

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

ARSTIDE JA KOGURAHVASTIKU
TERVISE ENESEHINNANG NING SUITSETAMINE
AASTATEL 2002 JA 2014

Magistritöö rahvatervishoius

Sävelin Siida

Juhendaja: Kersti Pärna, MD, MPH, PhD
Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi dotsent

Tartu 2017

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2017 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Sigrid Vorobjov, PhD, TAI nakkushaiguste ja uimastiseire keskuse juhataja

Kaitsmine: 13.06.17

SISUKORD

| | |
|---|----|
| LÜHIKOKKUVÕTE..... | 4 |
| 1. SISSEJUHATUS | 6 |
| 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE | 7 |
| 2.1. Tervise enesehinnang..... | 7 |
| 2.1.1. Arstide tervise enesehinnang | 7 |
| 2.1.2. Rahvastiku tervise enesehinnang | 8 |
| 2.2. Suitsetamine..... | 10 |
| 2.2.1. Arstide suitsetamine..... | 10 |
| 2.2.2. Rahvastiku suitsetamine..... | 12 |
| 2.3. Tervise enesehinnangu ja suitsetamise seosed..... | 13 |
| 3. EESMÄRGID | 15 |
| 4. MATERJAL JA METOODIKA | 16 |
| 4.1. Andmestik ja valimi moodustamine | 16 |
| 4.2. Töös kasutatavad tunnused | 17 |
| 4.3. Andmeanalüüs..... | 18 |
| 5. TULEMUSED | 20 |
| 5.1. Tervise enesehinnang..... | 22 |
| 5.1.1. Hea tervise enesehinnangu võrdlus uuringurühmade ja -aastate vahel | 23 |
| 5.2. Suitsetamise levimus..... | 24 |
| 5.2.1. Suitsetamise võrdlus uuringurühmade ja -aastate vahel | 26 |
| 5.3. Tervise enesehinnangu šansisuhted | 27 |
| 6. ARUTELU..... | 30 |
| 7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD..... | 36 |
| 8. KASUTATUD KIRJANDUS | 37 |
| SUMMARY | 40 |
| TÄNUAVALDUS | 42 |
| <i>CURRICULUM VITAE</i> | 43 |
| LISAD..... | 44 |
| Lisa 1. ASU kasutatud küsimustik..... | 44 |
| Lisa 2. TKU kasutatud küsimustik..... | 45 |

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas töös uuriti arstide ja kogurahvastiku suitsetamist ning tervise enesehinnangut aastatel 2002 ja 2014. Töö eesmärgid olid (1) kirjeldada tervise enesehinnangut ja suitsetamist arstide, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas, (2) võrrelda tervise enesehinnangut ja suitsetamist arstidel kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastikuga ning uuringurühmade tervise enesehinnangut ja suitsetamist aastatel 2002 ja 2014, (3) analüüsida tervise enesehinnangu seost suitsetamise staatuse, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega.

Magistritöö põhines 2002. ja 2014. aasta Eesti arstide suitsetamisuuringute ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringute andmetel. Mõlema uuringu puhul oli tegemist läbilõikelise postiküsitlusuuringuga. Käesoleva töö jaoks moodustati uuringute põhjal koondvalim ($n = 7950$), kuhu kaasati 25–64aastased arstid ja kogurahvastik. Andmeanalüüsiks muudeti tervise enesehinnang kaheväärtuseliseks: hea (väga hea, üsna hea) ja halb (keskmine, üsna halb, väga halb) ning suitsetamine kolmeväärtuseliseks: praegune (igapäeva ja juhu), endine, mitte kunagi. Arvutati välja tervise enesehinnangu ja suitsetamise levimused koos 95% usaldusvahemikega. Tervise enesehinnangu (hea vs halb) seost suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ning sotsiaaldemograafiliste teguritega hinnati logistilise regressiooni abil. Koostati kaks mudelit (I arstid ja kogurahvastik, II arstid ja kõrgharidusega kogurahvastik). Arvutati välja kõigile teguritele kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega.

Käesoleva uuringu tulemustest selgus, et 2002. aastal hindas oma tervist heaks 70,1% mees- ja 65,5% naisarstidest, kogurahvastikus 35,2% meestest ja 33,3% naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus 43,5% meestest ja 44,5% naistest ning 2014. aastal 76,9% mees- ja 80,2% naisarstidest, kogurahvastikus 47,2% meestest ja 49,6% naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus 69,8% meestest ja 64,2% naistest.

Aastal 2002 suitsetas 26,3% mees- ja 10,6% naisarstidest, kogurahvastikus 56,7% meestest ja 25,8% naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus 33,9% meestest ja 19,6% naistest ning 2014. aastal 16,3% mees- ja 6,5% naisarstidest, kogurahvastikus 40,5% meestest ja 22,2% naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus 22,9% meestest ja 16,3% naistest.

Kõigile teguritele kohandatud mudelites oli tervise enesehinnang seotud suitsetamise staatuse, uuringurühma, uuringuaasta, vanuserühma ja rahvusega. Peale kõigile teguritele kohandamist muutus statistiliselt ebaoluliseks nii meeste kui naiste hulgas perekonnaseis

mõlemas mudelis ning naiste hulgas suitsetamise staatus II mudelis. Võrreldes praeguste suitsetajatega oli mõlemas mudelis šanss heaks tervise enesehinnanguks oluliselt suurem endiste ja mitte kunagi suitsetanud meeste hulgas ning vaid I mudelis mitte kunagi suitsetanud naiste hulgas. Võrreldes kogurahvastikuga oli meesarstidel 4,47 ja naisarstidel 4,12 korda suurem šanss ning võrreldes kõrgharidusega kogurahvastikuga vastavalt 2,34 ja 2,67 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Mõlemas mudelis hinnati võrreldes 2002. aastaga 2014. aastal oluliselt rohkem oma tervist heaks. Mõlemas mudelis hindasid võrreldes mitte-eestlastega eestlased oma tervist oluliselt paremaks ning võrreldes noorima vanusrühmaga vanemad vanuserühmad oma tervist oluliselt halvemaks.

Uuringu tulemustest saab järeldada, et tervise enesehinnang oli seotud suitsetamisega. Võrreldes kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastikuga hindasid arstid oma tervist oluliselt paremaks ning suitsetasid oluliselt vähem. Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal tervise enesehinnang parem ning suitsetamise levimus madalam kõigis kolmes uuringurühmas. Rohkem andsid head tervise enesehinnangut mittersuitsetajad ja eestlased ning vähem täiskasvanud vanemates vanuserühmades.

1. SISSEJUHATUS

Tervise enesehinnang on ulatuslik mõõdik üldisele tervises seisundile ning tugineb inimese enda tajule (1). Tervise enesehinnang omab olulist rolli mitmete tervisetulemite, ka riskikäitumise ja suremuse prognoosijana. Nendel, kes hindavad oma tervist halvaks, on oluliselt kõrgem suremus võrreldes nendega, kes hindavad oma tervist heaks (2, 3).

Tervise enesehinnang on oluliselt seotud tervisekäitumisega, sh suitsetamisega (2, 4). Sealjuures võib tervise enesehinnang mõjutada kavatsust suitsetamisest loobumiseks (1).

Suitsetamine on üks peamisi haiguste ja surma põhjustajaid maailmas ning tõstab oluliselt riski surra kopsuvähi, südame- ja veresoonkonna haiguste või krooniliste hingamisteede haiguste tagajärjel (5, 6). Nendel, kes annavad rohkem halba tervise enesehinnangut, on suurenenud südame- ja veresoonkonna haiguste ning vähi suremus (7).

Varasemas teaduskirjanduses on leitud, et kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed hindavad oma tervist rohkem heaks (8). Kõrgemasse sotsiaalsesse klassi kuuluvad arstid, kelle tervise enesehinnangut on küll varasemalt maailmas uuritud, kuid Eestis mitte. Samuti pole varem võrreldud arstide ja kogurahvastiku tervise enesehinnangut ja suitsetamist.

Arstid on kindlasti oluline ühiskonna rühm, kes võib mõjutada enda eeskujuga kogurahvastiku tervisekäitumist (9). Eestis on arstide suitsetamist uuritud neljal korral ning aastatel 2002 ja 2014 sisaldasid küsimustikud ka tervise enesehinnangu küsimust. Seega on asjakohane välja selgitada, kas arstid suitsetavad rohkem või vähem kui kogurahvastik ja kõrgharidusega kogurahvastik ning kuidas nad võrreldes rahvastikuga oma tervist hindavad.

Teadaolevalt pole varasemalt uuritud tervise enesehinnangu seost suitsetamisega arstide ja kogurahvastiku hulgas ning seda, kuidas on see ajas muutunud.

Käesolevas töös uuritakse arstide ning kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku tervise enesehinnangut ning suitsetamist aastatel 2002 ja 2014.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang (ingl *self rated health, self perceived health, self-assessed health, self reported health, self evaluated health*) on laiaulatuslik indikaator, millega saab mõõta üldist terviseseisundit. See tugineb indiviidi enda tajule ja hinnangule oma terviseseisundi kohta. Tervise enesehinnang peegeldab indiviidi psüühilist ja füüsilist seisundit ning ühendab endas tervisest tulenevad käitumuslikud elemendid ja sotsiaalse heaolu (1).

Tervise enesehinnangut saab mõõta ühe küsimuse abil, mis on sõnastatud tavapäraselt järgmiselt: „Kuidas hindate oma tervist üldiselt?“. WHO (ingl *World Health Organization*) soovitusel kasutatakse vastusevariantidena viiepunktilist skaalat (10). Euroopas on enim kasutusel vastusevariantidena „väga hea“, „hea“, „rahuldav“, „halb“, „väga halb“, mis on kooskõlas ka WHO soovitusega. Ameerikas on levinumad vastusevariandid „suurepärase“, „väga hea“, „hea“, „rahuldav“, „halb“ (11). Uuringute lõikes võib nii küsimuse kui ka vastusevariantide sõnastus olla siiski mõnevõrra erinev (12, 13).

2.1.1. Arstide tervise enesehinnang

Arstide tervise enesehinnang erinevates riikides. Leedu 2009. aasta uuringus, mille uuritavad olid 26–70aastased, erines mees- ja naisarstide tervise enesehinnang oluliselt. Nii meeste kui naiste hulgas oli kõige rohkem neid, kes andsid head (hea ja väga hea) tervise enesehinnangut (vastavalt 70,5% ja 58,9%). Sealjuures võrreldes naistega (5,8%) hindas rohkem mehi (8,2%) oma tervist väga heaks. Võrreldes meestega (28,7%) hindas rohkem naisi (41,9%) oma tervist keskmiseks või pigem halvaks (halb ja väga halb). Kõikides vanuserühmades anti kõige rohkem head tervise enesehinnangut. Väga head tervise enesehinnangut andsid rohkem arstid, kes olid alla 44aastased. Halba ja väga halba tervise enesehinnangut andsid rohkem arstid, kes olid 49–55aastased (6,7%) (14).

Soomes 2008. aastal hindasid oma tervise heaks (üsna hea ja hea) 75,0% arstidest ning keskmiseks või halvemaks (keskmine, üsna halb, halb) 26% arstidest (15).

Jaapanis 2005. aasta uuringu põhjal hindasid oma tervist väga heaks/heaks 82,3% arstidest. Halba (halb ja väga halb) enesehinnangut andsid 16,3% ning väga halba tervise enesehinnangut 1,4% arstidest (16).

Brasiilia arstidest hindas 2010. aastal oma tervist heaks (suurepärase, väga hea, hea) 78,1% ning halvaks (rahuldav, halb) 21,9%. Halb tervise enesehinnang oli positiivses seoses naissoo, kõrgema vanuse ning madalama haridusega (17).

Arstide tervise enesehinnang Eestis. Arstide tervise enesehinnangu küsimust on käsitletud Eesti arstide suitsetamisuuringutes aastatel 2002 ja 2014, kuid neid tulemusi pole avaldatud. Käesolevas töös kirjeldatakse arstide tervise enesehinnangut nendel aastatel.

2.1.2. Rahvastiku tervise enesehinnang

Rahvastiku tervise enesehinnang. Aastal 2015 tehtud metaanalüüsi võeti 17 Euroopa riigi terviseuuringud, mis olid läbi viidud ajavahemikul 1990–2010. Analüüsi tulemusel selgus, et halva (keskmine, üsna halb, halb) tervise enesehinnangu levimus oli languse trendiga enamikes Euroopa riikides, eriti Lõuna- ja Ida-Euroopas ning Balti riikides. Oluline halva tervise enesehinnangu levimuse vähenemine oli Itaalias, Portugalis, Tšehhis, Poolas, Leedus ja Eestis. Vähenemine toimus nii meeste kui naiste hulgas (18).

Rootsi 2010. aasta läbi viidud uuringu põhjal andsid mehed rohkem head tervise enesehinnangut võrreldes naistega. Oma tervist hindasid halvaks 29,1% meestest ja 34,7% naistest. Võrreldes naistega oli meestel 1,34 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Võrreldes põhiharidusega oli kõrgharidusega täiskasvanutel 1,92 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks (19).

Leedus oli 2004. aastal halva (keskmine, üsna halb, halb) tervise enesehinnangu levimus meestel 59,3% ja naistel 62,5%. Aastaks 2010 oli Leedus halva tervise enesehinnangu levimus oluliselt vähenenud nii meeste kui naiste hulgas (vastavalt 50,5% ja 51,2%) (20).

Soomes oli 2004. aastal halva tervise enesehinnangu levimus meestel 36,0% ja naistel 32,7%. Aastaks 2010 oli halva tervise enesehinnangu levimus pisut vähenenud meeste hulgas (33,8%), kuid naiste hulgas levimus oluliselt ei muutunud (31,5%) (20).

Kreeka 2001. aasta rahvastikupõhises uuringus selgus, et halb tervise enesehinnang oli tugevas seoses kõrgema vanuse, madalama sissetuleku, madalama haridustaseme ning naissooga (21). Venemaal 2014. aastal läbi viidud uuringust leiti seos tervise enesehinnangu ja hariduse vahel nii Eesti, Soome kui ka Venemaa rahvastikus (22).

Rahvastiku tervise enesehinnang Eestis. Aasta 1996/1997 Eesti Terviseuuringu andmete põhjal andsid mehed head (väga hea, hea) tervise enesehinnangut rohkem kui

naised (vastavalt 37,1% ja 32,6%). Ligi pooled mehed ja naised hindasid oma tervist keskmiseks. Väga halva tervise enesehinnangu levimus oli naistel 2,0% ja meestel 1,4% (23).

Euroopa sotsiaaluuringul põhinenud tulemustest selgus, et 2004. aastal oli hea (väga hea ja hea) tervise enesehinnangu levimus 49,1% meestel ja 49,7% naistel. Nii meeste kui naiste hulgas hinnati kõige rohkem oma tervist heaks (ligi 40%) või rahuldavaks (ligi 40%). Halba tervise enesehinnangut andsid mehed ja naised sarnaselt (6,8%). Väga halba tervise enesehinnangut andsid mehed rohkem kui naised (3,0% ja 0,6%). Võrreldes kõrgharidusega meestega oli keskharidusega meestel šanss hinnata oma tervist halvemaks ligi 3 korda suurem ning põhiharidusega meestel ligi 4 korda suurem (24).

Eesti ja Soome 2010. aasta võrdluses leiti, et Eesti mehed ja naised andsid võrreldes Soome meeste ja naistega head (väga hea, hea) tervise enesehinnangut ligikaudu 1,5 korda vähem. Eestis hindasid ligi pooled uuritavatest oma tervist keskmiseks, kuid Soomes tegid seda ligikaudu kolmandik uuritavatest. Võrreldes Eestiga hinnati Soomes oma tervist oluliselt rohkem heaks (vastavalt 43,8% ja 69,2%). Samuti leiti tugev seos pigem halva tervise enesehinnangu ja madala haridustaseme vahel. Madala haridustasemega uuritavad andsid kaks korda rohkem halba tervise enesehinnangut võrreldes kõrgema haridustasemega uuritavatega (25).

Tervise enesehinnangu levimust kirjeldati aastatel 2004–2010 Eestis, Lätis ja Soomes. Halva (keskmine, üsna halb, halb) tervise enesehinnangu levimus vähenes ligikaudu 10% nii Eestis kui Lätis, kuid Soomes ei esinenud märkimisväärsed muutusi. Halva tervise enesehinnangu levimus vähenes meeste hulgas kõikides riikides, naiste hulgas vähenes see Eestis ja Lätis, kuid Soome naiste hulgas oli levimus stabiilne. Olulised seosed tervise enesehinnangu ja sotsiaaldemograafiliste tegurite vahel leiti Eestis ja Lätis, kuid mitte Soomes. Leiti, et nendel, kes olid kõrgemas vanuses, vähem haritud ning töötud, oli suurem šanss hinnata oma tervist halvaks (20).

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise 2006. aasta uuringu andmetel oli nii meestel kui naistel võrreldes noorima vanuserühmaga (16–24aastased) vanemates vanuserühmades oluliselt väiksem šanss hinnata oma tervist heaks. Oma tervist hindasid heaks kõrgharidusega meestest 44,9% ja naistest 57,2%. Võrreldes alg- ja põhiharidusega naistega oli kõrgharidusega naistel 3,65 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks (4).

Eestis täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringute andmetel 1996–2014 selgus, et hea tervise enesehinnangu levimus oli aastatega oluliselt suurenenud nii meeste kui naiste hulgas. Võrreldes meestega hindas 2014. aastal rohkem naisi oma tervist heaks

(vastavalt 46,2% ja 48,6%). Hea tervise enesehinnang oli nii meeste kui naiste hulgas olulises seoses vanuse ja haridusega ning naistel rahvuse ja meestel perekonnaseisuga. Noorematel vanuserühmadel oli oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks võrreldes vanema vanuserühmaga (8).

2.2. Suitsetamine

Suitsetamine on üks suurimaid globaalseid rahvatervishoiu probleeme. WHO hinnangul põhjustab suitsetamine maailmas üle 6 miljoni surma aastas. Suitsetamist on seostatud terviseprobleemidega, puuetega ning surmadega, mis tulenevad suitsetamise poolt põhjustatud kroonilistest haigustest (5).

Suitsetamine tõstab oluliselt riski surra kopsuvähi, südame- ja veresoonehaiguste või krooniliste hingamisteede haiguste tagajärjel. Suitsetamine põhjustab 71% kõikidest kopsuvähi juhtudest ning 42% kõikidest kroonilistest hingamisteede haigustest. Kõikidest surmajuhitudest on suitsetamine põhjustanud meestel 12% ja naistel 6% surmadest (6).

WHO põhjal on olemas kolm põhilist küsimust, mille järgi saab mõõta suitsetamise levimust (26). Standarddefiniitsiooni järgi saab suitsetamise staatust kirjeldada järgnevalt: suitsetamine (igapäeva- ja juhusuitsetamine koos), igapäevasuitsetamine (päevas vähemalt ühe tubakatoote suitsetamine), juhusuitsetamine (mitte iga päev suitsetamine), endine suitsetamine ja mitte kunagi suitsetamine (27).

2.2.1. Arstide suitsetamine

Arstide suitsetamine erinevates riikides. Arstide suitsetamist on uuritud pikalt alates 1951. aastast, kui alustati Briti meesarstide kohortuuringuga. Uuringut korrati perioodiliselt 50 aasta vältel ning viimane küsimustik saadeti välja 2001. aastal. Uuringu põhjal selgus, et need, kes jätkasid suitsetamist, kaotasid keskmiselt 10 aastat oma elust võrreldes mittesuitsetajatega. Samuti leiti tugev seos suitsetamise ja kopsuvähki haigestumise vahel (28).

Smith jt süstemaatilises ülevaates kirjeldati suitsetamise levimust arstide hulgas maailmas aastatel 1974–2004 (29) ning leiti, et suitsetamine oli vähenenud enamikes arenenud riikides. Kõige madalama arstide suitsetamise levimusega riigid olid Ameerika Ühendriigid, Austraalia ja Suurbritannia, kus arstide suitsetamise levimus oli 2–3%.

Kõrgeim arstide igapäevasuitsetamise levimus raporteeriti Kreekas, kus see oli 49%. Mitmed uuringud arenenud riikides tõid välja Itaalia, Jaapani ning Prantsusmaa, kus arstide suitsetamise levimus oli järjepidevalt olnud kõrge ehk üle 25%. Viimastel aastakümnetel majanduslikult kiiresti arenenud riikides nagu Eesti, Hiina ja Türgi, oli arstide suitsetamise levimus kõrge. Peaaegu pooled Hiina (45%) ja Jaapani (43%) arstidest suitsetasid igapäevaselt. Soopõhiselt oli suurim suitsetamise levimus Hiina meesarstide (61%) ja Itaalia naisarstide (34%) hulgas (29).

Soomes läbi viidud uuringu põhjal selgus, et suitsetamise levimus vähenes nii mees- kui naisarstide hulgas ajavahemikul 1990–1995, kuid pärast seda kuni 2001. aastani ei olnud levimuse trendis erilisi muutusi. 1990. aastal suitsetas Soomes igapäevaselt 10% mees- ja 6% naisarstidest, 1995. aastal vastavalt 7% ja 3% ja 2001. aastal vastavalt 7% ja 4%. Juhusuitsetamine jäi ajavahemikul 1990–2001 sarnasele tasemele terve perioodi lõikes (meestel 12–15% ja naistel 5-6%). 2002. aastal suitsetas Soomes 22% mees- ja 9% naisarstidest (30).

Jaapani kohta tehtud süstemaatilises ülevaates oli 36 uuringut, mis käsitlesid arstide suitsetamist ning mis olid läbi viidud ajavahemikul 1965–2009. Sel ajaperioodil vähenes Jaapani arstide suitsetamine oluliselt (meesarstidel 68%-lt 16%-le ning naisarstidel 19%-lt 5%-le) (31).

Austraalias toimus perioodil 1964–1997 arstide suitsetamise levimuses vähenemine. 1960. aastal suitsetas Austraalia arstidest umbes 30%, kuid 1970ndatel juba poole vähem. Aastaks 1982 suitsetas Austraalia arstidest vaid kümnendik ning see vähenes hiljem veelgi. 1990ndatel raporteeris kõigest üks kahekümnest arstist, et suitsetab igapäevaselt (32).

Arstide suitsetamine Eestis. Eestis on arstide suitsetamise levimust uuritud alates 1978. aastast. Esimese arstide suitsetamise uuringu põhjal selgus, et suitsetas 42% mees- ja 20% naisarstidest (33). Sellele järgnenud teise arstide suitsetamise uuringu andmetel suitsetas 1982. aastal 41,5% mees- ja 15,2% naisarstidest (34).

Kolmanda arstide suitsetamise uuringu andmetel oli 2002. aastal suitsetamise levimus 24,9% mees- ja 10,8% naisarstidel (35). Neljas arstide suitsetamise uuring viidi läbi 2014. aastal (36). Selle ning 2002. aasta uuringu andmetel põhineb käesolev magistr töö.

2.2.2. Rahvastiku suitsetamine

Rahvastiku suitsetamine erinevates riikides. WHO 2013. aasta raporti andmetel suitsetas Lääne-Euroopa riikides igapäevaselt viiendik kuni kolmandik meestest ning kümnendik kuni veerand naistest (37).

2009. aastal oli Euroopas suitsetamise levimus jaotunud ebaühtlaselt. Kõrgeim suitsetamise levimus Euroopas oli Türgi, Läti ja Kreeka meeste hulgas, kus see oli üle 45%. Kõrgeim suitsetamise levimus naiste hulgas Euroopas oli Kreekas, Ungaris, Poolas, Hollandis ja Prantsusmaal (üle 25%). Madalaim suitsetamise levimus Euroopas oli Portugali ja Läti naiste hulgas (ligikaudu 10%) ning Rootsi meeste hulgas (14%). Viimase 25 aasta jooksul vähenes kõikides Euroopa riikides meeste suitsetamise levimus, välja arvatud Leedu, Malta ja Slovakkia meestel (38). Samal ajal suitsetamise levimus naiste hulgas suurenes mitmes Euroopa riigis nagu Austria, Küpros, Soome, Saksamaa, Kreeka, Ungari, Leedu, Luksemburg (39).

Thun jt leidsid, et paljudes arenenud riikides oli aastatel 2005–2009 suitsetamise levimus meeste hulgas stabiilne või vähenes (välja arvatud Hispaania, Portugal, Kreeka, Bulgaaria, Rumeenia, Ungari, Norra ja Jaapan). Enamikes arenenud riikides oli ka naiste suitsetamise levimus vähenenud või jäänud samaks, välja arvatud Hollandis (40).

Võrreldes kohortuuringute põhjal Soome, Suurbritannia ning Jaapani suitsetamise levimuse muutumist ajas, leiti, et suitsetamise levimus oli ajaperioodil 1997–2007 kõikides riikides vähenenud. Jaapani meeste hulgas oli 1997. aastal suitsetamise levimus 43% ning jälgimisperioodi lõpus 36%, naistel oli nii algselt kui jälgimisperioodi lõpus levimus 5%. Soomes oli 1997. aastal suitsetamise levimus meestel 24% ja naistel 20%, jälgimisperioodi lõpus oli levimus meestel 19% ja naistel 16%. Suurbritannias oli meeste suitsetamise levimus 1997. aastal 16% ja naistel 13%, uuringu lõpus oli levimus meestel 13% ja naistel 11% (41).

2004. aastal Kanada rahvastiku terviseuuringu andmete põhjal läbi viidud uuringust selgus, et suitsetamise levimus oli 29,2% meestel ja 26,4% naistel (42).

Aasia riikides oli suitsetamise levimus kõrge. Tervise ja toitumise uuringute (2007–2009) andmete põhjal oli Koreas suitsetajate hulgas mehi rohkem kui naisi (vastavalt 86,1% ja 13,8%). Suitsetamine oli olulises seoses madala sissetuleku, väiksema füüsilise tegevuse, kontoritöö, suurema hulga alkoholi tarvitamise, kõrgema stressitaseme ning rasvumisega (1).

Suitsetamine Eesti rahvastikus. Suitsetamise levimust on Eestis põhjalikult uuritud alates 1990. aastast, kui esimest korda viidi läbi Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. Uuringut viiakse läbi iga kahe aasta tagant (43).

1990. aastal oli üldrahvastikus (16–64aastased) suitsetamise levimus 56,0% meestel ja 25,3% naistel. 2002. aastal oli suitsetamise levimus meestel ja naistel vähenenud (vastavalt 52,2% ja 23,7%). 2014. aastal oli suitsetamise levimuses vähenemine nii meeste kui naiste hulgas (39,4% ja 22,7%) (43).

Kõrgharidusega kogurahvastikus oli suitsetamise levimus 1990. aastal 48,7% meestel ja 21,0% naistel. 2002. aastal oli kõrgharidusega kogurahvastikus suitsetamise levimus vähenenud, meestel tunduvalt rohkem (vastavalt 30,2% ja 17,1%). Suitsetamise levimus kõrgharidusega kogurahvastikus vähenes ka järgneva 12 aasta jooksul märgatavalt meeste hulgas. 2014. aastal oli kõrgharidusega kogurahvastikus suitsetamise levimus 22,5% meestel ja 16,7% naistel (44).

Pürjer analüüsis oma magistritöös Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringute (1990–2010) põhjal suitsetamise levimust üldrahvastikus. Suitsetamise levimus oli uuritava perioodi jooksul oluliselt vähenenud meeste hulgas, kuid naiste hulgas mõnevõrra suurenenud. Uuringust selgus, et 2010. aastal suitsetasid ligi pooled meestest ja veerand naistest (45).

Teine ning suurim uuring, kus on käsitletud suitsetamise levimust üldrahvastiku hulgas, on Eesti Terviseuuring. 1996. aastal oli 15–79aastaste hulgas suitsetamise levimus 48,4% meestel ja 17,4% naistel (46).

2006. aastal oli üldrahvastikus suitsetamise levimus 41,3% meestel ja 16,4% naistel (47). Kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas oli suitsetamise levimus 31,8% meestel ja 13,0% naistel (48).

2.3. Tervise enesehinnangu ja suitsetamise seosed

Tervise enesehinnangu ja suitsetamise seosed erinevates riikides. Kanada terviseuuringu andmete (1998–1999) põhjal selgus, et suitsetavad mehed, endised suitsetavad mehed ning praegu suitsetavad naised andsid oluliselt vähem head (väga hea, hea) tervise enesehinnangut võrreldes nendega, kes ei olnud kunagi suitsetanud (42).

Rootsis 1999. aastal läbi viidud uuringus hinnati riskitegurite, sealhulgas suitsetamise, mõju tervise enesehinnangule täiskasvanud rahvastiku hulgas. Selgus, et suitsetamise ja tervise enesehinnangu vahel oli oluline seos. Need, kes polnud kunagi

suitsetanud, hindasid oma tervist oluliselt paremaks. Võrreldes mitte kunagi suitsetanutega oli praegustel suitsetajatel oluliselt suurem šans hinnata oma tervist halvaks (OR = 1,73). Ka endiste suitsetajate šans hinnata oma tervist halvaks võrreldes mitte kunagi suitsetanutega oli oluliselt suurem (OR = 1,67). Pärast kohandamist šansid vähenesid mõnevõrra, kuid jäid endiselt statistiliselt oluliseks (49).

Rootsis leiti 2006. aastal, et võrreldes mittersuitsetajatega oli suitsetajatel 1,19 korda suurem šans hinnata oma tervist halvaks (51).

Soome ja Balti riikide läbilõikeliste uuringute analüüsimisel leiti 2004. aastal statistiliselt oluline seos suitsetamise ja tervise enesehinnangu vahel Soomes, kuid Balti riikides oluline seos puudus. Soomes oli igapäevasuitsetajatel võrreldes mittersuitsetajatega 2,07 korda suurem šans anda halba tervise enesehinnangut (52).

Korea 2015. aasta uuringu põhjal hindasid endised suitsetajad võrreldes igapäevasuitsetajatega oma tervist oluliselt paremaks (1).

Singapuris 2001. aasta andmete põhjal oli suitsetavatel meestel oluliselt suurem šans anda halba tervise enesehinnangut (OR = 1,55) võrreldes nendega, kes polnud mitte kunagi suitsetanud. Naiste hulgas seos puudus (50).

Brasiilia arstide uuringus leiti, et arstide halva tervise enesehinnangu ja suitsetamise vahel puudus oluline seos (17).

Tervise enesehinnangu ja suitsetamise seosed Eestis. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel võrreldes mittersuitsetavate meestega hindasid mehed, kes olid viimase nelja nädala jooksul suitsetanud, oma tervist oluliselt vähem heaks (OR = 0,63) (4). Eesti, Soome, Läti ja Leedu 2004. aasta läbilõikeliste uuringute andmetel selgus, et Eesti rahvastiku hulgas puudus statistiliselt oluline seos suitsetamise ja tervise enesehinnangu vahel (52).

3. EESMÄRGID

Magistritöö põhieesmärk oli uurida tervise enesehinnangut ning suitsetamist arstide ja kogurahvastiku hulgas aastatel 2002 ja 2014.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

1. Kirjeldada tervise enesehinnangut ja suitsetamist arstide, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas.
2. Võrrelda tervise enesehinnangut ja suitsetamist arstidel kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastikuga ning uuringurühmade tervise enesehinnangut ja suitsetamist aastatel 2002 ja 2014.
3. Analüüsida tervise enesehinnangu seost suitsetamise staatuse, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhineb Eesti arstide suitsetamisuuringutel (ASU) ning täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringutel (TKU) aastatel 2002 ja 2014.

Eesti arstide suitsetamisuuring. Mõlema uuringu puhul oli tegemist läbilõikelise postiküsitlusega. Aastal 2002 saadi töötavate arstide valim Eesti Haigekassa andmekogust. Esialguses valimis oli 4140 arsti, kellest 79 ei olnud kättesaadavad, 3 olid pensionil, 4 surnud, 1 lapsehoolduspuhkusel ning 2 töötas välismaal. Küsimustikud saadeti arstide töökoha aadressile. Mittevastanutele saadeti küsimustik teist korda. Potentsiaalseid vastajaid oli 4051, kellest 1243 ei vastanud ning 52 keeldus vastamast. Lõplik vastajate arv oli 2746, kohandamata vastamismäär oli 67,8% (35, 53).

Aastal 2014 põhines töötavate arstide valim Tervishoiutöötajate registri andmestikul. Esialguses valimis oli 5808 arsti, kellest 142-l puudus täpne aadress või kes elasid välismaal (nemad jäid uuringust välja). Küsimustikud saadeti arstide kodusele aadressile, mis saadi andmete linkimisel Rahvastikuregistriga. Mittevastanutele saadeti teisel korral meeldetuletuskiri ja vajadusel kolmandal korral uuesti küsimustik. Küsimustikud saadeti 5666-le arstile, kellest 2408 ei vastanud, 182 keeldus vastamast ning materjalid ei jõudnud 129 uuritavani. Tagastatud ankeetidest (n = 2947) oli 8 puhul tegemist topelttäitmisega või oli seda täitnud valimisse mittekuulunud isik. Lõplike vastajate arv oli 2939. Uuringu vastamismäär oli 52,0% ja kohandatud vastamismäär (maha arvestatud need 129, kelleni materjalid ei jõudnud) oli 53,1% (36, 54, 55).

Uuring sisaldas küsimusi, mis koosnesid järgnevatest teemadest: sotsiaal-demograafilised andmed, varasem ja praegune suitsetamine, suhtumine suitsetamisse ja suitsetamisest loobumine ning suhtumine patsientide suitsetamisse (53, 54).

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. Tegemist oli läbilõikelise postiküsitlusuuringuga, mida on viidud Eestis läbi alates 1990. aastast igal paarisaastal. Uuringu tarbeks moodustati kihitatud juhuvalim Eesti 16–64aastastest elanikest. Kihitamine toimus vanuse, soo, rahvuse ja elukoha järgi. Lisaks üldistele vastajat iseloomustavatele andmetele jagunesid küsimused järgnevatesse alajaotustesse: tervis ja arstiabi, toitumine, alkoholi ja kanepi tarbimine, suitsetamine, kaaluindeks ja kehaline aktiivsus (12, 13).

Aastal 2002 oli valimi suuruseks 2000 inimest. Mittevastanutele saadeti meeldetuletus. Sellest järgmine meeldetuletus saadeti nelja nädala jooksul. Vastajate lõplik arv oli 1338. Uuringu vastamismäär oli 67% (12).

Aastal 2014 oli esialgse valimi suuruseks 5000 inimest, kellest 169 ei saanud vastata (vale aadress n = 104, Eestist lahkunud n = 63, surnud n = 2). Meeldetuletused saadeti välja sarnaselt 2002. aasta uuringule. Lõplikusse valimisse jäi 4831 isikut, kellest 2256 isikut ei vastanud. Lõplik vastajate arv oli 2575. Uuringu kohandamata vastamismäär oli 51,5% ja kohandatud vastamismäär 53,3% (13).

Käesoleva töö jaoks koostati 2002. ja 2014. aasta andmestike põhjal 25–64aastaste arstide ja kogurahvastiku koondvalim (n = 7950).

4.2. Töös kasutatavad tunnused

Tervise enesehinnang (lisa 1, küsimus 8; lisa 2, küsimused 15, 17)

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

Tervise enesehinnangu kirjeldamisel kasutati viieväärtuselist tunnust. Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal TKU tervise enesehinnangu küsimuse vastusevariantides muudatus, kus „väga hea“ asemel oli „hea“ ning „väga halb“ asemel „halb“.

Seoste analüüsimiseks muudeti tunnus kaheväärtuseliseks järgnevalt: hea (väga hea ja üsna hea) ja halb (keskmine, üsna halb, väga halb)

Suitsetamise staatus (lisa 1, küsimused 9, 11, 12; lisa 2, küsimused 44, 45, 46)

- 1) Igapäeva
- 2) Juhu
- 3) Endine
- 4) Mitte kunagi

Suitsetamise staatus selgitati küsimuste põhjal, mis käsitlesid praegust ja endist suitsetamist. Seoste analüüsimiseks muudeti neljaväärtuseline tunnus kolmevärtuseliseks tunnuseks järgnevalt: praegune (igapäeva ja juhu), endine, mitte kunagi.

Sotsiaaldemograafilised tegurid

Sugu (lisa 1, küsimus 2; lisa 2, küsimus 1)

- 1) Mees
- 2) Naine

Vanus (lisa 1, küsimus 1; lisa 2, küsimus 2)

Vanus määrati täisaastates. Andmeanalüüsiks rühmitati vanus järgnevalt:

- 1) 25–34
- 2) 35–44
- 3) 45–54
- 4) 55–64

Perekonnaseis (lisa 1, küsimus 4; lisa 2, küsimus 4)

- 1) Abielus/kooselus
- 2) Vallaline
- 3) Lahutatud
- 4) Lesk

Andmeanalüüsiks rühmitati tunnus vastavalt: abielus/kooselus, vallaline, lahutatud/lesk

Rahvus (lisa 1, küsimus 5; lisa 2, küsimus 3)

- 1) Eestlane
- 2) Venelane
- 3) Muu

Käesoleva töö andmeanalüüsiks rühmitati tunnus vastavalt: mitte-eestlased ja eestlased

Haridus kogurahvastikus (lisa 1, küsimus 5)

- 1) Põhiharidus
- 2) Keskharidus
- 3) Keskeriharidus
- 4) Kõrgharidus

Andmeanalüüsis kasutati rahvastiku puhul kaheväärtuselist hariduse tunnust vastavalt: kõrgharidus ja keskharidus või madalam.

Uuringuaasta 2002 ja 2014

Uuringurühmadeks olid arstid, kogurahvastik ja kõrgharidusega kogurahvastik.

4.3. Andmeanalüüs

Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi Stata 12.1. Analüüs tehti eraldi meestele ja naistele. Suitsetamise levimuse ja tervise enesehinnangu kirjeldamiseks kasutati

sagedustabeleid. Arvutati välja hea tervise enesehinnangu ja praeguse suitsetamise levimusmäärad koos 95% usaldusvahemikega (CI).

Seoste hindamiseks tervise enesehinnangu ja suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste tegurite vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi, kus tervise enesehinnangut kasutati kaheväärtuselise (hea/halb) sõltuva tunnusena. Kirjeldavateks tunnusteks olid mõlemas mudelis suitsetamise staatus, uuringurühm, uuringuaasta, vanuserühm, rahvus ja perekonnaseis. Teises mudelis oli uuringurühmast kogurahvastik asendatud kõrgharidusega kogurahvastikuga. Arvutati välja šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (CI). Mudelites kohandati šansisuhted kõikidele töös kasutatud tunnustele.

Käesoleva töö jaoks koostati 2002. ja 2014. aasta andmestike põhjal 25–64aastaste arstide ja kogurahvastiku koondvalim (n = 7950) (tabel 1). Kogurahvastiku valimis oli 3126 uuritavat, arstide valimis oli 4824 uuritavat. Naisi oli valimis kokku 5859 ja mehi 2091. Andmeanalüüsist jäeti välja uuritavad, kes ei olnud vastanud suitsetamise (9 isikut) või tervise enesehinnangu (40 isikut) küsimustele.

Tabel 1. Töös kasutatud 25–64aastaste Eesti arstide ja kogurahvastiku valim uuringu ja aasta järgi

| Aasta | ASU | | | | TKU | | | | Kokku | |
|--------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 2002 | 415 | 50,7 | 2106 | 52,6 | 386 | 30,2 | 564 | 30,4 | 3471 | 43,6 |
| 2014 | 403 | 49,3 | 1900 | 47,4 | 887 | 69,7 | 1289 | 69,6 | 4479 | 56,4 |
| Kokku | 818 | 100 | 4006 | 100 | 1273 | 100 | 1853 | 100 | 7950 | 100 |

5. TULEMUSED

Arstide hulgas oli 2002. aastal nii meeste kui naiste puhul kõige rohkem 35–44aastaseid (vastavalt 36,1% ja 31,0%), 2014. aastal 45–54aastaseid (vastavalt 31,3% ja 31,0%) (tabel 2). Aastal 2002 oli eestlasi meesarstide hulgas 79,8% ja naisarstide hulgas 84,2%, aastal 2014 vastavalt 75,7% ja 84,0%. Perekonnaseisu järgi oli kõige rohkem abielus või kooselus olevaid mehi (88,2%) ja naisi (70,1%) ning aastal 2014 vastavalt 86,6% ja 73,0%.

Tabel 2. Eesti 25–64aastaste arstide demograafilised andmed aastatel 2002 ja 2014

| Tunnus | 2002 | | | | 2014 | | | |
|----------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Vanuserühm | | | | | | | | |
| 25–34 | 61 | 14,7 | 302 | 14,3 | 71 | 17,6 | 394 | 20,7 |
| 35–44 | 150 | 36,1 | 653 | 31,0 | 84 | 20,8 | 350 | 18,4 |
| 45–54 | 124 | 29,9 | 641 | 30,4 | 126 | 31,3 | 589 | 31,0 |
| 55–64 | 80 | 19,3 | 510 | 24,2 | 122 | 30,3 | 567 | 29,8 |
| Rahvus | | | | | | | | |
| Eestlane | 331 | 79,8 | 1773 | 84,2 | 305 | 75,7 | 1597 | 84,0 |
| Mitte-eestlane | 77 | 18,5 | 328 | 15,6 | 98 | 24,3 | 302 | 15,9 |
| Vastamata | 7 | 1,7 | 5 | 0,2 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 |
| Perekonnaseis | | | | | | | | |
| Abielus/ kooselus | 366 | 88,2 | 1477 | 70,1 | 349 | 86,6 | 1387 | 73,0 |
| Vallaline | 24 | 5,8 | 253 | 12,0 | 37 | 9,2 | 234 | 12,3 |
| Lahutatud/lesk | 22 | 5,3 | 366 | 17,4 | 17 | 4,2 | 272 | 14,3 |
| Vastamata | 3 | 0,7 | 10 | 0,5 | 0 | 0,0 | 7 | 0,4 |
| Kokku | 415 | 100 | 2106 | 100 | 403 | 100 | 1900 | 100 |

Kogurahvastikus oli 2002. aastal meeste hulgas kõige rohkem 35–44aastaseid (27,5%) ja naiste hulgas 45–54aastaseid (26,8%), 2014. aastal 55–64aastaseid (vastavalt 26,3% ja 31,5%) (tabel 3). Kogurahvastikus oli 2002. aastal eestlasi 81,5% meestest ja 77,7% naistest, 2014. aastal vastavalt 71,6% ja 67,9%. Mõlemal uuringuaastal oli nii meeste kui naiste hulgas kõige rohkem keskeriharidusega ja abielus või kooselus olevaid vastajaid.

Kõrgharidusega kogurahvastiku valimis oli 2002. aastal nii meeste kui naiste hulgas kõige rohkem 35–44aastaseid, kuid 2014. aastal 25–34aastaseid. Aastal 2002 oli kõrgharidusega meestest 79,0% ja naistest 75,8% eestlased, 2014. aastal vastavalt 75,1%

ja 70,8%. Mõlemal uuringuaastal oli valimis kõige rohkem neid, kelle perekonnaseisuks oli abielu või kooselu vorm.

Tabel 3. Eesti 25–64aastaste kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku demograafilised andmed aastatel 2002 ja 2014

| Tunnus | 2002 | | | | 2014 | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kogurahvastik | | | | | | | | |
| Vanuserühm | | | | | | | | |
| 25–34 | 89 | 23,1 | 121 | 21,4 | 216 | 24,4 | 276 | 21,4 |
| 35–44 | 106 | 27,5 | 147 | 26,1 | 224 | 25,3 | 297 | 23,0 |
| 45–54 | 99 | 25,6 | 151 | 26,8 | 214 | 24,1 | 310 | 24,1 |
| 55–64 | 92 | 23,8 | 145 | 25,7 | 233 | 26,3 | 406 | 31,5 |
| Rahvus | | | | | | | | |
| Eestlane | 314 | 81,5 | 438 | 77,7 | 635 | 71,6 | 875 | 67,9 |
| Mitte-eestlane | 71 | 18,4 | 125 | 22,2 | 252 | 28,4 | 414 | 32,1 |
| Vastamata | 1 | 0,3 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Haridus | | | | | | | | |
| Põhiharidus | 87 | 22,5 | 70 | 12,4 | 94 | 10,6 | 75 | 5,8 |
| Keskharidus | 103 | 26,7 | 145 | 25,7 | 231 | 26,0 | 267 | 20,7 |
| Keskeriharidus | 131 | 33,9 | 219 | 38,8 | 316 | 35,6 | 475 | 36,9 |
| Kõrgharidus | 62 | 16,1 | 128 | 22,7 | 245 | 27,6 | 472 | 36,6 |
| Vastamata | 3 | 0,8 | 2 | 0,4 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Perekonnaseis | | | | | | | | |
| Abielus/ kooselus | 274 | 70,9 | 348 | 61,7 | 138 | 76,2 | 169 | 67,8 |
| Vallaline | 63 | 16,3 | 80 | 14,2 | 676 | 15,6 | 874 | 13,1 |
| Lahutatud/lesk | 47 | 12,2 | 134 | 23,8 | 65 | 7,3 | 239 | 18,5 |
| Vastamata | 2 | 0,5 | 2 | 0,4 | 8 | 0,9 | 7 | 0,5 |
| Kokku | 386 | 100 | 564 | 100 | 887 | 100 | 1289 | 100 |
| Kõrgharidusega kogurahvastik | | | | | | | | |
| Vanuserühm | | | | | | | | |
| 25–34 | 11 | 11,7 | 32 | 25,0 | 84 | 34,3 | 154 | 32,6 |
| 35–44 | 19 | 30,6 | 41 | 32,0 | 58 | 23,7 | 123 | 26,1 |
| 45–54 | 17 | 27,4 | 28 | 21,9 | 53 | 21,6 | 93 | 19,7 |
| 55–64 | 15 | 24,2 | 27 | 21,1 | 50 | 20,4 | 102 | 21,6 |
| Rahvus | | | | | | | | |
| Eestlane | 49 | 79,0 | 97 | 75,8 | 184 | 75,1 | 334 | 70,8 |
| Mitte-eestlane | 13 | 20,9 | 31 | 24,2 | 61 | 24,9 | 138 | 29,2 |
| Vastamata | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Perekonnaseis | | | | | | | | |
| Abielus/ kooselus | 52 | 83,9 | 80 | 62,5 | 30 | 83,3 | 72 | 71,4 |
| Vallaline | 5 | 8,1 | 23 | 17,9 | 204 | 12,2 | 337 | 15,3 |
| Lahutatud/lesk | 5 | 8,0 | 25 | 19,5 | 10 | 4,1 | 62 | 13,1 |
| Vastamata | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,4 | 1 | 0,2 |
| Kokku | 62 | 100 | 128 | 100 | 245 | 100 | 472 | 100 |

5.1. Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang arstide hulgas. Aastal 2002 hindas oma tervist heaks (väga hea ja üsna hea) 70,1% mees- ja 65,5% naisarstidest, 2014. aastal vastavalt 76,9% ja 80,2% (tabel 4). Aastal 2002 hindas oma tervist rahuldavaks 27,9% mees- ja 33,3% naisarstidest, kuid 2014. aastal vastavalt 20,6% ja 18,7%.

Tabel 4. Tervise enesehinnang Eesti 25–64aastaste arstide hulgas aastatel 2002 ja 2014

| Tervise enesehinnang | 2002 | | | | 2014 | | | |
|----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hea | 291 | 70,1 | 1379 | 65,5 | 310 | 76,9 | 1524 | 80,2 |
| Väga hea | 54 | 13,0 | 247 | 11,7 | 69 | 17,1 | 412 | 21,7 |
| Üsna hea | 237 | 57,1 | 1132 | 53,8 | 241 | 59,8 | 1112 | 58,5 |
| Halb | 124 | 29,9 | 727 | 43,5 | 93 | 23,1 | 376 | 19,8 |
| Keskmine | 116 | 27,9 | 701 | 33,3 | 83 | 20,6 | 356 | 18,7 |
| Üsna halb | 8 | 1,9 | 24 | 1,1 | 8 | 1,9 | 16 | 0,8 |
| Väga halb | 0 | 0,0 | 2 | 0,1 | 2 | 0,5 | 4 | 0,2 |
| Kokku | 415 | 100 | 2106 | 100 | 403 | 100 | 1900 | 100 |

Tervise enesehinnang kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas. Aastal 2002 hindasid oma tervist heaks (väga hea ja üsna hea) 35,2% meestest ja 33,3% naistest, 2014. aastal vastavalt 47,2% ja 49,6% (tabel 5). Aastal 2002 anti nii meeste kui ka naiste hulgas kõige rohkem keskmist tervise enesehinnangut (vastavalt 51,6% ja 55,5%). 2014. aastal anti samuti kõige rohkem keskmist tervise enesehinnangut, kuid keskmine tervise enesehinnangu levimus oli vähenenud nii naiste kui meeste hulgas.

Aastal 2002 hindasid kõrgharidusega kogurahvastikus oma tervist heaks 43,5% meestest ja 44,5% naistest, 2014. aastal vastavalt 69,8% ja 64,2%. Kõrgharidusega kogurahvastikus andsid nii mehed kui naised 2002. aastal kõige rohkem keskmist tervise enesehinnangut (41,9% meestest ja 50,8% naistest), 2014. aastal ligi 40% meestest ja naistest.

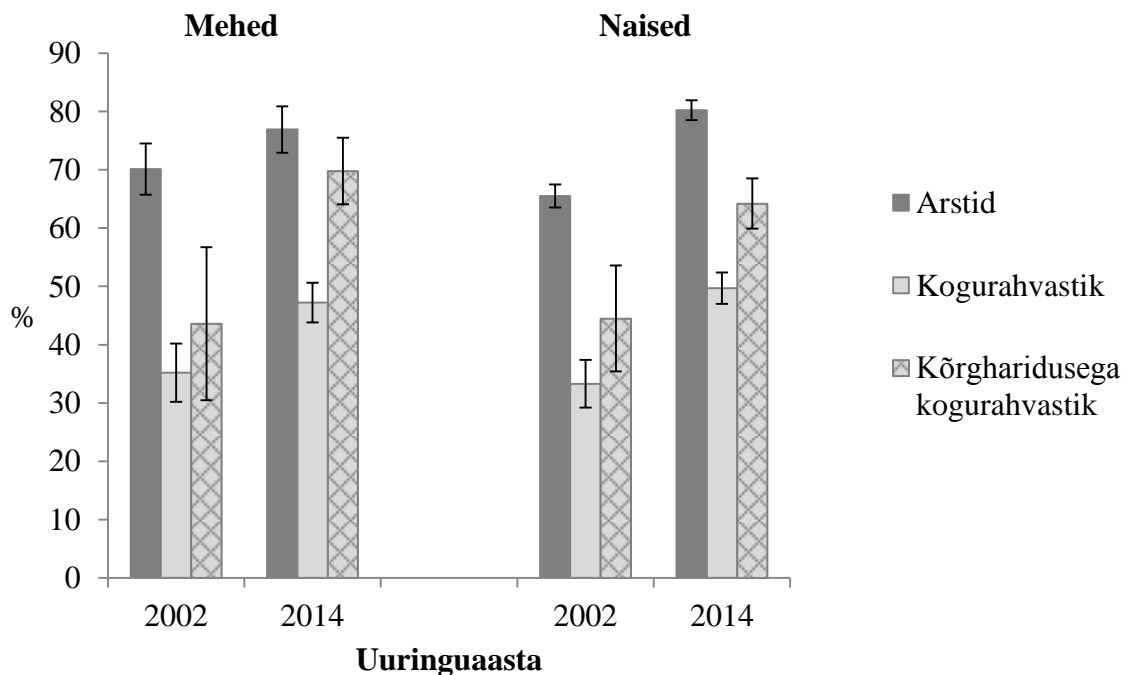
Tabel 5. Tervise enesehinnang 25–64aastaste Eesti täiskasvanud kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas aastatel 2002 ja 2014

| Tervise enesehinnang | 2002 | | | | 2014 | | | |
|-------------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kogurahvastik | | | | | | | | |
| Hea | 136 | 35,2 | 188 | 33,3 | 419 | 47,2 | 640 | 49,6 |
| Väga hea | 19 | 4,9 | 35 | 6,2 | 177 | 19,9 | 271 | 21,0 |
| Üsna hea | 117 | 30,3 | 153 | 27,1 | 242 | 27,3 | 369 | 28,6 |
| Halb | 250 | 64,8 | 376 | 66,7 | 468 | 52,8 | 649 | 50,4 |
| Keskmine | 199 | 51,6 | 313 | 55,5 | 359 | 40,5 | 517 | 40,1 |
| Üsna halb | 41 | 10,6 | 57 | 10,1 | 70 | 7,9 | 102 | 7,9 |
| Väga halb | 10 | 2,6 | 6 | 1,1 | 39 | 4,4 | 30 | 2,3 |
| Kokku | 386 | 100 | 564 | 100 | 887 | 100 | 1289 | 100 |
| Kõrgharidusega kogurahvastik | | | | | | | | |
| Hea | 27 | 43,5 | 57 | 44,5 | 171 | 69,8 | 303 | 64,2 |
| Väga hea | 4 | 6,4 | 10 | 7,8 | 88 | 35,9 | 133 | 28,2 |
| Üsna hea | 23 | 37,1 | 47 | 36,7 | 83 | 33,9 | 170 | 36,0 |
| Halb | 35 | 56,5 | 71 | 55,5 | 74 | 30,2 | 169 | 35,8 |
| Keskmine | 26 | 41,9 | 65 | 50,8 | 60 | 24,5 | 140 | 29,7 |
| Üsna halb | 9 | 14,5 | 6 | 4,7 | 11 | 4,5 | 25 | 5,3 |
| Väga halb | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 1,2 | 4 | 0,9 |
| Kokku | 62 | 100 | 128 | 100 | 245 | 100 | 472 | 100 |

5.1.1. Hea tervise enesehinnangu võrdlus uuringurühmade ja -aastate vahel

Võrdlus uuringurühmade vahel. 2002. aastal hindasid meesarstid (70,1%, 95% CI 65,5–74,5) võrreldes kogurahvastiku meeste (35,2%, 95% CI 30,5–40,2) ja kõrgharidusega kogurahvastiku meestega (43%, 95% CI 30,9–56,7) oma tervist oluliselt rohkem heaks (joonis 1). Aastal 2014 hindasid meesarstid (76,9%, 95% CI 72,5–80,9) võrreldes kogurahvastiku meestega (47,2, 95% CI 43,9–50,6) oma tervist oluliselt rohkem heaks, kõrgharidusega meestega võrdluses ei olnud tulemus statistiliselt oluline. Aastal 2002 hindasid naisarstid (65,5%, 95% CI 63,4–67,5) võrreldes kogurahvastiku naiste (33,3%, 95% CI 29,4–37,4) ja kõrgharidusega kogurahvastiku naistega (44,5%, 95% CI 35,7–53,6) oluliselt rohkem oma tervist heaks. Aastal 2014 hindasid naisarstid (80,2%, 95% CI 78,3–81,9) võrreldes kogurahvastiku naiste (49,6%, 95% CI 46,9–52,4) ja kõrgharidusega kogurahvastiku naistega (64,2%, 95% CI 59,7–68,5) oma tervist oluliselt rohkem heaks.

Võrdlus uuringuaastate vahel. Võrreldes 2002. aastaga hindasid 2014. aastal oma tervist oluliselt rohkem heaks kogurahvastiku mehed ja kõrgharidusega kogurahvastiku mehed, meesarstid hindasid oma tervist mõnevõrra paremaks, kuid see ei olnud statistiliselt oluline (joonis 1). Võrreldes 2002. aastaga hindasid 2014. aastal oma tervist oluliselt rohkem heaks naisarstid, kogurahvastiku naised ja kõrgharidusega kogurahvastiku naised.



Joonis 1. Hea tervise enesehinnangu võrdlus arstide, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku meeste ja naiste hulgas aastatel 2002 ja 2014 (%).

5.2. Suitsetamise levimus

Suitsetamise levimus arstide hulgas. Aastal 2002 oli praeguse suitsetamise levimus meesarstidel 26,3% ja naisarstidel 10,6% (tabel 6). Sealjuures igapäevaselt suitsetas 18,6% mees- ja 6,4% naisarstidest. 2014. aastal oli suitsetamise levimus nii mees- kui naisarstidel vähenenud (vastavalt 16,3% ja 6,5%). Igapäevasuitsetamise levimus oli 12,6% meesarstidel ja 5,1% naisarstidel.

Tabel 6. Suitsetamise levimus Eesti 25–64aastaste arstide hulgas aastatel 2002 ja 2014

| Suitsetamise staatus | 2002 | | | | 2014 | | | |
|----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Praegune | 109 | 26,3 | 224 | 10,6 | 66 | 16,3 | 123 | 6,5 |
| Igapäeva | 77 | 18,6 | 135 | 6,4 | 51 | 12,6 | 96 | 5,1 |
| Juhu | 32 | 7,7 | 89 | 4,2 | 15 | 3,7 | 27 | 1,4 |
| Endine | 131 | 31,6 | 352 | 16,7 | 119 | 29,5 | 346 | 18,2 |
| Mitte kunagi | 175 | 42,2 | 1530 | 72,7 | 218 | 54,1 | 1431 | 75,3 |
| Kokku | 415 | 100 | 2106 | 100 | 403 | 100 | 1900 | 100 |

Suitsetamise levimus kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas.

Kogurahvastikus oli 2002. aastal suitsetamise (igapäeva ja juhu) levimus meeste hulgas 56,7% ja naiste hulgas 25,8% (tabel 7). Aastal 2002 suitsetas igapäevaselt 48,7% meestest ja 20,7% naistest. Võrreldes 2002. aastaga oli aastal 2014 suitsetamise levimus vähenenud nii meestel kui naistel (vastavalt 40,5% ja 22,2%).

Tabel 7. Suitsetamise levimus 25–64aastaste Eesti täiskasvanud kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas aastatel 2002 ja 2014

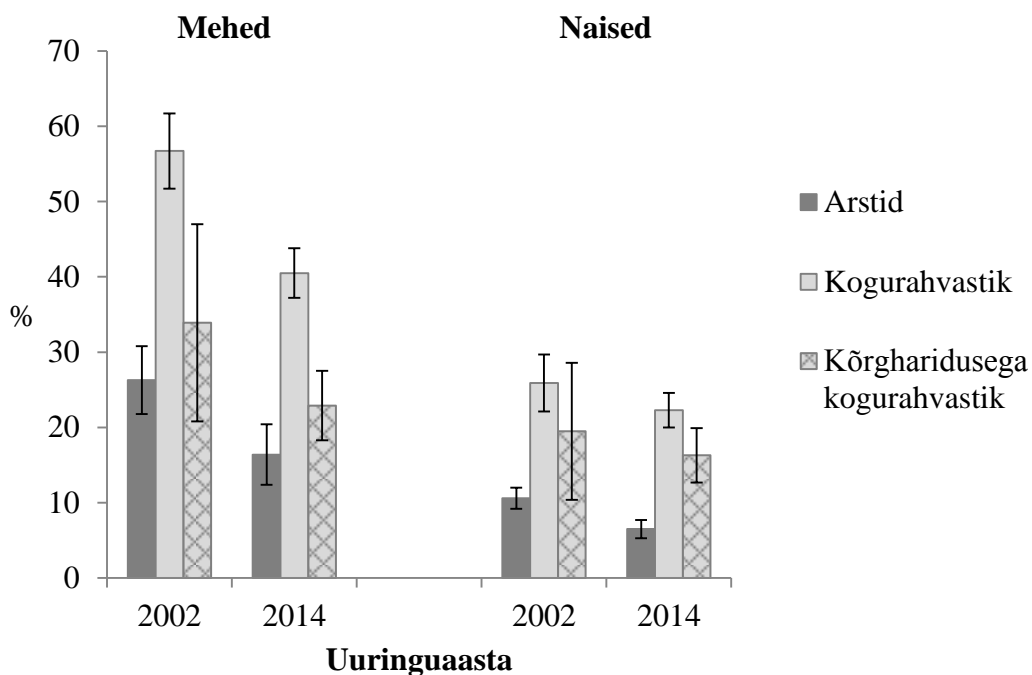
| Suitsetamise staatus | 2002 | | | | 2014 | | | |
|-------------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Mehed | | Naised | | Mehed | | Naised | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kogurahvastik | | | | | | | | |
| Praegune | 219 | 56,7 | 146 | 25,8 | 359 | 40,5 | 287 | 22,2 |
| Igapäeva | 188 | 48,7 | 117 | 20,7 | 294 | 33,2 | 213 | 16,5 |
| Juhu | 31 | 8,0 | 29 | 5,1 | 65 | 7,3 | 74 | 5,7 |
| Endine | 97 | 25,1 | 92 | 16,3 | 304 | 34,3 | 332 | 25,8 |
| Mitte kunagi | 70 | 18,1 | 326 | 57,8 | 224 | 25,3 | 670 | 51,9 |
| Kokku | 386 | 100 | 564 | 100 | 887 | 100 | 1289 | 100 |
| Kõrgharidusega kogurahvastik | | | | | | | | |
| Praegune | 21 | 33,9 | 25 | 19,6 | 56 | 22,9 | 77 | 16,3 |
| Igapäeva | 17 | 27,4 | 17 | 13,3 | 33 | 13,5 | 45 | 9,5 |
| Juhu | 4 | 6,5 | 8 | 6,3 | 23 | 9,4 | 32 | 6,8 |
| Endine | 19 | 30,7 | 22 | 17,2 | 98 | 40,0 | 127 | 26,9 |
| Mitte kunagi | 22 | 35,5 | 81 | 63,3 | 91 | 37,1 | 268 | 56,8 |
| Kokku | 62 | 100 | 128 | 100 | 245 | 100 | 472 | 100 |

Kõrgharidusega kogurahvastikus oli 2002. aastal suitsetamise levimus meestel 33,9% ja naistel 19,6% (tabel 7). Igapäevaselt suitsetas 27,4% meestest ja 13,3% naistest. Aastal 2014 oli suitsetamise levimus vähenenud nii meeste (22,9%) kui naiste (16,3%) hulgas. Igapäevasuitssetajad olid 13,5% meestest ja 9,5% naistest.

5.2.1. Suitsetamise võrdlus uuringurühmade ja -aastate vahel

Võrdlus uuringurühmade vahel. Aastal 2002 suitsetasid meesarstid (26,3%, 95% CI 22,1–30,8) võrreldes kogurahvastiku meestega (56,7%, 95% CI 51,6–61,7) statistiliselt oluliselt vähem ja võrreldes kõrgharidusega kogurahvastiku meestega (33,9%, 95% CI 22,3–47,0) mõnevõrra vähem (joonis 2). Aastal 2014 suitsetasid meesarstid (16,3%, 95% CI 12,9–20,4) võrreldes kogurahvastiku meestega (40,5%, 95% CI 37,2–43,8) statistiliselt oluliselt vähem ja kõrgharidusega kogurahvastiku meestega (22,9%, 95% CI 17,8–28,6) mõnevõrra vähem. Aastal 2002 suitsetasid naisarstid (10,6%, 95% CI 9,4–12,0) võrreldes kogurahvastiku naistega (25,8%, 95% CI 22,3–29,7) ja kõrgharidusega kogurahvastiku naistega (19,6%, 95% CI 13,1–27,5) statistiliselt oluliselt vähem. Aastal 2014 suitsetasid naisarstid (6,5%, 95% CI 5,4–7,7) võrreldes kogurahvastiku naistega (22,2%, 95% CI 20,0–24,6) ja kõrgharidusega kogurahvastiku naistega (16,3%, 95% CI 13,1–19,9) statistiliselt oluliselt vähem.

Võrdlus uuringuaastate vahel. Võrreldes 2002. aastaga suitsetasid 2014. aastal meesarstid ja kogurahvastiku mehed oluliselt vähem, kõrgharidusega kogurahvastiku mehed suitsetasid mõnevõrra vähem (joonis 2). Võrreldes 2002. aastaga suitsetasid 2014. aastal naisarstid oluliselt vähem, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku naised suitsetasid mõnevõrra vähem.



Joonis 2. Suitsetamise võrdlus arstide, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku meeste ja naiste hulgas aastatel 2002 ja 2014 (%).

5.3. Tervise enesehinnangu šansisuhted

Tervise enesehinnangu seos suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega arstide ja kogurahvastiku hulgas. Kõikidele teguritele kohandatud mudelis oli tervise enesehinnang seotud suitsetamise staatuse, uuringurühma, uuringuaasta, vanuserühma ja rahvusega nii meeste kui naiste hulgas (tabel 8). Perekonnaseis muutus nii meeste kui naiste hulgas peale kõigile teguritele kohandamist statistiliselt ebaoluliseks.

Tabel 8. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted Eesti 25–64aastaste arstide ja kogurahvastiku hulgas aastatel 2002 ja 2014 (mudel I)

| Tunnus | Mehed | | Naised | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Kohandamata OR (95% CI) | Kohandatud* OR (95% CI) | Kohandamata OR (95% CI) | Kohandatud* OR (95% CI) |
| Suitsetamise staatus | | | | |
| Praegune | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Endine | 1,54 (1,25–1,91) | 1,38 (1,08–1,75) | 1,46 (1,22–1,76) | 1,21 (0,98–1,49) |
| Mitte kunagi | 2,88 (2,32–3,58) | 1,84 (1,44–2,36) | 1,67 (1,43–1,96) | 1,20 (1,01–1,43) |
| Uuringurühm | | | | |
| Rahvastik | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Arstid | 3,57 (2,95–4,31) | 4,47 (3,46–5,78) | 3,26 (2,90–3,65) | 4,12 (3,55–4,77) |
| Uuringuaasta | | | | |
| 2002 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2014 | 1,13 (0,95–1,36) | 1,59 (1,26–2,00) | 1,49 (1,33–1,65) | 2,42 (2,12–2,75) |
| Vanuserühm | | | | |
| 25–34 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 35–44 | 0,63 (0,48–0,82) | 0,53 (0,39–0,72) | 0,58 (0,48–0,70) | 0,57 (0,46–0,69) |
| 45–54 | 0,39 (0,30–0,51) | 0,29 (0,22–0,39) | 0,38 (0,32–0,45) | 0,32 (0,26–0,39) |
| 55–64 | 0,21 (0,16–0,28) | 0,16 (0,12–0,22) | 0,20 (0,17–0,24) | 0,17 (0,13–0,20) |
| Rahvus | | | | |
| Mitte-eestlane | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Eestlane | 1,63 (1,33–2,00) | 1,59 (1,27–2,01) | 2,42 (2,12–2,75) | 2,13 (1,85–2,46) |
| Perekonnaseis | | | | |
| Abielus/ kooselus | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Vallaline | 0,66 (0,55–0,79) | 1,56 (0,88–1,51) | 0,66 (0,58–0,75) | 0,93 (0,79–1,09) |
| Lahutatud/ lesk | 0,32 (0,23–0,46) | 0,72 (0,48–1,08) | 0,51 (0,44–0,59) | 0,89 (0,76–1,05) |

*Kohandatud kõigile tabelis olevatele tunnustele

Võrreldes suitsetavate meestega oli endistel suitsetajatel meestel 1,38 ja mitte kunagi suitsetanud meestel 1,84 korda suurem šanss anda head tervise enesehinnangut (tabel 8). Võrreldes suitsetavate naistega oli mitte kunagi suitsetanud naistel 1,20 korda suurem šanss anda head tervise enesehinnangut.

Võrreldes kogurahvastikuga oli meesarstidel 4,47 ja naisarstidel 4,12 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal meestel 1,59 ja naistel 2,42 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Võrreldes noorima vanuserühmaga (25–34aastased) oli nii meestel kui naistel kõigis vanemates vanuserühmades oluliselt väiksem šanss anda head tervise enesehinnangut. Eestlastel oli mitte-eestlastega võrreldes oluliselt suurem šanss anda head tervise enesehinnangut (meestel OR = 1,59 ja naistel OR = 2,13).

Tervise enesehinnangu seos suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega arstide ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas. Kõikidele tunnustele kohandatud mudelis oli tervise enesehinnang nii meeste kui naiste hulgas seotud uuringurühma, uuringuaasta, vanuserühma ja rahvusega (tabel 9). Vaid meeste hulgas oli tervise enesehinnang seotud suitsetamisega. Nii meestel kui naistel muutus perekonnaseis peale kõigile teguritele kohandamist statistiliselt mitteoluliseks.

Võrreldes suitsetavate meestega oli mitte kunagi suitsetanud meestel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks (OR = 2,06). Endistel suitsetavatel meestel oli võrreldes suitsetavate meestega 1,48 korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Peale kohandamist kõigile teguritele muutus tervise enesehinnangu ja suitsetamise vaheline seos naiste hulgas statistiliselt ebaoluliseks.

Võrreldes kõrgharidusega kogurahvastikuga oli arstidel oluliselt suurem šanss anda head tervise enesehinnangut (meestel OR = 2,34 ja naistel OR = 2,67). Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal oluliselt suurem šanss anda head tervise enesehinnangut (meestel OR = 1,78 ja naistel OR = 2,37). Võrreldes noorima vanuserühmaga oli nii meestel kui naistel vanemates vanuserühmades oluliselt väiksem šanss hinnata oma tervist heaks. Mitte-eestlastega võrreldes oli eestlastel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks (meestel OR = 1,49 ja naistel OR = 1,95).

Tabel 9. Hea tervise enesehinnangu šansisuhted Eesti 25–64aastaste arstide ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas aastatel 2002 ja 2014 (mudel II)

| Tunnus | Mehed | | Naised | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Kohandamata OR (95% CI) | Kohandatud* OR (95% CI) | Kohandamata OR (95% CI) | Kohandatud* OR (95% CI) |
| Suitsetamise staatus | | | | |
| Praegune | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Endine | 1,34 (0,96–1,88) | 1,48 (1,04–2,12) | 1,19 (0,94–1,53) | 1,09 (0,85–1,42) |
| Mitte kunagi | 2,29 (1,65–3,19) | 2,06 (1,45–2,93) | 1,28 (1,04–1,57) | 1,08 (0,86–1,35) |
| Uuringurühm | | | | |
| Rahvastik | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Arstid | 1,52 (1,15–2,01) | 2,34 (1,56–3,49) | 1,75 (1,47–2,65) | 2,67 (2,13–3,33) |
| Uuringuaasta | | | | |
| 2002 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2014 | 1,43 (1,10–1,85) | 1,78 (1,31–2,43) | 1,86 (1,64–2,12) | 2,37 (2,05–2,74) |
| Vanuserühm | | | | |
| 25–34 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 35–44 | 0,77 (0,49–1,19) | 0,77 (0,48–1,23) | 0,51 (0,41–0,65) | 0,54 (0,42–0,69) |
| 45–54 | 0,45 (0,29–0,68) | 0,42 (0,27–0,66) | 0,35 (0,28–0,44) | 0,32 (0,25–0,41) |
| 55–64 | 0,25 (0,17–0,38) | 0,23 (0,14–0,36) | 0,19 (0,16–0,24) | 0,17 (0,14–0,22) |
| Rahvus | | | | |
| Mitte-eestlane | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Eestlane | 1,51 (1,12–2,03) | 1,49 (1,08–2,06) | 2,02 (1,73–2,37) | 1,95 (1,65–2,31) |
| Perekonnaseis | | | | |
| Abielus/ kooselus | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Vallaline | 1,06 (0,78–1,44) | 1,27 (0,80–2,00) | 0,93 (0,78–1,09) | 0,91 (0,74–1,11) |
| Lahutatud/ lesk | 0,46 (0,26–0,81) | 0,77 (0,42–1,40) | 0,60 (0,51–0,72) | 0,89 (0,73–1,06) |

*Kohandatud kõigile tabelis olevatele tunnustele

6. ARUTELU

Käesolevas töös uuriti arstide ja kogurahvastiku tervise enesehinnangut ja suitsetamist aastatel 2002 ja 2014 ning analüüsiti tervise enesehinnangu seost suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega.

Tervise enesehinnangu võrdlus uuringurühmade vahel. Nii 2002. kui 2014. aastal hindasid arstid võrreldes kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastikuga rohkem oma tervist heaks. Kui 2002. aastal andsid nii mees- kui naisarstid võrreldes kogurahvastikuga kaks korda rohkem head tervise enesehinnangut, siis 2014. aastal oli see erinevus 1,6 kordne. Võrreldes kõrgharidusega kogurahvastiku meeste ja naistega hindasid mees- ja naisarstid oma tervist 2002. aastal 1,5 korda ja 2014. aastal 1,2 korda sagedamini heaks.

Tervise enesehinnang aastatel 2002 ja 2014. Nii arstide, kogurahvastiku kui kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas paranes tervise enesehinnang ajaperioodil 2002–2014. Hea tervise enesehinnangu levimuse suurenemist nii meeste kui naiste hulgas on leitud ka teiste riikide teadusuuringutes (18–20). Sellest tulemusest võib järeldada, et paranenud on sotsiaal-majanduslik olukord ühiskonnas ning suurenenud on täiskasvanute teadlikkus oma tervise osas, mis on saavutatud tervisliku eluviisi propageerimisega.

Arstide ja kogurahvastiku hulgas oli 2002. aastal hea tervise enesehinnangu andjate hulgas rohkem mehi, kuid 2014. aastal rohkem naisi. Kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas oli 2002. aastal hea tervise enesehinnangu levimus meeste ja naiste hulgas sarnane, kuid 2014. aastal oli see kõrgem meeste hulgas.

Arstidest hindas 2002. aastal oma tervist heaks 70,1% meestest ja 65,5% naistest ning 2014. aastal vastavalt 76,9% ja 80,2%. Ka Soomes, Jaapanis ja Brasiilias läbi viidud uuringutest selgusid sarnased tulemused, kus vähemalt kolm neljandikku arstidest hindas oma tervist heaks (15–17). Kui 2002. aastal hindas võrreldes naisarstidega rohkem meesarste oma tervist heaks, siis 2014. aastal hindas oma tervist heaks rohkem naisarste. Leedus hindas aastal 2009 oma tervist heaks rohkem meesarste võrreldes naisarstidega (14).

Kogurahvastikus hindas 2002. aastal oma tervist heaks 35,8% meestest ja 33,3% naistest ning 2014. aastal vastavalt 47,2% ja 49,6%. Varasematest uuringutest Eestis leiti, et hea tervise enesehinnangu levimus on suurenenud nii meeste kui naiste hulgas ning ligi pooled meestest ja naistest hindasid oma tervist heaks (8, 24, 25). Samuti on varasemast uuringust selgunud, et halva tervise enesehinnangu (keskmise, halb, väga halb) levimus

vähenes Eestis ja Lätis ligi kümnendiku võrra (20). Soomes 2010. aastal leiti, et võrreldes meestega hindas rohkem naised oma tervist heaks (20). Rootsis ja Leedus hindasid võrreldes naistega rohkem mehed oma tervist heaks (19, 20). Käesoleva töö tulemused kogurahvastiku hea tervise enesehinnangu levimuse osas sarnanesid kõige rohkem Leedule, kus samuti ligi pooled meestest ja naistest hindasid oma tervist heaks (20). Võrreldes Rootsi ja Soomega hindasid Eesti mehed ja naised tunduvalt vähem oma tervist heaks (19, 20).

Kõrgharidusega kogurahvastikus hindas 2002. aastal oma tervist heaks 43,5% meestest ja 44,5% naistest, 2014. aastal vastavalt 69,8% ja 64,2%. Käesoleva töö tulemused ühtivad 2006. aastal läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringuga, mille põhjal hindas oma tervist heaks ligi 44% kõrgharidusega meestest ning ligi 57% kõrgharidusega naistest (4).

Suitsetamise võrdlus uuringurühmade vahel. Võrreldes arstidega oli 2002. ja 2014. aastal kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku suitsetamise levimus märkimisväärselt kõrgem. 2002. aastal suitsetasid kogurahvastikus mehed kaks korda rohkem võrreldes meesarstidega ja naised kaks ja pool korda rohkem võrreldes naisarstidega. Aastal 2014 suitsetasid kogurahvastikus mehed 2,5 korda rohkem võrreldes meesarstidega ning naised 3,4 korda rohkem võrreldes naisarstidega. 2002. aastal suitsetasid kõrgharidusega kogurahvastikus mehed 1,3 korda rohkem võrreldes meesarstidega ja naised ligi kaks korda rohkem võrreldes naisarstidega ning 2014. aastal kõrgharidusega mehed võrreldes meesarstidega 1,4 korda rohkem ja kõrgharidusega naised võrreldes naisarstidega 2,5 korda rohkem. Enamikes arenenud riikides oli arstide suitsetamise levimus võrreldes Eesti rahvastiku suitsetamise levimusega tunduvalt madalam, välja arvatud Hiinas ja Jaapanis. Eesti kogurahvastiku meeste suitsetamise levimus oli võrreldav Itaalia ja Prantsusmaa arstide suitsetamise levimusega, kus see oli üle 25%. Võrreldes Itaalia naisarstidega suitsetasid Eesti kogurahvastiku naised kaks korda vähem, kuid võrreldes Soome naisarstidega suitsetasid Eesti kogurahvastikus naised viis korda rohkem (29, 30).

Suitsetamise levimus aastatel 2002 ja 2014. Nii arstide, kogurahvastiku kui kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas vähenes suitsetamine ajaperioodil 2002–2014. Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal suitsetamise levimus oluliselt madalam nii mees- ja naisarstide kui kogurahvastiku meeste hulgas. Võrreldes naistega oli kõigis uuringurühmades mõlemal uuringuaastal suitsetamise levimus meeste hulgas kõrgem. Suitsetamise levimuse vähenemine võib tuleneda nii arstkonna kui kogurahvastiku

teadlikkuse tõusust suitsetamise kahjulikkuse osas ning suurenenud teadlikust valikust järgida tervislikku eluviisi.

Arstide hulgas suitsetas 2002. aastal 26,3% meestest ja 10,6% naistest, 2014. aastal vastavalt 16,3% ja 6,5%. Seega oli võrreldes 2002. aastaga nii mees- kui naisarstide hulgas 2014. aastaks suitsetamise levimus vähenenud ligi 1,6 korda. Suitsetamise levimuse vähenemist arstide hulgas on kirjeldatud ka teistes Eesti arstide suitsetamisuuringu andmetel põhinevates teadustöodes. Käesoleva töö tulemused 2002. aasta osas ühtivad varasema uuringuga, kus leiti mees- ja naisarstide suitsetamise levimuses sarnane tulemus (suitsetas ligi veerand meesarstidest ja kümnendik naisarstidest) (35, 36).

Samuti on arstide suitsetamise levimuse vähenemist täheldatud paljude varasemate rahvusvaheliste uuringute andmetel (29–32). Võrreldes Eestiga oli Soomes juba 2001. aastal suitsetamise levimus mees- ja naisarstidel (vastavalt 7% ja 4%) oluliselt madalam kui Eestis 2014. aastal (16,3% ja 6,5%) (30). Eesti arstidest olulisemalt suurem suitsetamise levimus (üle veerandi) oli varasemate uuringute põhjal Itaalia, Prantsusmaa, Kreeka, Türgi, Hiina ja Jaapani arstide hulgas (29, 31). Võrreldes Eesti arstide suitsetamise levimusega 2014. aastal, oli Ameerika Ühendriikide, Austraalia ja Suurbritannia arstide hulgas juba 2004. aastal sellest oluliselt madalam suitsetamise levimus (2–3%) (29, 32).

Kogurahvastikus suitsetas 2002. aastal üle poole meestest (56,7%) ja veerand (25,8%) naistest ning 2014. aastal vastavalt 40,5% ja 22,2%. Sarnased tulemused Eesti kohta leiti ka varasemas uuringus (43). Käesoleva töö tulemus on võrreldav 2013. aasta WHO raporti andmetega, kus sarnased tulemused selgusid Lääne-Euroopa riikide kohta (37). Mitmed uuringud tõid välja, et suitsetamise levimus oli enamikes Euroopa riikides meeste hulgas olnud stabiilne või vähenenud. Samuti leiti, et paljudes Euroopa riikides oli suitsetamise levimus ka naiste hulgas vähenenud, kuid mitmes riigis (Austria, Küpros, Soome, Saksamaa, Kreeka, Ungari, Leedu, Luksemburg) oli see suurenenud (38–41). Varasemate uuringute põhjal olid kõrgeima meeste suitsetamise levimusega (ligi 50%) riigid Euroopas Türgi, Läti ja Kreeka. Seega saab järeldada, et Eesti meeste suitsetamise levimus oli 2014. aastal Euroopas üks kõrgemaid. Kirjandusest selgus, et naiste suitsetamise levimus oli kõrgeim (üle 25%) Euroopa riikides nagu Kreeka, Ungari, Poola, Hollandi ja Prantsusmaa naiste hulgas. Seega on käesoleva töö tulemused Eesti naiste suitsetamise levimuse osas nende riikidega võrreldavad (39, 40).

Käesoleva töö kõrgharidusega kogurahvastikus suitsetas 2002. aastal ligi kolmandik (33,9%) meestest ja viiendik (19,6%) naistest. Seejuures kõrgharidusega mehed suitsetasid naistest 1,7 korda rohkem. Aastaks 2014 oli kõrgharidusega meeste suitsetamise levimus vähenenud ligi poolteist korda, kuid kõrgharidusega naiste suitsetamise levimus vähenes vähesel määral (vastavalt 22,9% ja 16,3%). Samas oli kõrgharidusega naiste suitsetamise levimus ligi poolteist korda madalam võrreldes meestega. Antud uuringutulemused on sarnased varasema uuringu tulemustega kõrgharidusega kogurahvastiku suitsetamise levimuse osas 2002. ja 2014. aastal (44).

Tervise enesehinnangu seos suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega arstide ja kogurahvastiku hulgas. Kõigile teguritele kohandatud mudelis oli tervise enesehinnang seotud nii meestel kui naistel suitsetamise staatuse, uuringurühma, uuringuaasta, vanuserühma ja rahvusega. Perekonnaseis muutus nii meeste kui naiste hulgas peale kõigile teguritele kohandamist statistiliselt ebaoluliseks. Käesoleva töö tulemustest selgus, et nii meeste kui naiste hulgas leiti oluline seos tervise enesehinnangu ja suitsetamise staatuse vahel.

Võrreldes suitsetavate meeste ja naistega oli mittersuitsetavatel meestel ja naistel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Ka ühes varasemas Eesti andmetel põhinevas uuringus leiti, et need mehed, kes olid viimase kuu jooksul suitsetanud, hindasid oma tervist oluliselt vähem heaks võrreldes mittersuitsetavate meestega (4). Teises Eesti andmetel põhinevas läbilõikelises uuringus aga leiti, et suitsetamise ja tervise enesehinnangu vahel puudus oluline seos (52).

Rahvusvahelises teaduskirjanduses on samuti leitud, et tervise enesehinnangu ja suitsetamise vahel on oluline seos. Rootsi 1999. ja 2006. aasta uuringutes leiti, et võrreldes mitte kunagi suitsetanutega oli suitsetajatel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist halvaks (49, 51). Soomes oli võrreldes mittersuitsetajatega igapäevasuitsetajatel kaks korda suurem šanss hinnata oma tervist halvaks (52). Kanadas andsid suitsetavad mehed ja naised võrreldes mitte kunagi suitsetanud meeste ja naistega vähem väga head või head tervise enesehinnangut (42).

Käesolevast tööst selgus, et võrreldes kogurahvastikuga oli meesarstidel ligi neli ja pool ning naisarstidel ligi kolm korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Võrreldes 2002. aastaga oli 2014. aastal nii meeste kui naiste hulgas oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks.

Eestlased hindasid võrreldes mitte-eestlastega oma tervist oluliselt paremaks. Sarnast tulemust, kus eestlased hindasid võrreldes mitte-eestlastega oma tervist oluliselt rohkem

heaks, on leitud ka varasemates uuringutes (8, 23, 24). Võrreldes noorima vanuserühmaga (25–34aastased) oli nii meestel kui naistel igas vanemas vanuserühmas oluliselt väiksem šanss anda head tervise enesehinnangut. Sarnaseid tulemusi on kirjeldatud ka varasemates uuringutes (8). Selline seos on ootuspärane, kuna vanemates vanuserühmades esineb võrreldes noortega rohkem terviseprobleeme ja haiguseid, mis võivad mõjutada hinnangut oma tervisele. Käesolevas töös tervise enesehinnangu ja perekonnaseisu vahel olulist seost ei leitud. See tulemus on vastuolus varasemate uuringute tulemustega, kus on leitud, et võrreldes vallaliste meestega oli abielus ja vabaabielus olevatel meestel oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks (8).

Tervise enesehinnangu seos suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega arstide ja kõrgharidusega kogurahvastiku hulgas. Kõigile tunnustele kohandatud mudelis oli tervise enesehinnang nii meeste kui naiste hulgas seotud uuringurühma, uuringuaasta, vanuserühma ja rahvusega. Vaid meeste hulgas oli tervise enesehinnang seotud suitsetamisega. Nii meestel kui naistel muutus perekonnaseis peale kõigile teguritele kohandamist statistiliselt mitteoluliseks.

Arstide ja kõrgharidusega kogurahvastiku andmetest selgus, et vaid meeste hulgas leiti oluline seos tervise enesehinnangu ja suitsetamise vahel. Võrreldes suitsetavate meestega oli mitte kunagi suitsetanud meestel kaks korda suurem šanss hinnata oma tervist heaks.

Arstidel oli võrreldes kõrgharidusega kogurahvastikuga oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Seosed olid sarnased nii meeste kui naiste hulgas. Samas võrreldes arstide ja kõrgharidusega kogurahvastikuga oli arstide ja kogurahvastiku šansisuhted madalamad. Varem on leitud, et kõrgema haridustasemega täiskasvanud annavad rohkem head tervise enesehinnangut (4, 8). Tulemustest võib järeldada, et kõrgema haridustasemega täiskasvanud hindavad oma tervist oluliselt paremaks. Võiks arvata, et arstid, kellel on erialased teadmised tervisest ja haigustest, hindavad selle põhjal oma tervist kriitilisemalt ja pigem teadlikumalt halvemaks võrreldes kogurahvastikuga. Käesolevast tööst selgub vastupidine tulemus, mis võib põhineda mitte niivõrd arstide subjektiivsel hinnangul oma tervisele, vaid sellel, et arstidel on suuremad teadmised tervisest ja haiguste ennetamisest ning ka paremad võimalused tervise hoidmisel.

Nii meeste kui naiste hulgas oli võrreldes 2002. aastaga 2014. aastal oluliselt suurem šanss hinnata oma tervist heaks. Võrreldes mitte-eestlastega oli eestlastel oluliselt suurem šanss anda head tervise enesehinnangut, sealhulgas naiste šansisuhted olid mõnevõrra suuremad. Võrreldes noorima vanuserühmaga andsid nii mehed kui naised vanemates

vanuserühmades oluliselt vähem head tervise enesehinnangut. Endiselt puudus oluline seos tervise enesehinnangu ja perekonnaseisu vahel.

Töö nõrkuseks võib pidada seda, et nii ASU kui ka TKU puhul oli tegemist läbilõikelise postiküsitlusuuringuga. Kuna küsimustikud täideti iseseisvalt, siis ei ole võimalik hinnata täpsust küsimustele vastamisel. Sellest tulenevalt ei saa välistada raporteerimisnihke olemasolu ning see võib omakorda mõjutada suitsetamise ja tervise enesehinnangu levimuse ja šansisuhete tõesust. Üheks puuduseks võib veel pidada TKU tervise enesehinnangu küsimuse vastusevariantide sõnastuse muutumist kahe uuringuaasta lõikes. Aastal 2014 oli varasema „väga hea“ ja „väga halb“ vastusevariantide asemel variandid „hea“ ja „halb“. Need, kes varasemalt ei hinnanud oma tervist väga heaks, võisid nüüd meelsamini anda head tervise enesehinnangut ning sellest tulenevalt võis ka hea tervise enesehinnangu levimus oluliselt tõusta. Ühe puudusena saab veel välja tuua mõlema uuringu puhul madalat vastamismäära (sealhulgas oli see uuringuaastate jooksul vähenenud). Need, kes jätsid vastamata, võisid oma vastustelt erineda neist, kes vastasid.

Töö tugevuseks võib pidada seda, et mõlemat uuringut on korduvalt läbi viidud pikema ajaperioodi vältel. ASU puhul oli tegemist neljanda uuringuga ning TKU-d viiakse läbi iga kahe aasta tagant alates 1990. aastast. Nii ASU kui TKU on läbi viidud sarnase meetodikaga, mis võimaldab tulemusi võrrelda ajas. Samuti on mõlemal uuringul esinduslik valim. ASU andmed saadakse Eesti tervishoiutöötajate registrist (alates 2014. aastast) ning TKU puhul tellitakse kihitatud juhuvalim Eesti rahvastikuregistrist.

7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

Käesolevas töös uuriti arstide, kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastiku tervise enesehinnangut ja suitsetamist ning analüüsiti tervise enesehinnangu seost suitsetamise, uuringurühma, uuringuaasta ja sotsiaaldemograafiliste teguritega aastatel 2002 ja 2014.

1. Aastal 2002 hindas oma tervist heaks ligi kolm neljandikku mees- ja kaks kolmandikku naisarstidest, kogurahvastikus kolmandik meestest ja naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus ligi pooled meestest ja naistest. Aastaks 2014 suurenes hea tervise enesehinnangu levimus nii meeste kui naiste hulgas kõikides uuringurühmades. Aastal 2002 suitsetas veerand mees- ja kümnendik naisarstidest. Kogurahvastikus suitsetas üle poole meestest ja veerand naistest ning kõrgharidusega kogurahvastikus kolmandik meestest ja viiendik naistest. Aastaks 2014 oli suitsetamise levimus vähenenud kõikides uuringurühmades.
2. Võrreldes kogurahvastiku ja kõrgharidusega kogurahvastikuga andsid arstid rohkem head tervise enesehinnangut ning suitsetasid vähem. Võrreldes 2002. aastaga anti 2014. aastal rohkem head tervise enesehinnangut ning suitsetati vähem kõigis uuringurühmades.
3. Kõigile teguritele kohandatud mudel kinnitas tervise enesehinnangu seost uuringuaastaga. Oma tervist hindasid oluliselt paremaks mittersuitsetajad, arstid ja eestlased ning halvemaks täiskasvanud vanemates vanuserühmades.

Käesoleval tööl põhinevad ettepanekud:

- jätkata regulaarseid terviseuuringuid, et välja selgitada tervise enesehinnangu ja suitsetamise suundumusi nii arstkonnas kui kogurahvastikus Eestis;
- viia läbi põhjalikum analüüs tervise enesehinnangu ning suitsetamise seostest rahvusega, et välja selgitada põhjused, miks eestlaste ja mitte-eestlaste tervise enesehinnang erineb;
- uurida tervise enesehinnangu seost suitsetamisest loobumisega, et omada tõenduspõhist informatsiooni, kas tervise enesehinnang erineb suitsetamisest loobumise soovi järgi.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Park S, Ahn J, Lee BK. Self-rated subjective health status is strongly associated with sociodemographic factors, lifestyle, nutrient intakes, and biochemical indices, but not smoking status: KNHANES 2007-2012. *J Korean Med Sci* 2015;30:1279–87.
2. Zarini GG, Vaccaro JA, Canossa MA, et al. Lifestyle behaviors and self-rated health: the living for health program. *J Environ Public Health*; 2014.
3. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS One* 2014;9.
4. Tekkel M, Veideman T. Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega : Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst* 2008;88:37–42.
5. WHO. Global report on trends in prevalence of tobacco smoking. WHO; 2015.
6. WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
7. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117:292–304.
8. Pöld ML. Tervise enesehinnang sotsiaalmajandusliku staatuse järgi Eestis 1996–2014 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2015.
9. Jossieran L, King G, Guilbert P, et al. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005;15:33–8.
10. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health* 2013;1:15.
11. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol* 2008;23:773–781.
12. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2002. Eesti Tervisekasvatuse Keskus: Tallinn; 2003.
13. Tekkel M, Veidemann T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2015.
14. Baubinas A, Gurevicius R, Jankauskiene K, et al. Self-rated health among physicians. *Medicina* 2009;45:557–64.
15. Heponiemi T, Kouvonen A, Vänskä J, et al. Health, psychosocial factors and retirement intentions among Finnish physicians. *Occup Med* 2008;58:406–12.
16. Shimizu T, Nagata S. Relationship between job stress and self-rated health among Japanese full-time occupational physicians. *Environ Health Prev Med* 2005;10:227–32.
17. Garcia LP, Höfelmann DA, Facchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cad Saude Publica* 2010;26:971–80.
18. Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:644–652.
19. Eriksson M, Dahlgren L, Janlert U, et al. Social capital, gender and educational level–

- impact on self-rated health. *Open Public Health J* 2010;3:1–12.
20. Reile R, Helakorpi S, Klumbiene J, et al. The recent economic recession and self-rated health in Estonia, Lithuania and Finland: a comparative cross-sectional study in 2004–2010. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:1072–9.
 21. Daniilidou NV, Gregory S, Kyriopoulos JH, et al. Factors associated with self-rated health in Greece: a population-based postal survey. *Eur J Public Health* 2004;14:209–11.
 22. Dubikaytis T, Härkänen T, Regushevskaya E, et al. Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland. *Int J Equity Health* 2014;13:39.
 23. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
 24. Sildever Ü, Pärna K, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. *Eesti Arst* 2008;87:13-8.
 25. Pärna K, Ringmets I. Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland. *Scand J Public Health* 2010;38:129–34.
 26. World Health Organization. Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the global adult tobacco survey (GATS), 2nd edition. Atlanta:WHO; 2011.
 27. Shafey O, Guindon GE. Tobacco control country profiles. Second edition 2003. Atlanta: American Cancer Society. *Hum Dev* 2003;13–26.
 28. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519–0.
 29. Smith D, Leggat P. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007;7:115.
 30. Barengo NC, Sandström PH, Jormanainen VJ, et al. Changes in smoking prevalence among Finnish physicians 1990-2001. *Eur J Public Health* 2004;14:201–3.
 31. Smith DR, Wada K. Declining rates of tobacco use in the Japanese medical profession, 1965–2009. *J Epidemiol* 2013;23:4–11.
 32. Smith DR, Leggat PA. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997. *Tob Induc Dis* 2008;4:13.
 33. Väärt E, Vahtra M, Rahu M, et al. Eesti arstkonna suitsetamishõlmavuse ankeetküsitlus. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1979;58:279–81.
 34. Rahu M, Raudsepp J. Teine Eesti NSV arstkonna suitsetamislevimuse ankeetküsitlus 1982. aastal. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1986;65:258–61.
 35. Pärna K, Rahu K, Rahu M, et al. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
 36. Lohur L. Arstide suitsetamine ja suhtumine suitsetamisse [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli premeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2016.
 37. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. WHO; 2013.
 38. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, et al. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2009.

39. Joossens L. Effective tobacco control policies in 28 European countries. Brussels: European network for smoking prevention. *Tob Control Manag*; 2004.
40. Thun M, Peto R, Boreham J, et al. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control* 2012;2:96–101.
41. Lahelma E, Pietiläinen O, Ferrie J, et al. Changes over time in absolute and relative socioeconomic differences in smoking: a comparison of cohort studies from Britain, Finland, and Japan. *Nicotine Tob Res* 2016;18:1697–704.
42. Kirkland S, Greaves L, Devichand P. Gender Differences in smoking and self reported indicators of health. *BMC Womens Health* 2004;4:1:7.
43. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi 1990, 2002, 2014.
44. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU51: Suitsetamine soo ja hariduse järgi 1990, 2002, 2014.
45. Pürjer ML. Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamine sotsiaalmajandusliku staatuse järgi 1990–210 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2013.
46. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R. Eesti Terviseuuring 1996. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Tallinn; 1999.
47. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti Terviseuuring. ET11: Suitsetamine viimasel neljal nädalal soo ja vanuserühma järgi 2006.
48. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti Terviseuuring. ET114: Suitsetamine viimasel neljal nädalal soo, vanusrühma ja hariduse järgi 2006.
49. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713–20.
50. Lim W-Y, Ma S, Heng D, et al. Gender, ethnicity, health behaviour and self-rated health in Singapore. *BMC Public Health* 2007;7:184.
51. 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.
52. Kasmel A, Helasoja V, Lipland A. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004;14:32–6.
53. Pärna K, Rahu K, Barengo NC, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Praventivmed* 2005;50:378–88.
54. Lohur L, Pärna K. Arstide suitsetamine, sellealased hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele. *Eesti Arst* 2016;95:285–93.
55. Parik CK. Nikotiinisõltuvuse määramise epidemioloogilised ja geneetilised võimalused: Eesti arstide suitsetamisuuring 2014 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2016.

Self-rated health and smoking among physicians and total population in 2002 and 2014

Sävelin Siida

SUMMARY

The thesis focussed on self-rated health (SRH) and smoking among physicians and the total population in 2002 and 2014. The objectives of the thesis were (1) to describe SRH and smoking among physicians, total population and among population with higher education; (2) to compare SRH and smoking in three study groups, and to compare SRH and smoking in study groups in 2002 and 2014, (3) to analyse the association between SRH and smoking status, study group, study year, and socio-demographic factors.

The thesis was based on cross-sectional postal smoking surveys conducted among physicians and health behaviour surveys conducted among adult population in 2002 and 2014 in Estonia. The target group of the present study were 25–64-year-old adults (n=7950). For data analysis, SRH was divided into two groups: good (very good, quite good) and bad (average, quite bad, very bad), and smoking was divided into three groups: current (daily, occasional), former, never. Prevalence of SRH and smoking with 95% confidence interval (CI) were calculated. Logistic regression was used to analyse association between SRH (good vs bad) and smoking, study group, study year and socio-demographic factors. Two logistic regression models were used (model I for physicians and total population, model II for physicians and total population with higher education). Fully adjusted odds ratios (OR) with 95% CI were calculated.

In 2002, 70.1% of male and 65.5% of female physicians, 35.2% of men and 33.3% of women in total population, and 43.5% of men and 44.5% of women in the total population with higher education rated their health as good. In 2014, 76.9% of male and 80.2% of female physicians, 47.2% of men and 49.6% of women in the total population, and 69.8% of men and 64.2% of women in total population with higher education considered their health good.

In 2002, 26.3% of male and 10.6% of female physicians, 56.7% of men and 25.8% of women in the total population, and 33.9% of men and 19.6% of women in total population with higher education smoked. In 2014, 16.3% of male and 6.5% of female physicians, 40.5% of men and 22.2% of women in total population, and 22.9% of men and 16.3% of women in total population with higher education smoked.

In the fully adjusted models, SRH was associated with smoking status, study group, study year, age group and nationality. After adjustment, the marital status among men and women in both models and smoking status among women in model II became statistically not significant.

Compared to current smokers, the odds of good SRH was significantly higher among men who were former smokers or had never smoked and, only in model I, among women who had never smoked. Compared to the total population, the odds for good SRH was 4.47 times higher among male physicians and 4.12 times higher among female physicians. Compared to the total population with higher education, the odds of good SRH was 2.34 times higher among male physicians and 2.67 times higher among female physicians. In both models, compared to the year 2002, the participants rated their health as good significantly more often in 2014. In both models, Estonians considered their health good significantly more often than non-Estonians and older age groups considered their health good significantly less often than the youngest age group.

Conclusion. Compared to the total population and population with higher education, physicians considered their health significantly better and smoked much less. Compared to 2002, prevalence of good SRH was higher and prevalence of smoking lower in 2014 in all three survey groups. Good SRH was associated with non-smoking and Estonians and younger adults considered their health better.

TÄNUAVALDUS

Minu suur ja südamlük tänu kuulub:

- Kersti Pärnale, kelle juhendamine, pühendumus ja panus magistrütöö kirjutamisel oli hindamatu kaaluga. Tänan põhjaliku tagasiside, suunavate nõuannete ning suure toetuse eest.
- Inge Ringmetsale toetuse, abi ja asjalike juhiste eest andmeanalüüsi läbiviimisel.
- Oma kursusekaaslastele ja instituudi õppejõududele, kes olid oma abivalmi suhtumise, suurte kogemuste ja teadmistega eeskujuks.
- Oma lähedastele julgustuse, mõistva suhtumise ning igakülgse toetuse eest.

Eesti arstide 2014. aasta suitsetamisuuringut rahastas personaalse uurimistoetusena (PUT299/GMVPT0299P) Haridus- ja Teadusministeerium.

CURRICULUM VITAE

| | |
|--------------------------------|--|
| Ees- ja perekonnanimi: | Sävelin Siida |
| Sünniaeg: | 16.01.1991 |
| E-post: | savelin.siida@gmail.com |
| Kodakondsus: | Eesti |
| Haridus: | |
| 2015–... | Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid) |
| 2010–2015 | Tartu Ülikool, bakalaureusekraad (eripedagoogika) |
| 2007–2010 | Rakvere Reaalgümnaasium, keskharidus |
| Keelteoskus: | |
| eesti | emakeel |
| inglise | kõnes ja kirjas – väga hea |
| vene | kõnes ja kirjas – vähene |
| Töökogemus: | |
| 2017–... | Tartu Linnavalitsus, sotsiaal- ja tervishoiuosakond, arendus- ja haldusteenistuse peaspetsialist |
| 2014–2015 | Tartu Lasteaed Ploomike, õpetaja |
| Erialane enesetäiendus: | |
| 2015 | „Vaktsineerimine ja tõenduspõhine rahvatervishoid“, 5 tundi, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut |
| Huvialad: | Fotograafia, tervisesport |

Kuupäev: 30.05.2017

LISAD

Lisa 1. ASU kasutatud küsimustik

2014. aasta küsimustik

1. Sünniaeg

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

päev

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

kuu

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

aasta

2. Sugu

- 1 mees
- 2 naine

4. Perekonnaseis

- 1 abielus/vabaabielus
- 2 vallaline
- 3 lahutatud/lahus elav
- 4 lesk

5. Rahvus

- 1 eestlane
- 2 venelane
- 3 muu

8. Milline on Teie hinnang oma tervisele praegu?

- 1 väga hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 väga halb

97 ei oska öelda

98 ei soovi vastata

9. Kas Te olete kunagi suitsetanud enamvähem pidevalt (regulaarselt vähemalt aasta jooksul)?

- 1 jah, mitu aastat?
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 28)

11. Kas Te praegu suitsetate?

- 1 jah
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 28)

12. Kas Te praegu suitsetate pidevalt (iga päev)?

- 1 jah
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 19)

Lisa 2. TKU kasutatud küsimustik

2014. aasta küsimustik

1. Teie sugu

- 1 mees
- 2 naine

2. Teie sünniaeg

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|
| | | | | | 1 | 9 | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|

3. Teie rahvus

päev kuu aasta

- 1 eestlane
- 2 venelane
- 3 muu (palun kirjutage).....

4. Teie tegelik perekonnaseis

- 1 vallaline
- 2 abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga
- 3 lahutatud/lahus elav
- 4 lesk

5. Teie haridus (kõrgeim lõpetatud haridustase)

- 1 alg- (1-6 klassi)
- 2 põhi- (7-9 klassi)
- 3 kesk- (10-12 klassi)
- 4 keskeri-
- 5 kõrg-

**2002. aasta TKU uuringu küsimuse vastusevariantides erinevus*

15. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?

- 1 hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 halb

17. Milline on käesoleval ajal teie üldine hinnang oma tervisele?

- 1 väga hea
- 2 üsna hea
- 3 keskmine
- 4 üsna halb
- 5 väga halb

44. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?

- 1 ei (Kui ei, siis palun minge edasi küsimuse 52 juurde)
- 2 jah, käesoleval ajal iga päev
- 3 jah, käesoleval ajal juhuslikult
- 4 jah, varem suitsetasin

45. Kas Te olete kunagi elu vältel suitsetanud vähemalt 100 sigaretti, paberossi, sigarit või piibutäit?

- 1 jah
- 2 ei

46. Kas Te olete kunagi vähemalt ühe aasta vältel suitsetanud peaaegu iga päev? Kui jah, siis mitu aastat olete Te kokku suitsetanud?

- 1 jah, kokku.....aastat
- 2 ei

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sävelin Siida (sünd. 16.01.1991)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Arstide ja kogurahvastiku tervise enesehinnang ning suitsetamine aastatel 2002 ja 2014“, mille juhendaja on Kersti Pärna,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 30.05.2017