiprobleemid, regulaarne suitsetamine, vigastused ning nooremas vanuserühmas narkootiliste ainete tarvitajad. Mitmed kaudsed näitajad viitavad immigrantrahvastiku traditsioonilisemale arstiabi kasutamisele ning väiksemale terviseteadlikkusele. Kokkuvõttes nõuavad eri vanuserühmades esinevad terviseprobleemid ning neid mõjutavad tegurid põlis- ja immigrant-rahvastiku erinevat käsitlust ning nii rahvastikurühma terviseteadlikkuse parandamiseks kui ka tervishoiusüsteemi-poolseks toetuseks mõnevõrra erinevaid meetmeid. Arvestades rahvastikurühmade käitumise erinevusi ning rakendades suunatud sihitteadlikke ennetusmeetmeid, on võimalik oluliselt parandada kogu Eesti rahvastiku tervisenäitajaid.

Artikkel on osaliselt valminud sihtraha 0132703s05 ja Eesti Teadusfondi grandri nr 7619 toel.

luule.sakkeus@tai.ee

KIRJANDUS

1. Angel LJ, Buckley CJ, Finch BK. Nativity and self-assessed health among pre-retirement age Hispanics and Non-Hispanic Whites. *International Migration Review* 2001;35(3):785–803.
2. Courbage Y. Migrants in Western Europe: demographic behaviour and socio-economic conditions. *Demografija* 2007;50(5):5–25.
3. Wamala S, Merlo J, Boström G, et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:409–15.
4. Euroopa Nõukogu Bratislava deklaratsioon tervisest, inimõigustest ja migratsioonist 23.11.2007 ([www](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/declaration_en.pdf)) http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/declaration_en.pdf
5. Crul M, Vermeulen H. The second generation in Europe. *International Migration Review* 37;4:965–85.
6. Compton P, Courbage Y. Synthesis Report. In: Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. The demographic characteristics of immigrant populations. *Population Studies* 2002;38:553–93.
7. Katus K, Puur A, Sakkeus L. Immigrant population in Estonia. In: Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. The demographic characteristics of immigrant populations. *Population Studies* 2002;38:131–92.
8. Sakkeus L. Rahvastiku areng sidusrühmade kaudu. Rmt: A. Purju (toim.). *Sotsiaaltrendid 4*. Tallinn: Eesti Statistikaamet; 2007. lk.10–38.
9. Sakkeus L. Eesti rahvastiku tervise areng. *Eesti Arst* 2009;88(Lisa2):10–23.
10. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. *Metodoloogiaülevaade*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
11. Eurostat. Eurostati andmebaas; 2008 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0_1036184_0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL 22.08.2008)
12. Haug W. National and immigrant minorities: problems of measurement and definition. *Genus* 2000; LVI(1-2):133–48.
13. Van Oyen H, Bossuyt N, Deboosere P, et al. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 2004;108:3–10.
14. Crimmins Eileen M. Socio-economic differentials in mortality and health at older ages. *Genus* 2005; LXI(1):163–76.
15. Deboosere P, Neels K. Role of education in health transition: evidence from Belgian census. In: XXV European Population Conference; Barcelona, 9–12 July, 2008.
16. Kingston R, Smith J. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic disease. *Am J Public Health* 1997;87:805–10.
17. Anson O. Marital status and women's health revisited: the importance of a proximate adult. *Journal of Marriage and the Family* 1989;51(1):185–94.
18. Lund RP, Due JM, Holstein BE, et al. Cohabitation and marital status as predictor of mortality – an eight year follow-up study. *Soc Sci Med* 2002;55(4):673–9.
19. Martikainen P, Martelin T, Niihtilä E, et al. Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: analyses of changes in marital status distributions, socio-demographic and household composition and cause of death. *Population Studies* 2005;59(1):99–105.
20. Vallin J, Meslé F. Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. A new approach to health transition. *Genus* 2005; LXI(1):83–124.
21. Caselli G. The key phases of the European health transition. *Polish Population Review* 1995;7:107–25.
22. Ramstedt M. Alcohol-related mortality in 15 European countries in the post-war period. *Eur J Popul* 2002;18:307–23.
23. Blair D, Habicht JP, Sims EAH, et al. Evidence for an increased risk of hypertension with centrally located body fat and the effect of race and sex on this risk. *Am J Epidemiol* 1984;109(4):526–40.
24. Cummins RO. Recent changes in salt use and stroke mortality in England and Wales. Any help for salt-hypertension debate? *J Epidemiol Community Health* 1983;37(1):25–8.
25. Folsom AR, Pinesas RJ, Kaye SA, et al. Body fat distribution and self-reported prevalence of hypertension, heart attack and heart disease in older women. *Int J Epidemiol* 1989;18(2):361–7.
26. Velkova A, Wollenswinkel van den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):75–84.

SUMMARY

Health development of foreign-origin population in Estonia

The immigrant population of Estonia, accounting for almost 30%, has one of the highest proportions in Europe, which emphasizes the need to understand differences in population health development. The Estonian Health Interview Survey 2006 (EstHIS2006) offers the possibility to investigate the main divergences between native and immigrant populations in the aspects of socio-economic, demographic, health behaviour and utilisation of health care. According to the main structural

indicator of health, healthy life years, the native population is characterised with 52.8 years and the immigrant population with 48.7 years. Regarding this indicator, Estonia demonstrates one of the lowest levels in Europe, which for its population means living with health related limitations in their daily life performance during more than one-third of lifetime. Differences in this indicator diminish with age and among the oldest elderly of the immigrant population the indicator of healthy life years

is higher than among the native population, indicating selective survival among the immigrant population.

In general, the immigrant population does not differ in the main socio-economic and demographic characteristics: on an average immigrant population has a slightly higher proportion of those living together and having better education. On the contrary, the proportion of white-collar occupations through lifetime and economic activities are lower compared to those among the native population. However, those limited in their daily activities do not differ in the same way, while the immigrant population has a much higher proportion persons with higher education, all the other characteristics being quite similar.

The EstHIS data reveal different factors underlying the health condition of the two population groups. The main health situation described by the functional health and mental health indicators reveals that functional health problems are more prevalent among the native population and mental health problems are more prevalent among the immigrant population, in particular, characterised by having a current symptom of depression. This divergence becomes even more evident in the case of those limited in their daily activities. The native

population is characterised by a different set of behavioural factors related to their eating habits and physical activity, which are also manifested by their higher prevalence among obese persons.

The overall utilisation of health care system does not differ among the two populations. On the contrary, although those limited in their daily activities among the immigrant population are more likely to have used emergency care and hospital care; they also show higher utilisation of the services provided by family doctors and specialists. Indirectly, the utilisation patterns of health care of immigrant population might indicate their more traditional usage of the services, partly imposed by the relatively lower proportion of the insured among the group, but also by correspondence to the main determinants of their health behaviour more related to limitations due to their mental health problems, aggravated by alcohol problems, regular smoking and risky sexual behaviour. In conclusion, the data of the survey point out the divergences between the health developments of native and immigrant populations, which need targeted attention on the health policy level in order to address their health determinants with differentiated measures.

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 ilmnese 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 köögiviljade 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 ölle 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 köögivilju 6–7 päeval (köögiviljade 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 tervist 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 tervist 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 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.
- Steeptoe 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.

Toitumine ja tervisekäitumine

Liis Kambek – Tervise Arengu Instituudi seire ja hindamise osakond

Võtmesõnad: terviseuuring 2006, tervisekäitumine, toitumisharjumused, köögivilja- ja puuviljade tarbimine, eelistatav rasvaine, eelistatav soolatüüp

Südamesõbraliku toitumise indikaatoritena jälgitakse Eestis värske puu- ja köögivilja tarbimise sagedust ning eelistatud rasvaine ja soola tüüpi toiduvalmistamisel. Kõiki neid tarbimise harjumusi hinnati 2006. aastal korraldatud terviseuuringus. Osalenud jagunesid tervisekäitumise indeksi põhjal tervist hoidva, neutraalse ja tervist kahjustava käitumistüübiga inimesteks. Tervist hoidva käitumisega inimeste toitumine oli tasakaalustatud ja südamesõbraliku toitumise põhimõtetega rohkem kooskõlas kui tervist kahjustava käitumisega inimestel. Tulevased toitumisalased sekumistegevused tuleb eelkõige suunata tervist kahjustava käitumisega meestele.

Südame- ja veresoonkonnahaigused on Eestis alla 65aastaste töövõime kaotamise ja surma peapõhjus. Suitsetamine, tasakaalustamata toitumine ning vähene kehaline aktiivsus on kolm peamist tegurit, mis suurendavad riski haigestuda südame- ja veresoonkonnahaigustesse (1).

Terviseuuringu 2006 (2) raames kogutud andmete põhjal on võimalik hinnata erineva tervisekäitumisega inimeste köögiviljade ja puuviljade tarbimise sagedust, eelistatavat

rasvainet ning soola tarbimise harjumusi. Artiklis keskendutakse kahe erineva tervisekäitumise rühma ja südamesõbraliku toitumise indikaatorite vaheliste seoste tuvastamisele. Puu- ja köögiviljadel on nende suure fütokeemikaalide ning kiudainete sisalduse tõttu tugev antioksidatiivne toime, nad mõjutavad soodsalt kolesterooli ja steroidhormoonide metabolismi, alandavad vererõhku, stimuleerivad immuunsüsteemi ja neil on üldine organismi puhastav toime (3–5). Südame ja veresoonkonna normaalse töö tagamiseks soovitatakse piirata küllastunud rasvhapete ja kolesterooli tarbimist. Seetõttu tuleks toiduvalmistamisel eelistada rasvaineid naimeõlisid, mis ei sisalda kolesterooli ja on eriti rikkad monoküllastumata rasvhapete sisalduse poolest (6). Soola tüübist sõltub selle naatriumi sisaldus. Naatriumi liigselt tarbimisel on häiritud rakkude ioonne tasakaal, mis põhjustab vererõhu kõrgenemist. Kõige enam naatriumi leidub tavalise keedusoola koostises. Igapäevases toiduvalmistamises soovitatakse eelistada vähendatud naatriumisaldusega, jodeeritud või teiste mineraalilisanditega soola (6).

Kehtivate Eesti toitumis- ja toidusoovituste põhjal on köögiviljade soovitatav päevane tarbimiskogus 4–5 portsjonit, puuviljade soovitatav päevane tarbimiskogus 2–4 portsjonit (1 portsjon on ligikaudu 100 g). Soola soovitatav päevane tarbimiskogus naistele on kuni 5 g ning meestele kuni 6 g. Õli, lisatavate toidurasvade ja pähklite päevane tarbimissoovitus on 4–5 portsjonit (rasvainete puhul 1 portsjon on ligikaudu 1 teelusikatäis).

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Terviseuuringu üldkogumi moodustasid kõik 15–84aastased (01.01.2006. a seisuga) Eesti alalised elanikud. Küsitlus toimus silmast silma intervjuu-uuringuna. Uuringu toitumise osas kasutati mittetäielikku toidu tarbimise sagedusküsitluse meetodit, mille tulemused ei kajasta inimese täielikku toitumist, vaid ainult teatud osa toitumisharjumustest. Saadud andmete täpsusaste on madalam võrreldes faktilise toitumise uuringu tulemustega. Viimase kümne aasta jooksul pole aga Eestis rahvastiku tasandil representatiivset faktilise toitumise uuringut tehtud. Terviseuuringu toitumise mooduli tulemusi on võimalik võrrelda teiste toitumise sagedusküsitluste tulemustega, eelkõige Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu ja NorBaGreen'i uuringu andmetega (7, 8). Terviseuuringus osalenud 3111 mehe ja 3323 naise tervisekäitumine jaotati tervisekäitumise indeksi põhjal tervist hoidvaks (14,3%), neutraalseks (76%) ja tervist kahjustavaks (9,6%). Tervisekäitumise indeksi skaala moodustati erinevate tervislikku seisundit mõjutavate käitumuslike indikaatorite põhjal (2). Tervisekäitumise indikaatori leidmiseks võeti arvesse narkootikumide tarbimist, soola tarbimist, puu- ja köögivilja tarbimist, arstiabi kasutamist, kehalist aktiivsust, kehakaalu, suitsetamist, alkoholi tarbimist ning seksuaalkäitumist. Tervisekäitumise indikaatori arvutamisel arvestati puu- ja köögiviljade tarbimise sagedust, kuid mitte kogust.

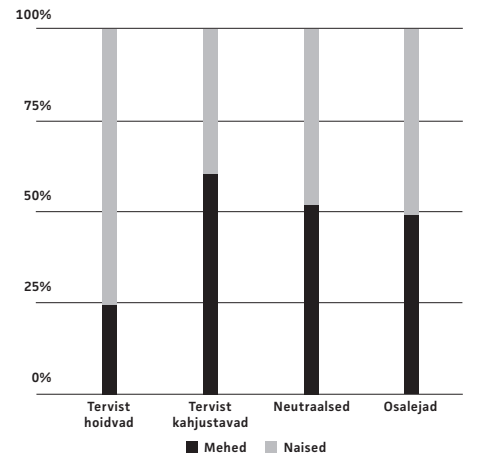
Hiljutised uuringud on näidanud, et naiste kehalise aktiivsuse taseme ja toitumisharjumuste vahel puudub seos (9). Avastatud on ka, et suitsetavad keskkooliõpilased tarbivad vähem puu- ja juurvilja ning harrastavad vähem kehalist liikumist kui nende mittesuitsetavad eakaaslased (10). Varasemad uuringud on näidanud olulist seost puuvilja ja 100% puuviljamahla tarbimise ning regulaarse kehalise aktiivsuse vahel (11). Eelnevate uuringute andmete põhjal võib esitada hüpoteesi, et tervist kahjustava käitumisega inimeste toitumisharjumused erinevad tervist hoidva

käitumisega inimeste toitumisharjumustest. Võib oletada, et tervist kahjustava käitumisega inimesed tarbivad vähem puu- ja köögivilja ning nende soola ja rasvainete tarbimise harjumused on ebatervislikumad.

Käesoleva toitumisülevaate analüüsi kaaski tervist hoidvad ja tervist kahjustavad uuritavad, analüüsist jäeti välja neutraalse tervisekäitumisega uuritavad.

TULEMUSED

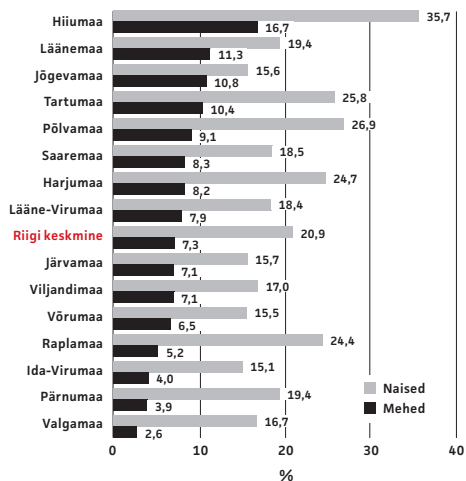
Tervisekäitumise ja soo vahel esines seos: kõigi tervist hoidvate osalejate hulgast moodustasid naised 75,5% ja mehed 24,5%; tervist kahjustavate osalejate hulgast moodustasid naised 40,3% ja mehed 59,7%. Tervisekäitumise jaotus uuringus osalenute hulgas on toodud joonisel 1.



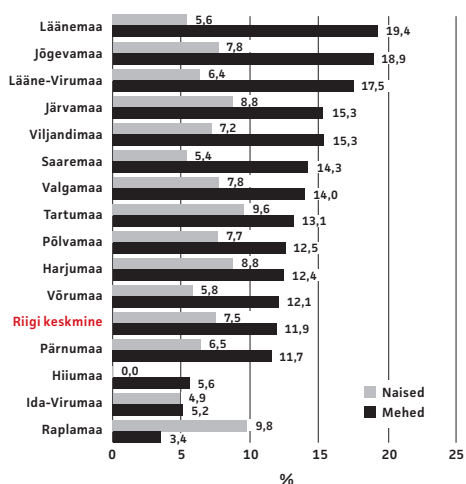
Joonis 1. Tervisekäitumise jaotus "Terviseuuringus 2006" osalenute hulgas.

Kõigi uuringus osalenud meeste hulgas esines tervist hoidvat käitumist 7,3% ning tervist kahjustavat käitumist 11,9%. Kõigi uuringus osalenud naiste hulgas esines tervist hoidvat käitumist 20,9% ja tervist kahjustavat käitumist 7,5%. Edaspidises taustatunnuste analüüsis on need näitajad meeste ja naiste kaupa võetud keskmiste näitajatena.

Maakondade esikolmiku, kus tervist hoidvate meeste osakaal ületas keskmise näitaja, moodustasid Hiiumaa (16,7%),



Joonis 2. Tervist hoidva käitumisega vastajate osakaal soo ja piirkondade kaupa.



Joonis 3. Tervist kahjustava käitumisega vastajate osakaal soo ja piirkondade kaupa.

Läänemaa (11,3%) ja Jõgevamaa (10,8%). Võrreldes keskmisega olid kõige väiksema tervist hoidvate meeste osakaaluga Ida-Virumaa (4%), Pärnumaa (3,9%) ja Valgamaa (2,6%).

Maakonnad, kus võrreldes keskmisega oli kõige enam tervist kahjustavaid mehi, olid Läänemaa (19,4%), Jõgevamaa (18,9%) ja Lääne-Virumaa (17,5%). Tervist kahjustava käitumisega mehi esines enim alla keskmise Hiiumaal (5,6%), Ida-Virumaal (5,2%) ja Raplamaal (3,4%).

Naiste puhul moodustasid keskmisest suurema tervist hoidva käitumisega osakaaluga maakondade esikolmiku Hiiumaa (35,7%), Põlvamaa (26,9%) ja Tartumaa (25,8%). Keskmisest vähem esines tervist hoidvaid naisi kõige enam kolmes maakonnas: Jõgevamaal (15,6%), Võrumaal (15,5%) ja Ida-Virumaal (15,1%). Üle keskmise leidsid tervist kahjustavaid naisi eelkõige Raplamaal (9,8%), Tartumaal (9,6%) ja Järvamaal (8,8%) (vt jn 2 ja 3).

Võrreldes keskmiste näitajatega (7,3%) olid meeste seas väiksema tervist hoidva käitumisega osakaaluga vanuserühmad 15–19 a (0,7%), 50–54 a (4,6%) ja 65–69 a (5,4%). Võrreldes riigi keskmisega (11,9%) esines suurem tervist kahjustava käitumisega osakaal meeste hulgas vanuserühmades 45–49 a (20,2%), 60–64 a (17,9%) ja 50–54 a (17,5%). Naiste puhul oli väiksem tervist hoidva käitumisega osakaal võrreldes riigi keskmisega (20,9%) vanuserühmades 15–19 a (2,9%), 45–49 a (17,3%) ja 70–74 a (17,9%). Suurem tervist kahjustava käitumisega osakaal võrreldes riigi keskmisega (7,5%) esines vanuserühmades 50–54 a (12,3%), 45–49 a (12,3%) ja 30–34 a (11%).

TERVISEKÄITUMINE JA TOITUMINE

Sool. Kõigi uuringus osalenute hulgast (k.a neutraalse tervisekäitumisega osalejad) moodustasid toidu valmistamisel tavalise keedusoola kasutajad 79%. Kõigist osalenud tervist hoidvatest inimestest kasutas toidu valmistamisel keedusoola 67,5% ja kõigist tervist kahjustavatest inimestest 85,8%.

Terviseuuringus osalenutest ei lisa söögilauas toidule soola peaaegu mitte kunagi 36,8% tervist kahjustavatest meestest ja 55,8% tervist hoidvatest meestest. 50,3% tervist kahjustavatest meestest ja 39,8% tervist hoidvatest meestest lisavad soola harilikult juhul, kui toit pole piisavalt soolane, ning 13% tervist kahjustavatest meestest ning 4,4% tervist hoidvatest meestest lisavad soola sageli juba enne toidu maitsmist. Tabelis on toodud tarbitava soola tüübi jaotus soo ja tervisekäitumise kaupa (vt tabel).

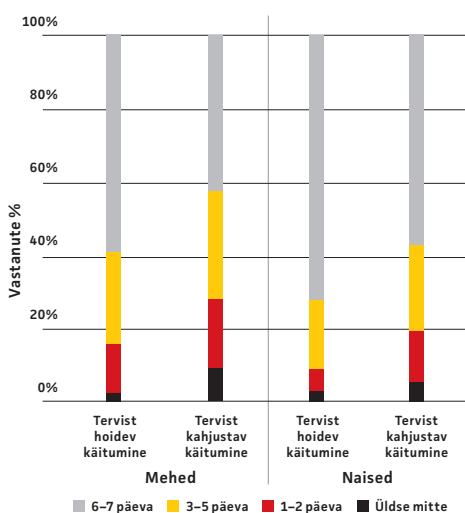
Tabel. Toidu valmistamisel erinevat tüüpi soola kasutajate osakaal soo ja tervisekäitumise kaupa

	Tavaline keedusool, %	Vähendatud naatriumisaldusega sool (sh pansool), %	Jodeeritud sool, %	Ei kasuta üldse soola, %
Tervist hoidvad mehed	72,1	14,2	11,1	2,7
Tervist kahjustavad mehed	86,5	4,9	8,6	0
Tervist hoidvad naised	66,0	11,2	22,2	0,6
Tervist kahjustavad naised	84,8	3,6	10	1,6

Puuviljad. Viimase seitsme päeva jooksul iga päev puuvilja tarbinute osakaal moodustas kõigi uuringus osalenute hulgast 55,2%.

Tervist kahjustavatest meestest ei tarbinud iga päev puuvilju 59,5% ja tervist hoidvatest meestest 43,4%. Riiklik soovitus on tarbida puuvilju ja marju 2–4 portsjonit päevas. Puuvilju üldse mitte tarbinute (0 päeva 7-st) osakaal tervist kahjustavate meeste hulgas oli 9,2% ning tervist hoidvate meeste hulgas 2,7%.

Enesehinnanguliselt tarbis soovitusliku päevase koguse (200–400 g) puuvilja 19,2% tervist hoidvatest ja 16,7% tervist kahjustavatest meestest. Üle päevase soovitusliku koguse, vahemikus 400–1200 g puuvilja päevas, tarbis enesehinnanguliselt 14,3% tervist hoidvatest ja 15,8% tervist kahjustavatest meestest.

**Joonis 4.** Puuvilja tarbimise sagedus viimase 7 päeva jooksul tervisekäitumise ja soo järgi.

Puuviljade tarbimise sageduse ja päevas tarbitud puuviljade koguse vahel esines seos tervist hoidvate ning tervist kahjustavate meeste puhul. Mida harvem tarbivad tervist kahjustavad mehed puuvilju, seda vähem tarbivad nad päevas koguseliselt puuvilju.

Iga päev ei tarbinud puuvilju 30,8% tervist hoidvatest ja 46,8% tervist kahjustavatest naistest. Üldse mitte puuvilju tarbinute osakaal tervist kahjustavate naiste seas oli 5,6% ning tervist hoidvate naiste seas 3% (vt jn 4).

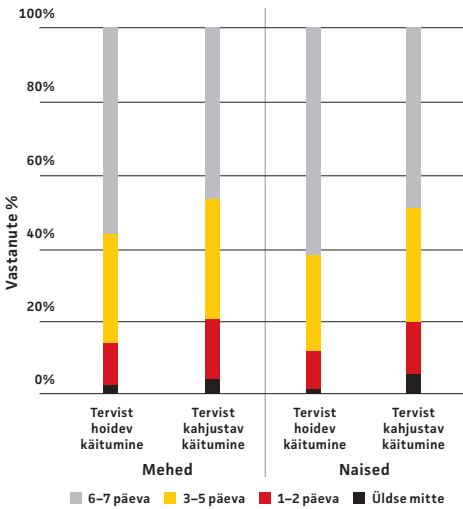
Puuviljade tarbimise sageduse ja päevas tarbitud puuviljade koguse vahel esines seos tervist kahjustavate naiste puhul. Mida harvem tarbivad tervist kahjustavad naised puuvilju, seda vähem tarbivad nad päevas koguseliselt puuvilju.

Köögiviljad (v.a kartulid). Viimase seitsme päeva jooksul iga päev köögivilja tarbinute osakaal moodustas kõigi uuringus osalenute hulgast 50,2%.

Terviseuuringus osalenud naistest ei tarbinud iga päev köögivilju 41,2% tervist hoidvatest ning 53,6% tervist kahjustavatest naistest. Köögivilju ei tarbinud üldse mitte 1,3% tervist hoidvatest naistest ja 5,2% tervist kahjustavatest naistest. Riiklik soovitus on tarbida päevas 4–5 portsjonit ehk vähemalt 400 g köögivilju (sh kaunviljad ja seemned). Üle minimaalse soovitusliku päevase koguse tarbis köögivilju enesehinnanguliselt 10,5% tervist hoidvatest naistest ning 10% tervist kahjustavatest naistest (vt jn 5).

Köögiviljade tarbimise sageduse ja köögiviljade päevase koguselise tarbimise vahel esines seos tervist hoidvatel naistel ning tervist kahjustavatel naistel. Köögiviljade päe-

vane koguseline tarbimine on suurem nais-
tel, kes tarbivad kõõgilju tihedamini.



Joonis 5. Kõõgiljula tarbimise sagedus viimase 7 päeva jooksul soo ja tervisekäitumise järgi.

Meeste puuviljade ja kõõgiljade tarbimise sageduse vahel esines korrelatiivne seos tervist hoidvatel meestel ($r = 0,47$) ja tervist kahjustavatel meestel ($r = 0,42$). Osaliselt tugevam korrelatiivne seos esines tarbitud puu- ja kõõgiljade koguste vahel tervist hoidvatel meestel ($r = 0,65$) ja tervist kahjustavatel meestel ($r = 0,32$).

Naiste puuviljade ja kõõgiljade tarbimise sageduse vahel esines korrelatiivne seos tervist kahjustavate naiste puhul ($r = 0,40$) ja tervist hoidvate naiste puhul ($r = 0,44$). Tarbitud puuviljade ja kõõgiljade koguste vahel esines samuti korrelatiivne seos tervist hoidvatel naistel ($r = 0,66$) ning tervist kahjustavatel naistel ($r = 0,52$).

Rasvained. Toiduõli kasutas tavaliselt kodus toidu valmistamiseks kõigist uuringus osalenud tervist hoidva käitumisega inimestest 94,2% ja kõigist tervist kahjustava käitumisega inimestest 91,9%. Kõigist uuringus osalenutest eelistas toidu valmistamisel toiduõli keskmiselt 94%. Kodus toiduvalmistamiseks kasutatava rasvaine tüüp ei olnud seotud tervisekäitumisega.

ARUTELU

Kõigi uuringus osalenute hulgest (k.a. neutraalse tervisekäitumisega osalejad) moodustasid toidu valmistamisel tavalise keedusoola kasutajad 79%. Neli aastat tagasi (2002. a) teostatud Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu põhjal oli toidu valmistamisel keedusoola kasutajate osakaal samal tasemel, 77% (7). Tervist kahjustavaid mehi iseloomustab harjumus lisada soola enne toidu maitsumist või juhul, kui toit pole piisavalt soolane, rohkem kui tervist hoidvaid mehi. Tervist hoidvate meeste seas on suurem nende osakaal, kes ei lisa peaaegu kunagi toidule soola. Toidu valmistamiseks kasutatava soola tüübi puhul ilmneb, et tervist hoidvad mehed eelistavad keedusoolale vähendatud naatriumisaldusega või rikastatud soola rohkem kui tervist kahjustavad mehed. Tervist kahjustavad naised kasutavad toiduvalmistamisel rohkem tavalist keedusoola kui tervist hoidvad naised.

Kõigi uuringus osalenute hulgest moodustasid igapäevased puuvilja tarbijad 55,2%. Kaks aastat varem (2004. a) toimunud NorBaGreen'i uuringus osalenute seas oli sama sagedasti puuvilju tarbivaid inimesi kümnendiku võrra vähem, 46% (11). Tervist hoidva käitumisega inimesed järgivad enam riiklikku toitumissoovitust igapäevase puuviljade tarbimise kohta. Nii naiste kui meeste puhul tuleb esile, et tervist kahjustava käitumisega vastajad tarbivad harvem puuvilju kui tervist hoidva käitumisega inimesed. Naiste puhul ei sõltu puuviljade koguseline tarbimine tervisekäitumisest.

Kõigi uuringus osalenute hulgest moodustasid igapäevased kõõgiljula tarbijad 50,2%. 2004. a teostatud NorBaGreen'i uuringu andmed näitasid sarnast tulemust, 47% (8). Tervist kahjustavad naised tarbivad harvem kõõgilju kui tervist hoidvad naised. Meeste puhul ei sõltu kõõgiljade tarbimise sagedus ega kogus tervisekäitumisest.

Analüüsist selgus, et sagedamini puuvilju tarbivad inimesed tarbivad ka sagedamini kõõgilju.

Kõigist uuringus osalenutest eelistas toidu valmistamisel toiduõli keskmiselt 94%. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise 2002. a uuringu põhjal oli toidu valmistamisel peamiselt toiduõli kasutajate osakaal veidi väiksem, 89% (7).

Toitumisindikaatorite tulemuste võrdlemisel varasemate rahvastikupõhiste uuringute andmetega tuleb arvestada uuringute metodoloogilisi erinevusi. Terviseuringu 2006 andmed koguti intervjuumeetodil 15–85aastaste seas. 2004. a NorBaGreen'i uuringu andmed koguti samuti intervjuumeetodil (*paper assisted personal interviews*) 15–74aastaste seas. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu 2002 andmed koguti postküsitluse meetodil 16–64aastaste seas. Uuringute erinev andmete kogumise meetod võib mõjutada andmete täpsust ja võrreldavust. Antud töös viidatud uuringutest on ühesuguse andmekogumise meetodi ja lähedasema uuritava vanusevahemikuga ning seetõttu ka võrreldavamate tulemustega “Terviseuring 2006” ja NorBaGreen'i uuring 2004.

Tulemused annavad suunise edasiste riiklike tervisekäitumise valdkonna, sh toitumisalaste sekkumistegevuste planeerimiseks. Eelkõige tuleks sekkumistegevused suunata meestele vanuserühmas 45–54 aastat. Kriitiliseks alarühmaks on sealjuures Läänemaal, Jõgevamaal ja Lääne-Virumaal elavad mehed. Toitumisalaste sekkumistegevuste planeerimisel tuleb selle sihtrühmani primaarsena viia sõnum vähendatud naatriumisaldusega või jodeeritud soola

eelistest võrreldes tavalise keedusoolaga ning tutvustada üldise soola tarbimise vähendamise mooduseid ja positiivseid mõjusid tervisele.

Seksumistegevuste planeerimisel tuleks keskenduda eelkõige ka Raplamaal, Tartumaal ja Järvamaal elavatele 30–34aastastele ja 45–54aastastele naistele. Naiste puhul on samuti oluline rõhutada tavalise keedusoola tarbimise alternatiive, eriti soola tarbimise vähendamise mooduseid. Naiste jaoks on omavahel oluliselt seotud puu- ja köögiviljade tarbimine, seega on oluline rõhutada nende tarbimise positiivset mõju tervisele.

KOKKUVÕTE

Terviseuringu 2006 toitumisandmete analüüsil ilmnes, et tervist kahjustava käitumisega inimeste toitumisharjumused, pidades silmas südamerwise indikaatoreid, on ebatervemad kui tervist hoidvatel inimestel. Rohkem sekkumistegevusi tuleb suunata meeste tervisekäitumisele, sealhulgas toitumisharjumuste parandamisele. Meeste ja naiste jaoks on kriitiliselt oluline keedusoola tarbimise alternatiivide tutvustamine ning puu- ja köögiviljade tarbimise soodsate mõjude propageerimine.

Kokkuvõttes on tervist hoidva käitumisega inimeste toitumine rohkem kooskõlas tasakaalustatud ja südamesõbraliku toitumise põhimõtetega kui tervist kahjustava käitumisega inimestel.

liis.kambek@tai.ee

KIRJANDUS

1. Tervise Arengu Instituut. Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020. <http://www.tai.ee/?id=3890>
2. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuring 2006. Metodoloogia ülevaade. Estonian Health Interview Survey 2006. Methodological report. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
3. Nicolle C, Cardinaut N, Gueux E, et al. Health effect of vegetable-based diet: lettuce consumption improves cholesterol metabolism and antioxidant status in the rat. *Clin Nutr* 2004;23(4):605–14.
4. Boivin D, Lamy S, Lord-Dufour S, et al. Antiproliferative and antioxidant activities of common vegetables: a comparative study. *Food Chem* 2009;112:374–80.
5. Kris-Ertherton PM, Hecker KD, Bonanome A, et al. Bioactive compounds in foods: their role in the prevention of cardiovascular disease and cancer. *Am J Med* 2002;113(Suppl 2):S71–88.
6. Vaask S, Liebert T, Maser M, jt. Eesti toitumis- ja toidusoovitused. Tallinn: Eesti Toitumisteaduse Selts; 2006.
7. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti Täiskasvanud Elanikkonna Tervisekäitumise Uuring, kevad 2002. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2003.
8. Vaask S. NorBaGreen uuring: tervisliku toitumise indikaatoritena käsitletavate toidurühmade tarbimine Eestis. *Eesti Arst* 2004;83(12):811–6.

9. Dutton GR, Napolitano MA, Whiteley JA, et al. Is physical activity a gateway behavior for diet? Findings from a physical activity trial. *Prev Med* 2008;46:216–21.
10. Wilson D, Smith B, Speizer I, et al. Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Prev Med* 2005;40:872–9.
11. Jago R, Nicklas T, Yang S, et al. Physical activity and health enhancing behavior in young adults: Bogalusa Heart Study. *Prev Med* 2005;41:194–202.

SUMMARY

Dietary and health behaviour

In Estonia, frequency of consuming fruits and vegetables, preferred type of cooking fat and type of salt are considered to be the dietary indicators for a heart-healthy diet. **The aim** of the study was to analyse the relationships of the two health behaviour groups (healthy behaviour and risk behaviour) with the dietary indicators for a heart-healthy diet.

METHODS. Health related data was gathered from the Estonian Health Interview Survey 2006 (EHIS 2006) for 6434 participants in the age range 15–85 years. Dietary data in the survey was collected with an incomplete food frequency questionnaire. The participants in the survey were divided into three health behaviour groups based on a health behaviour index: healthy behaviour (14%), neutral behaviour (76%) and risk behaviour (9.6%). Among the male participants, 7.3% belonged to the healthy behaviour group and 11.9% belonged to the risk behaviour group. Among the female participants, 20.9% belonged to the healthy behaviour group and 7.5% belonged to the risk behaviour group.

RESULTS. The average proportion of participants who preferred table salt for cooking was 79%. The average proportions of participants who consumed fruit and vegetables every day of the week were 55.2% and 50.2%, respectively. The proportion of participants who preferred plant oils for cooking was 94%.

CONCLUSIONS. The dietary indicators showed that participants belonging to the risk behaviour group were more likely to use a diet that is unhealthy for the heart compared with participants belonging to the healthy behaviour group. The risk behaviour group consumed fruit and vegetables less frequently and preferred average table salt to salt types with reduced sodium content for cooking. Further health and nutrition related interventions should be primarily targeted to men belonging to the risk behaviour group. Nutrition interventions should first and foremost address usage of table salt and consumption of fruits and vegetables.

Kehaline aktiivsus ja enesehinnanguline tervis

Leila Oja – Tervise Arengu Instituudi krooniliste haiguste osakond

Võtmesõnad: enesehinnanguline tervis, kehaline aktiivsus, mõõdukas liikumine

Kehaline aktiivsus on üks inimese tervist kujundavaid ja elustiili iseloomustavaid näitajaid. Ülevaates on kirjeldatud kehalise aktiivsuse ja tervise enesehinnangu muutust viimase kümnendi jooksul, lähtudes kehalise aktiivsuse analüüsist viimase nelja nädala jooksul. Tervise enesehinnang selgitati tervise seisundi minimooduli abil. Eesti terviseuuringu 2006 tulemuste põhjal selgus, et viimase 4 nädala jooksul oli mõõduka liikumisega tegelenud üle poolte ning aktiivse liikumisega, sealhulgas ka harrastusspordiga, kolmandik isikutest. Võrreldes 1996. a on harrastusspordiga tegelejate osakaal kasvanud 19,0%-lt kuni 35,0%-ni. Intensiivse treeningu ja võistlusspordi harrastajate osakaal oli 5,5%. Isikute osakaal, kes olid peaaegu iga päev kehaliselt aktiivsed ja pidasid oma tervist heaks või väga heaks, oli meeste hulgas 29,4% ja naiste seas 32,0%. Halva enesehinnangulise tervisega mehi ja naisi, kes olid kehaliselt aktiivsed kuni 2 korda nädalas, oli vastajate hulgas ligi viiendik.

Kehalise aktiivsuse olulisust tervisele on rõhutatud nii üksikisiku kui ka riigi tasandil. Vähesest füüsilisest aktiivsusest tingitud tervisekadu moodustab 7,4% rahvastiku hai-

guskoormusest ning jaguneb meeste ja naiste vahel võrdselt. Vähene kehaline liikumine on südame-veresoonkonnahaiguste tekke suuri- maks riskiteguriks. Analüüsid on kinnitanud, et vähene kehaline aktiivsus on suurimaks probleemiks vanemaealiste seas: üle 65aastaste kanda on 60% vähese füüsilise aktiivsuse tõttu tekkinud tervisekaost (1). Vähesel kehalisel aktiivsusega kaasnevad terviseprobleemid laienevad, haarates järjest nooremaid vanuserühmi, mistõttu on oluline selgitada tegurid, mis mõjutavad oluliselt liikumisharastusi ja huvi aktiivse liikumise vastu. Kehaliselt aktiivse elanikkonna hulk ja aktiivse tegevuse sagedus iseloomustab harrastajate hoiakuid ning meelsust kehaliselt aktiivse tegevuse suhtes ühiskonnas laiemalt.

Igapäevaelus esineb kehalist aktiivsust paljudes tegevusvaldkondades: eristatavad on põhitööga seotud kehaline aktiivsus ning kodutoimingutega ja vaba aja tegevustega seotud kehaline aktiivsus (2). Euroopa terviseuuringute süsteemi jaoks välja töötatud tervist iseloomustavas küsimuste moodulis (*European health determinants module*, EHDM) (3) on samuti arvestatud vaba aja aktiivsete tegevuste kõrval ka igapäevase elu aktiivsete tegevusi. Definitsioonide täpsustamiseks on kasutusele võetud mitu täiendavat mõistet, nagu tervist tugevdav kehaline aktiivsus (*health enhancing physical activity*, HEPA), mille ideed on aktiivselt edendatud alates 2004. aastast (4). HEPA käsitlus arvestab samuti aktiivset tegevust nii vabal ajal, tööl kui ka kodustes tegevustes. WHO on soovitanud rahvastiku tervisenäitajate hindamisel kasutada näitajaid, mis võimaldavad

hinnata muutusi mitmel tasemel (2). Erinevalt EHDM küsimustikust, milles hinnatakse tegevusi viimase 7 päeva järgi, uuriti Eesti terviseuuringu (ETeU) 2006 ankeedis (5) kehalist aktiivsust viimase nelja nädala jooksul. Aktiivse tegevuse hindamise aluseks oli terviseuuringus mõõduka liikumise ja aktiivse liikumise sagedus ning hulk, samuti intensiivse treeningu sagedus ja istuva eluviisi levimus. Istuvat eluviisi iseloomustavad küsimused hõlmasid ka põhitööga seotud tegevusi ja seetõttu ei ole käesolevas ülevaates seda tunnust analüüsimisel kasutatud.

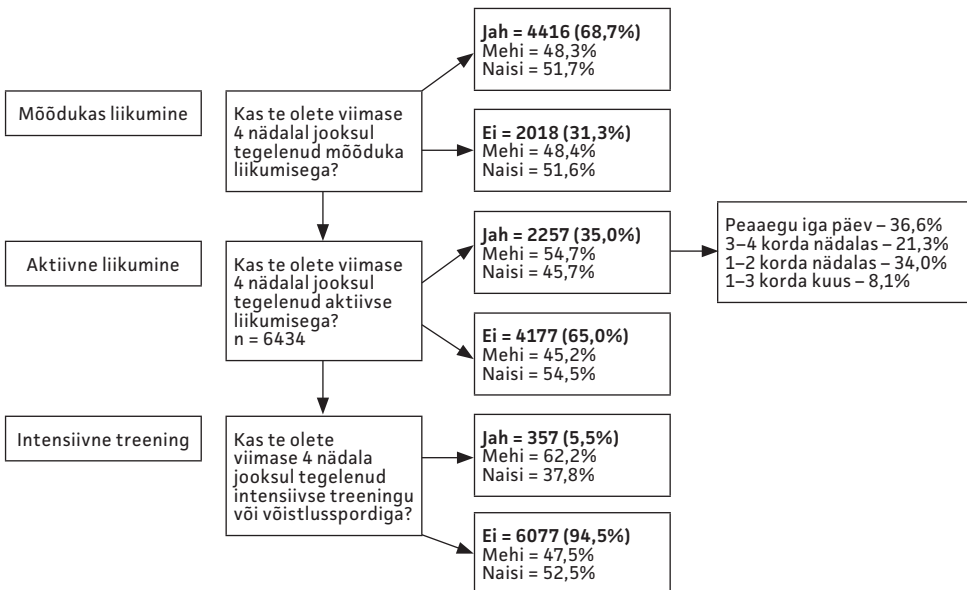
Tervise enesehinnang on üks lihtsaim rahva terviseseisundi näitaja. Euroopa terviseuuringute süsteemi jaoks töötati välja terviseseisundi minimooduli (*Minimum European Health Module*, MEHM) küsimused tervise enesehinnangu selgitamiseks (3).

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

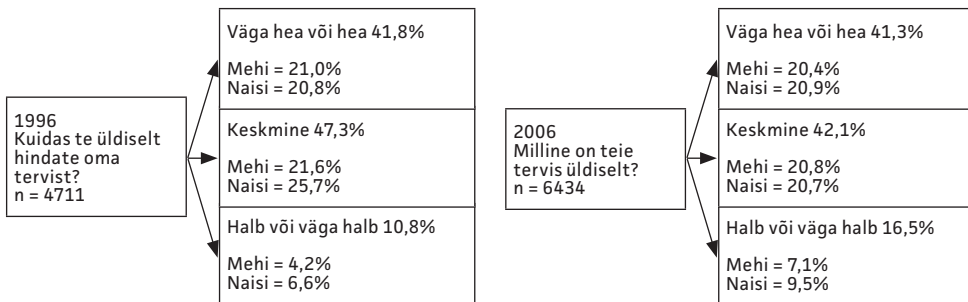
Käesolev analüüs põhineb Eesti terviseuuringu 1996 ja Eesti terviseuuringu 2006 kehalise aktiivsuse andmetel. Uuringu üldkogumi moodustasid 15–84aastased alalised Eesti elanikud (5, 6).

1996. aasta ankeedis selgitasid kehalise aktiivsuse küsimused intensiivse treeningu ja harrastusspordiga tegelejad viimase 4 nädala ning 12 kuu jooksul. Kehalist aktiivsust hinnati kokku 9 küsimuse abil, millest käesolevas analüüsis kasutatakse harrastusspordiga tegelejate jaotust ning tegelemise sagedust. 2006. aasta terviseuuringus hinnati kehalist aktiivsust kokku 11 küsimusega, mis selgitasid mõõduka, aktiivse ja intensiivse tegevuse viimase nelja nädala jooksul. Mõõdukas kehaline tegevus on näiteks kepikõnd, pikem jalutuskäik (ka tööle ja koju), jalgrattasõit, muu kergem kehaline tegevus. Aktiivne kehaline tegevus on seotud harrastusspordiga, näiteks tervisejooks, pallimängud, ujumine, uisutamine, tantsimine. Aktiivse kehalise tegevuse hulka arvestati ka raskem aiatöö. Intensiivne kehaline tegevus on kas intensiivne treening või ka võistlussport.

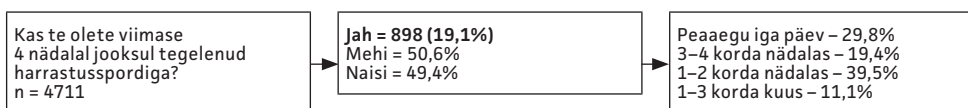
Tervise enesehinnang põhines terviseseisundi hinnangul oma üldisele tervisele viieastmelise skaala alusel (väga hea, hea, keskmine, halb, väga halb). Vastused küsimusele „Milline on teie üldine tervis?“ jaotati käesolevas analüüsis kolmeastmeliseks skaala-



Joonis 1. Kehalise aktiivsuse küsitlustulemused, 2006.



Joonis 2. Enesehinnanguline tervis, 1996–2006.



Joonis 3. Kehalise aktiivsuse küsitlustulemused, 1996.

laks: hea, keskmine ja halb enesehinnanguline tervis. Küsitletava hinnang oma tervisele loeti heaks, kui ta andis eeltoodud küsimusele vastuse ”väga hea” või ”hea”, ja halvaks, kui ta andis vastuse ”väga halb” või ”halb”.

TULEMUSED

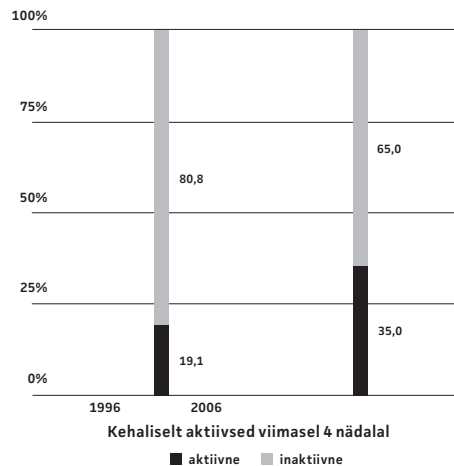
2006. aasta tulemuste põhjal oli mõõdukalt aktiivsete osakaal 68,7% ja kehaliselt aktiivsete harrastusspordiga tegelejate osakaal 35,1%. Intensiivse treeningu või võistlusspordiga tegelejaid oli käesolevas uuringus 5,5% (vt jn 1).

MUUTUSED VIIMASEL KÜMNENDIL

Võrreldes 1996. aasta küsitlustulemustega on halva enesehinnangulise tervisega isikute osakaal suurenenud 6% ning keskmise enesehinnangulise tervisega isikute osakaal vähenenud 5% (vt jn 2).

Oluline muutus võrreldes 1996. aastaga (6) on kehaliselt aktiivsete vastajate osakaalu kasv 16% võrra (vt jn 3 ja 4). Märkimisväärne on kehaliselt mitteaktiivsete osahulk käesolevas uuringus: 65% vastajatest ei olnud tegeleud küsitlushetkele eelnenud neljal nädalal ühegi spordiharrastusega. Kuivõrd küsitlus kestis 2006. a oktoobrist 2007. a oktoobrini, siis ei saanud mõjutajaks olla ka

võimalikud sesoonsed tegurid. Edaspidised analüüsid peaksid selgitama kehaliselt mitteaktiivsete vastajate eripära.

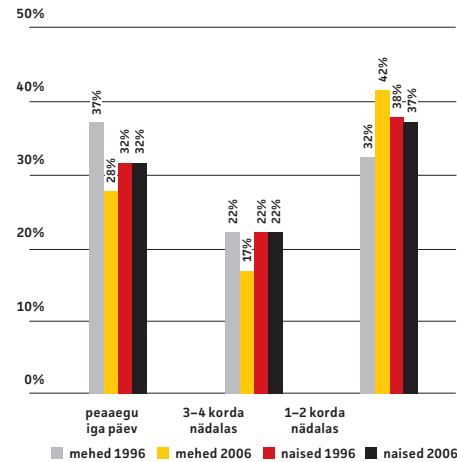


Joonis 4. Kehaliselt aktiivsed ja inaktiivsed, 1996–2006.

Kehaliselt aktiivsete harjutamise sagedus nädala jooksul võrreldes 1996. aastaga on kasvanud nende harjutajate seas, kes on aktiivsed rohkem kui kolm korda nädalas. Kui 1996. a oli peaaegu iga päev kehaliselt aktiivsete osakaal 29,8%, siis 2006. a 36,6%. Arvestades asjaolu, et suurenenud on keha-

lislalt aktiivsete osakaal tervikuna, võib pida-
da 7%-st kasvu positiivseks.

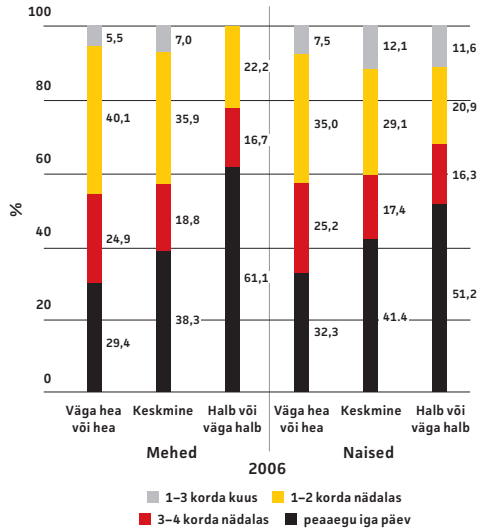
Kõrvutades enesehinnangulist tervist ja
kehaliselt aktiivse tegevuse sagedust nädala
jooksul, ilmnevad 1996. a ja 2006. a and-
mete võrdlusel soolised erinevused. Keha-
lise aktiivsuse harrastamise sagedus nädala
jooksul on naistel jäänud samaks: peaaegu
iga päev harjutajaid on 32,0% ja 3–4 korda
nädalas kehaliselt aktiivseid 22,0%. Rohkem
kui kolm korda nädalas kehaliselt aktiivse-
te meeste hulk on aga viimasel kümnendil
kahanenud kuni 9% (vt jn 5). Tähelepanu-
väärne on aga tervist toetava tegevuse, vä-
hemalt 2 korda nädalas kehaliselt aktiivsete
meeste hulga kasv 10% võrra. Kuni kaks
korda nädalas toimuva liikumisharrastuse
suurenemise üheks põhjuseks võib pidada
viimastel aastatel edukalt käivitunud kõnni-
ja jooksusarjade etappide korraldamist maa-
kondlikel terviseradadel, milles haaratakse
organiseeritud aktiivsesse tegevusse inime-
sed vähemalt kord nädalas.



Joonis 5. Kehalise aktiivsuse sagedus ja sooline erinevus, 1996–2006.

Kehalise aktiivsuse ja enesehinnangu-
lise tervise hindamisel ilmneb, et näiteks
iga päev kehaliselt aktiivsete meeste hulgas
on hea enesehinnangulise tervisega mehi
29,4% ning halva enesehinnangulise tervi-
sega 61,1%; samas hea enesehinnangulise

tervisega naise 32,3% ja halva enesehinnan-
gulise tervisega naise 51,2% (vt jn 6). Saadud
andmeid tuleb vaadelda, lähtudes ankeedi
küsimuse kontekstist. Küsimuse sõnastuse
aluseks on Eurostati terviseindikaatorite kü-
simuste moodul (3).



Joonis 6. Enesehinnanguline tervis ja kehalise aktiivsuse sagedus, 2006.

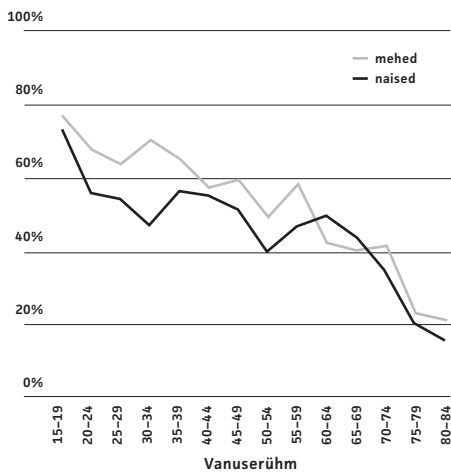
Küsimuse sõnastusest tulenevalt arvestati
2006. aasta küsitlusankeedis tervisejooksu
ja muu aktiivse spordiharrastuse kõrval ak-
tiivseks liikumiseks ka raskem aia-/kodutöö,
mis ei hinda inimese kehalist aktiivsust mitte
ainult huviharrastuse aspektist. Saadud tule-
mus viitab olukorrale, kus raskema kodutöö-
ga on sunnitud tegelema ka need, kelle tervis
enese hinnangul on halb. Iga päev aktiivse-
te ja keskmise enesehinnangulise tervisega
meeste ja naiste osakaal jääb 38,3–41,4%
vahemikku. 1996. aasta terviseuuringus osa-
lenud 25–79aastaste küsitlustulemuste ana-
lüüs ei näidanud erinevust meeste ja naiste
hinnangus oma tervisele (7). Varasematest
uuringutest on teada sotsiaal-majanduslike
näitajate mõju enesehinnangulisele tervise-
le, mille kohaselt annavad sagedasti madala
sotsiaal-majandusliku tasemega isikud oma
tervisele kehvema hinnangu (8). Hiljutised
uurimistulemused kinnitavad kehalise ak-

tiivsuse positiivset mõju terviseseisundile, mille kohaselt kehalise aktiivsuse suurenemisega paraneb ka hinnang oma tervisele (9).

KEHALINE AKTIIVSUS SOO JA VANUSERÜHMAD JÄRGI

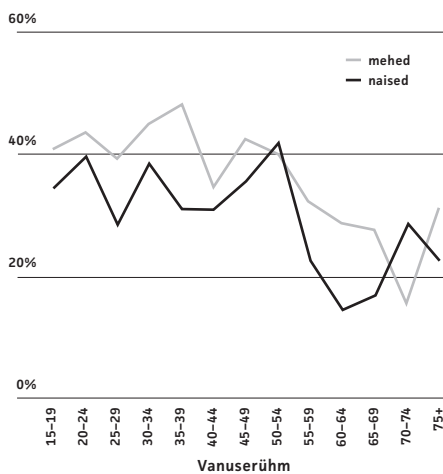
Kõrvutades 2006. a terviseuringu andmeid sooliselt, ilmneb, et peaaegu iga päev kehaliselt aktiivseid naisi on 4,0% rohkem kui mehi. Seevastu 1–2 korda nädalas kehaliselt aktiivsete hulgas on enam mehi (42,0%) kui naisi (37,0%) (vt jn 5). 2002. aastal avaldatud Eesti rahva tervist iseloomustavas kogumikus (10) märgitakse, et 1990ndatel ei ole muutunud vähemalt kaks korda nädalas tervisespordiga tegelevate inimeste osakaal, mis jääb 30% piirile. Kuue aastaga on harrastajate hulk liikunud 40% lähedale.

Vaadeldes kehalise aktiivsuse näitajaid vanuserühmades, on märgatav kehalise aktiivsuse vähenemine kuni 25. eluaastani, mis naistel jätkub kuni 34. eluaastani (vt jn 7). Ajutist kehalise aktiivsuse kasvu on märgata meeste puhul vanuserühmades 45–49 ja 55–59 ning naiste hulgas vanuserühmades 35–44 ja 55–64. Varasemad uuringud on kinnitanud ka suundumust, et vähest ja mõõdukat aktiivset liikumist mõjutavad oluliselt sotsiaalsed tingimused (11) ning naistel ka lähedaste toetus ning innustus.



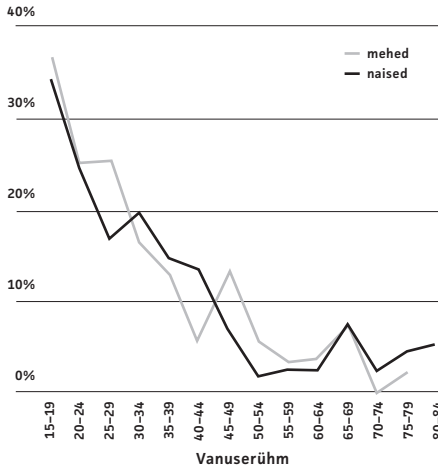
Joonis 7. Kehaliselt aktiivsed vanuserühmade kaupa, 2006.

1–2 korda nädalas kehaliselt aktiivsete naiste osahulk on veidi suurem võrreldes meestega, erinevus jääb 10% piiridesse (vt jn 8). Kuni 40aastaste hulgas on kehalise aktiivsuse osas märgata kahte languspunkti: meestel vanuserühmas 25–29 ja naistel vanuserühmas 40–44. Üheks võimalikuks põhjuseks võib nooremas vanuserühmas olla pere ja tööga seotud probleemide oluline mõju, kuid vanemas vanuserühmas võivad põhjuseks olla juba ilmnunud terviseprobleemid.



Joonis 8. 1–2 korda nädalas kehaliselt aktiivsed vanuserühmade kaupa, 2006.

Intensiivse treeningu ja võistlusspordi harrastajate osakaal ei ole vanuserühmade kaupa stabiilne. Erinevalt meestest väheneb intensiivse treeningu ja võistlusspordiga tegelejate hulk naistel vanuserühmas 20–29, kuid suureneb taas 30–34aastaste hulgas. Siiski püsib pärast 34. eluaastat intensiivset treeningut harrastavate naiste seas pidev langustrend. Võistlusspordi harrastajate osakaal meeste hulgas suureneb vaid 45–49aastaste vanuserühmas, kuid alates 50. eluaastast vähenemine jätkub (vt jn 9). On tähelepanuväärne, et 65–69aastaste vanuserühmas esineb intensiivse spordi harrastajate osakaalu kasv nii naiste kui ka meeste hulgas.



Joonis 9. Intensiivse treeningu või võistlusspordi harrastajad vanuserühmade kaupa, 2006.

KOKKUVÕTE

Positiivse tulemusena ilmneb, et viimase kümnendi jooksul on kehaliselt aktiivsete osakaal kasvanud 19,1%-lt 35,0%-ni. Harjutamise sagedus nädala jooksul on 3–4

korda nädalas kehaliselt aktiivsete vastajate seas samuti tõusnud 19,4%-lt 21,3%-ni. Muutused kehalise aktiivsuse sageduses viimasel kümnendil meeste ja naiste võrdluses ei ole sarnased. Naistel ei ilmne viimasel kümnendil muutusi aktiivsete tegevuste sageduses. Kuigi kehaliselt aktiivsete meeste hulk, kes harjutavad kuni kaks korda nädalas, on suurenenud 10,0%, on iga päev harjutajate ning 3–4 korda nädalas harjutajate osakaal vähenenud kuni 9,0%. Väga hea ja hea enesehinnangulise tervisega meestest olid kehaliselt aktiivsed 61,6% ning naistest 58,1%. Keskmise enesehinnangulise tervisega meestest olid kehaliselt aktiivsed 33,6% ja naistest 38,1%. Kui varasemad uuringud kinnitavad sotsiaalse keskkonna mõju liikumisharrastusele, siis edaspidised uuringud peaksid selgitama, millised tegurid, lisaks nimetatutele, toetavad oluliselt just keskmise enesehinnangulise tervisega isikute kehalise aktiivsuse harrastust.

leila.oja@tai.ee

KIRJANDUS

- Lai T, Vals K, Kiiwet R. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2005. <http://ee.euro.who.int/RiskiKoormus2004.pdf>
- Wolfram N, Rigby M, Sjöstrom M, et al. Nutrition and physical activity. Health Information sources in EU members states and activities in the commission, WHO and European networks. Springer; 2008.
- Report on guidelines and quality criteria for population health survey design and methods. Technical group health and health interview survey (HIS) statistics. Luxembourg; 2006.
- Martin B, Kahlmeier S, Racioppi F, et al. Evidence based physical activity promotion HEPA Europe, the European network for the promotion of health-enhancing physical activity. J Public Health 2006;14:53–7.
- Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Estonian Health Interview Survey 2006. Methodological Report. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
- Leinsalu M, Griitšak M, Noorkõiv R, jt. Eesti Terviseuuring. Metodoloogia ülevaade. Estonian Health Interview Survey. Methodological Report. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1998.
- Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. Soc Sci Med 2002;55:847–61.
- 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.
- Bize R, Plotnikoff RC. The relationship between a short measure of health status and physical activity in a workplace population. Psychol Health Med 2009;14(1):53–61.
- Kiiwet R, Harro J. Eesti rahva tervis 1991–2000. Health in Estonia. Tartu: Tartu Ülikool; 2002.
- Stähl T, Rütten A, Nutbeam D, et al. The importance of the social environment for physically active lifestyle—results from an international study. Soc Sci Med 2001;52:1–10.

SUMMARY

Self-rated health and physical activity

Physical activity is one of the characteristics that influences the person's health and describes his/her lifestyle. The aim of this

analysis was to estimate the physical activity of the adult population of Estonia and self-estimated health in comparison with

the data of the Estonian Health Interview Survey 1996.

METHODS. In the present review, activities were used that describe the respondents' physical activity during the past four weeks. Self-estimated health was found out with the help of the health status mini-module (MEHM).

RESULTS. According to the results of the Estonian Health Interview Survey 2006 (EHIS 2006), 68.7% of the respondents were engaged in moderate physical activity during the past four weeks and 35.0% of the respondents participated in active physical exercise. Compared to 1996 the number of people who were engaged in active physical exercise has increased from 19.0% to 35.0%. In 1996, 24.7% of the men and 22.2% of the women who estimated their

health as good or very good were physically active every day. In 2006 the respective data were 29.4% and 32.2%. In 1996, 7.7% of the men and 19.4% of the women who estimated their health as poor or very poor were involved in health supporting physical activities twice a week or less. In 2006 there were 22.2% of active men and 20.9% of active women who assessed their health as poor or very poor.

CONCLUSIONS. It is positive that during the last decade the number of people engaged in active physical exercise has increased 16.0%. Previous studies have indicated a positive influence of the social environment on physically active lifestyle. Further studies should establish what factors could stimulate persons with an average level of self-estimated health to increase their physical activity.

Sotsiaal-majanduslikud erinevused suitsetamises

Kersti Pärna^{1,2}, Kaja Rahu^{2,3} –

¹TÜ tervishoiu instituut, ²Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, ³Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond

Võtmesõnad: suitsetamine, sotsiaal-majanduslikud tegurid

Eesmärgiga kirjeldada suitsetamise sotsiaalmajanduslikke erinevusi Eestis, analüüsiti 25–64aastaste täiskasvanute (3206 vastanut) Terviseuuringu 2006 andmeid. Uuringutulemused näitasid, et pisut alla poolte meestest ja ligikaudu viiendik naistest suitsetasid. Suitsetajaid oli oluliselt rohkem madalama haridustasemega vastanute hulgas. Võrreldes töötavate meestega oli suitsetajaid rohkem mittetöötavate hulgas. Võrreldes abielus meestega oli suitsetajaid vähem vallaliste, kuid rohkem lahutatud ja lehestunud meeste hulgas. Naistel ei leitud seost perekonnaseisu ja suitsetamise vahel. Naiste risk suitsetada oli väiksem kõige vanemas vanuserühmas ja pensionärade hulgas. Ei meestel ega naistel leitud suitsetamise ja rahvuse vahel seost.

Tubaka tarbimine on üks olulisemaid haigus- te riskitegureid. Euroopas sureb suitsetamise tõttu 50% igapäevasuitsetajatest, pooled neist tööealistena, s.o majanduslikult kõige aktiivsemas eluperioodis ja pooled vanemas eas (1). Rahvusvahelise hinnangu põhjal oli Eestis 1990. aastatel 26% meeste ja 3% nais- te suremusest tingitud suitsetamisest (2).

Mitmetes riikides on leitud seoseid suitsetamise ja sotsiaal-majandusliku seisundi (SES, *socio-economic status*) vahel (3–5). Tavapäraselt iseloomustatakse SESi hariduse, ameti, tööhõive, sissetuleku, majandusliku heaolu või mitme tunnuse kombinatsiooni kaudu (6, 7). Kõige enam on käsitletud hariduse seoseid suitsetamisega (3, 8), sest haridus omandatakse tavaliselt enne tööle asumist ja sissetuleku teket (9) ning haridustase mõjutab tervisekäitumise valikuid edasises elus (10).

Rahvusvaheliselt on tubakaepideemia levikut riikides kirjeldatud mudeliga, mille põhjal suureneb suitsetamine kõigepealt kõrgema SESiga meeste ja seejärel naiste hulgas ning alles siis madalama SESiga rahvastikurühmades (11). Suitsetamise kõrgeima levimusemäära saavutamise järel loobuvad suitsetamisest kõigepealt kõrgema SESiga mehed ja naised ning hiljem madalama SESiga rahvastikurühmad. Tubakaepideemia faasi, kus suitsetamine on rohkem levinud kõrgema SESiga rühmades, on kirjeldatud Ida-Euroopa (12) ning Lõuna-Euroopa riikides (13). Tubakaepideemia faas, kus suitsetamine on rohkem levinud madalama SESiga rahvastikus, on iseloomulik paljudele Lääne-Euroopa riikidele (3, 14–16). Tubakaepideemia mudel võimaldab prognoosida suitsetamisega seotud suremust, mis tavapäraselt suureneb kolm-nelikümmend aastat pärast suitsetamise levimusemäära tõusulainet riigis.

WHO andmebaasi põhjal suitsetas Eestis 2006. aastal kolmandik 15aastaseid ja vanemaid täiskasvanuid (17). Võrreldes taasise-

seisvumisaja algusega on meeste suitsetamine praeguseks vähenenud (1992. a 49,0% ja 2006. a 40,9%), kuid naistel jäänud samaks (vastavalt 19,4% ja 19,5%).

Artikli **eesmärgiks** on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamislevimust ning analüüsida suitsetamise seoseid sotsiaal-majanduslike teguritega.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Artikkel põhineb Eesti terviseuuringu 2006 täiskasvanute 25–64aastaste vanuserühma andmetel.

Terviseuuring sisaldas suitsetamise kohta kaksteist küsimust. Suitsetamise staatus selgitati välja kolme küsimuse põhjal. Suitsetamise järgi jagati vastanud praegusteks ja endisteks suitsetajateks ning mitte kunagi suitsetanudteks.

Sotsiaal-majanduslikest teguritest analüüsiti haridust ja majanduslikku aktiivsust

ning sotsiaal-demograafilistest teguritest vanust, rahvust ja perekonnaseisu.

Artikli tarbeks eristati kolm haridustaset (põhiharidus või vähem, kesk- ja kõrgharidus) ja kolm majandusliku aktiivsuse taset (töötav, mittetöötav või kodune, pensionär või invaliid). Rahvuse järgi jagati uuritavad eestlasteks ja mitte-eestlasteks. Perekonnaseisu järgi eristati kolm rühma: abielus või vabaabielus, vallaline, lahutatud (k.a lahus elav) või lesk. Analüüsis kasutati andmestikus sisalduvat vanust, mis oli aluseks valimi võtmisele rahvastikuregistrist. Kuna uurin-guperiood kestis ligi 2 aastat, siis oli enamikul vastajatest ankeedi täitmisel tegelik vanus 1–2 aasta võrra kõrgem. Vanuse järgi määrati neli rühma: 25–34, 35–44, 45–54 ja 55–64.

Andmeanalüüs tehti eraldi meestele ja naistele. Suitsetamise, sotsiaal-majanduslike ja -demograafiliste tegurite levimusmäärade kirjeldati sagedustabelina. Suitsetamise ja

Tabel 1. Suitsetamise, sotsiaal-demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tegurite jaotus 25–64aastaste meeste ja naiste hulgas

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Suitsetamine						
praegune suitsetaja	706	47,3	367	21,4	1073	33,5
endine suitsetaja	335	22,4	207	12,1	542	16,9
mittesuitsetaja	452	30,3	1139	66,5	1591	49,6
Vanus (aastates)						
25–34	369	24,7	407	23,8	776	24,2
35–44	406	27,2	414	24,2	820	25,6
45–54	388	26,0	474	27,7	862	26,9
55–64	330	22,1	418	24,4	748	23,3
Rahvus						
eestlane	939	62,9	1105	64,5	2044	63,8
mitte-eestlane	554	37,1	608	35,5	1162	36,2
Perekonnaseis						
abielus/vabaabielus	1178	78,9	1157	67,5	2335	72,8
vallaline	164	11,0	135	7,9	299	9,3
lesk / lahutatud / lahus elav	151	10,1	421	24,6	572	17,8
Haridus						
kõrgharidus	292	19,6	450	26,3	742	23,1
keskharidus	895	59,9	1030	60,1	1925	60,0
põhiharidus	306	20,5	233	13,6	539	16,8
Majanduslik aktiivsus						
töötav	1237	82,9	1275	74,4	2512	78,4
mittetöötav	79	5,3	182	10,6	261	8,1
pensionär/invaliid	177	11,9	256	14,9	433	13,5
Kokku	1493	100	1713	100	3206	100

sotsiaal-majanduslike tegurite vahelise seose mõõtmiseks levimusšansisuhte (POR, *prevalence odds ratio*) ja 95% usaldusvahemiku (uv) abil kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Regressioonanalüüsi jaoks muudeti tunnus "suitsetamise staatus" binaarseks: praegune suitsetaja ning mittesuitsetaja. Endised suitsetajad jäeti regressioonanalüüsist välja. Võrdlusaluseks rühmaks võeti mittesuitsetajad. Logistilise regressioonanalüüsi mudelisi kohandati šansisuhte kõigile teistele teguritele.

Vastanuid oli 25–64aastaste vanuserühmas 3315. Neist 109 juhul ei olnud võimalik kindlaks teha praegust suitsetamise staatust ja nad jäid andmeanalüüsist välja. Lõplik analüüsitavate ankeetide arv oli 3206, neist 1493 olid mehed ja 1713 naised.

Andmeid analüüsiti tarkvarapaketiiga Stata 10.

TULEMUSED

Eestis suitsetas vanuses 25–64 aastat 47,3% meestest ja 21,4% naistest (vt tabel 1). Suit-

setamisest loobunute hulgas oli rohkem mehi kui naisi.

Rahvuse järgi oli uuringus rohkem eestlasi (63,7%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus olevaid (72,8%), hariduse järgi keskharidusega (60,4%) ja tavategevuse järgi majanduslikult aktiivseid (78,4%). Vastanutest oli abielus või vabaabielus mehi rohkem kui naisi (78,9% vs 67,5%). Kõrgharidusega vastanutest olid viiendik mehed ja neljandik naised. Enamus vastanutest olid majanduslikult aktiivsed (meestest 82,9% ja naistest 74,4%).

Kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikuga näitasid nii meestel kui ka naistel statistiliselt olulisi seoseid suitsetamise ning hariduse vahel (vt tabel 2). Võrreldes kõrgharidusega meestega oli keskharidusega meestel 2,63 (naistel 2,35) korda ja madalama haridusega meestel 3,82 (naistel 3,80) korda suurem šans suitsetada. Nii meeste kui ka naiste suitsetamine oli seotud majandusliku aktiivsusega. Võrreldes töötavate meestega suitsetasid rohkem mittetöötavad ja kodused

Tabel 2. Suitsetamise levimusšansisuhted (POR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv) 25–64aastaste meeste ja naiste hulgas

Tunnus	Mehed		Naised	
	Kohandamata POR (95% uv)	Kohandatud POR* (95% uv)	Kohandamata POR (95% uv)	Kohandatud POR* (95% uv)
Vanus (aastates)				
25–34	1	1	1	1
35–44	1,05 (0,76–1,44)	0,99 (0,71–1,39)	1,22 (0,88–1,68)	1,22 (0,87–1,71)
45–54	1,20 (0,86–1,66)	1,06 (0,75–1,51)	1,07 (0,78–1,46)	0,99 (0,70–1,40)
55–64	0,79 (0,56–1,12)	0,65 (0,43–0,96)	0,40 (0,27–0,59)	0,38 (0,24–0,60)
Rahvus				
eestlane	1	1	1	1
mitte-eestlane	1,14 (0,89–1,45)	1,10 (0,85–1,42)	1,03 (0,81–1,31)	0,93 (0,72–1,20)
Perekonnaseis				
abielus/vabaabielus	1	1	1	1
vallaline	0,74 (0,52–1,05)	0,61 (0,42–0,89)	1,05 (0,67–1,63)	1,13 (0,71–1,80)
lesk / lahutatud / lahus elav	2,29 (1,46–3,58)	2,09 (1,31–3,34)	1,32 (1,01–1,73)	1,55 (1,17–2,07)
Haridus				
kõrgharidus	1	1	1	1
keskharidus	2,71 (1,99–3,70)	2,63 (1,92–3,61)	2,15 (1,57–2,94)	2,35 (1,71–3,24)
põhiharidus	3,65 (2,48–5,36)	3,82 (2,56–5,69)	2,67 (1,78–4,00)	3,80 (2,46–5,86)
Majanduslik aktiivsus				
töötav	1	1	1	1
mittetöötav/kodune	2,61 (1,43–4,76)	2,26 (1,21–4,23)	1,21 (0,84–1,73)	1,11 (0,75–1,63)
pensionär/invaliid	1,06 (0,73–1,53)	1,03 (0,67–1,56)	0,48 (0,33–0,72)	0,63 (0,39–1,01)

* Iga šansisuhte kohandati tabelis esitatud ülejäänud tunnustele.

mehed (POR = 2,26). Võrreldes töötavate naistega suitsetasid vähem pensionäridest naised (POR = 0,63). Nii meestel kui naistel leiti seos suitsetamise ja perekonnaseisu vahel. Võrreldes abielus meestega suitsetasid rohkem lahutatud ja lesed (POR = 2,09), kuid vähem vallalised (POR = 0,61). Võrreldes abielus naistega suitsetasid rohkem lahutatud ja lehestunud naised (POR = 1,55). Võrreldes noorima vanuserühmaga suitsetasid 55–64aastased vastanud vähem. Ei meestel ega naistel ei leitud seost suitsetamise ja rahvuse vahel.

ARUTELU

Käesolevas artiklis on keskendunud Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamisuurimuse kirjeldamisele ja suitsetamise sotsiaal-majanduslikele erinevustele uurimisele. Uuringutulemuste tõlgendamisel tuleks arvestada teatud piirangutega. Et tegemist oli küsitlusel põhineva uuringuga, ei saa välistada vastamise ebatäpsusest tulenevat nihet tulemustes. Kui lähtuda tavapärasest eeldusest, et uuringust keeldujate hulgas esineb riskikäitumist (sh suitsetamist) suhteliselt rohkem, võib uuringutulemustes kajastatud suitsetamise levimusmäär osutada tegelikust väiksemaks. Uuringu üheks puuduseks oli küsimusele „Kas olete kunagi elus regulaarselt, s.t iga päev või peaaegu iga päev suitsetanud vähemalt ühe aasta jooksul?“ eitavalt vastanute ebaõnnestunud suunamine mööda küsimusest, mis oleks võinud välja selgitada nende viimase nelja nädala suitsetamise staatuse. Sel põhjusel jäi andmeanalüüsist välja 109 isikut, kes olid kas praegused või endised suitsetajad, kuid polnud suitsetanud iga päev. Kajastatud suitsetamise levimusmäär on seetõttu mõnevõrra alahinnatud. Tähelepanuta ei saa jätta, et vaatamata suurele valimile, olid rühmad pärast tegurite järgi jaotamist küllaltki väikesed, mis kahandas statistilist võimsust oluliste seoste leidmiseks.

Uuringutulemuste põhjal suitsetasid Eestis rohkem mehed kui naised. Meeste suurem suitsetamise levimusmäär on oma eriti Ida-Euroopa riikidele (Läti, Leedu,

Venemaa, Ukraina, Tšehhi) (18), kuid ka Põhja-Euroopa riikidele (Soome, Taani, Norra) (17). Erandina on Rootsis naiste suitsetamise levimusmäär suurem kui meestel (17). Käesolevas uuringus ei leitud meeste suitsetamise erinevust vanuserühmiti. Vaid naiste suitsetamine oli oluliselt väiksem kõige vanemas vanuserühmas. Kuna terviseuuringu 1996 andmetel suitsetati oluliselt rohkem nooremates vanuserühmades (19), siis võib arvata, et praeguseks on suitsetamine Eestis jäänud püsima samale tasemele. Samas ei tohi tähelepanuta jätta, et käesolev artikkel ei kajasta alla 25aastaste täiskasvanute suitsetamist.

Uuringu põhileiuna oli sotsiaal-majanduslike teguritest nii meeste kui ka naiste suitsetamisega kõige tugevamalt seotud haridustase. Rohkem suitsetajaid esines madalama haridustasemega vastanute hulgas. Samasugust seost haridusega on leitud Eestis korraldatud täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus (20, 21). 1996. a terviseuuringu andmetel leiti näiteks 30–59aastastel täiskasvanutel suitsetamise seos haridusega vaid meestel (19). Sotsiaal-majanduslikest teguritest oli suitsetamine seotud majandusliku aktiivsusega. Võrreldes majanduslikult aktiivsetega, oli rohkem suitsetajaid koduste meeste, kuid vähem pensionäridest naiste hulgas. Terviseuuringus 1996 ei leitud suitsetamise seost majandusliku aktiivsusega (19). Tubakaepideemia mudeli järgi sarnanes Eesti Lääne-Euroopa riikidega, kus suitsetamine on vähem levinud kõrgemas SESi rühmas (11).

Meestel leiti suitsetamise seos perekonnaseisuga, mis vastab kirjanduses kajastatud (5, 22). Terviseuuringu 1996 tulemused ei kinnita praeguse uuringu leidu, et vallalised mehed suitsetavad vähem kui abielus mehed (19).

Sarnaselt eelmise terviseuuringuga ei leitud käesolevas uuringus seost suitsetamise ja rahvuse vahel, kuigi siis hindasid mitteamerlased võrreldes eestlastega oma tervist oluliselt halvemaks (23).

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Uuring andis ülevaate suitsetamise sotsiaal-majanduslikest erinevustest Eestis. Uuringutulemuste põhjal tuleb suunata suitsetamise ennetus madalama haridustasemega rahvastikurühmadele.

Suitsetamise vähendamine riigis on kogu ühiskonna ülesanne ning tõenduspoliitika kujundamine

võiks kaasa aidata kogurahvastiku suitsetamise ennetamisele ja suitsetamisharjumuse vähendamisele.

TÄNUAVALDUS

Uurimistööd on toetanud Haridus- ja Teadusministeerium (teadusteemad SF0182648s04 ja SF0940026s07).

kersti.parna@ut.ee

KIRJANDUS

- World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All; Series No 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000;320:1102–7.
- Osler M, Holstein B, Avlund K, et al. Socio-economic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scand J Public Health* 2001;29:32–9.
- Chaix B, Guilbert P, Chauvin P. A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France. *Eur J Public Health* 2004;14:186–90.
- Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in health in developed countries: the facts and the options. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, eds. Oxford textbook of public health Vol 3: The practice of public health. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.1773–90.
- Rahu M, Rahu K, Baburin A jt. Alkoholisõltuva suremuse hariduserinevused Eestis. Kas meil on vaja seda teada? *Eesti Arst* 2003;82:85–9.
- Gilmore AB, McKee M, Telishevska M, et al. Epidemiology of smoking in Ukraine, 2000. *Prev Med* 2001;33:453–61.
- Muller A. Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ* 2002;324:23–5.
- Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. A comparison of the relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Soc Sci Med* 1999;49:1373–84.
- Lopez AD, Collishaw NE, Pihl T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Contr* 1994;3:242–7.
- Balabanova D, Bobak M, McKee M. Patterns of smoking in Bulgaria. *Tob Contr* 1998;7:383–5.
- Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Calle ME, et al. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001;33:241–8.
- Mackenbach JP, Huisman M, Andersen O, et al. Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer* 2004;40:126–35.
- Gilman SE, Abrams DB, Buka SL. Socio-economic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:802–8.
- Federico B, Kunst AE, Vannoni F, et al. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980–2000. *Prev Med* 2004;39:919–26.
- World Health Organization. European health for all database (HFA Database). <http://www.euro.who.int/HFADB>
- Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Am J Public Health* 2004;94:2177–87.
- Pärna K, Rahu K, Rahu M. Patterns of smoking in Estonia. *Addiction* 2002;97:871–6.
- Puska P, Prättälä R, Kasmel A, et al. Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994–1998. *Eur J Public Health* 2003;13:11–7.
- Leinsalu M, Tekkel M, Kunst AE. Social determinants of ever initiating smoking differ from those of quitting: a cross-sectional study in Estonia. *Eur J Public Health* 2007;17:572–8.
- Rahkonen O, Laaksonen M, Karvonen S. The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. *Soc Sci Med* 2005;61:211–6.
- Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.

SUMMARY

Socio-economic differences in smoking

AIM. The objective of this study was to describe the prevalence of smoking and its relation to a range of socio-economic and socio-demographic factors in Estonia.

METHODS. This study was based on a subsample of the 25–64-year-old adult population (n = 3206) of the Estonian Health Interview Survey 2006. The socio-

economic status was measured on the basis of the level of education and employment status. The socio-economic status of the individuals was categorized according to basic socio-demographic indicators like age, ethnicity and marital status. Logistic regression analysis was applied to assess association between smoking and socio-economic status.

RESULTS. The prevalence of current smoking was 47.3% among men and 21.4% among women. For both genders, smoking rates were consistently the lowest for the group with the highest education. Smoking was

more common among unemployed compared to employed men, but less common among retired women compared to employed women. Compared to married men, smoking was significantly more common among divorced and widowed men, but less common among single men. Smoking was significantly less common among women in the oldest age group. No relationship was established between smoking and ethnicity in Estonia.

CONCLUSION. Public health efforts have to be focused on preventing smoking in less educated socio-economic groups.

Suurendatud riskiga alkoholitarvitamine 25–64aastaste täiskasvanute hulgas

Liina Animägi¹, Kersti Pärna^{1,2} –
¹TÜ tervishoiu instituut, ²Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus

Võtmesõnad: suurendatud riskiga alkoholitarvitamine, sotsiaal-demograafilised tegurid, sotsiaal-majanduslikud tegurid

Eesti terviseuuringus 2006 uuriti 25–64aastaste täiskasvanute kõrge- ma riskitasemega alkoholitarvitamist. Uuringutulemuste põhjal oli alkoholi tarvitavatest täiskasvanutest joonud viimase aasta jooksul vähemalt 5 annust alkoholi korraga kaks kolmandikku meestest ja neljandik naistest. Võrreldes töötavate täiskasvanutega oli korraga 5 annuse alkoholi tarvitajaid vähem pensionäride hulgas. Suurendatud riskiga alkoholitarvitamisel ei leitud seoseid hariduse ega perekonnaseisuga. Meeste hulgas tarvitati suures koguses alkoholi korraga vähem vanemates vanuserühmades. Võrreldes eestlastest meestega tarvitasid mitte-eestlased vähem korraga 5 annust alkoholi. Naistel ei leitud seost suurendatud riskiga alkoholitarvitamisel ei vanuserühma ega rahvusega.

Alkoholi tarvitamine on oluline haigestumus ja suremuse põhjus Eestis ja meie naaberriikides (1, 2). Neis riikides on alkoholi tarvitamine suur just tööealiste meeste hulgas (2–4). Suure koguse alkoholi tarvitamine korraga on seotud põhjusspetsiifilise suremusega ägedasse alkoholimürgistusse, kardiomiopaatiasse ja äkksurma ning pikaajaline alkoholi tarvita-

mine suremusega maksatsirroosi (1, 2, 5–10). Probleemi olulisusest saab aimu, kui võrrelda 1991. ja 2005. aasta alkoholist sõltuva suremuse statistikat. Võrreldes 1991. aastaga oli Eestis 2005. aastaks standarditud suremuskordaja kroonilistesse maksahaigustesse ja maksatsirroosi ligi kolmekordistunud (meestel vastavalt 11,9 ja 32,4 ning naistel 4,7 ja 13,9 juhtu 100 000 inimese kohta) (11). Eestis oli 2005. aastal meeste standarditud suremuskordaja 100 000 inimese kohta alkoholimürgistustesse 21,4, kuid Euroopa Liidus keskmiselt 1,3 (naistel vastavalt 6,7 ja 0,3).

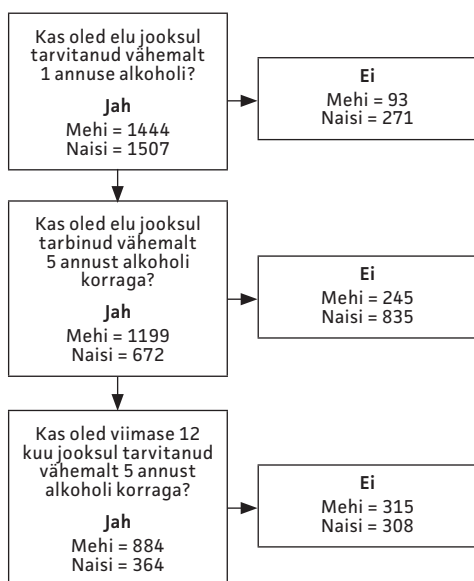
Balti riikides toimunud läbilõikelise uuringu (1997) andmetel oli vähemalt korra nädalas alkoholi tarvitavate 19–64aastaste täiskasvanute osakaal Eestis suurem (61% meestest ja 24% naistest) kui Lätis (vastavalt 44% ja 8%) ja Leedus (vastavalt 55% ja 14%) (12). Üks kümnest Eesti mehest tarvitas vähemalt 80 g absoluutset alkoholi päevas: seda oli enam kui teistes riikides. Eesti terviseuuringu (1996) andmetel jõi tavaliselt ühel tarbimiskorral 18% meestest vähemalt 0,5 liitrit viina ja 5% naistest vähemalt 0,5 liitrit veini või muud lahjat alkoholi (13). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumiseuuringu (2006) andmetel tarvitas 16,4% meestest (2,3% naistest) rohkem kui 170 g absoluutset alkoholi viimase seitsme päeva jooksul (14).

Artikli **eesmärgiks** on kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku suurendatud riskiga alkoholitarvitamist ning analüüsida selle seoseid sotsiaal-demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike teguritega.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Töö põhineb 2006. a Eesti terviseuuringu 25–64aastaste täiskasvanute andmetel.

Terviseuuringus oli alkoholi tarvitamise kohta 22 küsimust. Artiklis on käsitletud suurendatud riskiga alkoholitarvitamist, milleks peetakse vähemalt 5 annuse alkoholi tarvitamist korraga, s.o ühe tarvitamiseepisoodi jooksul. Üks annus absoluutset alkoholi võrdsustati 0,5 l õlle, siidri, *long drink*'i jms või 1 pokaali (100 ml) veini või 1 pitsi (30 ml) viina, konjaki jms.



Joonis. Suurendatud riskiga alkoholitarvitamise (viimase 12 kuu jooksul vähemalt 5 annust korraga) väljaselgitamine 25–64aastaste meeste ja naiste hulgas Eesti terviseuuringu 2006 põhjal.

Viimase aasta jooksul suurendatud riskiga alkoholitarvitamist selgitati kolme küsimuse abil (vt jn). Alkoholi tarvitamist üldse mõõdeti küsimusega „Kas Te olete kunagi elus tarvinud alkoholi rohkem kui 1 pits kanget alkoholi, pokaal veini või pudel õlut?“ (jah/ei). Sellele küsimusele jaatavalt vastanute käest küsiti elu jooksul suurendatud riskiga alkoholitarvitamise kohta järgmine küsimus: „Kas Te olete kunagi elus joonud korraga vähemalt viis pudelit õlut või

viis pokaali veini või viis pitsi kanget alkoholi?“ (jah/ei). Sellele küsimusele jaatavalt vastanute hulgas selgitati välja viimase aasta jooksul suurendatud riskiga alkoholitarvitamine küsimusega „Kas Te olete viimasel 12 kuul joonud korraga vähemalt viis pudelit õlut või viis pokaali veini või viis pitsi kanget alkoholi?“ (jah/ei). Töös analüüsiti rühma, kes vastasid sellele küsimusele jaatavalt.

Sotsiaal-demograafilistest teguritest analüüsiti vanust (vanuserühmad 25–34, 35–44, 45–54 ja 55–64), rahvust (eestlased ja mitte-eestlased) ja perekonnaseisu (abielus või vabaabielus, vallaline, lahutatud, k.a lahus elav või lesk). Analüüsiti kasutatud andmestikus sisalduvat vanust, mis oli aluseks valimi võtmisele rahvastikuregistrist. Kuna uuringuperiood kestis ligi 2 aastat, siis oli enamikul vastajatest ankeedi täitmisel tegelik vanus 1–2 aasta võrra kõrgem. Sotsiaal-majanduslikest teguritest analüüsiti haridust (põhiharidus või vähem, kesk- ja kõrgharidus) ja majanduslikku aktiivsust (töötav, mittetöötav või kodune, pensionär või invaliid).

Andmeanalüüs tehti eraldi meestele ja naistele. Suurendatud riskiga alkoholitarvitamise ning sotsiaal-demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tegurite kirjeldamiseks kasutati lihtsat sagedustabelit koos suhteliste sagedustega. Seost suurendatud riskiga alkoholitarvitamise ning sotsiaal-demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tegurite vahel hinnati logistilise regressiooni mudeliga. Arvutati levimussansisuhet (*prevalence odds ratio*, POR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv). Logistilise regressioonanalüüsi mudelis kohandati levimussansisuhe kõigile teistele teguritele. Andmeanalüüsil kasutati pakette SPSS 16.0 ja Stata 9.0.

TULEMUSED

Vähemalt 1 annuse alkoholi elu jooksul oli tarvinud 93,9% meestest ja 84,8% naistest. Nende hulgas 83,0% meestest ja 44,6% naistest oli tarvinud elu jooksul vähemalt 5 annust alkoholi korraga, neist 73,7% mehi ja 54,2% naisi oli seda teinud viimase 12 kuu

Tabel 1. Suurendatud riskiga alkoholitarvitajate jaotus sotsiaal-demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tegurite järgi 25–64aastaste meeste ja naiste hulgas Eesti terviseuuringu 2006 põhjal

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Vanus (aastates)						
25–34	237	26,8	110	30,2	347	27,8
35–44	267	30,2	103	28,3	370	29,6
45–54	227	25,7	97	26,6	324	26,0
55–64	153	17,3	54	14,8	207	16,6
Rahvus						
eestlane	605	68,4	271	74,5	876	70,2
mitte-eestlane	279	31,6	93	25,5	372	29,8
Perekonnaseis						
abielus/vabaabielus	718	81,2	247	67,9	965	77,3
vallaline	87	9,8	37	10,2	124	9,9
lesk / lahutatud / lahus elav	79	8,9	80	22,0	159	12,7
Haridus						
kõrgharidus	176	19,9	97	26,6	273	21,9
keskharidus	541	61,2	233	64,0	774	62,0
põhiharidus	167	18,9	34	9,3	201	16,1
Majanduslik aktiivsus						
töötav	764	86,4	304	83,5	1068	85,6
mittetöötav/kodune	56	6,3	37	10,2	93	7,5
pensionär/invaliid	64	7,2	23	6,3	87	7,0
Kokku	884	100	364	100	1248	100

jooksul. Alkoholi tarvitanud 25–64aastas-
test täiskasvanutest tarvitas viimase 12 kuu
jooksul alkoholi vähemalt 5 annust korraga
61,2% meestest ja 24,2% naistest.

Suurendatud riskiga alkoholitarvitajatest
üle 2/3 olid eestlased (vt tabel 1). Meestest
oli 81,2% abielus või vabaabielus, naistest
vaid 67,9%. Hariduse järgi oli 5 alkoholi-
liannuse korraga tarvitajate hulgas oluliselt
rohkem põhiharidusega mehi (18,9%) kui
naisi (9,3%), kuid oluliselt vähem kõrghari-
dusega mehi (19,9%) kui naisi (26,6%). Suu-
rem osa neist olid majanduslikult aktiivsed.

Logistilise regressiooni mudelist nähtu-
tub, et meestel, kuid mitte naistel, vähenes
suurendatud riskiga alkoholitarvitamine va-
nuse suurenedes (vt tabel 2). Võrreldes 25–
34aastaste meestega oli 45–54aastastel 0,57
ja 55–64aastastel 0,42 korda väiksem šans
tarvitada suures koguses alkoholi korraga.
Võrreldes eestlastega tarvitasid mitte-eest-
lastest mehed vähem (POR = 0,65) korraga
5 annust alkoholi. Naistel seost rahvusega
ei leitud. Võrreldes abielus meestega oli
kohandamata mudelis suurendatud riskiga

alkoholitarvitajaid vähem lahutatud ja leses-
tunud meeste hulgas, kuid see seos muutus
kõigi teiste tegurite mõju arvestamisel mit-
teoluliseks. Naistel ei leitud seost suure ko-
guse alkoholi tarvitamise ja perekonnaseisu
vahel. Kohandatud šansisuhted näitasid, et
suurendatud riskiga alkoholitarvitamine ei
olnud seotud haridusega ei meeste ega nais-
te hulgas. Võrreldes majanduslikult aktiivse-
te meeste ja naistega tarvitasid pensionärid
vähem korraga 5 annust alkoholi.

ARUTELU

Artiklis uuriti 25–64aastaste täiskasvanute
suurendatud riskiga alkoholitarvitamist vii-
mase 12 kuu jooksul.

Eesti 25–64aastastest alkoholi tarvitava-
test täiskasvanutest jõi viimase 12 kuu jook-
sul vähemalt 5 annust alkoholi korraga kaks
kolmandikku meestest ja neljandik naistest.

Suurendatud riskiga alkoholitarvitami-
se optimaalsete piiride määramine on kee-
rukas ja seetõttu tuleb erinevate uuringute
tulemuste võrdlusesse suhtuda teatud ette-
vaatlikkusega. Näiteks peeti igal paaris aastal

Tabel 2. Suurendatud riskiga alkoholitartvitamise levimusšansisuhed (POR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv) 25–64aastaste meeste ja naiste hulgas Eesti terviseuuringu 2006 põhjal

Tunnus	Mehed		Naised	
	Kohandamata POR (95% uv)	Kohandatud POR* (95% uv)	Kohandamata POR (95% uv)	Kohandatud POR* (95% uv)
Vanus (aastates)				
25–34	1	1	1	1
35–44	0,83 (0,55–1,23)	0,77 (0,51–1,16)	1,23 (0,81–1,85)	1,18 (0,77–1,80)
45–54	0,55 (0,38–0,81)	0,57 (0,38–0,85)	1,11 (0,74–1,67)	1,12 (0,73–1,74)
55–64	0,33 (0,22–0,49)	0,42 (0,27–0,64)	0,65 (0,42–1,02)	0,87 (0,51–1,49)
Rahvus				
eestlane	1	1	1	1
mitte-eestlane	0,65 (0,50–0,84)	0,65 (0,50–0,86)	0,96 (0,68–1,36)	1,03 (0,72–1,48)
Perekonnaseis				
abielus/vabaabielus	1	1	1	1
vallaline	0,92 (0,59–1,41)	0,73 (0,46–1,17)	1,26 (0,74–2,17)	1,38 (0,79–2,41)
lesk / lahutatud / lahus elav	0,65 (0,43–0,97)	0,72 (0,46–1,10)	0,95 (0,66–1,37)	0,98 (0,66–1,44)
Haridus				
põhiharidus	1	1	1	1
keskharidus	1,14 (0,82–1,59)	1,19 (0,84–1,67)	1,26 (0,89–1,78)	1,37 (0,96–1,96)
kõrgharidus	0,82 (0,55–1,22)	0,98 (0,65–1,49)	0,69 (0,40–1,16)	0,84 (0,49–1,46)
Majanduslik aktiivsus				
töötav	1	1	1	1
mittetöötav/kodune	1,34 (0,72–2,49)	1,61 (0,85–3,05)	0,81 (0,49–1,33)	0,83 (0,50–1,40)
pensionär/invaliid	0,31 (0,21–0,44)	0,50 (0,30–0,70)	0,36 (0,21–0,60)	0,43 (0,23–0,79)

* Iga šansisuhe kohandati tabelis esitatud ülejäänud tunnustele.

Eestis, Lätis, Leedus ja Soomes korraldata-vas täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise (*Finbalt*) uuringus suurendatud riskiga alkoholitartvitamise piiriks 6 annust (15). WHO soovib suurendatud riskiga alkoholitartvitamise piiriks kasutada meestel ja naistel erinevat kogust absoluutset alkoholi (16). Selle järgi peetakse suure riskiga alkoholitartvitamiseks meestel 61–100 g ja naistel 41–60 g absoluutset alkoholi päevas (keskmise riskiga vastavalt 41–60 g ja 21–40 g päevas).

Uuringus leiti, et nooremate meeste hulgas oli suurendatud riskiga alkoholitartvitamine rohkem levinud kui vanemates vanuserühmades, ning see sarnaneb teiste uuringute tulemustega (15, 17). Eestis on alkoholi tarvitamise levimusmäär samuti väiksem vanemates vanuserühmades.

Võrreldes mitte-eestlastest meestega oli suurendatud riskiga alkoholitartvitajaid rohkem eestlaste hulgas. Tulemus on kooskõlas Eesti tervisekäitumise uuringu tulemustega (2006) (14). Helasoja jt (15) andmetel tarvitasid aastatel 1994–2002 intensiivsemalt (mehed vähemalt 15 ja

naised 5 annust nädalas) alkoholi just mitte-eestlased. Sellised uuringutevahelised erinevused võivad olla seletatavad erineva piiri kasutamise suurendatud riskiga alkoholitartvitamise määratlemiseks. Kahjuks sisaldas Eesti terviseuuringus (2006) 5 annuse tunnus erinevat liiki tarvitatud alkohoolseid jooke (kange alkohol, õlu, vein), mistõttu ei olnud võimalik eristada, kas tarvitati ainult ühte liiki või mitut liiki alkohoolseid jooke korraga. Teatavasti on eri liiki alkoholil erinev tarvitamise kontekst ja nende toime organismile pole ühesugune (1).

Suurendatud riskiga alkoholitartvitamise ja perekonnaseisu vahel seost ei leitud. See on vastuolus teiste endise Nõukogude Liidu liikmesriikide uuringute tulemustega, kus leiti, et võrreldes abielus naistega oli suurendatud riskiga alkoholitartvitajaid rohkem vallaliste või lahutatud naiste hulgas (17). Tervisekäitumise uuringu põhjal oli Leedus ja Soomes suure koguse alkoholi tarvitajaid rohkem abielus mitteolevate meeste hulgas (15).

Suurendatud riskiga alkoholitarvitamine oli kõige vähem levinud pensionäridest meeste ja naiste hulgas, mis on kooskõlas sellega, et suurema koguse alkoholi tarvitamine korraga oli väiksem just vanemate vanuserühmade meeste hulgas. Rahvusvahelise kirjanduse põhjal tarvitati suurtes kogustes alkoholi (> 560 g nädalas) vähem kehvema majandusliku kindlustatusega meeste hulgas (18).

Käesolevas uuringus ei leitud korraga 5 annuse alkoholi tarvitamises hariduslikke erinevusi. Tervisekäitumise uuringu tulemustel oli Eestis vähemalt 6 annuse alkoholi korraga tarvitajaid ning meestel vähemalt 15 ja naistel 5 annuse nädalas tarvitajaid rohkem madalama haridusega vastanute hulgas (15). Selle põhjal võiks arvata, et mida suurem on tarvitatud alkoholi kogus, seda suurema tõenäosusega kerkivad esile hariduserinevused. Risk surra alkoholist sõltuvasse haigusesse on suurem madalama haridustaseme korral Eestis (19).

Suurendatud riskiga alkoholitarvitamise uurimisel Eesti terviseuuringus 2006 tuleks arvestada teatud piirangutega. Esiteks, tarvitatud alkoholi kogused kirjutas intervjuuerija küsimustikku kohe annustena, mis ei võimaldanud intervjueeritava öeldud koguseid hiljem enam täpselt kindlaks teha. Kindlasti suurendas see alkoholi tarvitamise üle- või alahindamise võimalust, kuna konkreetse alkoholiliigi konverteerimine absoluutse alkoholi annusteks võis sisaldada viga. Näiteks jäi ebaselgeks, miks 0,5 liitrit keskmiselt 4,5% õlu sisaldas 1 annuse, kuid kange õlu (üle 6%) 3,5 annust absoluutset alkoholi. Rahvusvahelise kirjanduse põhjal soovitataks alkoholi tarvitamise kogused konverteerida absoluutseks alkoholiks alles pärast andmete sisestamist. Teiseks võis töö tulemuste täpsust mõjutada see, et küsimustes ei täpsustatud õlle alkoholisisaldust, mistõttu võis intervjuuerija küsimuste esitamisel õlle alkoholisisaldusele jätta tähelepanu pööramata. Samas oli alkoholi annusteks muutmise eeskirjas eristatud kahte liiki õlu (keskmiselt 4,5% ja üle 6% alkoholisisaldus-

sega). Kolmandaks, kuna tegemist oli küsitlusuuringuga, ei saa välistada vastamise ebatäpsusest tulenevat nihet tulemustes ning suure koguse alkoholi korraga tarvitamisel esinevat sagedast tarvitatud koguste alahindamist. Neljandaks, hoolimata sellest, et terviseuuringu valim oli suhteliselt suur, muutis kitsendavate küsimuste kasutamise analüüsi kaasatud vastajate arvu väikeseks, mis omakorda vähendas statistilist võimsust oluliste seoste leidmisel.

Vaatamata mõnede piirangutele andis uuring esmase ülevaate suurendatud riskiga alkoholitarvitamisest 25–64aastaste täiskasvanute hulgas Eestis.

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Vähemalt viie annuse alkoholi korraga tarvitamine oli enam levinud noorte meeste hulgas. Seega kahjustab suurendatud riskiga alkoholitarvitamine eelkõige tööelist rahvastikku. Et põhjendada suurendatud riskiga alkoholitarvitamise rahvuserinevusi meestel, oleks vajalik põhjalikum andmeanalüüs. Kuna alkoholi tarvitamise uurimine on kompleksne, nii et lisaks tarvitatud kogusele ja tarvitamise sagedusele selgitataks välja alkoholi tarvitamise kontekst, siis tuleks edaspidi suurendatud riskiga alkoholitarvitamise täpsemaks väljaselgitamiseks kaasata analüüsi rohkem küsimusi.

Suurendatud riskiga alkoholitarvitamine on seotud paljude terviseprobleemidega ning põhjustab kahjusid nii perekondadele kui ka ühiskonnale. Teades suurendatud riskiga alkoholitarvitajate kuulumist konkreetsetesse sotsiaal-demograafilistesse ja -majanduslikesse rühmadesse, saab sihipäraselt ning tõhusalt suunata alkoholi tarvitamist vähendavaid strateegiaid ja tegevusi.

TÄNUAVALDUS

Uurimistööd on toetanud Eesti Teadusfond (grant nr 7416) ning Norra ja Euroopa majanduspiirkonna finantsmehhanismid (grant nr EE0016). Artikli autorid tänavad Tervise Arengu Instituuti võimaluse eest kasutada terviseuuringu 2006 andmeid.

linnaliina@gmail.com

KIRJANDUS

1. Stickley A, Leinsalu M, Andreev E, et al. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002. *Eur J Public Health* 2007;17:444–9.
2. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet* 2007;369:2001–9.
3. Bobak M, McKee M, Rose R, et al. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 1999;94:857–66.
4. Pomerleau J, McKee M, Rose R, et al. Drinking in the Commonwealth of Independent States – evidence from eight countries. *Addiction* 2005;100:1647–68.
5. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997;350:383–8.
6. McKee M, Britton A. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. *J R Soc Med* 1998;91:402–7.
7. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
8. Murray RP, Connell JE, Tyas SL, et al. Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *Am J Epidemiol* 2002;155:242–8.
9. Laatikainen T, Manninen L, Poikolainen K, et al. Increased mortality related to heavy alcohol intake pattern. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:379–84.
10. Nemtsov A. Russia: alcohol yesterday and today. *Addiction* 2005;100:146–9.
11. World Health Organization. European health for all database (HFA-DB). <http://www.euro.who.int/HFADB>
12. McKee M, Pomerleau J, Robertson A, et al. Alcohol consumption in the Baltic Republics. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:361–6.
13. Leinsalu M, Grintshak M, Noorkõiv R. Eesti terviseuuring. Tabelid. Estonian Health Interview Survey. Tables. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1999.
14. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Health behaviour among Estonian adult population, 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
15. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *Eur J Public Health* 2006;16:8–20.
16. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Geneva: World Health Organization; 2004.
17. Pomerleau J, McKee M, Rose R, et al. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol Alcohol* 2008;43:351–9.
18. Balabanova D, McKee M. Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. *Alcohol Alcohol* 1999;34:622–8.
19. Rahu M, Rahu K, Baburin A jt. Alkoholisõltuva suremuse hariduserinevused Eestis. Kas meil on vaja seda teada? *Eesti Arst* 2003;82(1):85–9.

SUMMARY

High risk alcohol consumption among 25–64-year-old adult population

Consumption of large amounts of ethanol on a single occasion is a major factor in the exceedingly high death rates from acute alcohol poisoning, alcoholic cardiomyopathy, and sudden cardiac death, while the high overall consumption level contributes to the high death rate from cirrhosis.

AIM. The aim of the study was to describe high risk alcohol consumption and to investigate its association with sociodemographic and socio-economic factors.

METHODS. This study was based on a subsample of 25–64-year-old adult population ($n = 3315$) of the Estonian Health Interview Survey 2006. High risk drinking was assessed as having five or more drinks of alcohol per occasion. Sociodemographic factors like age, ethnicity and marital status, and socio-economic factors like educational level and economic activity were measured. Logistic regression analysis was applied to assess associations between high risk

drinking and sociodemographic and socio-economic factors. Analysis was carried out separately among men and women.

RESULTS. Among alcohol drinking respondents, 61.2% of the men and 24.2% of the women had at least one high risk drinking episode during the past 12 months. Compared to 25–34-year-old men, men aged 45–64 years were less likely to consume five or more drinks per occasion. Among men, Estonians were more prone to high risk drinking. Retired and disabled respondents were less likely to consume five or more drinks per occasion. No relationship was established between high risk alcohol consumption and marital status or educational level in Estonia.

CONCLUSION. Effective policies concerning alcohol consumption should be directed towards young men of working age. More detailed research is needed to understand the context of high risk drinking.

Tervis ja igapäevane toimetulek

Mare Ruuge – Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond

Võtmesõnad: puuded, piirangud, igapäevane toimetulek

Tervise seisundist tulenevate abivajaduste kindlakstegemine aitab selgitada piirangute esinemist inimeste igapäevaelu tegevustes ja igapäevaeluga toimetulekul. Eesti terviseuuringu 2006 raames vaadeldi erinevaid funktsionaalseid piiranguid, enese eest hoolitsemise ja majapidamise tegevusi. Eesti rahvastikule kaalutud andmete põhjal saab öelda, et Eestis on 124 000 inimest vanuses 15–84 a, kellel on liikumisraskusi, nägemispiirangud takistavad 40 000 ja kuulmispiirangud 41 000 inimese toimetulekut igapäevaelus. Minimaalset iseseisvust kindlustavate tegevustega (nagu riietumine, üleni pesemine jt) toimetulekuks vajab abi 48 000 inimest ja veel 12 000 inimest ei ole kindlad oma abita toimetulekus. Üksi elamisel ja iseseisvalt tavaleibkonnas toimetulekuks (ehk majapidamistöodes) vajab abi rohkem kui 69 000 inimest, veel 30 000 inimest ei ole kindlad abita toimetulekus. Uurides eri tegevustega toimetulekut koos kasutatava abi võimalustega, ilmneb täiendav abivajadus.

Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) üheks eesmärgiks oli lisaks rahvastiku tervise seisundi ülevaate koostamisele ning sotsiaal-majanduslike, keskkondlike ja käitumuslike tegurite mõju hindamisele

rahvastiku tervise seisundile seatud ka tervise seisundist tulenevate abivajaduste kindlakstegemine.

Piirangute esinemist inimese igapäevaelu tegevustes võib käsitleda kitsamalt või laiemalt. Tegevusi, mis kindlustavad inimese minimaalse iseseisvuse nagu söömine, liikumine, riietumine, käsitletakse enese eest hoolitsemisena. Tahtes mõõta isiku toimetulekut laiemalt, hinnatakse seda tegevuste abil, mis võimaldavad tal elada üksi ja iseseisvalt toime tulla tavaleibkonnas. Selleks uuritakse toimetulekut erinevate majapidamistöde ja tegevustega nagu toidu valmistamine, poes käimine, pesu pesemine, koristamine, oma rahaasjade korraldamine.

Inimese igapäevaelu piirangute põhjused võivad olla tingitud nii tervisest kui ka olla tervisega mitte seotud, näiteks sotsiaalsed või majanduslikud. Tervisest tulenevaid piirangute valdkondi ja ulatust rahvastikus mõõdeti ka ETeU 2006-s.

Küsimuste aluseks olid Euroopa terviseuuringu jaoks välja töötatud tervise seisundi mooduli vastavate osade küsimused. Niisama tähtis, kui on teada saada, milline on olukord Eestis, on oluline see, kus asume võrdluses teiste riikidega. Puuete ja tegevuspiirangute kohta on eri riikides aastate jooksul kogutud palju erinevat teavet, kuid kuna kasutusel on palju erinevaid küsimustikke, ei ole saadud andmed enamasti võrreldavad. Seetõttu tehakse Euroopa Liidus tööd ühtse ELi terviseuuringu meetodika ja küsimustiku kasutusele võtmiseks. Nii ei ole ETeU 2006-s seatud kitsaid riigisiseseid eesmärgi, vaid on kavandanud teiste ELi

liikmesriikidega võrreldavate terviseandmete saamine. Euroopa terviseuuringu esimese ringi korraldamine oli kavandatud aastateks 2007–2008. Tegelikult alustasid ligi pooled liikmesriigid oma terviseuuringut 2008. aastal, ülejäänud aga alles 2009. aastal. Nii on Eesti üks esimesi riike, kus on rakendatud uut kokkulepitut uuringumetoodikat.

Kõik toimetuleku küsimused on kodeeritavad rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni järgi (RFK/ICF, eesti keeles kättesaadav www.sm.ee, e-tervis). Funktsioneerimisvõime ehk talitlusvõime on üldtermin organismi funktsioonide, inimese tegutsemise või osaluse kirjeldamiseks, nagu vaegused on üldtermin puuete, tegutsemis- või osaluspiirangute kohta.

RFK esitab tervisega seotud valdkondi inimese organismi, indiviidi ja ühiskonnaliikme seisukohalt lähtudes kahe põhiloeteluna: esiteks, inimese organismi funktsioonid ehk talitlused ja struktuurid ning teiseks, tegutsemine ja osalus. Seejuures on eesmärgiks ühendada kitsalt meditsiiniline vaatenurk laiemale, sotsiaalse toimetulekuga, mis kujuneb indiviidi funktsionaalse seisundi ja keskkonna koosmõjust. RFKs on rühmitatud teatud terviseolukorraga indiviidi tervise valdkonnad selle järgi, mida isik teeb või teha saab. Seetõttu annab see klassifikatsioon teadusliku aluse tervise ja tervisega seotud seisundite, nendest tulenevate tagajärgede ja mõjurite mõistmiseks ning uurimiseks, aga ühtlasi ka raamistiku selle info süstematiseerimiseks, võrdlemiseks ja kasutamiseks.

UURIMISMATERJAL JA -MEETOD

Toimetuleku hindamiseks olid ETeU 2006 ankeedis olevad küsimused jaotatud kolme rühma:

- funktsionaalne toimetulek,
- enesega toimetulek,
- majapidamistöödega toimetulek.

Ülevaates on lähtutud sellest ülesehitusest ning uuritud toimetulekut ning abivajadust Eesti rahvastikus ETeU 2006 andmete alusel. Raskused toimetulekul võivad iseloomustada piirangute esinemist.

KEHALISED JA MEELELUNDKONNAGA SEOTUD FUNKTSIONAALSED PIIRANGUD

Funktsionaalsed piirangud on mitmesugused kehalise toimimise piirangud. Piirangute esinemist ja nende raskuse ulatust uuriti erinevate igapäevases elus vajalike tegevustega toimetuleku kaudu. Kasutatud konkreetsed tegevused ja määratlused (nägemine 4–5 m kaugusele, kõndimine vähemalt 500 m, 5 kg poekoti kandmine jm) küsimuste juures olid nimetatud vaid vastamise hõlbustamiseks ning esitasid näiteid igapäevaelus ettetulevatest olukordadest, mis kokkuvõttes võimaldavad hinnata isiku kehalist võimekust (või selle puudujääke) üldistavalt. Teatud juhtudel on võimalik toimetulekuks kasutada tehnilisi abivahendeid, mistõttu küsiti toimetulekut ilma abivahenditeta. Toimetulekut koos abivahendi kasutamisega küsiti ainult nägemise ja kuulmise küsimuste juures. Igapäevatoimetuste juures on võimalik kasutada ka teiste inimeste abi, kuid esmaseks eesmärgiks oli hinnata inimese enda võimekust argielus. Vastusevariantides püüti hinnata raskuste ulatust toimetulekul: kas tegemist on raskustega tegevuse sooritamisel või kogu üle jõu käiva tegevusega.

Küsitud valdkonnad olid järgmised:

- nägemine (eraldi kaugele ja lähedale),
- kuulmine,
- kõndimine tasasel maapinnal,
- trepist käimine,
- kummardumine ja tõusmine / põlvili laskumine ja tõusmine,
- raskuste kandmine,
- väikeste esemete haaramine,
- hammustamine ja närimine,
- kõne ja enda arusaadavaks tegemine.

ENESE EEST HOOLITSEMINE

Nii nagu funktsionaalsete piirangute puhul, oli enese eest hoolitsemise tegevustega toimetuleku hindamisel sihiks kindlaks teha pikaajalised piirangud ning vastamisel paluti mitte arvestada ajutisi probleeme. Seetõttu kasutati küsimuses sõna 'tavaliselt' ja mitte konkreetset ajamäärangut, näiteks 'praegusel ajal'. Tegevustena toodi välja viis

kõige olulisemat (ehk ka teisalt elulisemat) igapäevategevust:

- söömine,
- voodisse heitmine ja sealt tõusmine,
- riietumine,
- tualeti kasutamine,
- üle keha pesemine.

Otseselt ei küsitud mitte lihtsalt toimetulemist erinevate tegevustega, vaid seda, kas küsitlaval esineb raskusi nimetatud tegevustes ilma abivahendeid või kõrvalist abi kasutamata. Järgnenud täpsustavate küsimustega püüti määrata eelkõige täiendava abi vajadust.

Kui juba esimese ehk nn üld- või kontrollküsimumusega selgus, et küsitlaval ei ole probleeme ühegi loetletud tegevusega toimetulekul, jätkati järgmise teemaga. Kahtlemise korral, kui vastaja ei olnud kindel, kas tal on raskusi mõne loetletud tegevuse sooritamisel, küsiti kõik tegevused eraldi läbi nagu ka vastajate puhul, kes juba esimese üldküsimumuse juures teatasid oma raskustest.

MAJAPIDAMISTÖÖD JA MUUD TEGEVUSED

Teema küsitlemine oli põhimõtteliselt sarnane enese eest hoolitsemise osaga. Ajutisi probleeme paluti mitte arvestada. Võrreldes enesega toimetuleku tegevustega tuli majapidamistööde puhul arvestada seda, et mitte kõik vastanud ei pea alati kõiki tegevusi ise tegema. Olgu siis põhjuseks olemasolev tööjaotus leibkonnas või inimese elukorraldus (ja võimalused), näiteks koristaja või aknapesija palkamine. Seetõttu oli vastusevariantides eraldi välja toodud võimalus märkida, et vastaja oma igapäevaelus selle tegevusega kokku ei puutu.

Erinevate tegevuste juures uuriti abi olemasolu ja kasutamist (kas keegi on abiks alati, aeg-ajalt või tuleb vastajal alati ise toime tulla). Neilt, keda abistati, küsiti abi piisavust, ja neilt, kes pidid ise oma jõuga toime tulema, taheti teada, kas nad vajaksid abi. Täiendava abi vajaduse kindlaksmääramisel peeti oluliseks seda, et vastaja oleks olukorraga rahul, s.t olemasolev abi oleks tema jaoks piisav.

Küsitud tööd ja tegevused olid järgmised:

- toidu valmistamine,
- telefoni kasutamine,
- poes käimine,
- pesu pesemine,
- muu kergem majapidamistöö,
- ühekordne raskem majapidamistöö,
- rahaasjade korraldamine.

Igapäevaelu piirangute hulka kuuluvad veel õppimise ja töötamise seotud tervisest tulenevad piirangud.

Eelmise, 1996. aasta terviseuuringu andmetel esines piiranguid kodutoimetustes (söögitegemine, kütmine, koristamine jm) kokku vanuses 15–79 a meestest 2,7%-l ning naistest 4%-l. Kõige vanemas vanuserühmas (75–79 a) ulatus igapäevase kõrvalabi vajajate osakaal meestel 17% ja naistel 15%-ni. Koos inimestega, kes vajasisid kõrvalabi vähemalt kord kuus, oli vastavas vanuses abivajajaid kokku vastavalt 22% ja 25%. Iseendaga toimetulemisel (söömine, enda pesemine, riietumine, tualeti kasutamine) vajas abi 1,6% mehi ja 1,9% naisi. Kõige vanemas vanuserühmas (75–79 a) vajas nii meestest kui ka naistest abi umbes 13%.

2000. aasta Eesti rahva- ja eluruumide loenduses (RL 2000) küsiti puude ehk invaliidsuse esinemist ning teemakäsitus oli suhteliselt kitsalt ametlikult registreeritud (meditsiinilise) puude keskne. Vahepealsete aastate jooksul on rahvusvahelistesse metoodilistesse soovitusesse rahvaloenduses kasutatavate terviseküsimumuste osas ilmunud aga eelistatud lähtumine iseseisvast toimetulekust ning raskuste esinemise korral nende ulatuse määratlemise vajadusest. Sellist teavet peetakse oluliseks kohalike omavalitsuste, riigi ja rahvusvaheliste võrdluste jaoks.

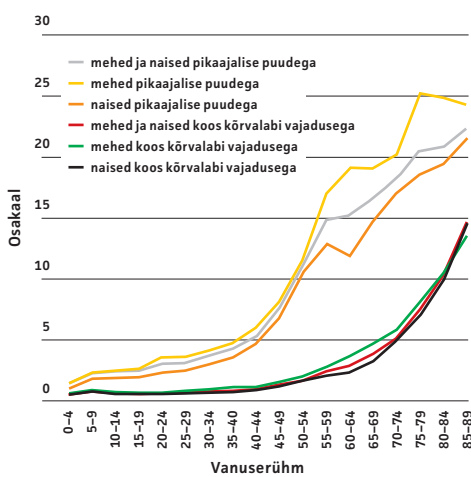
RL 2000 järgi oli isikul puue (pikaajaline haigus või puue), kui tal oli 31. märtsil 2000. aastal mõni haigus või puue (endine termin “invaliidsus”), mille oli kindlaks teinud arstlik ekspertiis ja mis oli kestnud (või arvati kestvat) vähemalt ühe aasta. Kui puudega isik vajas pidevat kõrvalist abi igapäevatoimingutes (söömine, pesemine,

Tabel 1. Pikaajalise haiguse või puudega rahvastik soo ja kõrvalabi vajaduse järgi 31.03.2000. a seisuga

	Mehed ja naised	Mehed	Naised	Mehed ja naised	Mehed	Naised
Kogu Eesti	1 370 052	631 851	738 201	100,0	100,0	100,0
Ilma pikaajalise haiguse või puudeta	1 238 711	568 524	670 187	90,4	90,0	90,8
Pikaajalise haiguse või puudega	103 154	49 057	54 097	7,5	7,8	7,3
... elab tavaleibkonnas	97 929	46 289	51 640	7,1	7,3	7,0
... vajab igapäevast kõrvalabi enda eest hoolitsemisel	21 055	9 202	11 853	1,5	1,5	1,6
... ei vaja igapäevast kõrvalabi enda eest hoolitsemisel	76 874	37 087	39 787	5,6	5,9	5,4
... elab institutsioonis	5 225	2 768	2 457	0,4	0,4	0,3
... vajab igapäevast kõrvalabi enda eest hoolitsemisel	3 576	1 759	1 817	0,3	0,3	0,2
... ei vaja igapäevast kõrvalabi enda eest hoolitsemisel	1 649	1 009	640	0,1	0,2	0,1
Puudega inimestest vajab igapäevast kõrvalabi enda eest hoolitsemisel kokku	24 631	10 961	13 670	1,8	1,7	1,9
Puude olemasolu teadmata	28 187	14 270	13 917	2,1	2,3	1,9

Allikas: Statistikaamet

riietumine, tualeti kasutamine jm), märgiti vastuseks “vajate igapäevast kõrvalist abi enda eest hoolitsemisel”. Kõrvalise abi all peeti silmas ainult teiste inimeste abi, mitte tehnilisi abivahendeid (ratastool, kargud jm). Kõrvalabi vajadus märgiti siis, kui see oli tingitud puudest, mitte aga vanusest (nt väikelapsed, vanurid). Ilma puudeta isikutelt kõrvalabi vajadust ei küsitud (vt tabel 1 ja jn 1).

**Joonis 1.** Pikaajalise haiguse või puudega rahvastiku osakaal vanuserühmades 31.03.2000. a seisuga.

Allikas: Statistikaamet

2000. a rahvaloenduse andmetel oli vanuses 15–79 a pikaajalise puudega rahvastiku osakaal 8,3%. Kokku oli puudega inimesi selles vanusevahemikus 90 595, kellest iga viies (20,6%) ehk 18 683 inimest vajab kõrvalabi tervisest tulenevatel põhjustel.

Ühest küljest olid eelmise rahvaloenduse terviseküsimused väga ametliku puude kesksed, kuigi tegemist oli kõikse küsitlusega. Teisalt on loendusest möödunud juba mitu aastat. 2007. aasta alguse seisuga – s.o ligikaudu sama aeg, kui toimusid ETeÜ 2006 välitööd – on võimalik esitada Sotsiaalkindlustusameti ametlikku statistikat puuetega inimeste kohta, mis põhineb nende andmebaasidesse kogutud teabel. Nii oli 2007. a alguse seisuga Eestis 115 354 inimest, kel kehtis määratud puude raskusaste, ning see moodustab 8,6% rahvastikust (vt tabel 2). Neist oli mehi 40% ja naisi 60%. Peamise puude liigi järgi on kõige rohkem liikumispuudega inimesi (43%), psüühikahäiretega (18%), nägemispuudega 4% ja kuulmispuudega 2%.

ETeÜ 2006 TULEMUSED**FUNKTSIONAALNE TOIMETULEK**

Nägemise kohta küsiti eraldi lähedale (s.t trükikirja) ja kaugele (s.t 4–5 meetri kaugusest inimese näo) nägemist. 49% vastanutest ei näinud ajalehe trükikirja ilma prillide,

Tabel 2. Isikud, kellele on määratud puude raskusaste, domineeriva puude liigi, soo ja vanuse järgi 2007. aasta alguses

Domineeriva puude liik	Kokku	Osakaal rahvastikus, %	Sooline jaotus, %		Vanuseline jaotus (a), %				
			Mehed	Naised	7–15	16–29	30–44	45–62	63+
Puuetega inimesi kokku	115 354	8,6	45 713	69 641	5,0	5,2	7,2	22,5	60,1
Psüühikahäire	21 004	1,6	10 001	11 003	5,6	15,7	21,9	33,8	23,0
Keele- ja kõnepuue	450	0,03	286	164	29,3	6,2	4,7	20,9	38,9
Kuulmispuue	2 276	0,2	1 078	1 198	13,4	14,6	14,5	20,6	36,9
Nägemispuue	4 588	0,3	1 717	2 871	4,7	4,1	5,3	19,3	66,6
Liikumispuue	49 065	3,7	17 932	31 133	2,6	2,0	3,8	21,0	70,6
Muu puue	35 907	2,7	14 104	21 803	7,4	3,0	3,4	19,5	66,7
Teadmata	2 064	0,2	595	1 469	3,4	0,5	0,5	3,7	91,9

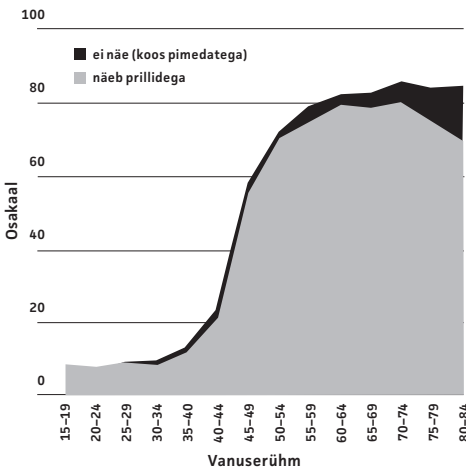
Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

kontaktläätsede või muude nägemist abistavate vahenditeta. Neist omakorda nägi lugeda abivahendeid kasutades 94%, ülejäänud ligi 6% ei näinud oma abivahenditega piisavalt hästi või ei olnud neil kasutada mingeid abivahendeid (vt jn 2).

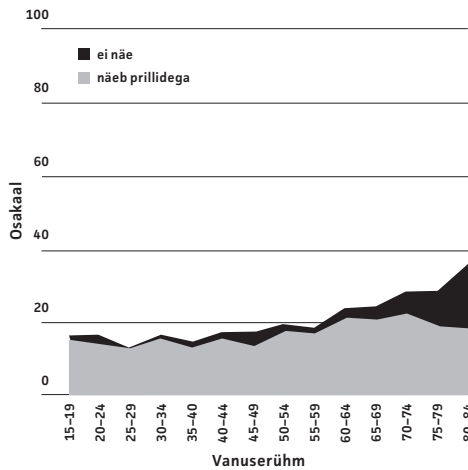
Vaadeldes edasi neid, kes ei näe trükikirja abivahenditeta vanuserühmade kaupa, on näha, et vanuses 30–44 a suureneb nende osakaal, kes ei kasuta prille, kuigi vajaksid, 2,6%-lt 6,1%-ni. Pärast 45. eluaastat väheneb nende osakaal, kel ei ole abivahendeid kasutuses, 1,1%-ni, ehk kui probleem muutub teravamaks, võetakse midagi ette olukorra parandamiseks. Nende osakaal, kel abivahendeid ei ole, püsib väike ning jääb

isegi kahes viimases vanuserühmas 2–3% piiresse. Ligikaudu niisama suur on nende inimeste osakaal vanuses 25–69 a, kelle abivahendid ei ole lugemiseks piisavad, misjärel osakaal hakkab tõusma ning ulatub viimases vanuserühmas 13%-ni.

Lühinägelikke inimesi, kes ei näe 4–5 meetri kaugusel oleva inimese nägu selgesti, oli vastanutest 21%. Abivahendeid kasutades nägi neist 84% selleks piisavalt hästi, 11% ei näinud ka prillidega piisavalt ning 5% oli neid, kel ei olnud selleks prille. Viimases vanuserühmas ulatus inimeste osakaal, kes ei näe prillidega või kellel ei ole prille, 45%-ni ehk peaaegu pooleni neist, kes abivahendeid kaugelenägemiseks vajaksid (vt jn 3).



Joonis 2. Inimeste osakaal, kes ei näe prillideta ajalehe trükikirja, vanuserühmade kaupa.



Joonis 3. Inimeste osakaal, kes ei näe prillideta 4–5 meetri kauguselt selgelt inimese nägu, vanuserühmade kaupa.

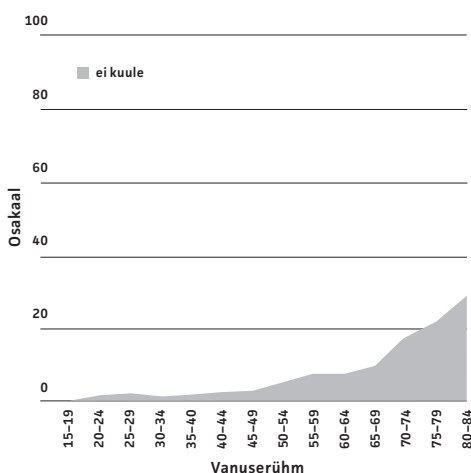
Tabel 3. Nägemise, kuulmise ja kõne piirangute esinemine ja kompenseerimine

	Saab ilma abivahendita				Kui ei, siis, kas saab abivahendiga			
	Jah	Ei	Ei, pime	Kokku	Jah	Ei	Ei oma	Kokku
Nägemine								
Näeb selgelt ajalehe trükikirja	3142	3269	21	6432	3087	141	41	3269
%	48,8	50,8	0,3	100	94,4	4,3	1,3	100
Näeb selgelt inimese nägu 4–5 m kaugusest	5105	1306	21	6432	1096	148	61	1305
%	79,4	20,3	0,3	100	84,0	11,3	4,7	100
Kuulmine								
Kuuleb selgelt, mida räägitakse vestluses mitme inimesega	5946	471	16	6433	143	55	272	470
%	92,4	7,3	0,2	100	30,4	11,7	57,9	100
Kõne								
Kõne abil (või abivahendiga) suudab end arusaadavaks teha	6338	81	6419					
%	98,7	1,3	100					

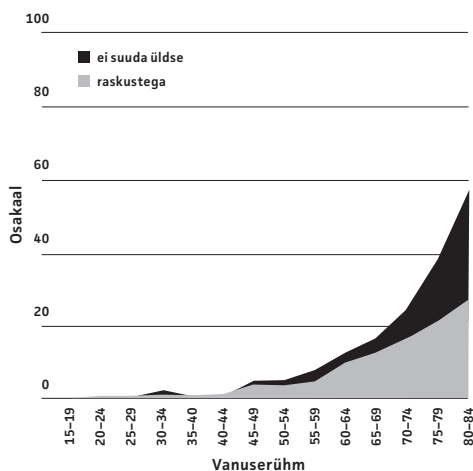
Uuringus küsiti, kas inimene kuuleb selgesti, mida räägitakse vestluses mitme inimesega ilma kuulmisaparaadi või muude kuulmist abistavate vahenditeta. Kui vestluspartnereid on üks, saab see inimene vaegkuuljale pühendada kogu tähelepanu ja nii on vestlust ühe inimesega mõnevõrra parem jälgida kui osaleda vestluses mitme inimesega. Kokku oli neid, kes ei kuulnud, 7,5%. Kui nägemise küsimuste puhul ilmnis vastustest, et valdav osa neist, kes lähedale või

kaugemale palja silmaga ei näinud, nägi piisavalt hästi, kasutades prille või muid abivahendeid, siis mittekuuljatest kuulis kuulmisaparaadiga piisavalt hästi 30%, 12% ei kuulnud ka aparaadiga piisavalt ning koguni 58%-l ei olnud mingeid kuulmise abivahendeid. Kõige vanemas vanuserühmas ulatub mittekuuljate osakaal peaaegu 30%-ni. Mittekuulmise põhjuseid uuringus otseselt ei küsitud (vt jn 4 ja tabel 3).

Uuritud erinevatest tegevustest valmistavad kõige rohkem raskusi põlvili las-



Joonis 4. Inimeste osakaal, kes ei kuule vestluses rohkem kui ühe inimesega ilma kuulmisaparaadi või muude kuulmist abistavate vahenditeta, vanuserühmade kaupa.



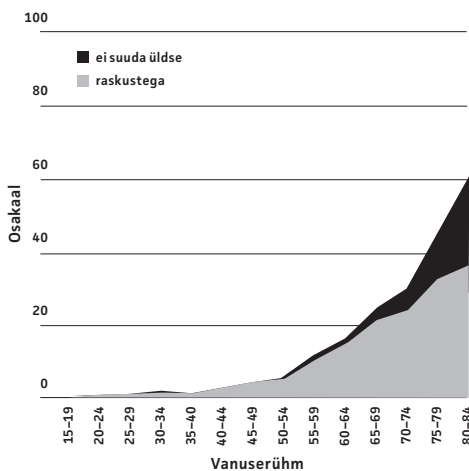
Joonis 5. Inimeste osakaal, kelle abivahenditeta tasasel maal käimine on seotud raskustega, vanuserühmade kaupa.

Tabel 4. Funktsionaalne toimetulek vaadeldud tegevuste järgi (vastanute arv n = 6434)

Tegevused, mida suudab sooritada	Suudab ilma raskusteta (%)	Suudab raskustega (%)	Ei suuda üldse (%)	Kokku (%)
Põlvili laskuda ja tõusta	73,0	18,5	8,4	100
Kummarduda ja tõusta	80,2	16,6	3,2	100
Hammustada ja närida kõva toitu	78,3	15,8	5,8	100
Käia trepist üles ja alla	84,6	11,7	3,7	100
Tõsta ja kanda poekotti	84,7	9,3	6,1	100
Käia tasasel maal	87,3	7,6	5,0	100
Haarata ja hoida sõrmedega väikseid esemeid	94,8	4,6	0,6	100

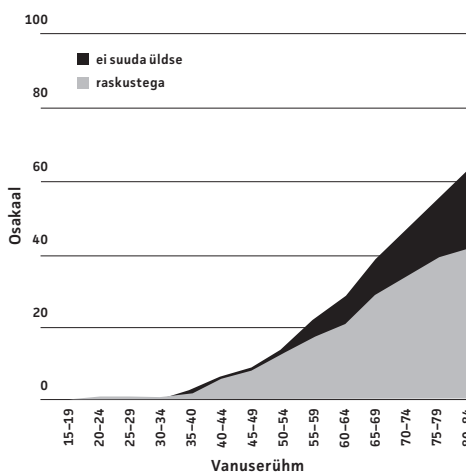
kumine ja kummardamine ning järgnev tõusmine, mida suudab ilma abita vaid vastavalt 73% ja 80% vastanutest. Hambad on söömiseks piisavalt korras 78%-l vastanutest (vt tabel 4).

Tasasel maal abivahenditeta käimine valmistab raskusi ligikaudu 8% -le küsitletutest ja seda ei suuda üldse 5%, trepist käimine on keeruline 12% -le ning võimatu 4% -le vastanutest. Vaadeldes käimisega seotud toimetulekut vanuseti, on näha, et alates 60. eluaastast toimub suhteliselt järsk liikumispiirangute suurenemine. Viimases vanuserühmas ulatub inimeste osakaal, kes kummagi tegevuse juures on abivahenditeta raskustes või ei tule üldse toime, juba 60% lähedale (vt jn 5 ja 6).



Joonis 6. Inimeste osakaal, kellele abivahenditeta trepist käimine on seotud raskustega, vanuserühmade kaupa.

Suure osa inimeste jaoks on tõsine probleem kõva toidu, näiteks värske õuna hammustamine ja närimine. Kui 40–44 a vanuserühmas on probleeme peaaegu 7% -l, siis 10 a vanematest juba 14% -l ja pensioniea alguseks juba 28% -l küsitletutest (vt jn 7).

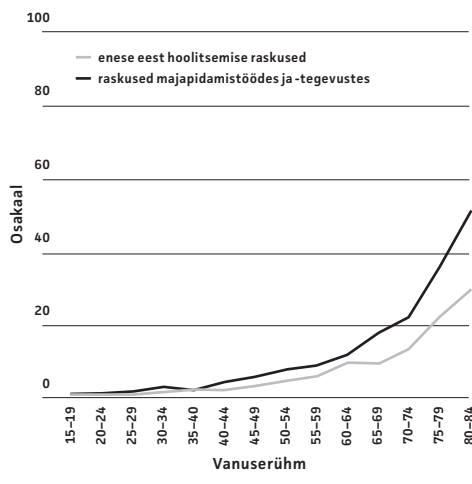


Joonis 7. Inimeste osakaal, kes ei suuda üldse või suudavad raskustega hammustada ja närida kõva toitu, vanuserühmade kaupa.

ENESEGA JA MAJAPIDAMISTÖÖDEGA TOIMETULEK

499 vastajat 6464-st tunnistas, et neil on ilma abivahendeid või kõrvalist abi kasutamata raskusi enese eest hoolitsemisel. Seega tegevustes, mis kindlustavad inimese minimaalse iseseisvuse, vajab abi 7,7% vastanutest.

Igapäevastes majapidamistöodes oli ilma abita toimetulemisel raskusi 13% -l vastanutest ehk 838 küsitletul (vt jn 8).



Joonis 8. Raskuste esinemine enese eest hoolitsemisel ja majapidamistöodes vanuserühmade kaupa.

Vaadeldes lähemalt abivajadust erinevate enese eest hoolitsemise tegevuse kaupa, selgub, et 61% neist 499-st abi vajavast inimesest on kimpus üle keha pesemisega, 49% voodisse heitmise või sealt tõusmisega, selle-

le järgnevad probleemid riietumisel (39%). Tualeti kasutamisega on raskusi peaaegu veerandil ja söömisega iga viiendal. Lisanduvad veel inimesed, kes ei ole kindlad oma toimetulekus ilma abita (vt tabel 5).

Kui neist, kel on ilma abita raskusi üle keha pesemisega, on abistatud 81%, siis voodisse heitmise ja tõusmisega peavad pooled abivajajatest ise toime tulema (vt tabel 5a).

Kuigi eraldi on küsitud viit tegevust, võib üksnes oletada, kui palju neist raskustest võivad olla seotud elamistingimustega ning kas ja kui palju on inimese eluruumid kohandatud tema vajadustele sobivaks. Siiski paistab välja, et nii voodisse heitmisel kui ka tualeti kasutamisel on viiendikul abivajajast kasutatavad vastavad abivahendid. Mõnevõrra (12%) on tehnilised abivahendid abiks söömisel. Samas kui vastajal on kasutada nii abivahendid kui ka kellegi abi, siis need on näidatud koos. Näiteks võib eeldada, et üle keha pesemisel on abivahendid kasutatada ligi 38%-l selles tegevuses abi vajajatest.

Tabel 5. Enese eest hoolitsemise raskused vaadeldud tegevuste järgi (vastanute arv n = 499; osakaal kõigist uuringus vastanutest 7,7%)

Tavaliselt esineb raskusi järgmistel tegevustel sooritamisel	Jah (%)	Ei (%)	Ei ole kindel (%)	Kokku (%)
Üle keha pesemisel	63,0	28,6	8,4	100
Voodisse heitmisel või sealt tõusmisel	49,2	44,2	6,6	100
Riietumisel	39,2	55,0	5,8	100
Tualeti kasutamisel	22,2	75,6	2,2	100
Söömisel	16,0	81,2	2,8	100

Tabel 5a. Abi olemasolu enese eest hoolitsemisel vaadeldud tegevuste järgi

Tegevused	Vastanute arv (n), kel on raskusi või kes ei ole kindlad	Kas keegi on abiks või kasutatakse abivahendeid?						
		On abistatud				Ei ole kedagi (%)	Kuidas kunagi, ei ole kindel (%)	Kokku (%)
		Kokku (%)	Keegi on abiks (%)	Kasutan abivahendeid (%)	Keegi on abiks ja kasutan abivahendeid (%)			
Üle keha pesemine	357	81,0	43,4	3,4	34,2	12,3	6,7	100
Voodisse heitmise või sealt tõusmine	279	56,3	17,6	19,7	19,0	36,9	6,8	100
Riietumine	225	69,3	35,1	1,8	32,4	23,6	7,1	100
Tualeti kasutamine	122	67,2	22,1	20,5	24,6	27,0	5,7	100
Söömine	94	63,4	20,4	11,8	31,2	30,1	6,5	100

Tabel 6. Raskused majapidamistöödega vaadeldud tegevuste järgi (vastanute arv n = 838; osakaal kõigest uuringus vastanutest 13%)

Esineb tavaliselt raskusi iseseisvalt järgmiste tegevuste sooritamisel	Jah (%)	Ei (%)	Ei ole kindel, ei ole kokku puutunud (%)	Kokku (%)
Ühekordse raskema majapidamistööga	72,7	12,9	14,4	100
Poes käimisega	56,1	34,8	9,1	100
Pesu pesemisega	40,7	41,9	17,4	100
Muu kergema majapidamistööga	34,7	57,9	7,4	100
Toidu valmistamisega	28,5	59,1	12,4	100
Rahaasjade korraldamisega	22,9	70,8	6,3	100
Telefoni kasutamisega	11,1	84,9	3,9	100

Tabel 6a. Abi olemasolu majapidamistöödes vaadeldud tegevuste järgi

Tegevused	Kas tavaliselt on keegi abiks?			Kokku (%)
	Teen alati ise (%)	Aeg-ajalt on keegi abiks (%)	Alati on keegi abiks (%)	
Ühekordne raskem majapidamistöö	5,6	21,2	73,2	100
Poes käimine	5,7	23,6	70,7	100
Pesu pesemine	7,8	16,5	75,7	100
Muu kergem majapidamistöö	7,7	27,0	65,3	100
Toidu valmistamine	11,8	19,5	68,7	100
Rahaasjade korraldamine	6,7	13,8	79,5	100
Telefoni kasutamine	11,4	15,2	73,3	100

Ettearvatult on nimetatud majapidamistöödest kõige enam raskusi toimetulekul ühekordsete suuremate töödega, milles tunnistas raskusi 73% neist, kel üldse majapidamistööde tegemisel probleeme on. Järgmisena valmistavad enam raskusi poes käimine ja pesu pesemine. Peaaegu kolmandik ei tule iseseisvalt toime ka kergemate majapidamistöödega ega toidu valmistamisega (vt tabel 6).

Kui vaadata abistamist, siis huvitaval kombel leiab kõige enam ja pidevat abi hädaline just rahaasjade korraldamisel ja 80% on selles abistatud. Üle 70% abivajajatest saab pidevat abi pesu pesemisel, ühekordsete suuremate tööde juures ja helistamisel. Kui toidu valmistamisel on alati keegi abiks 69%-l abivajajatest, siis aeg-ajalt saab selles abi veel 19% ning vaid 12% peab vaatamata raskustele ise toime tulema. Ka telefoni kasutab umbes 11% ise neist, kel selle tegevuse juures on raskusi. Ülejäänud tegevuste juures jääb nende osakaal, kes ise hakkama peavad saa-

ma, 5–8% vahele. Neist, kes ise peavad toime tulema, hindab, et vajaks täiendavat abi erinevate tegevuste juures, keskmiselt 45%, kõige enam ühekordsetel suurematel töödel ja toiduvalmistamisel (vt tabel 6a). Neist, keda abistati, peab abi piisavaks umbes 95%.

Oma elu jooksul on tervise tõttu pidanud õppimisega seotud tegevusi oluliselt piirama 4,4% küsitlusest. Tööl käimist on oluliselt pidanud piirama (või loobuma sellest) 5% vastanutest, olulisi ja ajutisi piiranguid töötamises on kogenud 8% küsitlusest ning piiranguid ei ole kogenud 81% (muudel põhjustel ei ole töötanud 6%).

ETEU 2006 ANDMETE PÕHJAL PIIRANGUTE ESINEMINE RAHVASTIKUS RAHVALOENDUSE SOOVITUSLIKE KÜSIMUSTE ALUSEL

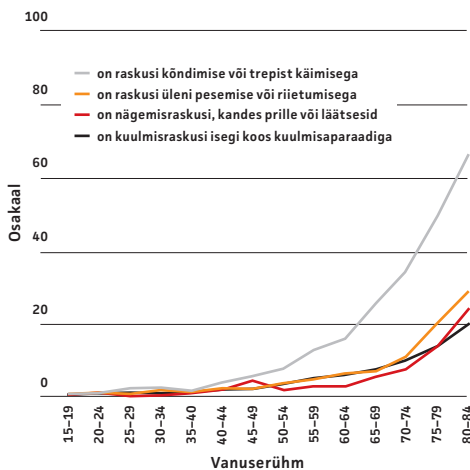
ÜRO statistikakomitee Washingtoni töörühm on välja töötanud rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonil (RFK) põhinevad vaeguruse põhiküsimused. Uuritakse isiku hin-

nantu enda funktsionaalsete piirangute olemasolule: kas ja mil määral on probleeme nägemisega, kuulmisega, käimisega (sh trepist), keskendumise või mäluaga, üle keha pesemise või riietumisega ja enda arusaadavaks tegemise või teistest arusaamisega.

Piirangute esinemine on üldine mõiste, mis märgib funktsioneerimise negatiivseid aspekte nagu puuded, tegevus- või osalemispiirangud. Küsimuste põhjal saab kindlaks teha inimesed, kellel on suurem risk kogeda raskusi enese eest hoolitsemisel, majapidamistöodes või ühiskondlikus tegevuses sõltuvalt olemasolevatest abivahenditest, abistajatest või toetavast keskkonnast. Välja on valitud põhilised ja sagedamini esinevad funktsionaalsed piirangud.

ETeU 2006 andmete põhjal saab välja tuua neli piirangut kuuest, kombineerides erinevaid küsimusi ja vastuseid. Kaaludes tulemusi rahvastikule, selgub, et vastavaid raskusi esineb 15–84 a vanuses Eesti rahvastikus järgmiselt (vt jn 9):

- nägemisraskustega on isegi prille (läätseid) kandes 3,6%,
- kuulmisraskustega on isegi kuulmisaparaati kasutades 3,6%,
- käimiskõikumise on 11,0%-l ja
- raskusi üleni pesemise või riietumisega 4,1%-l.



Joonis 9. Inimeste osakaal, kellel on raskusi nägemise, kuulmise, käimise või üleni pesemise, vanuserühmade kaupa

Jälgides muutusi vanuserühmades, paistab silma, et eriti tempokalt suurenevad liikumisraskused juba alates 60. eluaastast.

Enese eest hoolitsemisega seotud tegevustes nagu riietumine või üleni pesemine ületab abivajajate osakaal 10% piiri pärast 70. eluaastat.

Kui ilma prillideta ei näinud lähedale 51% vastanutest ja kaugele 20%, siis valdavalt on need raskused kompenseeritud (vastavalt 94% ja 84%). Kuigi kuulmisraskustega inimeste osakaal vastanutest oli tunduvalt väiksem (7,5%), oli see tunduvalt halvemini kompenseeritud (vaid 30%). Nii on nägemis- ja kuulmisraskustega inimeste osakaal rahvastikus üsna ühesuurune.

KOKKUVÕTE

ETeU 2006 tulemuste põhjal saab öelda, et Eestis oli 2006/2007. aastal vanuses 15–84 a umbes 41 000 inimest, kes ei näe oma igapäevaelus piisavalt isegi prillidega, ja 40 000, kes ei kuule isegi kuulmisaparaadiga küllalt hästi või neil lihtsalt ei ole seda. Käimisega on raskusi 124 000 inimesel vanuses 15–84 a ja enese eest hoolitsemisel (riietumisel või üleni pesemisel) on raskusi 46 000 inimesel. Minimaalset iseseisvust kindlustavate tegevuste (ehk enese eest hoolitsemise tegevuste) juures vajab abi peaaegu 48 000 inimest ja veel 12 000 ei ole kindlad abita toimetulekus. Üksi elamisel ja iseseisvalt tavaleibkonnas toimetulekuks (ehk majapidamistöodes) vajab abi rohkem kui 69 000 inimest ja veel 30 000 inimest ei ole kindlad abita toimetulekus. Vaadeldes erinevate tegevustega toimetulekut koos kasutatava abi võimalustega, ilmneb ka täiendava abivajaduse osa. Uuringu andmetel vajab igapäevaste majapidamistöodega toimetulekuks abi ligikaudu 100 000 inimest. 65–79% neist (sõltuvalt tegevusest) abistatakse pidevalt, 14–27% saavad kasutada aeg-ajalt teiste abi. Ülejäänud 5–12% abivajajatest ei ole kedagi abiks. Enese eest hoolitsemisega seotud tegevustes kasutab abivahendeid või teiste abi 56–81% abivajajatest, kuid 12–37% peavad ise toime tulema.

mare.ruuge@tai.ee

KIRJANDUS

1. United Nations Statistical Commission. Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 2 (ÜRO statistika komisjon. Rahva- ja eluruumide loendus. ÜRO komisjon kinnitatud REL soovitusete dokument). <http://unstats.un.org/unsd/statcom/sc2007.htm>
2. Public Health Statistics. European Health Interview Survey (EHIS) 2007–2008 methodology (EL terviseuuringute metodoloogia). <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/Home/main?index> <http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/methodologiessandsdatasc/healthsinterviewsurvey&vm=detailed&sb=Title>
3. European Commission. Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_30298591&_dad=portal&_schema=PORTAL Public health. Health information. http://ec.europa.eu/health/ph_information/information_en.htm http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MASTER_health&depth=2
4. Sotsiaalministeerium. Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK/ICF). <http://www.sm.ee/index.php?id=773>

SUMMARY

Health and daily coping

AIM. Mapping the needs for help arising from the state of health facilitates to find out limitations in persons' daily coping and activities.

METHODS. In order to have comparable data the selected questions were based on the questions of the corresponding parts of the European Health Survey health state module. All coping related questions can be coded according to the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). In order to estimate coping, the questions in the ETeU 2006 questionnaire were divided into three parts: 1) physical and sensory functional coping, 2) taking care of oneself, 3) coping with household activities. The options for answers were chosen to enable to estimate the extent of difficulties in coping without aids in general population.

RESULTS. On the basis of the ETeU 2006 results, it can be stated that in 2006/2007 there were about 41,000 persons in Estonia who cannot see properly even with the help of glasses and 40,000 of those who cannot hear well enough even with the help of a hearing

aid, or they simply do not have one. Walking causes difficulties to 124,000 persons aged 15 to 84 years, and for 46,000 persons it is difficult to take care of themselves. About 100,000 persons need help in coping with everyday household activities. Of them 65–79% (depending on the activity) have somebody helping them all the time, and 14–27% can use somebody's assistance from time to time. The rest, 5–12%, have nobody to help them. For activities related to personal care, similar to those 60,000 in need of help use supportive aids or somebody's assistance for coping, but 12–37% can only rely on themselves.

CONCLUSIONS. According to the survey data, 100,000 persons need help in coping with daily household activities. It is reasonable to handle different activities separately to evaluate the sufficiency and need for additional help. Secondly, it is important to refer health related limitation data to other ETeU 2006 topics, like self-assessment, living conditions, social network, etc. to assess the positive influence of adequate help on daily activities.

Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti inimestel: depressiivse häire hetkelevimus, depressiivsuse ja ärevuse levimuse muutus kümne aasta jooksul

Anne Kleinberg^{1,2}, Anu Aluoja¹,
Veiko Vasar¹ – ¹TÜ psühhiaatrikliinik,
²Tallinna Lastehaigla

Võtmesõnad: depressioon, ärevus, hetkelevimus, levimuse muutused, seostuvad tegurid

Uuring käsitleb depressiooni levimust 2006. a ning depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemise muutust olulistes sotsiaal-majanduslikes gruppides Eesti rahvastikus 10 a jooksul. Töö põhineb Eesti terviseuuringu (ETeU) 2006 (n = 6434) andmetel. Depressiooni ja ärevuse levimuse määramiseks kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustikku (EEK-2), mis hindab depressioonile ja ärevushäiretele iseloomulike sümptomite esinemist viimase kuu vältel. Tulemusi võrreldi 1996. a sama uuringu andmetega. ETeU 2006 raames kasutati ka rahvusvahelise neuropsühhiaatrilise intervjuu (MINI) depressioonimoodulit, mis hindab depressiooni praegust olemasolu.

Depressiooni hetkelevimus Eesti rahvastikus on 4,9%. Depressiivsuse ja ärevuse ühe kuu levimus on vastavalt 8,7% ja 7,7%, 1996. a vastavalt 11,1% ja 8,5%. Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti rahvastikus on 10 aastaga vähenenud, enam depressiooni osas. Depressioonisümptomeid esineb enam naistel, mitte-eeslastel, eakatel, madalama haridustaseme ja madalama sissetulekuga inimestel. Depressiooni

levimus on pigem mõõdukas ja võrreldav teistes analoogsetes uuringutes leituga.

Kas Eesti inimeste vaimse tervise olukord paraneb või psüühikahäirete levimus suureneb? Psühhiaatrite seas süveneb pigem arusaam, et psüühikahäirete levimuse näiline suurenemine on seotud nende parema diagnostika ja inimeste abiotsiva käitumise kasvuga. 1990. aastate lõpul toimunud muutused Eesti inimeste haigestumuses olid sarnased teiste endiste nõukogude riikidega. Leiti, et madalamasse sotsiaal-majanduslikku gruppi kuuluvatel inimestel on enam terviseprobleeme, erinevused meeste ja naiste ning eestlaste ja venelaste vahel on suured (1). Sarnased olid järeldused ka depressiooni kohta. Milline on olukord depressiooni ja sellega tihedalt seotud ärevuse (2, 3) osas 10 aastat hiljem?

Depressiooni ühe kuu levimus on erinevates riikides tehtud uuringutes küllaltki varieeruv: 1,8% (4); 2,6% (5); 4,9% (6) või ka 9% (7). 60aastaste ühe kuu depressiooni levimuseks on 22% (mehed 18%, naised 25,2%) (8). Eesti terviseuuringu 1996 (ETU 1996) andmetel esines Eesti rahvastikus depressioonisümptomeid 11,1%-l (9), kuid depressiooni kui häire levimust ei ole määratud. Psühhiaatrilisest epidemioloogiast on teada, et ainult vähene hulk depressiivseid isikuid otsib või saab ravi (3, 10). Selle tõttu ei saa selle häire levimuse kohta väita midagi lõplikku ainult ametliku statistika põhjal.

Uuringu **eesmärgiks** on hinnata depressiooni levimust Eestis ning depressiivsuse ja üldärevuse sümptomite levimuse muutust 10 aasta jooksul olulisemates sotsiaal-demograafilistes alarühmades ning seoses tervise seisundiga. Kuna depressioon on psüühikahäiretest üks enim elukvaliteeti negatiivselt mõjutav, keskenduti andmete analüüsil eelkõige sellele häirele (11).

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

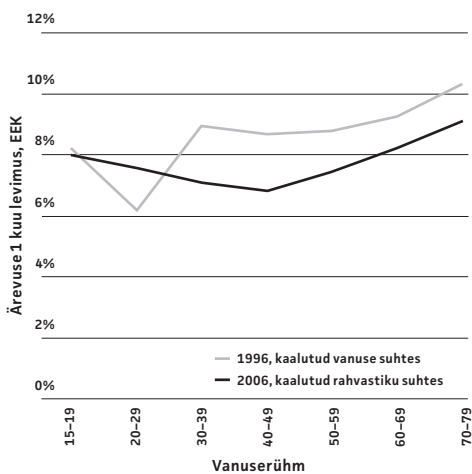
Töö põhineb ETeU 2006 ($n = 6434$) käigus kogutud andmetel. Võrdluseks ja ajaliste muutuste hindamiseks kasutasime ETU 1996 ($n = 4072$) andmeid. Sotsiaal-demograafiliste tunnuste (rahvus, elukoht, sissetulek jt) ja tervise seisundi määramisel on lähtutud Eesti terviseuuringu metoodikas kirjeldatud tunnustest. Sissetuleku kvartiilide aluseks on võetud leibkonna keskmine netosissetulek Eesti kroonides viimasel 12 kuul. Depressiooni ja ärevushäirete levimuse määramiseks 1996. ja 2006. aastal kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustiku (12) teist versiooni (EEK-2), millega hinnatakse depressioonile ja ärevushäiretele iseloomulike sümptomite esinemist viimase kuu vältel. Depressiooni alaskaala, mis sisaldab 8 küsimust depressiooni põhisümptomite kohta, jaotab küsitlised depressiivseteks ja mittedepressiivseteks depressiooniskoori äralõikepunktiga 12. Teades instrumendi sensitiivsust ja spetsiifilisust, on võimalik määrata täpsemalt depressiooniga isikute arvu uuritavas populatsioonis. Ärevuse alaskaala sisaldab 6 küsimust ärevuse põhisümptomite kohta ning see võimaldab jagada küsitlised ülemäärase ärevusega ja mitteärevateks isikuteks äralõikepunktiga 12.

Depressiooni kui psüühikahäire täpsemaks diagnoosimiseks kasutati 2006. aasta terviseuuringus MINI 5.0.0. depressiooni-episoodi alamoodulit, millega hinnatakse depressiooni praegust esinemist (*point prevalence*). MINI on struktureeritud psühhiaatriline lühiantervjuu põhiliste psüühikahäirete hindamiseks, lähtudes DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, 4th ed) kriteeriumidest (13). Andmeanalüüsiks kasutasime paketti SPSS.15. Depressiooni ning ülemäärase ärevuse levimuse hindamisel rahvastikus ja olulisemates sotsiaal-demograafilistes alarühmades kasutati 1996. aasta andmete puhul vanuse järgi standarditud levimusmäära ja 2006. aastal mitme tunnuse alusel (vanus, sugu, maakond jt) ehk Eesti rahvastiku järgi standarditud levimusmäära (%). Depressiivsuse seoste hindamisel sotsiaal-demograafiliste tegurite ning tervise seisundiga on aluseks χ^2 ja Crameri V. Crameri V iseloomustab depressiooni ja vastava sotsiaal-demograafilise tunnuse seose tugevust. 10 aastaga toimunud muutuste olulisuse hindamiseks kasutati χ^2 .

TULEMUSED

Andmete analüüsil selgus, et EEK-2 alusel oli depressiooni ühe kuu levimus Eestis inimeste seas 8,7%, mis oli oluliselt väiksem kui 1996. aasta 11,1% ($\chi^2 = 20,74$; $p < 0,001$). DSM-IV diagnostilistele kriteeriumidele vastava depressiooniepisoodi levimusmäär oli 4,9%, meestel vastavalt 3,4% ja naistel 6,1%. Ärevuse ühe kuu levimus oli 7,7%. Ärevuse ühe kuu levimuse muutus vanuserühmades 10 aasta jooksul on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Ärevuse levimus Eestis aastatel 1996 ja 2006 vanuserühmade kaupa.

Depressiooni levimus ja seosed sotsiaal-majanduslike tunnustega on esitatud tabelis 1. Depressiooni esines naistel oluliselt sagedamini kui meestel ($\chi^2 = 58,09$; $p < 0,001$). Võrreldes 1996. aastaga oli 2006. aastal seos soo ja depressiooni vahel nõrgem (vt tabel 1).

Tabel 1. Depressiooni ühe kuu levimus % olulisemates sotsiaal-demograafilistes alarühmades 1996. ja 2006. aastal EEK alusel

Tunnus	Valimi suurus (n) 1996	% valimis 1996	Valimi suurus (n) 2006	% valimis 2006	Depressiivsus, %					
					Kokku		Mehed		Naised	
					1996*	2006**	1996*	2006**	1996*	2006**
Kokku	4072		6434		11,1	8,7				
Sugu:										
mehed		46,9	3111	48,4	6,7	5,8				
naised	1912	53,1	3323	51,6	14,9	11,0				
<i>Crameri V***</i>	2160				0,129	0,092				
Rahvus:										
eestlased	2683	65,9	4159	64,6	9,1	7,1	6,4	5,3	11,7	8,7
mitte-eestlased	1389	34,1	2275	35,4	14,8	11,6	7,5	6,9	21,1	15,5
<i>Crameri V</i>					0,085	0,075				
Asulatüüp:										
maal	1165	28,6	476	7,4	11,3	9,5	6,8	5,9	15,3	10,9
linnas	2907	71,4	5958	92,6	10,4	8,6	6,7	5,1	13,6	13,2
<i>Crameri V</i>					0,014	0,008				
Perekonnaseis:										
vallaline	711	17,5	1088	16,9	10,3	8,5	7,0	6,5	14,4	11,0
abielus/vabaabielus	2513	61,7	3772	58,6	8,2	6,1	5,0	4,4	11,7	7,8
lesk	365	9,0	955	14,8	22,3	21,6	22,9	20,1	22,2	21,8
lahutatud / lahus elav	483	11,9	619	9,6	18,6	10,6	16,3	11,4	19,6	10,2
<i>Crameri V</i>					0,154	0,166				
Haridus:										
põhi või madalam	1312	32,2	1531	23,8	14,3	14,1	8,9	8,8	19,8	18,3
kesk	2210	54,3	2907	45,2	9,8	8,2	5,9	5,5	13,0	11,0
kõrg	548	13,4	1996	31,0	8,4	6,0	4,4	4,4	11,8	7,1
<i>Crameri V</i>					0,072	0,101				
Tavategevus:										
töötav	2356	57,9	3196	49,7	7,5	5,1	4,0	3,5	11,2	6,7
töötü / tööd otsiv	289	7,1	130	2,0	17,3	12,9	12,9	12,3	23,7	13,9
(üli)õpilane	258	6,3	498	7,7	9,3	7,1	4,8	5,5	13,6	8,6
pensionär	1017	25,0	2413	37,5	19,0	17,3	14,0	13,0	21,8	19,7
kodune	152	3,7	197	3,1	6,0	10,1	0,0	10,2	6,3	10,0
<i>Crameri V</i>					0,165	0,185				
Sissetulek:										
I kvartiil	1031	25,3	1479	23,0	14,7	16,4	9,2	11,0	18,5	18,5
II kvartiil	977	24,0	1632	25,4	14,7	9,6	9,5	7,8	18,7	10,8
III kvartiil	1003	24,6	1319	20,5	8,8	6,6	5,0	3,9	12,3	9,0
IV kvartiil	1002	24,6	1456	22,6	6,1	3,9	4,1	3,4	8,1	4,6
<i>Crameri V</i>					0,120	0,160				
Tervise seisund:										
terve	1447	35,5	1859	28,9	4,8	4,0	3,8	2,8	6,2	5,3
tervisehäired	1148	28,2	2016	31,3	10,5	4,6	6,2	3,2	13,7	5,8
tõsisemad tervisehäired	1133	27,8	1128	17,5	12,9	12,0	8,0	8,7	17,0	14,1
toimetulekupiirangud	344	8,4	1431	22,2	34,0	24,3	22,8	20,2	41,4	26,5
<i>Crameri V</i>					0,240	0,261				

* – kaalutud vanuse suhtes

** – kaalutud rahvastiku suhtes

*** – depressiooni ja vastava sotsiaal-demograafilise tunnuse seose tugevuse näitaja

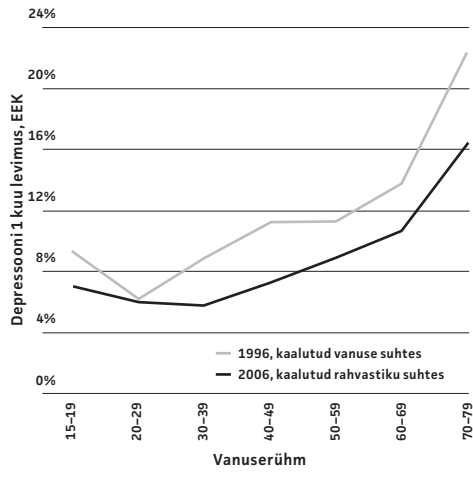
Kümne aasta jooksul on depressioon oluliselt vähenenud naiste hulgas ($\chi^2 = 20,42$; $p < 0,001$). Meeste depressiooni sagedus on püsitud suhteliselt muutumatuna ($\chi^2 = 0,66$; $p = 0,417$). Depressioon seostus oluliselt rahvusega ($\chi^2 = 60,76$; $p < 0,001$). 10 aastaga vähenes depressiooni levimus oluliselt nii eestlastel ($\chi^2 = 16,31$; $p < 0,001$) kui ka mitte-eestlastel ($\chi^2 = 6,99$; $p = 0,008$). Maa- ja linnaelanike depressioonimäär oli sarnane ning olulist seost elukohaga ei leitud ($\chi^2 = 0,04$; $p = 0,83$). See oli vastavuses ETU 1996 tulemustega, kus ei olnud seost elukohaga linnas või maal (9). Depressioon seostus oluliselt perekonnaseisuga ($\chi^2 = 215,03$; $p < 0,001$), levimus oli oluliselt vähenenud paarisuhtes elavatel ($\chi^2 = 14,84$; $p < 0,001$) ja lahutatud / lahus elavatel ($\chi^2 = 12,81$; $p < 0,001$) inimestel. Kõige sagedasem oli depressioon leskede seas. Lahutatud / lahus elavate naiste ($\chi^2 = 12,78$; $p < 0,001$) seas oli võrreldes meestega ($\chi^2 = 1,08$; $p = 0,3$) depressioon oluliselt vähenenud.

Hariduse ja depressiooni seos oli oluline ($\chi^2 = 83,83$; $p < 0,001$). Võrreldes keskhariduse ($\chi^2 = 5,37$; $p = 0,02$) ja kõrgharidusega ($\chi^2 = 3,61$; $p < 0,067$) inimestega ei muutunud madalama haridusega inimeste ($\chi^2 = 0,19$; $p = 0,663$) depressiooni levimus 10 aastaga oluliselt ning oli jätkuvalt kõige suurem. Märkatav oli levimuse suhteliselt suurem vähenemine kõrgharidusega naiste seas ($\chi^2 = 6,03$, $p = 0,014$). Võrreldes 1996. aastaga oli 2006. aastal seos haridusega tugevam.

Seos depressiooni ja tavategevuse vahel oli oluline ($\chi^2 = 188,85$; $p < 0,001$). Töötute ja pensionäride suurem depressiooni levimus püsis. Töötavate naiste depressiivsus oli vähenenud kõige enam ($\chi^2 = 16,87$; $p < 0,001$). Depressiooni ja sisetuleku seos oli oluline ($\chi^2 = 168,85$; $p < 0,001$) ning see seos oli 10 aasta jooksul tugevnenud. Leibkonna keskmise netosissetuleku kvartiilide alusel oli depressiivsus jätkuvalt suurem kahes madalama sisetulekuga rühmas. Kõige enam oli depressiooni sagedus vähenenud II

kvartiili kuuluvate naiste osas ($\chi^2 = 32,746$; $p < 0,001$) ning selles kvartiilis oli toimunud ainuke suhteliselt oluline langus ka meeste osas ($\chi^2 = 3,68$; $p = 0,055$). Naistel oli kõigis teistes sisetulekurühmades depressiooni sagedus vähenenud, meestel oluliselt mitte. Depressiooni seos terviseseisundiga oli oluline ($\chi^2 = 437,73$; $p < 0,001$). Levimus oli oluliselt vähenenud kahes alarühmas: kergete tervisehäiretega ($\chi^2 = 51,5$; $p < 0,001$) ja toimetulekupiirangutega ehk puudega inimeste seas ($\chi^2 = 28,42$; $p < 0,001$). Vaatamata langusele oli puudega inimeste seas depressioon ca 3 korda sagedasem kui rahvastikus tervikuna.

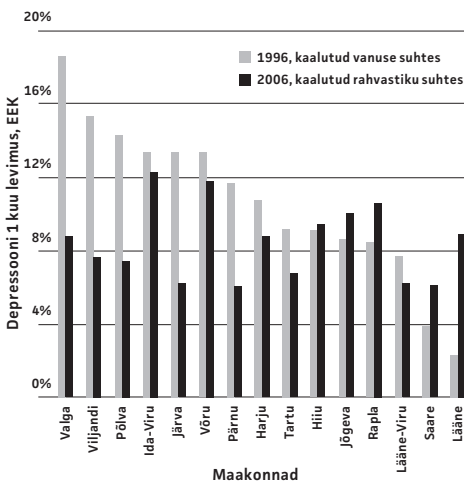
Depressiooni esinemine 10aastastes vanuserühmades on esitatud joonisel 2.



Joonis 2. Depressiooni levimus Eestis 1996. ja 2006. aastal vanuserühmade kaupa.

Depressiooni seos vanusega on oluline ($\chi^2 = 177,45$; $p < 0,001$), seose tugevus Crameri V alusel ei olnud võrreldes 1996. aastaga (0,179) 2006. aastal oluliselt muutunud (0,166). 10aastaste vanuserühmade kaupa oli depressiooni 1 kuu levimus vähenenud kõikides eärühmades. Statistiliselt oluline vähenemine oli märgatav alates vanuserühmast 30–39. Suurim oli vähenemine eakate ehk 70–79aastaste vanuserühmas ($\chi^2 = 18,03$; $p < 0,001$).

Depressiooni esinemine maakondades on esitatud joonisel 3.



Joonis 3. Depressiooni levimus Eesti maakondades 1996. ja 2006. aastal.

Maakondade kaupa oli depressiooni vähenemine märgatavam Valga-, Viljandi-, Põlva- ja Järvamaal. Olulisi muutusi ei olnud toimunud Ida-Virumaal, kus depressiooni esinemine oli jätkuvalt suur. Võrreldes teiste maakondadega püsis depressiooni määr stabiilselt väike Lääne-Virumaal. Depressiooni levimus oli suurenenud Rapla-, Jõgeva- ja Hiiumaal.

ARUTELU

Meie uuringu tulemusena leitud DSM-IV kriteeriumidele vastav depressiooniepisoodi levimus on võrreldav selliste riikidega nagu USA, kus depressiooni ühe kuu levimuseks on leitud 4,9% (6). Eesti ühe kuu depressiooni levimus on suurem kui Ungaris, kus see on 2,6% (5), või Kanadas, kus see on 1,8% (4). Eespool mainitud tulemused on saadud, kasutades diagnostilist intervjuud, mille aluseks on kas DSM-IV (4) või DSM-III-R (6) klassifikatsioon. Kasutades enesehinnangulist küsimustikku, on depressiooni levimus mõnevõrra suurem. Enesehinnangul põhineva Becki depressiooniküsimustikuga neljas Euroopa riigis tehtud ODIN

uuringu tulemusena on depressiooni ühe kuu levimuseks 9% (7). Sõltumata meetodist on depressiooni levimus Eestis pigem mõõdukas.

Depressiooni ja ärevuse ühe kuu levimus on Eestis 10 aastaga vähenenud ning jaotumine sotsiaal-majanduslikes alarühmades üldjoontes sarnane 1996. aastaga (1): levimus on suurem naiste, mitte-eestlaste, madalama haridustaseme, töötute, halvema tervise seisundiga ja eakate inimeste hulgas. Ka on depressiooni enam lahutatud / lahus elavate ja leskede seas ning madalama sissetulekuga inimeste hulgas. Tulemused ei erista Eestit teistest riikidest, kus on leitud, et depressiooniga seostuvad tugevalt naissugu, üksi elamine, madal haridustase, kõrgem vanus ja töötus (4, 7, 14–17). Depressiooni esinemine suureneb, kui sotsiaal-majanduslik olukord halveneb (11, 16, 17). ETU 1996 põhjal ilmnes tugev seos depressiooni sümptomite ja sotsiaal-majandusliku toimetuleku vahel (9) ning see ilmneb ka 2006. a uuringus, kus depressiivsus on suurem kahes madalama sissetulekuga rühmas.

Sarnaselt varasemate uuringutega seostus depressiooniga lesestumine ja lahutamine (4, 18). Oluline on märkida, et lahutatute grupis on depressioon 10 aasta jooksul siiski tunduvalt vähenenud. Üheks põhjuseks võib olla traditsiooniliste suhtemustrite muutumine, mis võiks anda lahutusele teistsuguse tähenduse. Sagedasti on leitud seoseid krooniliste haiguste ja depressiooni vahel (17, 19) Meie uuring kinnitab veel kord, et toimetulekut häirivad terviseprobleemid võivad olla depressiooni oluliseks riskiteguriks.

Eelnevast lähtudes võib oletada, et tõenäoliselt on depressiooni vähenemise taga Eesti rahvastiku ning eelkõige naiste sotsiaal-majandusliku olukorra paranemine. Mis seletab lisaks sotsiaal-majandusliku olukorra paranemisele naiste depressiooni vähenemist? ETU 1996 tulemusena esines naistel seoses depressiooniga enam emotsionaalset distressi (9). Depressiivsete naiste seas on suuremat depressiooni määra leitud alla 30aastastel, väikeste lastega üksikema-

del, krooniliste terviseprobleemidega, kõrge igapäevase stressimäära ja madala sotsiaalse toega naiste seas (20). On põhjust arvata, et naiste depressiooni vähenemine võib olla seotud emotsionaalse distressi ja krooniliste terviseprobleemide vähenemise ning sotsiaalse toe suurenemisega. Arvestades meie uuringus ilmnunud lahutatud / lahus elavate naiste depressiooni olulist vähenemist, jääb üheks seletuseks naiste kõrgem haridustase ja sellega seoses ka sissetulekute suurenemine, mis võimaldab sõltumata kooselu vormist või laste olemasolust majanduslikult toime tulla. Teades Eesti suurt üksikemake määra, omab mõju ilmselt ka see, et naistel on praegu võimalik töötada osalise tööajaga ning arenenud on peretoetuste süsteem.

Maakondades toimunud muutused ja eriti Ida-Virumaal toimuv on tõenäoliselt kõige enam seotud sotsiaal-majandusliku olukorra, sh tööhõive muutustega. Lõuna-Eesti olukorra paranemise juures võib positiivse tegurina olla ka ambulatoorse psühhiaatrilise abi tõhusam korraldus.

Kuna depressiooniga seostatavaid tegureid on palju enam, vajab edaspidi uurimist, kuidas depressiooniga seotud tunnused omavahel kombineeruvad ning milliste tegurite koosmõju on tugevaim.

KOKKUVÕTE

Depressiooni levimus Eestis on sarnane analoogsete uuringute tulemusega teistes riikides ning on pigem mõõdukas kui suur. Depressiooni ja ärevuse ühe kuu levimus Eesti rahvastikus on 10 aastaga vähenenud, seda just depressiooni osas. Depressiooni jaotumine sotsiaal-majanduslikes alarühmades on üldjoontes sarnane 1996. aastaga ning peamine tegur, mis seostub depressiooni alanemisega, näib olevat sotsiaal-majandusliku olukorra paranemine. Maakondade kaupa on depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemine 10 aastaga enam vähenenud Lõuna-Eesti piirkonnas, kuid näitab kasvutrendi Ida-Virumaal.

anne.kleinberg@lastehaigla.ee

KIRJANDUS

- Leinsalu M, Aluoja A, Noorkõiv R, Vasar V. Rahvatervisealase teadus- ja arendustegevuse riikliku sihtprogrammi projekti nr. 99-37 "Sotsiaal-majanduslik kuulusus ja selle toime mehhanismid vaimse ja füüsilise tervise seisundi määramisel" lõpparuanne. Tallinn; 2003.
- Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3(6):244-54.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 8th ed. Baltimore, Maryland USA: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* 2006;51(2):84-90.
- Szódóczy E, Papp Z, Vitrai J, et al. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998;50(2-3):153-62.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151(7):979-86.
- Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C, et al. Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe - evidence from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(6):283-9.
- Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, et al. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(9):790-9.
- Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, et al. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord* 2004;78(1):27-35.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihonen S, et al. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 2008;25(1):27-37.
- Mathers CD, Bernard C, Moesgaard Iburg K, et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. *Global Programme on Evidence for Health Policy. Discussion Paper No. 54. World Health Organization. December 2003 (revised February 2004).* www.who.int/entity/healthinfo/paper54.pdf
- Aluoja A, Shlik J, Vasar V, et al. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 1999;53:443-9.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.
- Asseau M, Fishler B, Dierick M, et al. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depress Anxiety* 2008;25(6):506-13.
- Hämäläinen J, Poikolainen K, Isometsä E, et al. Major depressive episode related to long unemployment and frequent alcohol intoxication. *Nord J Psychiatry* 2005;59(6):486-91.

16. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2005; 21:1–9.
17. Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(3):178–84.
18. Lorant V, Croux C, Weich S, et al. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry* 2007;190:293–8.
19. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(4):411–23.
20. Gadalla TM. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women Health* 2008;47(1):1–19.

SUMMARY

Prevalence of depression and anxiety among the Estonian population: point prevalence of major depressive episode, 10-year trend in 1-month prevalence of depression and anxiety

AIM. We studied the point prevalence and 1-month prevalence of major depressive episode among the Estonian population in 2006. We also evaluated changes in the 1-month prevalence of major depressive episode and anxiety among different sociodemographic groups between 1996 and 2006.

METHODS. Major depressive episode during the past two weeks was assessed within the nationally representative, cross-sectional Estonian Health Interview Survey 2006, in which individuals aged 15–84 years ($n = 6434$) were interviewed using The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I). The Emotional State Questionnaire version 2, a self-report questionnaire for depression and anxiety, was used to assess the 1-month prevalence of depression and anxiety. To assess the 10-

year trend in depression and anxiety, the prevalence data from the Estonian Health Surveys 1996 and 2006 were compared.

RESULTS. The point prevalence of major depressive episode among the Estonian population was 4.9%. For 2006 the 1-month prevalence of depressive symptoms was >8.7%, and of anxiety >7.7%; the respective data for 1996 were 11.1% and 8.5%.

CONCLUSIONS. The prevalence of depression and anxiety has decreased during 10 years in Estonia, while the decrease was more in case of depression. Depression is higher among women, non-Estonians, the elderly and persons with lower education and income. The point prevalence of major depressive episode is comparable with the results of other population surveys.

Teist tüüpi suhkurtõve levimuse hindamise võimalus Eesti rahvastikus

Elvira Kurvinen, Katrin Aasvee – Tervise Arengu Instituudi krooniliste haiguste osakond

Võtmesõnad: diabeet, levimus, rahvastikupõhine juhuvalim, kaheetapine sõeluuring

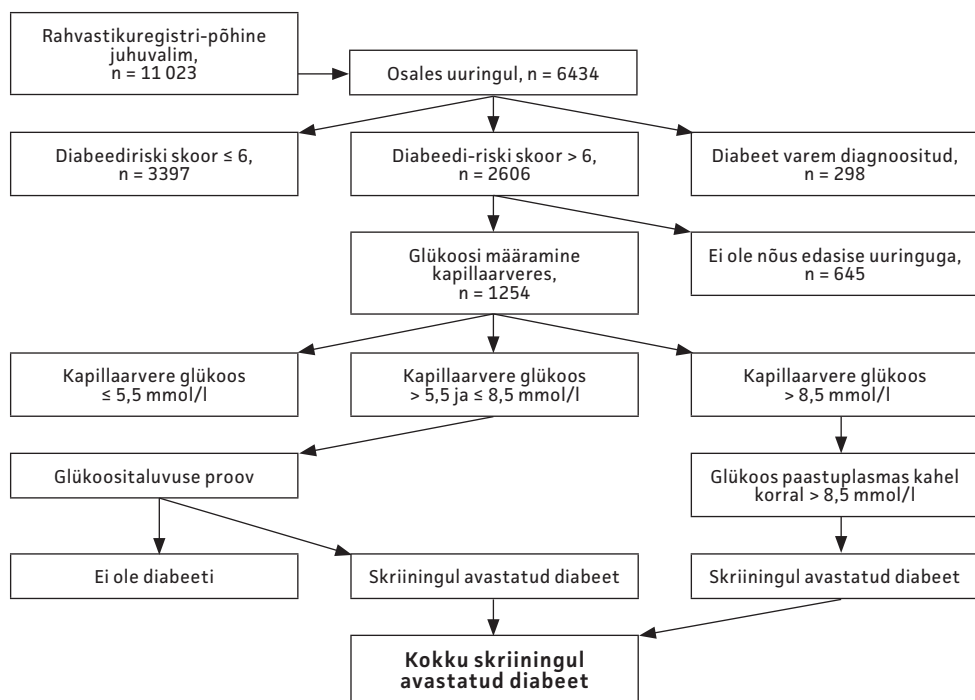
Uuringu eesmärk on II tüüpi diabeedi varem diagnoositud juhtude ja esmasjuhtude avastamine Eesti rahvastikus kaheetapilisel sõeluuringul Eesti terviseuuringu (ETeU) 2006 valimis, kasutades riskisümptomite küsimustikku. Varem diagnoositud diabeedi levimus oli küsitluse alusel 4,63%. Diabeedi riskirühma sattus 2606 inimest, kelle riskiskoor ületas 6 palli. Nendest isikutest 1254 nõustus edasise uuringuga ja nad kutsutakse II etapi uuringule, mis toimub 2009.–2010. aastal. Määratakse glükoosi sisaldus kapillaarveres; kui veresuhkur jääb vahemikku $> 5,5$ kuni $\leq 8,5$ mmol/l, tehakse glükoositaluvuse test. Edasise uuringuga nõustunud ja mittenõustunud vastajate võrdlemisel leiti, et mittenõustunud mehed olid nõustunutest tõepäraselt vanemad. Muude kliiniliste ja käitumuslike näitajate poolest need rühmad ei erinenud. Diabeedi riskisümptomite küsimustiku lisamine rahvastikupõhise ETeU 2006 ankeeti võimaldab selgitada diabeedi tegelikku levimust Eesti rahvastikus.

Ateroskleroosiliste südame-veresoonkonnahaigustega (SVH) seotud suremuse vä-

hendamine on Eestis jätkuvalt aktuaalne. SVH suremus 2. tüüpi diabeedi (DM2) haigete hulgas ületab 2–4 korda suremuse populatsioonis (1) ning tervishoiukulud ühe patsiendi kohta on 2–3 korda suuremad kui ilma diabeedita haigel, kusjuures üle poole DM2-ga seotud kuludest läheb kardiovaskulaarsete komplikatsioonide raviks (2).

Teist tüüpi diabeeti iseloomustab asümptomaatiline faas haiguse tegeliku alguse ja kliiniliste sümptomite avaldumise vahel ning arvatakse, et seetõttu on 30–50% haigusest diagnoosimata (3, 4). Insuliini taseme tõus, rasvumine ja ravimata hüperglükeemia on mikro- ja makrovaskulaarsete komplikatsioonide põhjuseks ning nende sagedus sõeluuringul avastatud 2. tüüpi diabeedi patsientidel on suurem või ei erine üldpraksises diagnoositud diabeedi haigetest (3, 5–8). Komplikatsioonide kujunemise aluseks on aterogeenne düslipoproteineemia (DLP), mis toimib aastaid varjatult enne DM2 diagnoosimist (9, 10). Lisaks, halb suhkruasakaal viib pärgarterite seina koostisvalkude glükosüleerumise ja nende normaalse talitluse häirimiseni. Glükosüleerumise lõpp-produktide ehk AGE-ainete (*advanced glycosylation end products*) tekkimine soodustab oksüdatiivset stressi ja põletikulisi reaktsioone arteri seinas (11).

Suur hulk avastamata 2. tüüpi diabeeti ja selle komplikatsioonide esinemine juba haiguse diagnoosimise hetkel viitavad vajadusele haigus avastada võimalikult vara, veel enne hüperglükeemia väljakujunemist.



Joonis 1. Rahvastikupõhise kaheetapilise sõeluuringu skeem Hoorni uuringu eeskujul (4).

On kirjeldatud mitut tüüpi DM2 sõeluuringuid:

- Rahvastiku-uuring, mille puhul uuritakse igat inimest populatsioonist või teatud vanuserühmast. Glükoositaluvuse testi tegemine kogu populatsioonis on koor-mav, aeganõudev ja kulukas (12–15).
- Selektiivne (*target*) – suure riskiga rühma uuring (16).
- Võimalustest lähtuv skriining – diabeedi sõeluuring kõikide üldarsti poole pöörduvate patsientide hulgas (17).
- Efektivsemaks peetakse kaheetapilist rahvastikupõhist sõeluuringut (*population-based targeted screening*) (4, 18). Küsitlusankeedi alusel valitakse riskirühma kuuluvad isikud, seejärel määratakse vere glükoosisisaldus ning vajaduse korral tehakse glükoositolerantsuse test (4).

DM2 levimuse kohta Eestis on vähe andmeid. Globaalse diabeedilevimuse ra-

portis, milles Eesti kohta on esitatud Ees-tile ekstrapoleeritud¹ Poolas tehtud uuringu tulemused, oli diabeedi hinnanguline levi-mus täiskasvanutel 2000. aastal 4,4% (19). Märgatavalt suurem diabeedi levimus saadi Väike-Maarja piirkonna täiskasvanud elan-ikkonna hulgas teostatud spetsiaalses uuri-muses. Kahe perearsti nimistute nimekirjast tehti 434 isikuga juhuvalim, millest uuring- osales 368 inimest. Diabeet oli varem diagnoositud 7,1%-l uuritavatest, glükoosi ainevahetuse uuringutega avastati diabeet veel 1,6%-l isikutest (20).

Planeeritava uurimuse **eesmärgiks** on 2. tüüpi diabeedi varem diagnoositud juhtude ja esmasjuhtude avastamine Eesti rahvas-tikus kaheetapilise sõeluuringu käigus (4). Diabeedi riskisümptomite küsimustiku lisa-mine rahvastikupõhise Eesti terviseuuringu 2006 ankeeti võimaldab selgitada diabeedi tegeliku levimuse Eesti rahvastikus.

¹ Vanuse- ja soospetsiifiline diabeedilevimus ekstrapoleeriti teistele maadele, kasutades kriteeriumite kombinatsiooni, milles võeti arvesse geograafilist lähedust, etnilist kuuluvust ja sotsiaal-majanduslikku sarnasust.

MATERJAL JA MEETODID

Uuringu skeem on esitatud joonisel 1. Esi- mesel etapil korraldati küsitlus ETeU 2006 raames, mille valim moodustati üleriigi- lise juhuvalimina. Rahvastikuregistrist valiti 11 023 inimest vanuses 15–84 aastat, lõplikus andmebaasis on 6434 küsitletu andmed. Küsimustik diabeedi riski mää- ramiseks sisaldas infot uuritava kehakaa- lu, pikkuse, vanuse, suhkurtõve esinemise kohta lähisugulastel, kehalise aktiivsuse, januvaevuse ja lonkamise (*claudicatio inter- mittens*) kohta (18). Küsimused lisati ankeeti eraldi, temaatiliselt sobivatesse moodulitesse (vt tabel 1). Vastuste alusel arvatuti diabeedi- riski skoor; kui pallide summa ületas 6, arvati uuritava diabeedi riskirühma. Need patsiendid kutsutakse II etapi uuringule, mis tehakse 2009.–2010. aastal. Eetikakomitee- ga kooskõlastuse alusel anti küsitletavatele teabeleht diabeediskriiningu kohta. Kui kü- sitletav oli nõus edaspidise uuringuga, and- dis ta allkirja nõustumise kohta. Uuringul määratakse glükoosi sisaldus kapillaarveres, väärtus $\leq 5,5$ mmol/l välistab diabeedi ja isik

jääb edasisest uuringust välja. Kui veresuh- kur jääb vahemikku $> 5,5$ kuni $\leq 8,5$ mmol/l, teostatakse glükoosi tolerantuse test. Kui kapillaarvere glükoosinäitaja ületab 8,5 mmol/l, määratakse kahel korral glü- koosi sisaldus vereplasmas. Kui ka nendes analüüsides ületab glükoositase 8,5 mmol/l, diagnoositakse DM2. Diagnoos põhineb sel juhul paastuglükoosi andmetel.

ESIMISE ETAPI TULEMUSED, ARUTELU

Uuritud 6434 inimesest oli 298-l diabeet diagnoositud juba enne küsitlust. Diabeedi levimus küsitluse alusel oli 4,63%, mis on veidi suurem globaalse diabeedilevimuse raportis esitatud hinnangulisest levimu- sest (19), kuid väiksem kui Väike-Maar- ja suhkurtõve levimuse uuringus (20). Olemasolevad andmed diabeedi levimu- se kohta Eestis vanuserühmade kaupa on toodud tabelis 2. Vanuses 65–84 aastat esi- neb DM2 naistel oluliselt sagedamini kui meestel, selle tõenäoliseks põhjuseks on ülekaalulisuse sagedasem esinemine selles vanuses naiste seas (21).

Tabel 1. Teist tüüpi diabeedi riskisümptomite küsimustik (18)

Küsimus	Vastus/hinnang	Punktid	
1. Vanus	50–54	0	
	55–59	2	
	60–64	4	
	65–69	6	
	70–74	8	
2. Kehakaal, pikkus	*KMI > 29 meestel	8	
	KMI > 28 naistel	3	
3. Kas Teie vanematel on olnud diabeeti, südameinfarkti, ajuinsulti?	Jah	3	
	Ei	0	
4. Kas Te kasutate vererõhku langetavat ravimit?	Jah	3	
	Ei	0	
5. Kas Teil on sageli janu?	Jah	3	
	Ei	0	
6. Kas Teil on kõndides jalasäärtes valu? Kui on, siis mida Te teete?			
	a) Kõnnin edasi nagu ennegi.	Jah	0
	b) Jään seisma või liigun aeglasemalt edasi.	Jah	3
7. Kas Te hakkate kõndides kiiremini hingeldama kui teised samas vanuses inimesed?	Jah	3	
	Ei	0	
8. Kas Te lähete lähikonnas olevasse poodi jalgsi?	Jah	0	
	Ei (pigem autoga või bussiga)	3	

*KMI, kehamassi indeks = kaal (kg) / pikkus (m)²

Tabel 2. Diabeedi levimus ETeU 2006 juhuvalimi järgi ja 2004. aasta globaalse diabeedilevimuse raportil alusel

Vanuserühm	Levimus, %			
	Mehed	Naised	Kokku	Eestis 2000** a
20–44	0,8	0,3	0,5	1,2
45–64	6,1	5,1	5,5	6,2
65–84, sh	7,2	10,6*	9,0	9,4
50–75	6,3	9,3	7,5	–

* $p < 0,05$; erinevus on usaldusväärne võrreldes meestega.** Arvutused on tehtud, lähtudes globaalse diabeedilevimuse raportist (19) ja Eesti rahvastiku statistika andmetest (<http://pub.stat.ee/px-web.2001>).**Tabel 3.** Skriiningu I etapil selekteeritud uuritavate iseloomustus olenevalt nõustumisest edasise uuringuga

	Edasise uuringuga nõus, n = 1254		Edasise uuringuga ei ole nõus, n = 645	
	Mehed, n = 664	Naised, n = 590	Mehed, n = 358	Naised, n = 287
Vanus	58,2 ± 15,5	63,3 ± 10,6	60,8 ± 13,7*	64,4 ± 10,0
Kehamassi indeks	28,7 ± 4,8	29,5 ± 5,5	28,5 ± 4,6	29,1 ± 5,2
Suitsetamine, pakkaastad**	23,5 ± 21,6	10,7 ± 11,6	24,5 ± 19,5	10,52 ± 10,3
Diabeedi riskiskoor	12,0 ± 4,2	12,1 ± 3,7	11,99 ± 4,4	12,3 ± 3,7
Kroonilised haigused (%), sh	56,5	65,4	51,5	55,2
hüpertoonia	43,5	58,0	38,7	56,6
müokardiinfarkt	8,8	4,0	8,0	5,8
südame isheemiatõbi	10,6	13,4	11,7	14,1
insult	5,7	3,6	5,1	1,9

* $p < 0,05$, erinevus on usaldusväärne võrreldes uuringuga nõustunud meeste rühmaga.

** Arvutatud valemi alusel: pakkaastad = päevase suitsetatud 20 sigaretiga pakkeide arv x suitsetatud aastate arv.

Diabeedi riskirühma valiti 2606 inimest, kelle riskiskoor ületas 6 palli. Uuringule kutsutakse isikud vanuses kuni 76. eluaastani. Edasise uuringuga ei olnud nõus 645 inimest. Mittenõustunud mehed olid nõustunutest tõepäraselt vanemad ($p < 0,05$), kuid diabeediriski-skoor, kehamassi indeks, suitsetamisharjumused ja kardiovaskulaarsete komplikatsioonide esinemissagedus ei erinenud rühmade vahel. Naistel võrreldavates rühmades erinevusi ei täheldatud (vt tabel 3).

Kirjanduse andmeil on kaheetapiline sõeluuring, kus alguses kasutatakse küsimustiku riskirühma valikuks ja seejärel diagnostilist testi, patsientidele atraktiivsem ja tagab suhteliselt suure osalejate osakaalu. Hollandis korraldatud Hoorni uurimuse alusel oli sõeluuringus esmasavastatud diabeedihaigetel juba diabeedile iseloomulik kardiovaskulaarsete riskitegurite profiil. Nendel

haigetel on düslipideemia juba välja kujunenud, ehkki HbA1c tase on oluliselt madalam kui üldpraksises diagnoositud DM2 esmasjuhtudel. Lisaks on skriiningul avastatud DM2-patsientide anamneesis rohkem südameelihaseinfarkte ja isheemiatõbe kui üldpraksises avastatud diabeedihaigetel (6, 10). See asjaolu viitab kardiovaskulaarsete komplikatsioonide kujunemisele juba enne DM2 diagnoosimist, kuna puudus õigeaegne südameveresoonehaiguste riskitegurite preventatsioon. Ühendkuningriigis Leicesteri ülikoolis tehtud hiljuti avaldatud uuring näitas, et diabeediriskiga inimestele suunatud sõeluuring võib osutada kulutõhusaks tervise edendamise viisiks ja parandada patsientide elukvaliteeti (22). Need andmed kinnitavad diabeediskriiningute vajalikkust, et avastada DM2 võimalikult vara.

elvira.kurvinen@tai.ee

KIRJANDUS

- Panzram G. Mortality and survival in type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetologia* 1987;30:123–31.
- Sinclair AJ, Finucane P, eds. *Diabetes in old age*. 2nd ed. John Wiley&Sons Ltd; 2000.
- Harris MI, Klein R, Welbom TA, et al. Onset of NIDDM occurs at least 4–7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care* 1992;15:815–19.
- Spijkerman AMW, Adriaanse MC, Dekker JM, et al. Diabetic patients detected by population-based stepwise screening already have a diabetic cardiovascular risk profile. *Diabetes Care* 2002;25:1784–9.
- Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetes retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. *Arch Ophthalmol* 1998;116:297–303.
- Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH. Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:1563–80.
- Spijkerman AMW, Ruwaard D, Dekker J, et al. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice The Hoorn Screening Study. *Diabetes Care* 2003; 26(9):2604–8.
- Spijkerman AMW, Henry RMA, Dekker JM, et al. Prevalence of macrovascular disease amongst type 2 diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: The Hoorn Screening Study. *J Intern Med* 2004;256:429–36.
- Després JP, Lemieux I, Dagenais GR, et al. HDL-cholesterol as a marker of coronary heart disease risk: the Quebec cardiovascular study (review). *Atherosclerosis* 2000;153:263–72.
- Aasvee K, Kurvinen E, Roovere T, et al. Cardiovascular risk factors in patients of type 2 diabetes mellitus with and without cardiovascular complications. *Atherosclerosis* 2005;6(Suppl):152.
- Yan SF, Ramasany R, Naka Y, Schmidt AM. Glycation, inflammation, and RAGE: a scaffold for the macrovascular complications of diabetes and beyond. *Circ Res* 2003;93:1159–69.
- Tuomilehto J, Korhonen HJ, Kartovaara I, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the middle-aged population of three areas in Finland. *Int J Epidemiol* 1991;20:1010–7.
- Claudi T, Midthjell K, Holmen J, et al. Cardiovascular disease and risk factors in persons with type 2 diabetes diagnosed in a large population screening: the Nord-Trøndelag Diabetes Study, Norway. *J Intern Med* 2000;248:492–500.
- Lawrence JM, Bennet P, Robinson AM. Screening for diabetes in general practice: cross sectional population study. *BMJ* 2001;323:548–51.
- Szurkowska M, Szybinski Z, Nazim A, et al. [Prevalence of type II diabetes mellitus in population of Krakow] *Pol Arch Med Wewn* 2001;106(3):771–9.
- Bullimore SP, Keyworth C. Finding diabetics: a method of screening in a general practice. *Br J Gen Pract* 1997;47:371–4.
- Leiter LA, Barr A, Belanger A, et al. Diabetes screening in Canada (DIASCAN) Study: prevalence of undiagnosed diabetes and glucose intolerance in family physician offices. *Diabetes care* 2001;24:1038–43.
- Ruige JB, de Neeling JN, Kostense PJ, et al. Performance of an NIDDM screening questionnaire based on symptoms and risk factors. *Diabetes Care* 1997;20:491–6.
- Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047–53.
- Rajasalu T, Kull M, Lepiksoo M jt. Suhkurtõve levimus Eesti täiskasvanud rahvastikus. *Eesti Arst* 2008;87(5):337–41.
- Veideman T, Tekkel M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
- Gillies CL, Lambert PC, Abrams KR, et al. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2008;336(7654):1180–5.

SUMMARY

A possibility to estimate the prevalence of type II diabetes mellitus in Estonian population

The **aim** of the study was to estimate the prevalence of type II diabetes mellitus using a population-based two-step screening procedure among the Estonian population aged 20–75 years.

METHODS. The first step in the screening procedure, the Symptom Risk Questionnaire (SRQ), was carried out under the ETeU 2006 to identify subjects at high risk of diabetes (risk score >6). In the second step, a survey for the high-risk group will be performed. For subjects with a capillary glucose level of >5.5 mmol/l, an oral glucose tolerance test will be carried out.

RESULTS. A total of 6434 inhabitants of Estonia, aged 15–84 years, were

interviewed. Of them 298 (4.63%) had been previously diagnosed with diabetes. The SRQ score was >6 for 2 606 subjects, 645 (33.5%) of whom refused to pass the second step investigation. The only difference in the clinical and behavioural characteristics between the prospective nonparticipants and participants is that the nonparticipant men are significantly older than the participating men.

CONCLUSIONS. As a result of the second step of screening, undiagnosed type II diabetes mellitus will be diagnosed and the data of the prevalence of diabetes mellitus in Estonia will be corrected.

Retseptiravimite kasutamine ja iseravimine Eesti elanike poolt

Raul-Allan Kiivet – TÜ tervishoiu instituut, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus

Võtmesõnad: retseptiravimid, iseravimine, tervise enesehinnang, sissetulek

“Terviseuuringu 2006” vastuste alusel saab kirjeldada Eesti elanike üldisi harjumusi retsepti- ja käsimüügiravimite kasutamisel. Retseptiravimite kasutajate arv kasvab paralleelselt vanuse suurenemise ja tervise enesehinnangu halvenemisega. Arsti määratud retseptiravimeid kasutab pidevalt või sageli pool Eesti täiskasvanud elanikkonnast. Seejuures on kümnendik retseptiravimite kasutajatest viimase 4 nädala jooksul kasutanud retseptiravimit, mida arst ei ole otseselt neile määranud. Käsimüügiravimite kasutajaid seevastu on võrdselt igas vanuses ja erineva tervise enesehinnanguga elanike seas – veerand Eesti inimestest kasutab käsimüügiravimeid iga päev või iga nädal. Käsimüügiravimeid on arst soovitanud kolmandikule kasutajatest, ülejäänud kasutavad neid omal initsiatiivil ja äranägemisel.

Retseptiravimite kasutamise massilisus ja polüfarmakoterapia levik Eestis inimeste seas on alarmeeriv. Pooled Eesti elanikest, kes on vanemad kui 65 eluaastat, kasutavad iga päev vähemalt kaht retseptiravimit. Samas on teada, et seoses vanuse suurenemisega väheneb oluliselt ravimite efektiivsus ning kasvab kõrvaltoimete sagedus ja ohtlikkus.

Eesti terviseuuringu 2006 raames esitati Eesti täiskasvanud inimestele tosinajagu küsimusi ravimite kasutamise sageduse ja põhjuste kohta, seejuures eristades retsepti- ja käsimüügiravimite kasutamist. Erinevalt summeeritud meditsiinistatistikast annavad küsitlusuuringud võimaluse seostada ravimite kasutamist vastava demograafiliste andmete, terviseseisundi, sotsiaal-majanduslike parameetrite ning tervise- ja haiguskäitumisega. Selle alusel peaks olema võimalik selgitada, mis tegurid määravad erinevate elanikerühmade ravimikasutuse eripära.

Ravimite, eeskätt retseptiravimite kasutamine peaks peegeldama kasutaja tervisehäirete tõsidust ja haiguste ravimise tavasid ühiskonnas. Samuti peegeldab see üldist arstiabi kasutamist ja ravimite kättesaadavust elanikkonnale ning kasutajate põhjendatud ja arvatavaid ootusi ravimite kasutamise suhtes. Üldteada on, et inimese vanuse kasvades haigused sagenevad, kuid vanus pole iseenesest haiguste põhjuseks. Seepärast on oluline uurida, millised tegurid ja millises seoses mõjutavad praegu Eesti inimeste vajadust arstiabi järele, sh ravimite kasutamist.

Eesti terviseuuring 2006 annab ühe esimestest sisulistest võimalustest isikupõhiselt uurida ravimite kasutamise põhjuseid ja seda mõjutavaid tegureid. Ülevaate **eesmärgiks** on kirjeldada ravimite kasutamise sagedust Eesti inimeste seas, esitades tulemusi vanuse, soo, tervise enesehinnangu ja sissetuleku kaupa. Detailsem, mitmekülgsem ja mahukam käsitlus, võrdlused teiste Eesti terviseuuringutega ning teiste maade samalaadsete uurin-gute tulemustega jääb edasiseks ülesandeks.

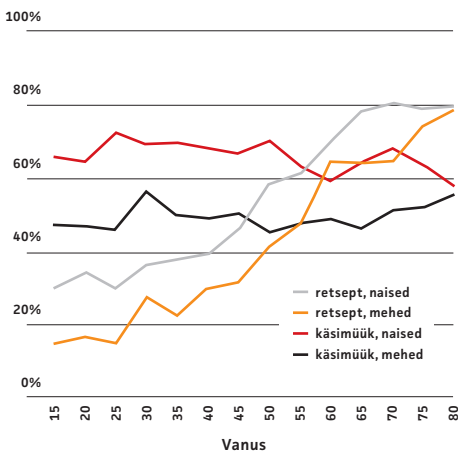
MATERJAL JA MEETODID

Tegemist on kirjeldava läbilõikelise uurimusega, mis piirdub ainult Eesti terviseuuringu 2006 andmetega. Vastused terviseuuringus esitatud küsimustele ravimite kasutamise kohta on siinkohal esitatud osakaaluna küsitletute koguarvust. Seejuures on osakaalud esitatud kaalumata andmete alusel. Küsimused ravimite kasutamise kohta olid esitatud viimase 4 nädala kohta, et ühelt poolt tagada vastuste usaldusväärsus ning teisalt võimaldada tulemusi seostada vastaja praeguse terviseseisundi ja teiste ravimite kasutamist mõjutavate teguritega.

TULEMUSED

RETSEPTIRAVIMITE KASUTAMINE

Arsti määratud retseptiravimeid kasutab pidevalt või sageli pool Eesti täiskasvanud elanikkonnast. Naiste seas on retseptiravimite kasutajaid igas vanuses rohkem kui meeste seas: vanuses 15–34 kasutab retseptiravimeid kolmandik naistest ja viiendik meestest (vt jn 1). Vanuse kasvades vahe väheneb: vanuses üle 65 eluaasta kasutab retseptiravimeid neli viiendikku naistest ja kaks kolmandikku meestest. Kasutaja on tarvitanud keskmiselt kahte erinevat retseptiravimit viimase 4 nädala jooksul.



Joonis 1. Viimase 4 nädala jooksul kasutanud retsepti- või käsimüügiravimeid.

Viimase 4 nädala jooksul on 5,3% naistest ja 3,9% meestest kasutanud retseptiravimit, mida arst ei ole neile otseselt määranud, tuues 90%-l juhtudest põhjenduseks, et kasutaja teab ise, kuidas ja millal neid tarvitada (vt tabel 1). Ravi katkestajaid omal äranägemisel on niisama palju (4,8% naistest ja 3,8% meestest), kusjuures enamasti katkestatakse ravi, kuna enesetunne on paranenud. Veerandil juhtudest olid retseptiravimite kasutamise katkestamise põhjuseks kõrvaltoimed või ravitoime puudumine.

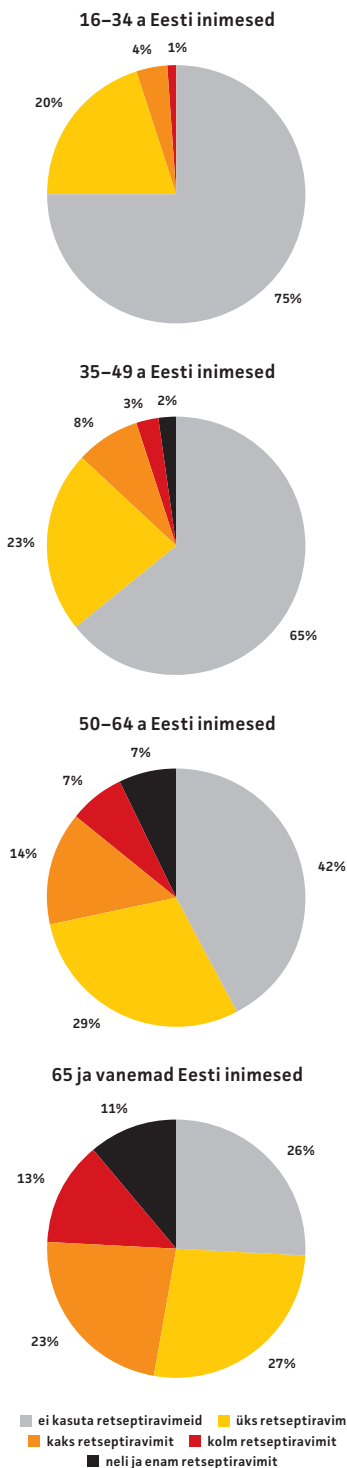
Tabel 1. Iseravimine retseptiravimitega viimase 4 nädala jooksul, %

	Naistest	Meestest
Kasutanud retseptiravimit ilma arsti otsese soovituseta	5,3	3,9
kasutas, sest teab ise, kuidas ja millal neid tarvitada	91	92
Katkestanud retseptiravimi kasutamise oma äranägemisel	4,8	3,8
katkestas, sest hakkas parem	56	62
katkestas, sest ei olnud kasu	14	17
katkestas, sest hakkas halvem	13	9

Samaaegne mitme retseptiravimi kasutamine sageneb vanuse kasvades (vt jn 2): ilma retseptiravimita saab hakkama 75% noortest ja vaid 26% üle 65aastastest. Seevastu veerand Eesti inimestest vanu-

Tabel 2. Retseptiravimite kasutajate osakaal (%) Eesti inimeste hulgas, reastatud etteantud kasutamise põhjuste järgi

Kõrge vererõhk	24,4
Muu südame-veresoonkonnahaigus	14,5
Liigesevalud ja -põletik	12,3
Muud valud	5,8
Seedetraktihaigused	5,7
Suhkurtõbi ehk diabeet	4,1
Antibiootikumid	4,1
Unerohud	4,1
Astma jt hingamisteede haigused	3,5
Allergilised haigused	2,7
Depressioon	2,4
Kõrgenenud kolesteroolitase	2,3
Meeleolu- ja ärevushäired	2,0
Retseptiravim tarvitatud muu terviseprobleemi tõttu, sh	12,0
rasestumisvastased tabletid	2,2
menopausi- või osteoporoosiravimid	1,0



Joonis 2. Retseptiravimite kasutajate osakaal sõltuvalt vanusest.

ses 50–64 a ja pooled üle 65aastastest kasutavad iga päev vähemalt kaht retseptiravimit. Vähemalt nelja retseptiravimit kasutab samaaegselt nendes vanuserühmades vastavalt 7% ja 11%.

Tabelis 2 on esitatud retseptiravimite kasutamise sageduse edetabel, kus on valdavas osas ravimid, mida tarvitatakse igapäevaselt krooniliste haiguste raviks. Veerand Eesti täiskasvanud elanikest kasutab retseptiravimeid kõrge vererõhu tõttu ja kuuendik teiste südame-veresoonkonnahaiguste tõttu, liigesevalude tõttu 12% ning diabeedi ja astma ravimeid mõlemaid 4% elanikest.

Kokkuvõttes tuleb tunnistada, et polüfarmakoteraapia massilisus ja levik Eesti vanemaeliste elanike seas on alarmeeriv, sest seoses vanuse suurenemisega väheneb oluliselt ravimite tõhusus ja suureneb kõrvaltoimete sagedus ja ohtlikkus.

KÄSIMÜÜGIRAVIMITE KASUTAMINE

Käsimüügiravimite kasutamine vanusest ei sõltu: kõigis vanuserühmades kasutavad neid kaks kolmandikku naistest ja pooled mehed (vt jn 2). Kasutaja on tarvitanud keskmiselt 1,8 käsimüügiravimit viimase 4 nädala jooksul. Pooled käsimüügiravimite kasutajatest tarvitavad neid iga päev.

Käsimüügiravimite edetabelis (vt tabel 3) on vitamiinid ja mineraalaineid, valuvaigistid ja ravimid külmetuse, palaviku ja kõha

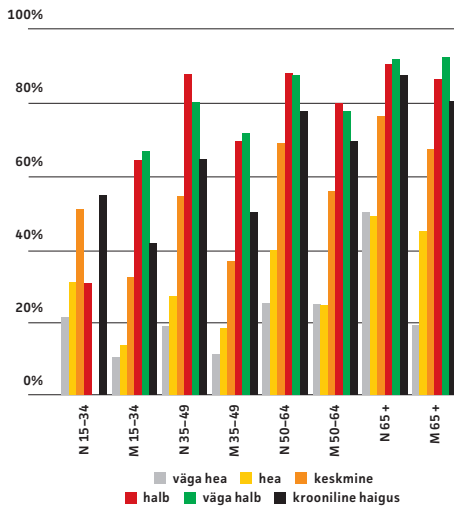
Tabel 3. Käsimüügiravimite kasutamise sagedus ja põhjused Eesti inimeste seas (%)

	Naistest	Meestest
Käsimüügi ravimite kasutajaid	66	49
iga päev või iga nädal	29	21
paar korda kuus	16	11
mitte iga kuu	20	17
Kasutab arsti soovitatud käsimüügiravimeid	25	16
Kasutanud 4 viimase nädala jooksul		
valuvaigisteid	37	25
külmetuse, kõha, palaviku ravimeid	27	21
kõhuhädade ravimeid	11	7
vitamiine, min-aineid, toonikume	45	27

vastu ning meeste ja naiste eelistustes ei ole erinevusi. Huvitav on märkida, et käsimüügiravimite valikut ei mõjuta ka vanus. Seetõttu jääb edasiste uuringute lahendada, millised sotsiaal-psühholoogilised tegurid iseravimist määravad.

RAVIMITE KASUTAMINE JA TERVISE ENESEHINNANG

Tervise enesehinnang oli uuringus jaotatud viieks ja igas soo-vanuserühmas suureneb retseptiravimite kasutamise sagedus paralleelselt tervise enesehinnangu halvenemisega (vt jn 3). Kas ja kuidas seda omakorda mõjutavad psühholoogilised, sotsiaal-majanduslikud ja elukondlikud tegurid ning arstiabi kättesaadavus ja kasutamine, jääb edasiste uuringute selgitada. Käsimüügiravimite kasutajaid oli, olenemata tervise enesehinnangust, erinevates soo-vanuserühmades sama palju.



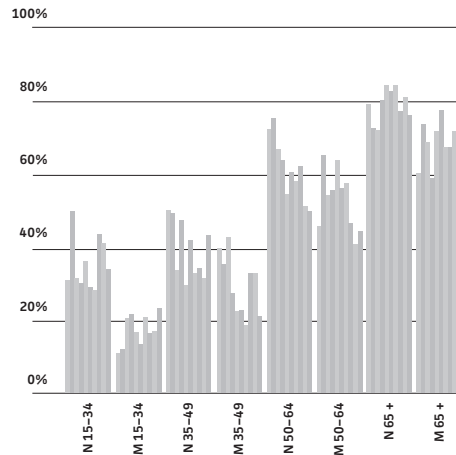
Joonis 3. Retseptiravimite kasutamine sõltuvalt tervise enesehinnangust ja vanusest.

Lisaks on joonisel esitatud retseptiravimi kasutajate osakaal kroonilise haigusega elanike seas, mis igas vanuserühmas jääb alla kasutajate arvukusele halva ja väga halva hinnangu andnud elanike seas. See on

omamoodi üllatav, et märkimisväärne osa retseptiravimite püsivatest ja igapäevastest kasutajatest ei määratle ennast kroonilise haigusega isikuteks, kuid selle viite kontrollimine vajab eraldi süvaanalüüsi.

RAVIMITE KASUTAMINE JA ISIKLIK SISSETULEK

Joonisel 4 on esitatud retseptiravimite kasutajate osakaal erinevates soo-vanuserühmades, jaotatuna sissetuleku detšiilideks. Seejuures on sissetuleku detšiilid arvatud eraldi iga soo-vanuserühma kohta. Esmasilgul jääb mulje, et soo ja vanuse kõrval ei ole sissetulekul retseptiravimite kasutamisele kuigi olulist mõju, kuid selle väite kinnitamiseks tuleb kindlasti eraldi uurida majanduslikult haavatavate elanikerühmade arstiabi kasutamist ja tervise seisundi teisi tunnuseid lisaks tervise enesehinnangule. Ka käsimüügiravimite kasutamisele ei olnud sissetulekul määravat mõju.



Joonis 4. Retseptiravimite kasutajate sõltuvus vanusest ja sissetulekust. Sissetuleku detšiilid on arvatud eraldi iga soo-vanuserühma kohta.

Autor **avaldab tänu** Leila Ojale ja Ardo Matsile Tervise Arengu Instituudist kiire ja asjaliku abi eest andmete väljavõtul ja esmasel töötlemisel.

rkiivet@ut.ee

SUMMARY

Use of medicines by the population of Estonia

Based on the Estonia 2006 Health Survey, the current study provides an overview of the use of both prescription and over-the-counter medicines by the Estonian population. The number of users of prescription medicines increases with age and with declining self-perceived health. Half the adult population of Estonia are using one or more prescription medicines daily, and one tenth are using a prescription medicine without direct orders from their doctor.

The proportion of users of over-the-counter medicines, on the contrary, is the same irrespective of age and self-perceived health status: one-quarter of the Estonian

adult population are using over-the-counter medicines daily or at least weekly. One-third of the users of over-the-counter medicines are using them as recommended by their doctor, the rest are using them on their own initiative.

In summary, the prevalence of use of prescription medicines and polypharmacy is alarming: half the Estonian elderly population (aged over 65 years) are using at least two prescription medicines daily, despite the fact that it is well known that with increasing age the efficacy of medicines decreases and the incidence and seriousness of adverse effects increases dramatically.