

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**TERVISE ENESEHINNANG JA ARSTIABI KASUTAMINE
TERVISEKÄITUMISE UURINGU 2014 ANDMETEL**

Magistritöö rahvatervishoius

Kadri Loigu

**Juhendaja: Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja
rahvatervishoiu instituut, dotsent**

Tartu 2017

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2017 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Eero Merilind, PhD, Nõmme Perearstikeskus, perearst

Kaitsmine: 14.06.2017

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID.....	4
LÜHIKOKKUVÕTE.....	5
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
2.1. Mõisted.....	7
2.2. Tervise enesehinnang.....	8
2.2.1. Tervise enesehinnang ja sotsiaaldemograafilised tegurid.....	8
2.2.2. Tervise enesehinnang ja tervisetunnused.....	10
2.3. Arstiabi kasutamine Eestis ja tervise enesehinnang.....	11
3. EESMÄRGID.....	14
4. METOODIKA.....	15
4.1. Andmestik.....	15
4.2. Magistritöö valim.....	15
4.3. Töös kasutatavad tunnused.....	16
4.3.1. Tervise enesehinnang.....	16
4.3.2. Sotsiaaldemograafilised tunnused.....	16
4.3.3. Tervisetunnused.....	17
4.3.4. Arstiabi erinevate liikide kasutamine.....	17
4.4. Andmeanalüüs.....	18
5. TULEMUSED.....	19
5.1. Tervise enesehinnang sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste lõikes.....	19
5.2. Arstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul ja tervise enesehinnangu seosed arstiabi kasutamisega.....	22
6. ARUTELU.....	27
6.1. Tervise enesehinnang ning sotsiaaldemograafilised ja tervisetunnuse tegurid.....	27
6.2. Arstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul ja seosed tervise enesehinnanguga.....	29
7. JÄRELDUSED.....	31
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	32
SUMMARY.....	36
TÄNUAVALDUS.....	38
ELULUGU.....	39
LISAD.....	40
LISA 1. Töös kasutatud küsimused.....	40

KASUTATUD LÜHENDID

CI	usaldusvahemik (<i>confidence intervall</i>)
OR	šansisuhe (<i>odds ratio</i>)
SHR	Tervise enesehinnang (<i>self rated health</i>)
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKU	Tervisekäitumise uuring
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)

LÜHIKOKKUVÕTE

Enesehinnanguline tervis koos tervishoiuteenuste kasutamisega on olulisel kohal hindamaks tervisesüsteemi tulemuslikkust. On leitud, et tervise enesehinnang on peamine arstiabi kasutust ennustav tegur. Tervishoiusüsteemi kättesaadavuse rahulolu kujundavaks teguriks on perearsti ja eriarstide süsteem, mille toimimisel saab patsient oma tervisemurega pöörduda tervishoiuteenuse osutaja poole.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida Eesti täiskasvanud rahvastiku tervise enesehinnangut ja selle seost arstiabi kasutamisega. Töö põhineb „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu“ (TKU) 2014. aasta andmete põhjal.

Magistritöö valimisse kaasati 2527 uuritavat, vanuses 17–65, kellest 1013 (40,0%) olid mehed ja 1514 (60%) olid naised. Tervise enesehinnangu analüüsil sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste osas kasutati absoluutarve ja protsente ning Pearsoni hii-ruut testi. Tervise enesehinnangu seost ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi lõikes analüüsiti kohandamata ning taustatunnuste teguritele kohandatud logistilise regressiooni mudeliga ning väljendati šansisuhetena, esitati ka 95 % usaldusintervallid (CI).

Meeste seas oli head tervise enesehinnangut 51% ning naistel 52,4%. Kõige rohkem esines head tervise enesehinnangut 17–24 aastaste seas, eestlaste, partner leibkonnas enam kui viis inimest korral, vallaliste, kõrgharidusega ning kõrgemat sissetulekut teenivate inimeste puhul.

Tervisetunnuste (krooniline haigus ja igapäevategevuse piirangud) osas oli kõige rohkem head tervise enesehinnangut nendel, kellel ei esinenud kroonilisi haigusi ning igapäevategevuse piiranguid.

Statistiliselt oluline seos tervise enesehinnangu ja sotsiaaldemograafiliste tunnuste osas leiti vanuse, rahvuse, leibkonnas partneri olemasolu, pereseisu, hariduse ja sissetuleku vahel.

Tervisetunnuste osas leiti statistiliselt oluline seos tervise enesehinnangu ja krooniliste haiguste ning igapäevategevusepiirangute vahel.

Hea tervise enesehinnangu šansid olid suuremad ambulatoorse ja statsionaarse mittekasutamise korral võrreldes 2 ja rohkem korda või 1 kord arstil käinutega. Mitme ambulatoorse teenuseliigi puhul ilmnes annus-vastus sõltuvus, et mida rohkem esines head tervise enesehinnangut, seda vähem kasutati vastavat tervishoiuteenust. Head tervise enesehinnangut andsid rohkem need inimesed, kes kasutasid vähem nii ambulatoorset kui statsionaarset tervishoiuteenust. Erandiks on hambaravi.

Käesoleva magistritöö põhjal võib järeldada, et hea tervise enesehinnang on seotud sotsiaaldemograafiliste ning tervisetunnustega. Lisaks on hea tervise enesehinnang seotud ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi liikide mittekasutamisega.

1. SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on 1948. aastal tervist defineerinud järgmiselt „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse puudumine“ (1). Tervise ühe aspektina mõistetakse organismi suutlikkust ning resurssi tulla toime ühiskonnas (2). Tervise enesehinnangut loetakse rahvastikus elukvaliteedi põhinäitajaks tänu oma lihtsusele anda terviseseisundi ülevaade kõigest ühe küsimusega: (3, 4) „Kuidas on teieervis üldiselt?“ (5, 6). Enesehinnangulineervis koos tervishoiuteenuste kasutamisega on olulisel kohal hindamaks tervisesüsteemi tulemuslikkust. On leitud, et tervise enesehinnang on peamine arstiabi kasutust ennustav tegur (7, 8). Tervishoiusüsteemi kättesaadavuse rahulolu kujundavaks teguriks on perearsti ja eriarstide süsteem, mille tulemusel patsient saab oma tervisemurega pöörduda tervishoiuteenuse osutaja poole (9). Arstiabi kasutavad rohkem kroonilise haigustega inimesed. Inimeste eluea pikenemise tulemusena on maailmas arenenud riikides suurenenud krooniliste haigustega inimeste osakaal. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel moodustavad 46% kogu haiguskoormusest mittenakkuslikud kroonilised haigused (10). Erinevates uuringutes on leitud, et tervishoiusüsteemide korraldus ei ole alati kooskõlas kroonilisi haigusi põdevate inimeste vajadustega (11, 12, 13). Kroonilisi haigusi põdevad inimesed vajavad mitmekülgset lähenemist tervishoiusüsteemis, alustades perearsti visiidist kuni eriarsti visiitideni välja (13).

Tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu on põhieesmärgina välja toodud „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“. Võrdsete võimaluste loomine tervisele ning tervishoiuteenustele, olenemata soost, rahvusest ning sotsiaalsest kuuluvusest on Eesti inimeste tervise ja elukvaliteedi seisukohast edasiviivaks jõuks (14). WHO Euroopa liikmesriigid jagavad ühtset väärtushinnangut, et paremervis on inimese põhiõigus, kus riigid peavad üksmeelselt tõhustama oma tervisesüsteemide toimimist saavutamaks paremervis õiglastel alustel, pöörates tähelepanu soole, vanusele, rahvusele ning sissetulekule (15). Eesti tervisesüsteemi efektiivsus ning toimivus on olnud pikaajaline eesmärk tervishoiuteenuste kasutamisel (9). Esmatasandi tervishoiu valdkonnal on suur roll tervishoiusüsteemis, mille tulemusena saavutatakse rahvastiku paremervis läbi esmavajalike teenuste osutamise, läbi isiku tervise edendamise, haiguse ja nende tüsistuste ennetamise teel (16). Üldarstiabi kättesaadavus ning tugevdamine on olnud pikaajaline prioriteet, eelkõige just krooniliste haiguste ravis, selle järjepidevuses ning ravi kättesaadavuses (9). Esmatasandi tervisekeskuse ühine infrastruktuur eriarstiabi ja sotsiaalteenuste osutajatega annab teenuste parema kättesaadavuse elanikkonnale (16).

Käesolevas magistritöös uuritakse tervise enesehinnangut ja arstiabi kasutamist TKU 2014. aasta andmete põhjal.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Mõisted

Ambulatoorne tervishoiuteenus ehk ambulatoorne abi on mittestatsionaarne tervishoiuteenus, mille korral patsiendi visiit tervishoiuasutusse on piiratud mõne tunniga ning ei ole vaja viibida ööpäevaringselt haiglas (17).

Erakorraline meditsiinosakond (EMO) on nõuetele vastava aparatuuri ja sisustusega haigla osakond, kus osutatakse kõiki erakorralise meditsiini tervishoiuteenuseid (17).

Eriarstiabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad (17).

Kiirabi on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, mürgistuse või vigastuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse (9).

Statsionaarne tervishoiuteenus on tervishoiuteenus, mille osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas (17).

Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (17).

Tervise enesehinnang on usaldusväärne üldine tervise näitaja, mis peegeldab inimese bioloogilisi, psühholoogilisi ning sotsiaalseid elemente, aidates inimesel tunnetada antud ajahetkel iseenda tervist (6, 18, 19).

Vältimatu abi on tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasi lükamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse (17).

Üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearstid ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad (17).

Päevaravi on patsiendi viibimine haiglas või päevaraviosakonnas, kus nad saavad protseduure ning suunduvad samal päeval koju (9).

2.2. Tervise enesehinnang

Maaailma Terviseorganisatsioon (WHO) on 1948. aastal tervist defineerinud järgmiselt „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse puudumine“. Tervis on inimese põhiõigus (1). Tervise enesehinnang (self-rated health) on kõige sagedasem mõõdupuu tervisliku seisundi näitajana epidemioloogilistes uuringutes. Enesehinnanguline tervis on lihtsasti mõõdetav ning peegeldab tema enda taju (6, 20, 21). Tervise enesehinnangut määratletakse ühe küsimusega, mis on tavaliselt sõnastatud järgmiselt: „Kas te ütleksite, et teie tervis on ...“(21). Tervise enesehinnangu määramiseks kasutatakse kahte skaalat, „Euroopa versiooni“ kohaselt ulatuvad vastused väga heast väga halvani, mida soovitatakse kasutada WHO poolt. „Ameerika versiooni“ kohaselt ulatuvad tervise enesehinnangu mõõdiku vastused suurepärasest halvani (22) ning „Euroopa versiooni“ puhul väga heast väga halvani (23). Hindamiskaalal on tegemist subjektiivse näidikuga, uuringutes on leitud, et selle tulemusel saab hinnata funktsionaalset võimekust, haigestumist ja suremust ja sobib üldiseks tervise hindamiseks rahvusvahelistes võrdlustes (5, 23). Jürgens et al võrdlesid nii „Euroopa“ kui ka „Ameerika“ tervise enesehinnangu skaalat ning leidsid, et kahel skaalal on sõnalised erinevused, kuid korreleeruvad omavahel hästi ning on seotud nii demograafiliste ja teiste tervisenäitajatega ning käituvad riigiti sarnase mustri järgi (23).

2.1.1. Tervise enesehinnang ja sotsiaaldemograafilised tegurid

Võrdsete võimaluste loomine tervisele ning tervishoiuteenustele, olenemata soost, rahvusest ning sotsiaalsest kuuluvusest on Eesti inimeste tervise ja elukvaliteedi edasiviivaks jõuks (14).

DeSalvo et al uuringus on leitud, et tervise enesehinnang ühe tegurina ennustab nii suremust, hospitaliseerimist ning arstiabi kasutamist. Patsiendid, kes hindavad oma tervist „halvaks“ on oluliselt suurem risk surra ning nad vajavad enam tervishoiu resursse võrreldes nendega, kes hindavad oma tervist „heaks“ või „suurepäraseks“(6, 8).

Sotsiaaldemograafilistel teguritel on suur roll tervise enesehinnangu määramisel (24, 25). Euroopa sotsiaalfondi uuringust tuuakse välja, et sotsiaalmajanduslikust staatusest tulenevalt antakse riigiti erinevad hinnangud tervisele. Skandinaaviamaades (Norra, Rootsi, Taani) tehtud uuringus leitakse, et kõrgem sissetulek ennustab paremat tervise enesehinnangut (25).

Soo järgi tuuakse välja, et paremat tervise enesehinnangut annavad mehed rohkem kui naised (26, 27). Ukrainas tehtud uuring näitas, et naistel on võrreldes meestega 3,58 (OR) korda

suurem šans halva tervise enesehinnangule võrreldes meestega (28). Baltimaades (Eesti, Läti, Leedu) ja Soomes teostatud uuringu tulemustel selgus, et keskmise ja halva tervise enesehinnangu levimus on kõrgem Balti riikides naiste ja meeste seas võrreldes Soome naiste ja meestega (29).

Vanuse kasvades antakse enam halba tervise enesehinnangut (6, 30). Hiljutises magistri-töös leiti SHARE andmetel, et 65–79 vanusgrupis olevad inimesed hindasid tervise enesehinnangut halvaks vastavalt 77,9% ning 80–aastaste hulgas ning vanemate seas 89,7% (4, 31). Emori uuringu tulemusel selgus, et 35–49 vanusgrupis olevad naised annavad oma tervisele madalama hinnangu võrreldes samas vanusgrupis olevate meestega (32).

Rahvuse järgi on välja toodud, et halba tervise enesehinnangut annavad enam vene rahvusest inimesed (18). 2004–2010. aastal võrdlesid Reile et al Eesti, Leedu ja Soome täiskasvanud rahvastikku, kus 2010. aasta tulemustel selgus, et Soome naiste hulgas on suurem keskmine või halva tervise enesehinnangu levimus võrreldes Leedu naistega (33). Balti riikide nii naised kui mehed annavad kõrgemat halba tervise enesehinnangut võrreldes Soome naiste ja meestega (29).

Partner leibkonnas tunnuse järgi tuuakse Suurbritannias teostatud uuringu tulemusel välja, et kui pere leibkonda kuulub ainult üks inimene, siis esineb halba tervise enesehinnangut enam võrreldes nendega, kelle leibkonda kuulub rohkem inimesi (34). Tais läbiviidud uuringus selgus, et üksinda elavad mehed hindavad oma tervist halvemaks võrreldes partneriga koos elavate meestega (35).

Perekonnaseisu järgi on erinevates uuringutes välja toodud, et suurem šans anda halba tervise enesehinnangut on nendel, kes elavad üksinda. Üksi elavad inimesed tunnevad sageli ennast isoleerituna, mis tingib halva enesehinnangulise tervise (34, 35).

Haridusel on suur mõju tervise enesehinnangule. Leinsalu uuringus on leitud, et naistel, kellel on vähem kui keskharidus, on 3,8 (OR) korda suurem šans hinnata oma tervist halvaks võrreldes nende naistega, kellel on kõrgharidus (18). Demirchyan uuringus toodi välja, et madal haridustase (vähem kui keskkool) on seotud naistel halvema tervise enesehinnanguga (32). Euroopa Sotsiaaluuringus 2004. aastal selgus, et keskharidusega meestel on 3,17 (OR) ja põhiharidusega 4,16 (OR) korda suurem šans anda keskmine või halb tervise enesehinnang võrreldes kõrgharidusega meestega (36).

Sissetuleku ja tervise enesehinnangu vahel esineb seos. Skandinaaviamaades läbi viidud uuringus selgub, et kõrgem sissetulek annab parema tervise enesehinnangu. Põhja- ja Kesk-Euroopa riikides on suurenenud ebavõrdsus tervises, mis on seotud sissetulekuga (25). Euroopa Sotsiaaluuringust selgus, et võrreldes hea majandusliku toimetulekuga on halva majandusliku toimetuleku korral meestel 3,72 (OR) ja naistel 3,03 (OR) suurem šans anda halb

tervise enesehinnang (36).

2.2.2. Tervise enesehinnang ja tervisetunnused

Kirjanduses tuuakse välja, et tervise enesehinnang on oluline mõjutaja füüsilisele ja vaimsele tervises seisundile (37). GALI (*Global Activity Limitation Index*) ehk igapäevaelu piirangute näitaja, mille põhjal arvutatakse tervena elatud eluaastad, mis on mõõdik ja näitab funktsionaalsete piirangute (söömine, joomine, riietumine, enesehooldus) esinemist või mitteesinemist (37, 38). GALI on sõnastatud lihtsa küsimusega: „Viimase 6 kuu jooksul, mil määral on teie tegevus olnud piiratud?“ Vastusevariantidena on välja toodud: „jah on piiratud“, „piiratud aga „mitte oluliselt“ ning „ei ole piiratud“ (37).

Alljärgnevalt on kirjeldatud tervisetunnuseid, mis hõlmavad antud magistritöös kroonilise haiguse ja igapäevategevuse piirangute olemasolu.

Füüsilist tervises seisundit saab inimene hinnata kroonilise haiguste olemasolu ja igapäevategevuse piirangute kaudu (22, 37, 39). Reile on välja toonud, et halba tervise enesehinnangut annavad rohkem inimesed, kellel on krooniline haigus ning kelle igapäevategevused on piiratud (37).

Krooniline haigus (*chronic disease*) on pikaajalise kestusega, tavaliselt kolm ja enam kuud ning aeglase kuluga haigus (40). Kroonilise haiguse ja tervise enesehinnangut on Eestis uuritud 2002. ja 2005. aastal ning on leitud, et halba tervise enesehinnangut annavad oluliselt rohkem kroonilisi haigusi põdevad inimesed võrreldes nendega, kellel krooniline haigus puudub. Meeste ja naiste seas esineb halba tervise enesehinnangut 56% nendest, kellel esineb krooniline haigus. Haridustaseme järgi esineb kroonilisi haigusi enam kesk- või keskeriharidusega inimeste seas (10).

Tervise enesehinnangu peamised uuringuid sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes teadusuuringutes on välja toodud tabelis 1.

Tabel 1. Tervise enesehinnangu uuringud sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes teadus-uuringutes

Valim	Uuringuaasta	Tulemused
35–54, n=627 (36)	2004–2005	Euroopa Sotsiaaluuring. Meestel vanusgrupis 45–54 on suurem šanss anda halba tervise enesehinnangut. Põhihariduse ja keskharidusega meestel võrreldes kõrgharidusega meestega on suurem šanss anda halb tervise enesehinnang.
16–65 ja rohkem, n=9303 (34)	1999–2005	Suurbritannia uuring. Naised annavad head tervise enesehinnangut 37,7% ning mehed 32,4%. Abielus olevad inimesed võrreldes mitteabielus olevate inimestega hindavad oma tervist heaks 41,0% ning halvaks 17,0%. Vanusgruppidega võrreldes on head tervise enesehinnangut nii meeste kui naiste seas 35–44 aastastel 15,8%.
20–64 aastased, n=30083 (29)	1994–2000	Eesti, Läti, Leedu ja Soome uuring. Baltimaades (Eesti, Läti, Leedu) annavad mehed halba tervise enesehinnangut 56–66% ning naised 64–68% võrreldes Soomega, kus mehed annavad halba tervise enesehinnangut 35% ning naised 31%. Madal haridustase nii meestel kui naistel võrreldes kõrgharidusega on suuremaks šansiks anda halb tervise enesehinnang.
15–79 aastased, n=4011 (18)	1996/1997	Eesti uuring. Naised, kellel on vähem kui keskharidus, nendel on suurem šanss anda halb tervise enesehinnang võrreldes kõrgharidusega naistega. Mehed, kellel on kõrgharidus, nendel on suurem šanss anda hea tervise enesehinnang. Vene rahvus võrreldes eestlastega ning maapiirkond annavad suurema šansi halvaks tervise enesehinnanguks.

2.3. Arstiabi kasutamine Eestis ja tervise enesehinnang

Varasematest uuringutest on teada Eesti Haigekassa tellimisel läbiviidud Emori uuring 1999. ja 2000. aastal Eesti Vabariigi alaliste 15–74-aastaste seas, kus uuriti ühe aspektina arstiabi kasutamist (perearst, eriarst). Tulemustes selgus, et vähemalt ühe arsti poole pöördus 12 kuu jooksul 15–74-aastaste seas 64% elanikest. Head tervise enesehinnangut oli 15–74-aastaste seas 63% ja keskmist ja halba tervise enesehinnangut 37% (41). Emori uuringus 2002. aastal selgus, et 74% 15–74-aastaste seas kasutas arstiabi, 1/3 meestest ja 1/5 naistest ei pöördunud arstile. Perearsti külastas 24% ühel korral ning 2–3 korda 36% vastajatest. Eriarsti külastas ühel korral 35% ning 2–3 korral 37%. Hambaarstile tegi visiite ühel korral 31% ning 2–3 korral 30%. Haiglaravil viibis ühel korral 76% ja 2–3 korda 18%. Kiirabi kutsunuid oli ühel korral 66%, 2–3 korral 20% küsitletutest. Tervise enesehinnangu skaalal hindasid mehed oma tervist paremaks võrreldes naistega (32). Hilisematest uuringutest on läbi viidud TAI (Tervise Arengu

Instituut) tervisekäitumise uuring 2012. aastal, kus vaadati arsti külastamist viimase 12 kuu jooksul. Tulemustel selgub, et perearsti külastasid naised sagedamini kui mehed, vastavalt 72,6% ja 69,3%. Eriarsti juurde pöördunud oli meeste hulgas 41,2% ning naiste hulgas 59,1%. Telefoniga konsulteerinud enda terviseprobleemi tõttu oli naised 1/3 ning mehed 1/5. Hambaarsti poole pöördus meestest 44,2% ning naistest 56,3%. Kiirabi väljakutseid tegid mehed ja naised võrdselt 7,8%. Päevaravi ja haiglaravi külastajate arv jäi meestel ja naistel peaaegu sarnaseks, vastavalt 3,8% ja 4,4% ning 10,5% ja 10,1%. Naiste seas on eriarsti külastajaid kõige sagedamini vanemas ja nooremas vanusgrupis, vastavalt 74,4% ja 74,7%. Meeste seas on eriarsti külastajaid 41,2% ning naiste seas 51,6%. Telefoniga konsulteerinud enda terviseprobleemi tõttu vanusrühmas 25–34 moodustas meeste seas 21,1% ning naised 36,7%. Kiirabi endale on kutsunud meeste ja naiste seas kõikides vanusrühmades kokku 7,8% (42).

Iga riigi seisukohalt on oluline tema rahvastiku tervislik seisund, mille väljendusviisiks on inimese enda rahulolu oma tervisliku seisundiga. Euroopa Sotsiaaluuringu 2004. aastal tuuakse välja, et ligi 97% raporteeritutest ütleb, et vanuse suurenedes langeb enesehinnanguline tervis (36).

Enesehinnanguline tervis ühe elemendina ennustab suremust, hospitaliseerimist ning tervishoiuteenuse kasutamist (44, 45). Tervise enesehinnang on mõistlik vahend määratlemaks inimese tervislikku seisundit, kuna see säästab raha ja aega, kuid annab usaldusväärset informatsiooni patsiendi tervise kohta ning aitab tuvastada nende patsientide hulka, kes vajavad tervishoiuteenust. Halva tervise enesehinnangu puhul on neli korda kõrgem šanss olla haiglaravil ning kolm korda kõrgem šanss kasutada ambulatoorset tervishoiuteenust võrreldes nendega, kes hindavad oma tervist „heaks“ või „suurepäraseks“ (8). Kroonilisi haigusi põdevad inimesed hindavad tervise enesehinnangut halvaks võrreldes nendega, kellel kroonilist haigust ei esine (46, 47). Kroonilised haigused on üheks kõige sagedamaks põhjuseks, miks inimesed pöörduvad arsti poole, kuid mitmete erinevates riikides tehtud uuringute tulemused näitavad, et tervishoiusüsteemide korraldus ei ole alati kooskõlas krooniliselt haigete inimeste vajadustega ning nad on vähem rahul nii arstiabi kättesaadavuse kui ka kvaliteediga (10, 46, 47).

Tervise enesehinnang on oluline tervishoiuteenuse kasutamisel, kuna see võimaldab edukalt hinnata tervishoiusüsteemi tulemuslikkust (36, 44). Euroopa Sotsiaaluuringu 2004. kohaselt leitakse, et tervise enesehinnangu halvenedes langeb rahulolu Eesti tervishoiusüsteemiga. Arvestades inimeste regionaalsust on kõige paremini hinnanud oma tervist Tallinnas elavad inimesed, kuid tervishoiukorraldust hindavad nendest 47% halvaks (36). Inimesed, kes elavad tervishoiuteenuse piirkonnast kaugemal, on tervise enesehinnang halvem, kuna nad saavad kasutada tervishoiuteenust vähem võrreldes nendega, kes elavad piirkonnas, kus tervishoiuteenus on kättesaadavam (44, 45).

Esmatasandi tervishoiu arengukavas aastateks 2009–2015 oli seatud eesmärk tagada kõigile üldarstiabi teenuste võrdne kättesaadavus. Tervishoiusüsteem peab olema õiglane, mis tagab inimestele kvaliteetse tervishoiusüsteemi kättesaadavuse ressursside optimaalse kasutuse kaudu (16).

Patsiendi esimene kokkupuutekontakt tervisesüsteemiga on üldarstiabi, mida pakuvad iseisvad perearstid, kes töötavad üksinda või grupis nimistu alusel (9).

Eestis läbiviidud Emori uuringu kohaselt 2014. aastal vanuses 15–74 hindab tervishoiukorraldust heaks 58%. Kõrgema hinnangu tervishoiu korraldusele annavad eestlased ning kõrgharidusega inimesed. Samuti tuuakse välja, et mida parem on inimese enda raporteeritud hinnang oma tervises seisundile, seda kõrgemalt hindab ta tervishoiukorraldust. Halvaks hindavad tervishoiukorraldust rohkem 50–59 aastased, mitte-eestlased ning need, kelle enesehinnanguline tervis on raporteeritud „halvaks“ (43).

Eestis läbiviidud Emori uuringu kohaselt kasutas 2001. aastal 15–74-aastaste Eesti elanike seas 17% ühel korral ning 27% mitmel korral viimase 12 kuu jooksul arstiabi teenust. Arstiabi kättesaadavust peab heaks 56% Eesti elanikest. Positiivse joonena toodi välja rahulolu perearstisüsteemiga ning kiire suunamisega eriarsti juurde. Negatiivse aspektina toodi välja pikad järjekorrad ning sellest tulenev rahulolematuse (32). Euroopa Sotsiaaluuringus 2004. aastal uuriti samuti arstiabi kasutamist viimase 12 kuu jooksul. Tulemusena selgus, et 37% patsientidest, kellel esinevad kergemad tervisehäired, saavad abi sõpradelt ning tuttavatelt ning arstile pöörduvad 14%. Patsientidest, kellel on raske tervisehäire (tugev seljavalu), eelistab 68%-il koheselt kasutada arstiabi. Mitme terviseprobleemi korral eelistab ühe arsti poole pöörduda 48% raporteeritustest ning erinevate arstide poole 46%. Meeste seas on 38,8% neid, kes on 1 või 2 korda arstiga konsulteerinud, naisi on 37,1%. 3–5 korda viimase 12 kuu jooksul arsti külastanud on meeste seas 17,4% ja naiste seas 23,3% (36).

3. EESMÄRGID

Magistritöö põhieesmärk oli kirjeldada Eesti täiskasvanud rahvastiku tervise enesehinnangut ja analüüsida selle seost arstiabi kasutamisega.

Magistritöö alaeesmärkideks oli:

- 1) kirjeldada tervise enesehinnangut sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste lõikes;
- 2) kirjeldada arstiabi kasutamist viimase 12 kuu jooksul, sealhulgas sõltuvalt tervise enesehinnangust;
- 3) analüüsida seoseid tervise enesehinnangu ja arstiabi kasutamisega.

4. METOODIKA

4.1. Andmestik

Magistritöö põhineb „Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus“ (TKU) 2014. aastal kogutud andmetel. TKU on läbilõikeline uuring, mida viiakse läbi Eestis postküsitlusena alates 1990. aastast igal paaris aastal. Alates 2004. aastast teostab TKU uuringut Eestis Tervise Arengu Instituudi (TAI) epidemioloogia ja biostatistika osakond. TKU lähtub ühisuuringu meetodikast ja kokkuleppest, et säilitada võrreldavus varasemate uuringute tulemustega. TKU 2014. aasta uuringuks telliti rahvastikuregistrist 16–64 aastaste isikute kihitatud juhuvalim, mille suuruseks oli 5000 isikut. Kihitamine toimus vanuse, soo, rahvuse ja elukoha järgi. TKU uuritavad valdkonnad on toitumine, suitsetamine, terviseseisund koos tervise enesehinnanguga, arstiabi ja ravimite kasutamine. Küsimustik sisaldas 96 küsimust ning küsimustik oli koostatud eesti- ja vene keeles. Eestikeelsele küsimustikule oli lisatud tõlge inglise keelde. Venekeelne küsimustik saadeti isikutele, kelle emakeeleks oli märgitud vene keel (või mõni keel, mille puhul oletati vene keele oskust) ja/või sellise info puudumisel (224 isikul algvalimis) venepäraste perekonna- ja eesnimega isikutele. Küsimustikus oli kirjas ainult vastaja uuringunumber, mis võimaldas küsitluse toimumise ajal tuvastada, kes oli konkreetselt vastanud. Postküsitlus toimus ajavahemikul 05.03–10.04.2014. Uuringu kohandamata vastamismäär oli 51,5% ja kohandatud 53,3% (48).

4.2. Magistritöö valim

Käesoleva magistritöö jaoks on kasutatud 2014. aasta TKU andmestikku, milles oli 17–65 aastaste isikute seas 2527 osalejat. Mehi oli valimis 1013 (40%) ja naisi 1514 (60%). Vanuse järgi oli noorim vastaja 17 aastane ja vanim 65 aastane, kuna 16 aastased vastajad puudusid, siis neid valimis ei ole.

4.3. Töös kasutatavad tunnused

Magistritöö eesmärgist lähtuvalt on kirjeldavaks tunnuseks **tervise enesehinnang** ning selgitavate tunnustena kasutati järgimis tunnuseid/küsimusi: käinud perearstil, eriarstil, konsulteerinud telefoniga oma terviseprobleemi tõttu, käinud hambaarstil, EMO osakonnas, kutsunud endale kiirabi, viibinud päevaravi osakonnas, viibinud haiglaravil. Taustatunnustena on analüüsis sotsiaaldemograafilised tunnused: sugu, vanus, rahvus, partner leibkonnas, pereseis, haridus, ning tervisega seotud tunnused, nagu krooniliste haiguste esinemine ning igapäevategevuse piirangud 6 kuu jooksul. Antud tunnused on järgnevalt kirjeldatud.

4.3.1. Tervise enesehinnang

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus on esitatud küsimus „Kuidas te hindate oma tervist käesoleval ajal?“ (Lisa 1, küsimus 8). Vastusevariandid on „hea“, „üsna hea“, „keskmine“, „üsna halb“, „halb“. Tervise enesehinnang muudeti käesoleva magistritöö jaoks kaheväärtuseliseks – hea ja halb tervise enesehinnang, kus „hea tervise enesehinnang“ hõlmab vastusevariante „hea“ ja „üsna hea“ ning „halb tervise enesehinnang“ sisaldab vastusevariante „keskmine“, „üsna halb“ ja „halb“.

4.3.2. Sotsiaaldemograafilised tunnused

Soo (mees/naine) on vastajad ankeedil ise märkinud (Lisa 1, küsimus 1).

Vanuse määramiseks on vastajad märkinud küsimustikus sünnikuupäeva, sünnikuu ja sünniaasta (Lisa 1, küsimus 2). TKU algandmestikku kuuluvad 16–64 aastased isikud. Antud magistritöös vanusgrupid on rühmitatud järgnevalt: 17–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–65. Kuna 16-aastaseid isikuid tagastatud ankeetides ei esinenud, seetõttu antud vanus andmestikus puudub ning jätsime sisse kõige vanema, 65-aastase isiku andmed.

Rahvuse määratlemiseks said vastajad küsimustikus märkida „eestlane“, „venelane“ ning „muu“, kus „venelased“ ja „muu“ kodeeriti kokku „muu rahvus“ (Lisa 1, küsimus 3).

Leibkonnas suuruse määratlemiseks said vastajad märkida, mitu inimest elab leibkonnas. Andmeanalüüsis jaotati antud tunnus viide gruppi, vastavalt „üks“ (hõlmas vastust 0), „kaks“, „kolm“, „neli“, „viis ja rohkem“ inimest leibkonnas (Lisa 1, küsimus 6).

Pereseisu määratlemiseks said vastajad valida „vallaline“, „abielus/vabaabielus/elan kooskindla partneriga“, „lahutatud/lahus elav“, „lesk“ (Lisa 1, küsimus 4). Andmeanalüüs jaotati kolme gruppi, vastavalt „vallaline“, „abielus“ ja „lahutatud/lesk“.

Hariduse määratlemiseks said vastajad märkida „alg-(1–6 klassi)“, „põhi-(7–9 klassi)“, „kesk -(10–12 klassi)“, „keskeri“- , „kõrgharidus“ (Lisa 1, küsimus 5). Andmeanalüüsis jaotati haridus kolme gruppi, vastavalt „põhiharidus ja vähem“, „kesk-ja keskeriharidus“ ning „kõrgharidus“.

Sissetuleku määratlemiseks said vastajad vastata viimase 12 kuu jooksul pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta (Lisa 1, küsimus 7). Sissetulek jaotati andmeanalüüsis kvartiilidesse, I kvartiil oli 0–299€, II kvartiil 300–499€, III kvartiil 500–699€, IV kvartiil 700+€.

4.3.3. Tervisetunnused

Tervisetunnused on toodud alljärgnevalt.

Pikaajaline terviseprobleem (krooniline haigus) määratlemiseks said vastajad märkida „jah“, „ja“, „ei“ (Lisa 1, küsimus 9).

Igapäevategevuse piirangute küsimusele said vastajad vastata „oluliselt piiratud“, „piiratud aga mitte oluliselt“ ning „ei ole üldse piiratud“ (Lisa 1, küsimus 10).

4.3.4. Arstiabi erinevate liikide kasutamine

Rubriigis arstiabi erinevate liikide kasutamine viimase 12 kuu jooksul said vastajad vastata küsimusele, mitu korda on nad käinud perearsti, eriarsti juures, konsulteerinud arstiga telefoni teel enda terviseprobleemide osas, hambaarstil, erakorralise meditsiini osakonnas (EMO), kutsunud endale kiirabi/vastajale oli kutsutud kiirabi, olnud ravil päevaravi osakonnas, olnud haiglaravil.

Andmeanalüüsis kodeeriti arstiabi kasutamisega seotud tunnused vastavalt „2 ja rohkem korda (võrdlusrühm)“, „1 kord käinud arstil“, „ei ole arstiabi teenust kasutanud“ (Lisa 1, küsimus 11).

Arstiabi kasutamise kohta moodustati ka kumulatiivne tunnus. Inimesed, kes kasutasid perearsti vähemalt 2 korda ning vähemalt 1 kord EMO osakonda, kiirabi, päevaravi ning haiglaravi, moodustasid arstiabi sageli kasutanute rühma.

4.4. Andmeanalüüs

Andmed on kirjeldatud kasutades absoluutarve ja protsente. Tervisehinnangu seoste leidmiseks taustatunnuste ja tervisetunnustega kasutati Pearsoni hii-ruut testi. Statistiliselt oluliseks erinevuseks loeti p-väärtust $<0,05$. Seoste uurimiseks tervise enesehinnangu ja arstiabi kasutamise osas kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Arvutati šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95%CI). Eraldi analüüsiti tervisehinnangu seoseid ambulatoorse ja statsionaarse arstiabiga. Iga uuritav arstiabi liik kohandati sotsiaaldemograafilistele ja tervisetunnustele ning sotsiaaldemograafilisele, tervisetunnuste ning vastavate arstiabi liikidele. Andmete analüüsiks kasutati programmi Stata/SE 11.1.

5. TULEMUSED

5.1. Tervise enesehinnang sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste lõikes.

Valimi kirjeldus ning tervise enesehinnang sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes on toodud tabelis 2. Valimi kirjelduse osas näeme, et mehed moodustasid valimist 1013 (40%) ja naised 1514 (60%) (Tabel 2).

Kõige rohkem uuritavaid oli 55–65 aastaste seas, moodustades 27,6% ning kõige väiksem osakaal oli vanusgrupis 17–24 aastaste seas, moodustades 11,6% valimist. Rahvuse järgi oli kõige enam eestlasi, moodustades 70,7% ning muud rahvust oli 29,3%, mis hõlmas nii vene rahvusest kui ka teistest rahvustest isikuid.

Üheinimeselist leibkonda raporteeris 13% vastanutest. Umbes kaks kolmandikku vastanutest elas 2–3 inimeselistes leibkondades ning umbes kolmandikul vastanutest oli leibkonnas neli ja rohkem inimest.

Pereseisu järgi oli vallalisi 20,3%, ning abielus 66,5%, lahutatud/lesk kategooria moodustas 12,5% .

Põhiharidusega inimesi oli kõige vähem, moodustades 11,3%, keskkharidusega olid rohkem kui pooled vastanutest ning kõrgharidusega vastanuid oli umbes kolmandik.

Tervise enesehinnang sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes oli järgmine. Sugude lõikes oli head tervise enesehinnangut rohkem naistel, 52,4% ja meestel 51%.

Vanusegrupiti anti head tervise enesehinnangut rohkem nooremates vanusgruppides (umbes kolmveerand vastajatest), vanuse tõustes vähenes hea tervise enesehinnang ning see erinevus oli statistiliselt oluline.

Eestlased hindasid oma tervist heaks rohkem kui muud rahvused.

Vaadates tervise enesehinnangut leibkonna suuruse järgi ilmnas, et hea tervise enesehinnangu protsent suurenes vastavalt leibkonna suurusele. Erinevus oli statistiliselt oluline.

Pereseisu järgi tervise enesehinnangut analüüsid ilmnas, et kõige rohkem andsid head tervise enesehinnangut vallalised, veidi vähem andsid seda abielus olevad inimesed ja veelgi vähem lahutatud/lesed. Erinevus nende gruppide vahel oli statistiliselt oluline.

Hariduse järgi esines head tervise enesehinnangut rohkem suurema haridustasemega inimestel, seos oli annus-vastus sõltuv. Erinevus haridusgruppide vahel oli statistiliselt oluline.

Sissetuleku järgi analüüsid oli näha, et hea tervise enesehinnangu protsent suurenes vastavalt suurema sissetuleku kvartiilile, seos oli annus-vastus sõltuv. Erinevus sissetuleku gruppide vahel oli statistiliselt oluline.

Tabel 2. Tervise enesehinnang sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes TKU 2014. aasta andmete põhjal (n= 2527)

Tunnused	Tervise enesehinnang		Tervise enesehinnang		p-väärtus	(veerg)	
	Hea n	(rida) %	Halb n	(rida) %		n	Kokku
Sugu							
Mees	516	51,0	497	49,0	p < 0,458	1013	40,0
Naine	794	52,4	720	47,6		1514	60,0
Vanus							
17–24	229	77,6	66	22,4	p < 0,0001	295	11,6
25–34	356	71,9	139	28,1		495	19,6
35–44	308	59,1	213	40,9		521	20,6
45–54	232	44,6	288	55,4		520	20,6
55–65	185	26,6	511	73,4		696	27,6
Rahvus							
Eestlane	1041	58,2	747	41,8	p < 0,0001	1788	70,7
Muu	269	36,4	470	63,6		739	29,3
Leibkond							
1 inimene	144	43,9	184	56,1	p < 0,0001	328	13,0
2 inimest	362	44,4	453	55,6		815	32,4
3 inimest	316	52,4	287	47,6		603	24,0
4 inimest	291	63,3	169	36,7		460	18,3
5 inimest ja rohkem	193	62,7	115	37,3		308	12,3
Vastamata						13	0,51
Pereseis							
vallaline	310	60,7	201	39,3	p < 0,0001	511	20,3
abielus	874	52,3	798	47,7		1672	66,5
lahutatud/lesk	112	34,5	213	65,5		325	12,5
Vastamata						19	0,7
Haridus							
Põhiharidus	121	42,6	163	57,4	p < 0,0001	284	11,3
Keskharidus	678	45,8	802	54,2		1480	58,6
Kõrgharidus	511	67,0	252	33,0		763	30,1
Sissetulek							
I kvartiil	222	36,6	384	63,4	p < 0,0001	606	23,7
II kvartiil	347	47,0	391	53,0		738	29,1
III kvartiil	284	57,8	207	42,2		491	19,0
IV kvartiil	411	66,6	206	33,4		617	25,2
Vastamata						75	3,0

p < 0,05 on statistiliselt oluline

Tervise enesehinnang tervisetunnuste lõikes on toodud tabelis 3. Tervisetunnuste kirjeldamisel saab öelda, et kroonilisi haigusi esines ligi pooltel vastanutest. Inimesi, kellel eines igapäevategevuse oluline piirang, oli kõige vähem ehk 11,6% ning neid, kelle tegevus ei olnud piiratud, oli 45,3% (tabel 3).

Tervisetunnuste seostest tervise enesehinnanguga on näha, et krooniliste haigete puhul oli halba tervise enesehinnangut umbes kolmveerandil ning head tervise enesehinnangut umbes veerandil vastanutest. Ilma kroonilise haiguseta vastajatel oli tervise enesehinnangu jaotus vastupidine. Erinevus kahe grupi vahel oli statistiliselt oluline.

Igapäevategevuse piirangut arvesse võttes on näha, et selle olemasolul oli halba tervise enesehinnangut rohkem, ning antud seos on annus-vastus sõltuv. Erinevus gruppide vahel oli statistiliselt oluline.

Tabel 3. Tervise enesehinnang tervisetunnuste lõikes TKU 2014. aasta andmete põhjal (n=2527)

Tunnused	Tervise enesehinnang				p-väärtus	(veerg) n Kokku
	Hea n	(rida) %	Halb n	(rida) %		
Krooniline haigus						
Jah	310	25,8	891	74,2	p<0,0001	1201 48,0
Ei	988	76,1	310	23,9		1298 50,9
Vastamata						28 1,1
Igapäevategevuse piirangud						
Jah, oluliselt piiratud	23	7,9	266	92,0	p<0,0001	289 11,6
Piiratud aga mitte oluliselt	373	36,0	663	64,0		1036 41,6
Ei ole piiratud	899	77,2	265	22,8		1164 45,3
Vastamata						38 1,5

p<0,05 on statistiliselt oluline

5.2. Arstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul ja tervise enesehinnangu seosed arstiabi kasutamisega

Ambulatoorse tervishoiuteenuse kasutamise tulemustes on näha, et perearsti külastas 12 kuu jooksul 2014. aastal üks kord umbes veerand vastanutest, ligi pooled 2 ja enam korda, üle veerandi vastas, et ei ole perearsti külastanud (tabel 4).

Eriarsti oli külastanud ühel korral umbes viiendik, 31,2% oli käinud eriarstil 2 ja rohkem korda ning ligi pooled ei olnud kasutanud eriarstiabi viimase 12 kuu jooksul.

Telefoniga oli konsulteerinud arstiga oma terviseprobleemi tõttu ühel korral iga kümnes vastanu, kaks ja enam korda 14,6% ning kolmveerand raporteeritutest ei olnud seda teenust kasutanud.

Hambaarsti visiiti raporteeris ühel korral aastas külastatutest 23,8% vastanutest, 2 ja enam korda käis 29,4% ning ligi pooled ei külastanud hambaarsti.

Vaadates tervishoiuteenuste kasutamise seost tervise enesehinnanguga, andsid head tervise enesehinnangut 66,9%, kes ei olnud 12 kuu jooksul mitte ühtegi korda käinud perearstil. Hea tervise enesehinnangu protsent oli väiksem neil vastajatel, kes olid perearsti viimase aasta jooksul külastanud, erinevus oli statistiliselt oluline.

Eriarsti mittekülastanute seas oli head tervise enesehinnangut kõige rohkem nende seas, kes olid seda teinud ühe korra viimase 12 kuu jooksul, neid oli kokku 57,0%. Pisut vähem oli head tervise enesehinnangut nende seas, kes ei olnud eriarsti külastanud või olid seda teinud kaks ja enam korda viimase aasta jooksul. Erinevus gruppide vahel oli statistiliselt oluline.

Nendel, kes konsulteerisid telefoniga kaks ja rohkem korda enda terviseprobleemi tõttu, esines head tervise enesehinnangut vähem kui neil, kes ei konsulteerinud telefoniga enda terviseprobleemi tõttu või tegid seda ainult ühe korra viimase aasta jooksul.

Statsionaarse arstiabi kasutamise tulemused ning seosed tervise enesehinnanguga on toodud tabelis 5.

Erakorralist meditsiiniosakonda (EMO) kasutas alla veerandi vastajatest, mis moodustas 11,7%, kahel ja enamal korral kasutas 4,5%.

Kiirabi kutsus ühel korral viimase aasta jooksul 5% uuritavatest ning kaks ja enam korda oli kiirabi endale kutsunud 2%. Päevaravi ja haiglaravi oli ühel korral kasutanud vastavalt 4,5% ja 7,1% uuritavatest ning kaks ja rohkem korda oli kasutanud vastavalt 1,3% ja 2,2% uuritavatest. Vaadates tervise enesehinnangu seoseid statsionaarse arstiabi kasutamisega, on näha, et head tervise enesehinnangut andsid vähem need, kes olid kaks ja rohkem korda käinud EMO-s, kutsunud endale kiirabi, või viibinud päeva- või haiglaravi osakonnas.

Tabel 4. Tervise enesehinnang ja šansisuhted (OR) ning usaldusvahemikud (95% CI) ambulatoorse arstiabi kasutamine TKU 2014 andmete põhjal (n=2527)

Tunnused	Hea tervis		Halb tervis		Kokku		Kohandamata		Kohandatud ¹		Kohandatud ²	
	n	(rida) %	n	(rida) %	n	(veerg) %	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Perearsti visiit												
2 ja rohkem korda	424	36,7	730	63,3	1154	45,7	1		1		1	
1 kord	405	61,9	249	38,1	654	25,9	2,80	2,31–3,41*	1,53	1,11–1,90*	1,36	1,03–1,80*
Ei ole käinud	481	66,9	238	33,1	719	28,4	3,51	2,86–4,23*	1,65	1,25–2,15*	1,64	1,19–2,12*
Eriarst												
2 ja rohkem korda	303	38,0	495	62,0	798	31,2	1		1		1	
1 kord	286	57,0	215	43,0	501	19,8	2,17	1,73–2,73*	1,34	0,98–1,83	1,19	0,86–1,64
Ei ole käinud	553	46,7	630	53,3	1228	48,6	2,17	1,93–2,79*	1,34	1,02–1,76*	1,11	0,83–1,48
Konsulteerinud telefoniga												
2 ja rohkem korda	112	30,0	261	70,0	373	14,6	1		1		1	
1 kord	131	53,7	113	46,3	244	9,5	2,70	1,93–3,77*	1,44	0,92–2,26	1,24	0,78–1,97
Ei ole	1067	55,9	843	44,1	1910	75,9	2,95	2,32–3,75*	2,02	1,44–2,81*	1,67	1,71–2,38*
Hambaarsti visiit												
2 ja rohkem korda	397	53,5	345	46,5	742	29,4	1		1		1	
1 kord	360	59,8	242	40,2	602	23,8	1,29	1,03–1,61*	1,02	0,76–1,37	0,99	0,73–1,33
Ei ole käinud	553	46,7	630	53,3	1183	46,8	0,76	0,63–0,92*	0,79	0,61–1,02	0,73	0,56–0,96*

Kohandatud OR ¹–kohandatud demograafilistele ja tervisetunnustele

Kohandatud OR ²–kohandatud demograafilistele, tervisetunnuste ja ambulatoorse arstiabi liikidele

*p–väärtus <0,05

Tabel 5. Tervise enesehinnang ja šansisuhted (OR) ja usaldusvahemikud (95% CI) statsionaarse arstiabi 2014 TKU andmete põhjal (n=2527)

Tunnused	Hea tervis (rida)		Halb tervis (rida)		Kokku (veerg)		Kohandamata		Kohandatud ¹		Kohandatud ²	
	n	%	n	%	n	%	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
EMO osakond												
2 ja rohkem korda	27	23,7	87	76,3	114	4,5	1		1		1	
1kord	150	50,5	147	49,5	297	11,7	3,29	2,02–5,37*	2,12	1,08–4,1*	2,0	0,97–4,1
Ei ole kutsunud	1133	53,5	983	46,5	2116	83,7	3,29	2,41–5,77*	2,15	1,16–3,99*	1,87	0,96–3,66
Kutsus endale kiirabi												
2 ja rohkem korda	6	12,2	43	87,8	49	1,9	1		1		1	
1 kord	55	42,3	75	57,7	130	5,0	5,25	2,09–13,22*	4,75	1,12–20,15*	2,84	0,65–12,1
Ei ole kutsunud	1249	53,2	1099	46,8	2348	91,6	8,14	3,45–19,21*	2,93	0,74–11,48	1,35	0,33–5,56
Viibis päevaravi osakonnas												
2 ja rohkem korda	5	15,6	27	84,4	32	1,3	1		1		1	
1 kord	39	33,9	76	66,1	115	4,5	2,77	0,99–7,76	2,05	0,49–8,53	1,92	0,51–7,22
Ei ole viibinud	1266	53,2	1114	46,8	2380	94,2	6,14	2,35–15,99*	2,24	0,58–8,61	2,91	0,85–9,90
Viibis haiglaravi osakonnas												
2 ja rohkem korda	15	27,3	40	72,7	55	2,2	1		1		1	
1 kord	58	32,4	121	67,6	179	7,1	1,28	0,65–2,59	2,01	0,29–6,53	0,64	0,23–1,83
Ei ole viibinud	1237	53,9	1056	46,1	2293	90,7	3,12	1,72–5,69*	2,21	0,41–5,58	1,10	0,43–2,84

Kohandatud OR ¹–kohandatud demograafilistele ja tervisetunnustele

Kohandatud OR ²–kohandatud demograafilistele, tervisetunnuste ja statsionaarse arstiabi liikidele

p<0,05 on statistiliselt oluline

Järgnevalt vaatame hea tervise enesehinnangu ja ambulatoorse ning statsionaarse tervishoiuteenuse vahelisi seoseid ja usaldusvahemikke logistilise regressiooni analüüsi tulemusena. Ambulatoorse arstiabi ja tervise enesehinnangu šansisuhted ning usaldusvahemikud on välja toodud tabeli 4.

Võrreldes kaks ja rohkem korda pereearsti külastanutega oli kohandamata mudeli korral 2,8 (95% CI 2,31–3,41) korda kõrgem šanss heaks tervise enesehinnanguks nendel, kes olid külastanud pereearsti üks kord ning 3,5 (95% CI 2,86–4,23) korda kõrgem šanss nendel, kes ei olnud pereearsti juures käinud viimase 12 kuu jooksul. Kohandamisel 1 ja 2 korral vastavad šansisuhted vähenesid, kuid jäid kõikidel juhtudel statistiliselt oluliseks.

Võrreldes eriarsti 2 ja rohkem korda viimase aasta jooksul külastanutega oli 2,17 (95% CI 1,73–2,73) korda hea tervise enesehinnangu kõrgem šanss nendel, kes olid eriarsti külastanud ühel korral või ei olnud eriarsti külastanud. Kohandamisel jäi statistiliselt oluliseks eriarsti mittekülastanute kõrgem šanss võrreldes eriarsti kaks ja rohkem korda külastanutega kohandamisel 1 1 korral, kohandamisel 2 korral muutus ka see seos statistiliselt ebaoluliseks.

Oma terviseprobleemi tõttu telefoniga konsulteerinutel oli võrreldes 2 ja rohkem korda konsulteerinutega ühel korral konsulteerinutel 2,7 (95% CI 1,93–3,77) korda kõrgem šanss hinnata oma tervis heaks ning telefoniga mittekonsulteerinutel 2,95 (95% CI 2,32–3,75) korda kõrgem hea tervise enesehinnangu šanss. Ka siin on näha annus-vastus sõltuvust. Kohandamisel 1 ja 2 korral muutusid šansisuhted väiksemaks, kuid säilisid statistiliselt olulised erinevused neil, kes ei olnud telefoniga konsulteerinud.

Hambaarsti külastanute seas oli võrreldes 2 ja rohkem korda külastanutega 1,29 (95% CI 1,03–1,61) korda kõrgem šanss nendel, kes olid hambaarsti juures käinud üks kord ja pisut väiksem 0,76 (95% CI 0,63–0,92) šanss heale tervise enesehinnangule nendel, kes ei olnud hambaarstil käinud. Kohandamisel 1 ja 2 korral šansisuhted heale tervise enesehinnangule vähenesid ning muutusid statistiliselt ebaoluliseks. Statistiliselt oluliselt väiksem šanss heale tervise enesehinnangule oli nendel uuritavatel, kes ei olnud külastanud hambaarsti võrreldes nendega, kes olid hambaarsti külastanud 2 ja rohkem korda.

Inimesed, kes kasutasid arstiabi sageli (pereearsti vähemalt 2 korda ning vähemalt 1 kord EMO osakonda, kiirabi, päevaravi ning haiglaravi). Neid oli kokku 432. Hea tervise enesehinnangu šanss oli kohandamata mudelis 2,64 (95% CI 2,12–3,28). Hea tervise enesehinnangu šanss kohandatud sotsiaaldemograafilistele tunnustele oli 1,22 (95% CI 0,88–1,67).

Statsionaarse arstiabi ja hea tervise enesehinnangu šansisuhted on välja toodud tabelis 5.

Erakorralise meditsiini osakonda külastanute seas oli võrreldes kaks ja rohkem korda EMO-t külastanutega 3,29 (95% CI 2,02–5,37) korda kõrgem šanss heaks tervise enesehinnanguks.

guks nendel, kes olid EMO-s käinud 1 kord ning samuti nendel, kes ei olnud üldse käinud EMO osakonnas viimase aasta jooksul. Kohandamisel 1 ning 2 šansisuhted vähenesid, statistiline olulisus säilis kohandatud 1 korral, kuid muutus ebaoluliseks kohandatud 2 korral.

Kiirabi kutsunute seas oli võrreldes kaks ja rohkem korda kutsunutega 5,25 (95% CI 2,09–13,22) korda kõrgem šanss heale tervise enesehinnangule nendel, kes olid kutsunud kiirabi välja ühel korral ning 8,14 (95% CI 3,45–19,21) korda suurem šanss nendel, kes ei olnud kiirabi kutsunud ning see oli ka statistiliselt oluline. Ilmnes ka annus-vastus sõltuvus. Kohandamisel 1 ja 2 šansisuhted heale tervise enesehinnangule vähenesid. Kohandamisel 1 kiirabi 1 kord kutsunud korral säilis statistiline olulisus võrreldes nendega, kes kiirabi ei olnud kutsunud.

Võrreldes päevaravi osakonnas viibinutega (2 ja rohkem korda) oli 2,77 (95% CI 0,99–7,76) korda suurem šanss heale tervise enesehinnangule nendel, kes olid viibinud päevaravis ühe korra ning 6,14 (95% CI 2,35–15,99) korda kõrgem šanss nendel, kes ei olnud päevaravis viibinud. Statistiline olulisus säilis kohandamisel 1 korral võrreldes 2 ja rohkem korda päevaravis viibinutega kui need, kes ei olnud päevaravis olnud.

Haiglaravil viibinud võrreldes 2 ja rohkem korda oli 1 kord haiglaravil olnutel 1,28 (95% CI 0,65–2,59) korda suurem šanss ja 3,12 (95% CI 1,72–5,69) korda kõrgem šanss heale tervise enesehinnangule nendel, kes ei olnud haiglaravil olnud. Kohandamisel 1 korral suurenes šansisuhe 1 kord haiglaravil olnud võrreldes kohandamata mudeliga. Kohandatud 1 ja 2 korral olid kõik seosed statistiliselt ebaolulised.

6. ARUTELU

Käesolevas magistritöö põhieesmärk oli uurida Eesti täiskasvanud rahvastiku tervise enesehinnangut ja selle seost arstiabi kasutamise ja arstiabi kasutamise. Alaeesmärkideks oli kirjeldada tervise enesehinnangut sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste osas; kirjeldada arstiabi erinevate liikide kasutamist viimase 12 kuu jooksul ning analüüsida seoseid tervise enesehinnangu ja arstiabi erinevate liikide kasutamise vahel. Arutelu lõpus on välja toodud magistritöö puudused ja nõrkused.

6.1. Tervise enesehinnang ning sotsiaaldemograafilised ja tervisetunnuse tegurid

Kirjanduses on varasemalt leitud, et mehed annavad head tervise enesehinnangut sagedamini kui naised (26, 27, 29, 36). Töö tulemustele tuginedes mehed hindasid oma tervise enesehinnangut heaks 51% ja naised 52,4%. Selline tulemus võib tugineda sellest, et naised pööravad suuremat tähelepanu oma tervisele ning käivad sagedamini arsti juures ning mehed tihtipeale eitavad oma terviseprobleeme ja ühtlasi ei anna head tervise enesehinnangut nii sageli (49).

Vanuse kasvades antakse kirjanduse põhjal enam halba tervise enesehinnangut (30, 31, 32). Sarnaselt selgus ka antud magistritöö tulemustes, kus vanuse suurenedes kasvas halb tervise enesehinnang. See on seletatav organismis toimivate bioloogiliste muutustega (49).

Rahvuse järgi on välja toodud, et halba tervise enesehinnangut annavad enam vene rahvusest inimesed. Baltimaades teostatud uuringu põhjal toodi välja, et Soome naiste hulgas on suurem keskmise või halva tervise enesehinnangu levimus võrreldes Leedu naistega (18, 29).

Antud töös selgus analoogne tulemus, et eestlased hindavad oma tervist halvaks 41,8% ning muu (venelased ja muu rahvus) hindavad oma tervist halvaks 63,6%.

Leibkonnas partneri olemasolu järgi tuuakse Suurbritannias teostatud uuringu tulemusel välja, et kui pere leibkonda kuulub ainult üks inimene, esineb halba tervise enesehinnangut enam võrreldes nendega, kelle leibkonda kuulub rohkem inimesi (34). Tais läbiviidud uuringus selgus, et üksinda elavad mehed hindavad oma tervist halvaks võrreldes partneriga elavate meestega (35). Head tervise enesehinnangut esines käesoleva töö tulemustele tuginedes kõige rohkem nendel, kelle peres oli 4 inimest. Perekonnaseisu järgi on erinevates uuringutes välja toodud, et suurem šans anda halba tervise enesehinnangut on nendel, kes elavad üksinda, on lesed või lahutatud (34, 35). Lahutatud/lesed andsid käesoleva magistritöö tulemustele tugine-

des halba tervise enesehinnangut 65,5% ning abielus inimesed 47,7%.

Haridusel on suur mõju tervise enesehinnangule. Erinevatele teadusartiklitele tuginedes on välja toodud, et naised, kellel on vähem kui keskharidus, on 3,8(OR) korda suurem šanss hinnata oma tervist halvemaks võrreldes nende naistega, kellel on kõrgharidus (18, 27). Euroopa Sotsiaaluuringus 2004. aastal selgus, et keskharidusega meestel on 3,17 (OR) ja põhiharidusega 4,16 (OR) korda suurem šanss anda keskmine või halb tervise enesehinnang võrreldes kõrgharidusega meestega (36). Kõrgemalt haritud inimesed on teadlikumad oma tervise osas ning oskavad paremini tähelepanu pöörata oma tervisele ning selle tulemusena paraneb ka tervise enesehinnang (49). Käesoleva töö tulemustele tuginedes hindasid kõrgharidusega inimesed oma tervist heaks 67,0%, põhiharidusega inimesed hindasid oma tervist heaks 42,6%.

Sissetuleku ja tervise enesehinnangu vahel esineb seos. Skandinaaviamaades läbi viidud uuringus on välja toodud, et kõrgem sissetulek annab parema tervise enesehinnangu (25). Euroopa Sotsiaaluuringust selgus, et võrreldes hea majandusliku toimetulekuga oli halva majandusliku toimetuleku korral meestel 3,72 (OR) ja naistel 3,03 (OR) korda suurem šanss anda halb tervise enesehinnang (36). Kirjanduse põhjal toodud tulemused kajastuvad samuti magistr töö tulemustes, kus kõrgema sissetulekuga inimesed hindavad oma tervist heaks 66,6% võrreldes nendega, kes teenivad kuus 0–299€ ning nemad hindavad oma tervist heaks 36,6%. Sissetuleku suurus ning tervis on alati seotud, kuna raha annab võimaluse paremini oma tervise eest hoolt kanda. Samas ilmnevad siin ka hariduse mõjud, sest suurema haridusega inimesed pööravad tervisele rohkem tähelepanu.

Tervisetunnuste lõikes on halba tervise enesehinnangut rohkem kroonilisi haigusi põdevatel inimestel ja igapäevategevuse piirangutega inimestel (4, 39, 50).

Magistritöös selgus, et kroonilisi haigust mittepõdevad inimesed annavad head tervise enesehinnangut rohkem kui need, kellel esinevad kroonilised haigused. Igapäevategevuse piiranguid arvesse võttes ilmnes sarnane seos ning annus-vastus sõltuvus, kus hea tervise enesehinnang oli seotud igapäevategevuse piirangute puudumisega.

6.2. Arstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul ja seosed tervise enesehinnanguga

DeSalvo ja kaasautorid on leidnud seda, et tervise enesehinnang on hea näitaja prognoosimaks tervishoiuteenuste kasutamist. Tervishoiuteenuseid kasutavad sagedamini patsiendid, kes hindavad oma tervist halvaks (8), kannatavad sotsiaalse puuduse all, või neil esineb kroonilisi haigusi (54). Välja on toodud, et ambulatoorset arstiabi kasutavad kolm korda suurema tõenäosusega need patsiendid, kelle tervise enesehinnang on halb võrreldes nendega, kes hindavad oma tervist heaks. (8).

Käesolevas uuringus selgus, et head tervise enesehinnangut annavad oluliselt rohkem need inimesed, kes kasutavad vähem nii ambulatoorset kui statsionaarset tervishoiuteenust. Eriti tugev oli seos perearsti teenuse kasutamisega. Võrreldes kaks ja rohkem korda perearsti külastanutega 1,36 (OR) korda kõrgem šanss heale tervise enesehinnangule nendel, kes olid külastanud perearsti üks kord ning 1,64 (OR) korda kõrgem šanss heaks tervise enesehinnanguks nendel, kes ei olnud perearsti juures käinud viimase 12 kuu jooksul. Mitme ambulatoorse teenuseliigi puhul ilmnes annus-vastus sõltuvus, et mida rohkem esines head tervise enesehinnangut, seda vähem kasutati vastavat tervishoiuteenust. See tulemus võib kajastada põhjuslikku seost.

Esmatasandi tervishoiuteenuste pakkumine ning järjepidev juurdepääs tervishoiuteenustele parandab rahvastiku tervist (52). Kaplan ja kaasautorid leiavad, et kõrgema haridustasemega inimesed kasutavad ambulatoorseid arstide visiite rohkem võrreldes madalama haridustasemega inimestega (51). Kuo DZ ja kaasautorid leiavad, et ambulatoorne arstiabi peab olema patsientidele kättesaadav, kordineeritud, terviklik, perekeskne, pidev ja toetav (53).

Ambulatoorse tervishoiuteenuse puhul oli nende seoste vaatlemisel erandiks hambaravi kasutamine. Regulaarne hambaraviteenuse kasutamine tagab hea tervise enesehinnangu. Selline tulemus on ootuspärane.

Kirjandusele tuginedes saab öelda, et statsionaarset arstiabi kasutamise tõenäosus on neli korda kõrgem nendel, kes hindavad oma tervist halvaks võrreldes nendega, kelle tervise enesehinnang on hea (8).

Käesolevas uuringus selgus, et head tervise enesehinnangut annavad rohkem need inimesed, kes kasutavad vähem statsionaarset tervishoiuteenust. Erakorralise meditsiini osakonda külastanute seas oli võrreldes kaks ja rohkem korda külastanutega 2,0 korda kõrgem šanss heaks tervise enesehinnanguks nendel, kes olid EMO-s käinud 1 kord ning need, kes ei olnud üldse käinud viimase aasta jooksul.

Kokkuvõtteks võib öelda, et parem tervise enesehinnang on seotud tervishoiuteenuse harvema kasutamisega.

Magistritöö puudused. „Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring“ on läbilõikeline ankeetküsitlus, kus küsimustele vastamise täpsust ei ole võimalik kontrollida. Läbilõikeline uuringukavand piirab seoste ja põhjuslikkuse üle otsustamist. Tervise enesehinnangu ja arstiabi kasutamise puhul võib olla raske öelda, kas arstiabi kasutamine on seotud alati halvema tervisega või on hea tervise enesehinnang seotud just suurema arstiabi kasutamisega. Teatud määral toetab põhjusliku seose olemasolu mitmes uuritud seoses ilmnenud annus-vastus sõltuvus.

Magistritöö tugevuseks saab pidada valimi rahvastikupõhisust. „Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu“ valimi koostamisel järgitakse Eesti Statistikaameti rahvastiku jaotust vastava aasta andmete alusel. Rahvastikuregistrist kihitatud juhuvalimi kasutamine tagab valmi esinduslikkuse (48).

7. JÄRELDUSED

Peamised järeldused on esitatud magistritöö alaeesmärkide lõikes:

Kirjeldada tervise enesehinnangut sotsiaaldemograafiliste ja tervisetunnuste lõikes.

Tervise enesehinnang ja statistiliselt oluline seos on leitud vanusega, rahvusega, leibkonna suurusega, pereseisuga, hariduse ning sissetulekuga, krooniliste haiguste ja igapäevategevuse piirangutega.

Kirjeldada arstiabi kasutamist viimase 12 kuu jooksul, sealhulgas sõltuvalt tervise enesehinnangust.

Head tervise enesehinnangut andsid kõige rohkem võrreldes 2 ja rohkem korda arstiabi külastanutega need inimesed, kes ei olnud käinud viimase 12 kuu jooksul perearstil, eriarsti 1 kord külastanud, telefoniga ei olnud konsulteerinud oma terviseprobleemi tõttu ning hambaarsti juures käinud oli käinud 1 kord.

Head tervise enesehinnangut andsid kõige rohkem võrreldes 2 ja rohkem korda arstiabi külastanutega need inimesed, kes ei olnud käinud viimase 12 kuu jooksul EMO-s, kes ei olnud kutsunud endale kiirabi, kes ei viibinud päevaravi ning haiglaravi osakonnas.

Perearsti ja eriarsti teenuse kasutamine on suhteliselt sage võrreldes telefoni teel konsulteerimise või statsionaarse raviga.

Analüüsida seosed tervise enesehinnangu ja arstiabi kasutamisega.

Suurem šans oli heaks tervise enesehinnanguks nendel, kes ei olnud külastanud viimase 12 kuu jooksul perearsti, eriarsti, ei olnud konsulteerinud telefoniga oma terviseprobleemi tõttu ning nendel, kes ei olnud käinud EMO osakonnas, ei kutsunud kiirabi, päevaravi ja haiglaravi osakonnas mitte viibinud inimestel.

Head tervise enesehinnangut annavad rohkem need inimesed, kes kasutavad vähem nii ambulatoorset kui statsionaarset tervishoiuteenust. Erandiks on hambaravi.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. World Health Organisation. What is WHO's definition of health? (http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/).
2. Kamel A, Lipand A. Terviseedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn, 2011.
3. Camfield L, Skevington SM. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol* 2008;13:764–75.
4. Kunder N. Tervise enesehinnangu seosed tervisekäitumisega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut;2015.
5. De Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health Interview Surveys. Towards International harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Eur Ser* 1996;58:1–161.
6. Reile R, Stickle A, Leinsalu M. Large variation in predictors of mortality by levels of self-rated health: Results from an 18-year follow-up study. *Public Health* 2017;145:59–66.
7. Rohrer JE, Arif A, Denison A, et al. Overall self-rated health as an outcome indicator in primary care. *J Eval Clin Pract* 2007;13:882–8.
8. DeSalvo KB, Fan VS, McDonell MB, et al. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv Res* 2005;40:1234–46.
9. Lai T, Habicht T, Kahur K, et al. Eesti Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutuses*, 2013;15:1–196.
10. Põlluste K, Lember M, Kalda R. Arstiabi kättesaadavus kroonilise haigusega inimeste hinnangul. *Eesti Arst* 2006;85:500–9.
11. Beatty PW, Hagglund KJ, Neri MT et al. Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1417–25.
12. Anderson GF. Physician, public and policymaker perspectives on chronic conditions. *Arch Intern Med* 2003;163:437–42.
13. Gask L. Role of specialists in common chronic diseases. *BMJ* 2005;330:651–3.
14. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Tallinn; 2008. (<https://www.sm.ee/et/tervis>)
15. WHO Euroopa Regionaalbüroo. Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks. Tallinn; 2008. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2083/1/WHO2008.pdf>)
16. Sotsiaalministeerium. Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015 ja selle rakenduskava 2009–2012 kinnitamine. Tallinn; 2009. (<https://www.sm.ee/sites/default/files/content->

- editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf)
17. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 09.05.2001. RT I 2001, 50, 84.
 18. Leinsalu M. Social capital, political trust and self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
 19. Mohseni M, Lindström M. Social capital, political trust and self-rated health: a population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health* 2008;36:28–34.
 20. Jyhla M, Guralnik JM, Ferrucci L, et al. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:144–52.
 21. Eriksson I, Unden AL, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001;30:326–33.
 22. Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürgens H, eds. *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007)*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging;2008.
 23. Jürges H, Avedano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol* 2008;23:773–81.
 24. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009;69:307–16.
 25. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motrico E, et al. The Impact of socio-economic status on self-rated health: study of 29 countries using European surveys (2002–2008). *Int J Environ Res Public Heal* 2013;10:747–61.
 26. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012;74:647–53.
 27. Demirchyan A, Petrosyan V, Thompson ME. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *Int J Equity Health* 2012;11:67.
 28. Gilmore AB, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-rated perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med* 2002;55:2177–88.
 29. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *Eur J Public Health* 2006;16:8–20.
 30. Andersen FK, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: a cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45–102. *Scand J Public Health* 2007;35:164–71.
 31. SHARE-Eesti (<http://www.share-estonia.ee/>)
 32. Eesti Haigekassa. *Elanike ootused arstiabi suhtes (2002–2005)*. Tallinn 2007. (https://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/EMOR%202002.pdf)
 33. 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.
34. Giordano GN, Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study. *Soc Sci Med* 2010;70:700–10.
35. Seubsman SA, Kelly MJ, Yiengprugsawan V, et al. Gender, socioeconomic status, and self-rated health in a transitional middle-income setting: evidence from Thailand. *Asia Pac J Public Health* 2011;23:754–65.
36. Lai T, Kutsar D, Harro M, et al. Euroopa Sotsiaaluuringu 2004 Eesti raport. Tallinn 2005. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1547/1/ETKT2005.pdf>)
37. Cabrero-Garcia J, Julia-Sanchis R. The global activity limitation index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity. *J Clin Epidemiol* 2014;67:468–76.
38. Jagger C, Gillies C, Cambois E, et al. The global activity limitation index measured function and disability similarly across European countries. *J Clin Epidemiol* 2010;63:892–9.
39. Reile R, Leinsalu M. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013;58:555–64.
40. RaTaRa–Rahvatervishoiu raamatukogu. Üldmõisted. Krooniline haigus. (<http://rahvatervis.ut.ee/terms/terminid.php?id=539>)
41. Eesti haigekassa. Arstiabi kasutamine ja hinnangud saadud ravile 2000. (<https://www.haigekassa.ee/et/uudised/arstiabi-kasutamine-ja-hinnangud-saadud-ravile->)
42. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2013.
43. Eesti Haigekassa. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2014. Tallinn; 2015. (https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/arstiabi_uuringu_aruanne_2014_tnsemor.pdf)
44. Tran BX, Nguyen LH, Nong VM, et al. Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14:85.
45. Lankila T, Näyhä S, Rautio A, et al. Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from Northern Finland. *Public Health* 2016;131:82–91.
46. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55:364–70.
47. Darker CD, Donnelly-Swift E, Whiston L, et al. Determinants of self-rated health in an Irish deprived suburban population—a cross sectional face-to-face household survey. *BMC*

Public Health 2016;16:767.

48. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2015.

49. Sildever Ü, Pärna K, Ringmets I. Tervise enesehinnangu sotsiaal–majanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004. Eesti Arst 2008;87:13–8.

50. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self–rated health, and mortality in the US. Soc Sci Med 2003;56:2505–14.

51. Kaplan RM, Franq Z, Kirby J. Educational Attainment and Health Outcomes: Data From the Medical Expenditures Panel Survey. Health Psychol 2017;10.

52. McCalman J, Heyeres M, Campbell S, et al. Family-centred interventions by primary healthcare services for Indigenous early childhood wellbeing in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17:71.

53. Kuo DZ, Houtrow A J, Arango P, et al. Family-Centred Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. Matern Child Health J 2012;16:297–305.

54. Majeed FA, Cook DG, Hilton S, et al. Annual night visiting rates in 129 general practices in one family health services authority: association with patient and general practice characteristics. Br J Gen Pract 1995;45:531–5.

Self-rated health and use of health services based on “Health Behavior among Estonian Adult Population, 2014”

Kadri Loigu

SUMMARY

The main objective of the master’s thesis was to study self-rated health among Estonian adult population and its connection to the use of health services. The sub-objectives were to:

- 1) Describe self-rated health across demographic and health characteristics;
- 2) Describe the use of health services during the previous 12 months, including based on self-rated health;
- 3) Analyse the relations of self-rated health and use of health services.

The thesis was based on the 2014 data of the “Health Behavior among Estonian Adult Population” study.

The sample included 2527 people aged 17 to 65, 1013 (40,0%) of whom were men and 1514 (60,0%) women. To analyse demographic and physical health characteristics of self-rated health, descriptive statistics and Pearson's chi-squared test were used. The relation of self-rated health across outpatient and inpatient care was analysed with a logistic regression model both unadjusted and adjusted for potential confounders and presented as odds ratio.

Health was rated as good by 39,5% of men and 60,6% of women. Good self-rated health was associated with majority of sociodemographic characteristics studied: highest proportions of self-rated health were found in the youngest group (17-24 years), in Estonians, in people having bigger households, in people being single, having higher education and earning bigger monthly income. Higher proportions of self-rated health were also found in respondents not having chronic illness or limitations in daily activities.

Visiting a family physician was rather frequent in comparison with consulting with a physician by phone due to their health problem or being in hospital. Compared to those who had visited health services twice or more, health was rated as good more often by those who had not visited a family physician, visited a specialist once, not consulted with a physician by phone due to their health problem, and visited a dentist once during the past 12 months. In a number of associations regarding ambulatory care, a dose-response relationship existed: the more people reported good self-rated health the less the. Good self-reported health was quoted by people

who attended ambulator or hospital care less often. Visiting dentist was an exception.

It can be concluded that better self-rated health is associated with less use of health care.

TÄNUAVALDUS

Täna juhendajat Katrin Langi kasulike nõuannete, põhjalike kommentaaride ja igakülgse toetuse eest magistr töö koostamisel.

Aitäh Inge Ringmetsale teoreetiliste ja praktiliste juhendite eest andmeanalüüsi läbiviimisel.

Täna perekonda, töökaaslast ja lähedasi mõistva suhtumise ja toe eest kogu õpingute perioodil.

ELULUGU

I. Üldandmed

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Ees-ja perekonnanimi: | Kadri Loigu |
| 2. Sünniaeg ja koht: | 28.06.1980, Tartu |
| 3. Kodakondsus: | Eesti |
| 4. E-post: | kadri.loigu@mail.ee |
| 5. Haridus: | |
| 2015–... | Tartu Ülikool, eriala: rahvatervishoiu
magistriõpe |
| 1998–2004 | Tartu Tervishoiu Kõrgkool, eriala:
bioanalüütik (rakenduskõrgharidus) |
| 1986–1998 | Otepää Gümnaasium, keskharidus |
| 6. Keelteoskus: | eesti keel–emakeel
inglise keel–B2
vene keel–A1
saksa keel–A1 |
| 7. Töökogemus | |
| 01.06.2011 –... | SA Otepää Tervisekeskus, bioanalüütik |
| 31.10.2005–01.07.2009 | SA Tartu Ülikooli Kliinikum, bioanalüütik |
| 01.06.2002–20.12.2002 | Ida-Tallinna Keskhaigla, bioanalüütik |

II. Erialane enesetäiendus

2015 Tartu Ülikool, geneetika 3EAP

Kuupäev: 30.05.2017

LISAD

Lisa 1 Töös kasutatud küsimused

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, aasta 2014 küsimustik.

1. Teie sugu

1 mees

2 naine

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Teie sünniaeg

3. Teie rahvus

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-

6. Mitme inimesega Te elate koos ja olete ühes leivas? (Palun märkige inimeste arv või 0, kui Te elate üksinda?)

0 inimest, kui elate üksinda

mina+ veel inimest

7. Kui suur oli viimane 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta? (Kõigist allikatest saadaud sissetulek ilma maksudeta).

1 vähem kui 50 eurot

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 2 50–99 eurot | 8 600–699 eurot |
| 3 100–199 eurot | 9 700–799 eurot |
| 4 200–299 eurot | 10 800–899 eurot |
| 5 300–399 eurot | 11 900–999 eurot |
| 6 400–499 eurot | 12 1000–1100 eurot |
| 7 500–599 eurot | 13 rohkem kui 1100 eurot |

8. Kuidas te hindate oma tervist käesoleval ajal?

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

9. Kas teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?

- 1 jah
- 2 ei

10. Mil määral on mõni terviseprobleem viimase 6 kuu jooksul Teie tavalisi igapäevategevusi piiranud?

- 1 oluliselt piiranud
- 2 piiranud, aga mitte oluliselt
- 3 ei ole üldse piiranud

11. Mitu korda olete käinud viimase 12 kuu jooksul arsti juures või olnud haige?

- Perearsti juures
- Hambaarsti juures
- Eriarsti juures
- Erakorralise meditsiini osakonnas (EMO)
- Konsulterinud arstiga telefoni teel enda terviseprobleemi tõttu
- Kutsunud endale kiirabi/kutsunud teile kiirabi
- Olnud ravil päevaravi osakonnas
- Olnud haiglaravil

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, KADRI LOIGU (sünd. 28.06.1980)

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervise enesehinnang ja arstiabi kasutamine Tervisekäitumise uuringu 2014 andmetel“, mille juhendaja on Katrin Lang.

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. mail 2017. a