

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKU SUITSETAMINE
SOTSIAALMAJANDUSLIKU STAATUSE JÄRGI, 1990–2010

Magistritöö rahvatervishoius

Mari-Liis Pürjer

Juhendajad: Kersti Pärna, MD, MPH, PhD,
Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, dotsent
Inge Ringmets, MSc,
Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, lektor

Tartu 2013

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kraadinõukogu otsustas 20.05.2013 lubada väitekiri tervise-
teaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Kristi Rüütel, PhD, Tervise Arengu Instituudi Nakkushaiguste ja uimastiseire
keskuse juhataja

Kaitsmine: 12.06.2013

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID	4
LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
2.1. Mõisted	7
2.2. Suitsetamise levimus Euroopas	7
2.3. Suitsetamise levimust käsitlevad uuringud Eestis	8
2.4. Suitsetamise ja sotsiaalmajandusliku staatuse seosed Euroopas	9
2.5. Tubakaepideemia mudel	11
2.6. Suitsetamise ja sotsiaalmajandusliku staatuse seosed Eestis	13
2.7. <i>Finbalt Health Monitor</i> uuringul põhinevad suitsetamist käsitlevad publikatsioonid ..	13
3. TÖÖ EESMÄRGID.....	15
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	16
4.1. Andmebaas.....	16
4.2. Töös kasutatud tunnused.....	17
4.3. Andmeanalüüs	18
5. TULEMUSED	19
5.1. Suitsetamine uuringuperioodi jooksul	19
5.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid	21
5.3. Suitsetamise seosed sotsiaalmajanduslike teguritega	22
5.4. Suitsetamise sobitumine tubakaepideemia mudelisse	24
6. ARUTELU	27
7. JÄRELDUSED.....	32
8. KASUTATUD KIRJANDUS	33
SUMMARY	38
TÄNUAVALDUS	39
CURRICULUM VITAE	40
LISAD	41
Lisa 1. Töös kasutatud küsimused. TKU 2010. aasta küsimustik	41

KASUTATUD LÜHENDID

CI	usaldusvahemik (<i>confidence interval</i>)
EL	Euroopa Liit
ETeU	Eesti Terviseuuring
OR	šansisuhe (<i>odds ratio</i>)
RHK–10	rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon
SES	sotsiaalmajanduslik staatus (<i>socioeconomic status</i>)
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKU	Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuriti Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamist sotsiaalmajandusliku staatuse järgi ajavahemikul 1990–2010. Töö eesmärk oli (1) kirjeldada täiskasvanud rahvastiku suitsetamise levimuse trendi, (2) analüüsida suitsetamise seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega ning (3) hinnata, kas Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamine sobitub rahvusvahelisse tubakaepideemia mudelisse.

Töö põhines Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel aastatest 1990–2010. Käesolevas uuringus osalesid 20–64aastased täiskasvanud (n=18740), kellest 7949 olid mehed ja 10791 naised. Suitsetamist määrati neljaastmelisel skaalal: igapäevasuitsetajad, juhusuisetajad, endised suitsetajad ja mitte kunagi suitsetanud. Sotsiaalmajanduslikest teguritest uuriti vanuserühma, rahvust, perekonnaseisu, haridust ja tööhõivet. Välja arvatati suitsetamise levimusmäärad ning suitsetamise levimuse trendi määramiseks üle aastate kasutati χ^2 testi trendi jaoks. Suitsetamise seoseid uuringuaasta ja sotsiaalmajanduslike teguritega hinnati logistilise regressioonanalüüsi abil.

2010. aastal suitsetas igapäevaselt kolmandik meestest ja viiendik naistest. Võrreldes esimese uuringuaastaga oli igapäevasuitsetamise levimusmäär 2010. aastaks meeste hulgas oluliselt vähenenud, naiste hulgas mõnevõrra suurenenud. Kohandatud šansisuhted näitasid seoseid suitsetamise ning uuringuaasta, vanuserühma, rahvuse, perekonnaseisu, haridustaseme ja tööhõive vahel. Võrreldes 20–34aastaste vanuserühmaga oli nii meeste kui naiste hulgas suitsetamise šans oluliselt väiksem vanimas, 50–64aastaste vanuserühmas. Võrreldes eestlastega oli mitte-eestlastel mõnevõrra suurem šans suitsetada. Lahutatud meestel ja naistel oli võrreldes abielus või vabaabielus olevatega oluliselt suurem šans suitsetada. Töötutel meestel ja naistel oli oluliselt suurem šans suitsetada kui töötavatel täiskasvanutel. Uuringuperioodi alguses ei olnud meeste suitsetamises hariduserinevusi ja rohkem suitsetasid kõrgema haridusega naised. Kõrgharidusega meestel ilmnes oluliselt väiksem suitsetamise levimusmäär 1996. aastal ja naistel alles 8 aastat hiljem. Suitsetamise trendides leitud hariduserinevuste muutuste alusel paigutati Eesti tubakaepideemia kolmandasse faasi.

Suitsetamise levimusmäär aastatel 1990–2010 ning selle oluliselt suurem väärtus madalama sotsiaalmajandusliku staatusega täiskasvanute hulgas on tõendus põhiseks kinnituseks antud rahvatervishoiu probleemi tõsidusest ning riigi tubakapoliitika tõhustamise vajadusest. Käesoleva töö tulemustest lähtudes tuleks tervisedenduslikke tegevusi suunata eelkõige madalama sotsiaalmajandusliku staatusega ja nooremate täiskasvanute ning naiste suitsetamise ennetamisele ja vähendamisele.

1. SISSEJUHATUS

Tubaka tarbimine on üks peamisi haigestumuse ja suremusega seotud tervise riskitegureid maailmas (1–3). Suitsetamist hinnatakse kui omandatud eluviisi ja sõltuvushaigust ning rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (RHK-10) on see fikseeritud tubaka tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete diagnoosina (F-17) (4). Ülemaailmselt põhjustab suitsetamine ligikaudu 71% kopsuvähi juhtudest, 42% ülemiste hingamisteede haigustest ja 10% südameveresoonekonna haigustest (3). Suitsetavatel inimestel on suurem tõenäosus haigestuda pahaloomulistes kasvajatesse (2), tuberkuloosi ja osteoporoosi ning sageli esineb neil maohaavandide teket, naha enneaegset vananemist ja hammaste lagunemist (3). Eestis on tubaka tarbimisest tingitud ligikaudu 8% rahvastiku haigestumuse tõttu kaotatud eluaastatest. Kopsuvähi osa suitsetamisega seotud tervisekaotusest on Eestis hinnatud 32%-le, millele järgnesid südame isheemiatõbi ja insult (5).

Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul põhjustab suitsetamine maailmas igal aastal ligikaudu 6 miljoni inimese surma (3). Euroopas sureb sigarettide tarbimise tõttu igapäevasuitsetajatest iga teine täiskasvanu, pooled nendest keskeas ja pooled vanemas eas (1), kaotades mittersuitsetajatega võrreldes vähemalt 10 eluaastat (6).

Suitsetamine on seotud sotsiaalmajandusliku staatusega: inimeste haridustaseme, tööhõive ja sissetulekuga (7, 8). Arenenud riikides on suitsetamise levimus üldiselt suurem madalama sotsiaalmajandusliku staatusega meeste ja naiste hulgas (9, 10). Arengumaades on suitsetamine mõnevõrra levinum kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega täiskasvanute hulgas (11). Seetõttu on edukate suitsetamise levimust vähendavate sekkumiste väljatöötamiseks (12) oluline teada tõenduspõhist informatsiooni suitsetamise suundumustest ja sotsiaalmajanduslikest erinevustest riigiti (13–15).

Käesolevas magistritöös uuriti suitsetamise levimuse trende ning seoseid suitsetamise ja sotsiaalmajanduslike tegurite vahel Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu põhjal aastatel 1990–2010.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Mõisted

WHO poolt antud juhtnöörides soovitatakse suitsetamist käsitlevates uuringutes kasutada järgmist terminoloogiat (16):

Igapäevasuitsetaja – suitsetab vähemalt ühe sigareti päevas;

Juhusuitsetaja – suitsetab vähem kui ühe sigareti päevas;

Suitsetaja – igapäeva- ja juhusuitsetamine koos;

Endine suitsetaja – on varem suitsetanud, aga nüüdseks suitsetamisest loobunud;

Mittesuitsetaja – ei ole kunagi suitsetanud.

Varem on uuringutes kasutatud ka mõistet regulaarne suitsetamine, kuid mitmese tõlgendamise tõttu on see küsimustikes asendatud igapäevasuitsetamise mõistega (17).

Sotsiaalmajanduslik staatus (SES) on inimese sotsiaalmajanduslikku kuuluvust iseloomustav näitaja, mida tavapäraselt kirjeldatakse mitme teguri abil. Enamkasutatavateks teguriteks on haridus, tööhõive või amet ning sissetulek. Sageli lähtub SES-i tegurite valik kasutatavas andmestikus olemasolevatest tunnustest (18).

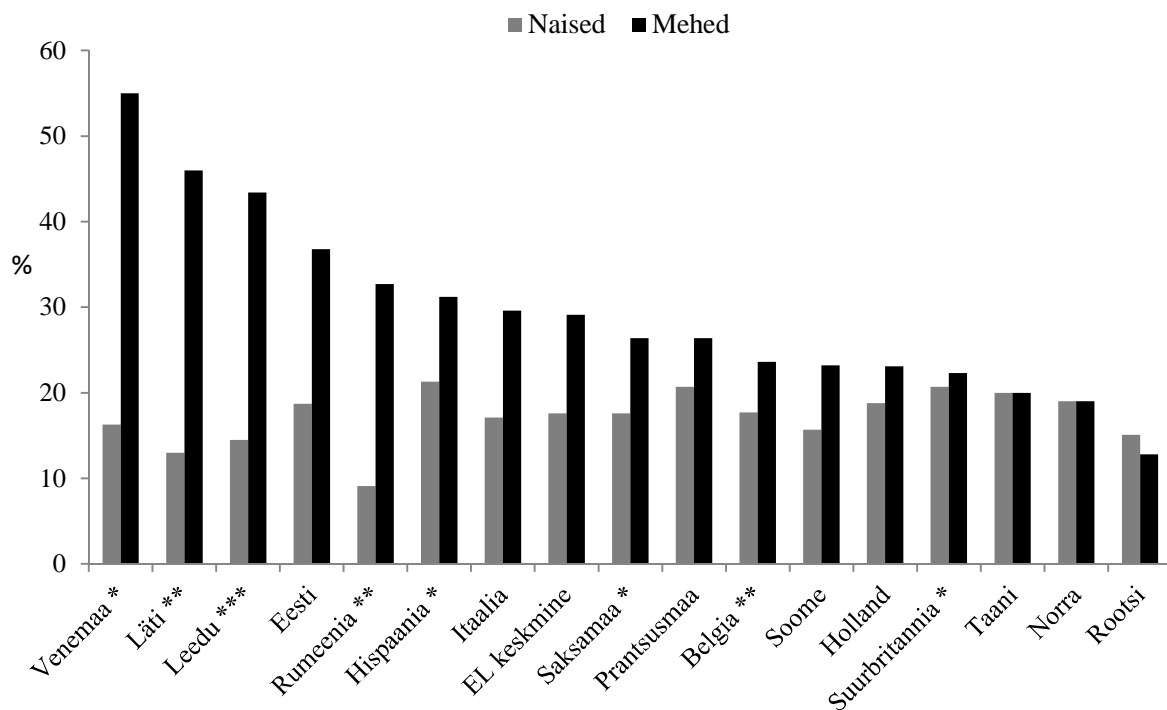
Tubakaepideemia mudel (1994) võimaldab nelja erineva faasi kaudu kirjeldada suitsetamise levimuse trende SES-i järgi erinevates riikides ning suitsetamisest tuleneva suremuse muutumist ajas. Mudeli põhjal suureneb suitsetamise levimus kõigepealt kõrgema SES-iga meeste ja veidi hiljem naiste hulgas. Seejärel hakkab suitsetamise levimus suurenema madalama SES-iga rahvastikurühmades, samal ajal kõrgema SES-iga täiskasvanute hulgas juba vähenedes (11).

2.2. Suitsetamise levimus Euroopas

Viimastel aastakümnetel vähenes suitsetamise levimus meeste hulgas enamikes Euroopa riikides. Erandiks olid Leedu, Malta ja Slovakkia, kus meeste suitsetamise levimusmäär mõnevõrra suurenes (19). Samal ajal suurenes suitsetamise levimus naiste hulgas paljudes Euroopa riikides (Eesti, Soome, Leedu, Ungari, Saksamaa, Austria, Luksemburg, Hispaania, Kreeka, Küpros ja Malta) (20).

21. sajandi esimese kümnendi lõpus oli meeste igapäevasuitsetamise levimusmäär enamikes Euroopa riikides suurem kui naistel (21). Igapäevasuitsetamise levimuse erinevused meeste ja naiste vahel olid suurimad endistes Nõukogude Liidu liikmesriikides ja Ida-Euroopas, mõnevõrra väiksemad Kesk-Euroopas ning Soomes (joonis 1). Meeste igapäevasuitsetamise levimus oli ülekaalukalt suurim Venemaal, kus suitsetas üle poole meestest (55%). Järgnesid Läti ja Leedu, kus suitsetas rohkem kui 40% meestest. Paljudes

majanduslikult heal järjel olevates riikides (näiteks Skandinaaviamaades) on igapäevasuitsetamise levimus meeste ja naiste hulgas võrdsustunud. Rootsis on noorte ja keskealiste inimeste hulgas igapäevaselt suitsetavaid naisi isegi rohkem kui mehi. Võrreldes teiste Euroopa riikidega oli 2010. aastal Rootsi meeste hulgas kõige vähem igapäevasuitsetajaid (13%), samas kui Rootsi naistel oli see näitaja 15%. Rootsi eeskuju on järgimas Norra ja Taani, kus 2010. aastal oli meeste ja naiste suitsetamise levimusmäär võrdsel tasemel (Norras 19% ja Taanis 20%) ning lähiaastatel on sarnast tendentsi oodata ka Hollandis ja Suurbritannias.



*** 2006
 ** 2008
 * 2009

Joonis 1. Igapäevasuitsetamise levimus Euroopa riikides 15-aastaste ja vanemate meeste ning naiste hulgas 2010. aastal (21, 22).

2.3. Suitsetamise levimust käsitlevad uuringud Eestis

Eestis viiakse läbi kahte mahukat täiskasvanud rahvastiku uuringut, mis sisaldavad küsimusi suitsetamise kohta: Eesti Terviseuuring (ETeU) ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (TKU).

ETeU viidi läbi 1996. ja 2006. aastal. Uuringu üldkogumi moodustasid 1996. aastal 15–79 ning 2006. aastal 15–84aastased Eesti alalised elanikud. Tegemist oli seni suurima Eestis läbi viidud rahvastiku tervist käsitleva intervjuupõhise küsitlusuuringuga, mille peamiseks

eesmärgiks oli saada ülevaade rahvastiku terviseseisundist, selle seostest sotsiaalsete näitajatega ning riskikäitumise levimusest (23).

ETeU-s oli suitsetamise kohta 12 küsimust. Suitsetamise staatus selgitati välja kolme küsimuse põhjal: „Kas olete kunagi elus regulaarselt suitsetanud, st iga päev või peaaegu iga päev vähemalt ühe aasta jooksul? Kui jah, siis mitu aastat kokku?“ (Jah, ... aastat kokku; Ei), „Mõeldes tagasi viimasele neljale nädalale, kas Te olete sel ajavahemiku suitsetanud?“ (Jah; Ei), „Kui sageli Te olete suitsetanud viimase nelja nädala jooksul?“ (Iga päev/peaaegu iga päev; 3–4 korda nädalas; 1–2 korda nädalas; 1–3 korda kuus) (23).

1996. aasta ETeU andmetel suitsetas Eesti 30–59aastastest meestest igapäevaselt 57,9% ja naistest 25,7% (24). 2006. aastal oli 25–64aastaste igapäevasuitsetamise levimusmäär meestel 47,3% ja naistel 21,4% (25).

TKU-t on Eestis postiküsitlusena läbi viidud alates 1990. aastast igal paaris aastal 16–64aastaste täiskasvanute hulgas. Tegemist on uuringuga, mis moodustas kuni 2010. aastani osa *Finbalt Health Monitor* ühisuuringust, milles osalesid ka Läti, Leedu ja Soome. Kuna Euroopa Liit (EL) valmistab ette uut liikmesriikidele kohustuslikku tervise jälgimissüsteemi, otsustas *Finbalt Health Monitor* uuringu juhtkomitee ühisuuringu lõpetada, kuid selles osalenud riigid jätkavad tervisekäitumise uuringute läbiviimist (26). TKU andmetel põhineb käesolev magistr töö.

2.4. Suitsetamise ja sotsiaalmajandusliku staatuse seosed Euroopas

Tubakatarbimise alustamine on seotud paljude teguritega nagu sotsiaaldemograafilised ja -majanduslikud, isiksuse ja käitumise ning sotsiaalse keskkonnaga seotud tegurid (27). Kuna rahvusvahelise kirjanduse põhjal ei ole sageli selget piiri sotsiaaldemograafiliste (sugu, vanus, rahvus, perekonnaseis) ja -majanduslike tegurite vahel (28–30), siis käsitletakse käesolevas magistr töö osas neid tegureid ühtse nimetusega SES.

SES-i ja tervise vahelist seost on palju uuritud ning on leitud, et madalam SES toob kaasa kehva tervise (31). SES-i indikaatorina on erinevates riike võrdlevates ning tervise ja suitsetamise teemat puudutavates publikatsioonides tavaliselt kasutatud haridustaset, kuna haridus omandatakse üldiselt enne tööle asumist ja sissetuleku tekkimist (32). Samuti sõltub hariduse omandamine isiku kehalistest ja vaimsetest eeldustest ning haridustase on oluline tegur, mis määrab edasises elus inimeste tervisekäitumise ja sellest tulenevalt riski erinevatele haigustele (33). On leitud, et haridustase mõjutab inimeste tervist elustiili, terviseteadlikkuse, riskikäitumise, sotsiaalse sidususe ning stressiga toimetuleku kaudu (28).

1990. aastate alguses leiti mitmetes Euroopa riikides (Norras, Rootsis, Prantsusmaal ja Suurbritannias) suitsetamise ja haridustaseme vahel negatiivne seos: igapäevasuitsetajaid oli

madalama haridustasemega meeste ja naiste hulgas rohkem kui kõrgharidust omavate täiskasvanute hulgas. Haridustase oli oluline ka tubakatoodetest loobumisel – kõrgema haridustasemega inimeste hulgas oli rohkem neid, kes jätsid suitsetamise maha. Seosed suitsetamise ja haridustaseme vahel olid tugevamad noorematel, 20–44aastastel täiskasvanutel. Ülaltoodud seosed viitasid sellele, et järgnevatel aastakümnetel võis paljudes Euroopa riikides oodata suitsetamisega seotud haiguste esinemise sagenemist just madalama sotsiaalmajandusliku staatusega täiskasvanute hulgas (9).

Lõuna-Euroopa riikides (Hispaanias, Portugalis) oli 1990. aastate alguses naiste hulgas suitsetamise ja hariduse vahel positiivne seos: kõrgema haridustasemega naiste hulgas oli suitsetajaid rohkem kui madalama haridustasemega naiste hulgas (9). Sarnast tendentsi oli Hispaanias, Portugalis, Kreekas ja Itaalias märgata ka 1990. aastate lõpus (10, 34). Samal ajal oli mitmetes Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides (Soomes, Taanis, Belgias, Iirimaa) suitsetamine rohkem levinud madala haridustasemega meeste ja naiste hulgas (34). Lõuna-Euroopa riikide kõrgharidusega naiste suitsetamise levimuse tõusu on seostatud asjaoluga, et nende riikide tubakatoodete reklaamides oli kombeks viidata suitsetamisele kui moodsale, iseseisvust ja edukust rõhutavale ning emantsipatsiooni soodustavale tegevusele (35).

Tänu edukale tubakakontrolli poliitikale on suitsetamise levimus paljudes riikides nüüdseks küll vähenemas, kuid seos suitsetamise ja madala haridustaseme vahel on endiselt tugevnenemas (18).

Rahvusvahelise kirjanduse põhjal on suitsetamise levimusmäär arenenud riikides suurem töötute ja madalamal positsioonil töötavate täiskasvanute hulgas (36–38). Sarnaselt haridustasemele ja tööhõivele on seos suitsetamisega leitud ka sissetuleku puhul – väiksema sissetulekuga täiskasvanutel on suurem šans olla suitsetaja. Samas vähenes antud seose tugevus märkimisväärselt, kui analüüs kohandati haridustasemele ja tööhõivele, mis viitas sellele, et erinevused suitsetamise levimuses erinevates sissetulekute kategooriates peegeldavad üldist erinevust sotsiaalmajanduslikus positsioonis ning haridus on oluline tegur, mis mõjutab nii tööhõivet kui ka sissetulekut (39, 40).

Rahvusvahelised uuringud on näidanud seost suitsetamise ja rahvuse vahel. Suitsetamise levimusmäär on mõnevõrra suurem täiskasvanute hulgas, kes kuuluvad riigis rahvusvähemuse hulka (41, 42). On leitud, et rahvusvähemuste suuremat suitsetamist võivad mõjutada psühho-sotsiaalsed ja majanduslikud tegurid, mis raskendavad suitsetamisest loobumist (42).

Suitsetamine on seotud perekonnaseisuga. Uuringute põhjal on lahtutatud täiskasvanutel suurem šans olla suitsetaja kui abielus olevatel inimestel (43, 44). Samuti on leitud, et võrreldes ülejäänud võimalike perekonnaseisu variantidega on abielus olevatel täiskasvanutel kõige väiksem šans olla suitsetaja (45).

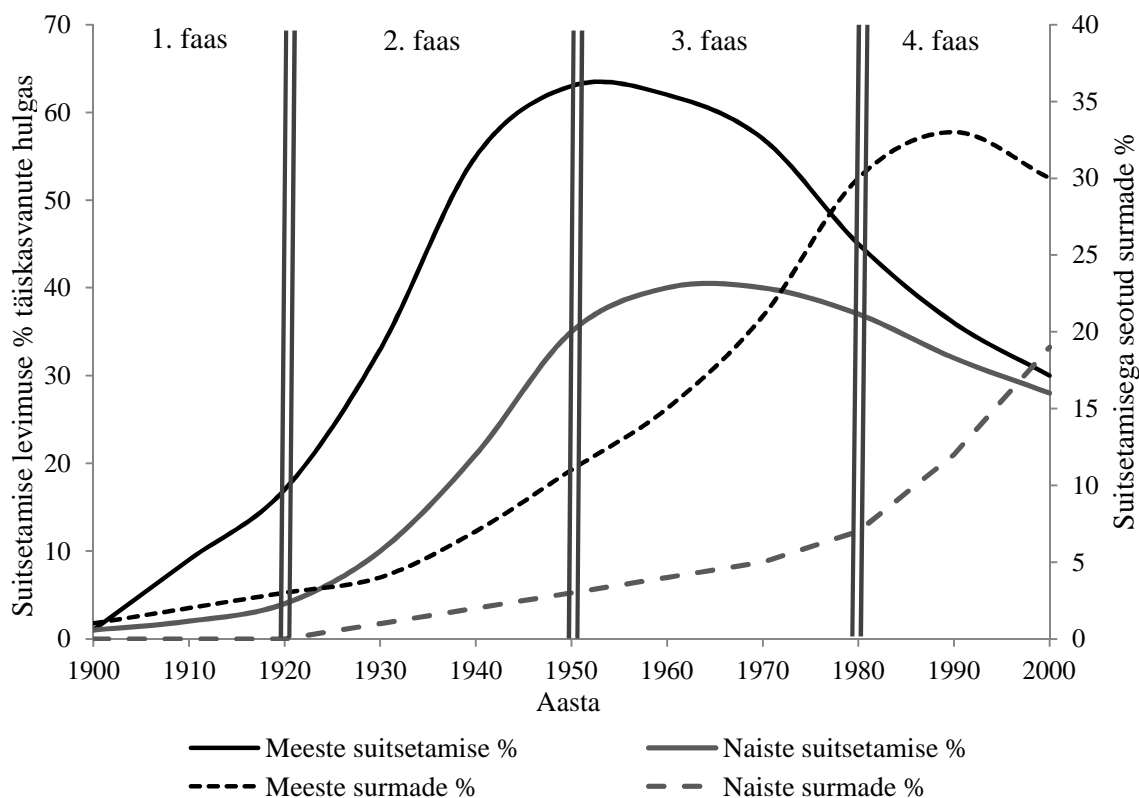
Käesolevas töös uuriti suitsetamise seoseid soo, vanuserühma, rahvuse, perekonnaseisu, haridustaseme ja tööhõivega.

2.5. Tubakaepideemia mudel

Rahvusvaheliselt on tubakaepideemia levikut iseloomustatud mudeliga, mis annab võimaluse kirjeldada suitsetamist SES-i järgi ning prognoosida suitsetamisega seotud haigestumust ja suremust, mis tavaliselt suureneb umbes 30 aastat peale suitsetamise levimusmäära tõusulainet riigis (11).

Tubakaepideemia kontseptsioonil on neli selgelt eristatavat tubakatarbimise faasi (joonis 2). **Esimeses faasis** on suitsetamise levimusmäär rahvastikus madal ning kõige levinum kõrgemasse sotsiaalmajanduslikku rühma kuuluvate meeste hulgas. **Teise faasi** jooksul suureneb suitsetavate meeste osakaal kuni 50%-ni ja on sarnane nii kõrgemas kui ka madalamas sotsiaalmajanduslikus rühmas. Suitsetamise levimusmäär naiste hulgas on ajaliselt umbes 10–20 aasta võrra meestest maas ning hakkab kõigepealt suurenema kõrgemasse sotsiaalmajanduslikku rühma kuuluvate naiste hulgas. **Kolmandas faasis** väheneb meeste suitsetamine umbes 40%-ni, kuna hakatakse suitsetamisest loobuma ja seda eelkõige kõrgemas sotsiaalmajanduslikus rühmas. Naiste suitsetamise levimus võib suureneda kuni 35–40%-ni, kuid faasi lõpus hakkab see jälle vähenema. **Neljandasse faasi** jõudes väheneb meeste ja naiste suitsetamine jätkuvalt ning suurem osa suitsetajatest kuuluvad madalamasse sotsiaalmajanduslikku rühma. Samas on suurem tubakatarbimisest põhjustatud haigestusse endiselt kõrge, kuna vähenenud suitsetamine rahvastikus alandab suremust alles 20–30 aastat hiljem.

Kuigi erinevate riikide meeste ja naiste suitsetamise levimus on üsna erinev, järgivad trendid üldises plaanis tubakaepideemia mudeli teooriat (11, 34). Põhja-Euroopa riigid on Lõuna-Euroopast tubakaepideemia teooria mudelis sammu võrra ees ning madalama haridustasemega inimesed on kõrgema haridustasemega inimestest suitsetamiskäitumises 10–20 aasta võrra tagapool (10).



Joonis 2. Rahvusvahelise tubakaepideemia teooria mudel: suitsetamise ja sellega seotud suremuse muutumine ajas (11).

1990. aastate lõpuks olid paljud Põhja- ja Lääne-Euroopa riigid, nende hulgas Rootsi, Norra, Suurbritannia, Saksamaa, Prantsusmaa ja Holland, jõudnud tubakaepideemia neljandasse faasi, mida iseloomustab madala ja kõrge sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste suitsetamise levimuse vahe suurenemine, kuigi üldine suitsetamise levimus riigis on vähenemas (11). Nii on Soomes, Taanis ja Iirimaal madalama haridustasemega meeste ja naiste hulgas kaks kuni kolm korda rohkem suitsetajaid kui kõrgharidusega täiskasvanute hulgas (19). Lõuna-Euroopa riigid (Hispaania, Kreeka) olid 1990. aastate lõpus (34) ja 21. sajandi esimesel kümnendil tubakaepideemia kolmandas faasis (19). Portugali naised on paigutatud tubakaepideemia teise faasi, samas kui mehed asuvad kolmanda ja neljanda faasi vahepeal (46). Itaalia on käesolevaks ajaks jõudnud tubakaepideemia viimasesse faasi, kus nii meeste kui naiste suitsetamise levimusmäär on vähenemas ning suurem osa suitsetajatest kuulub madalamasse sotsiaalmajanduslikku rühma (47). Kuna suitsetamisega seonduvate haiguste väljakujunemiseks kulub tavaliselt palju aastaid, on Euroopas kahel järgneval aastakümnel oodata tubakatarbimisega seotud haigestumuse ja suremuse kasvu isegi siis, kui suitsetamise vähendamisele suunatud sekkumised riikides on edukad (3).

Käesolevas töös analüüsiti suitsetamist haridustaseme kui SES-i iseloomustava teguri alusel Eestis 20 aasta jooksul ja sobitati seda tubakaepideemia mudelisse.

2.6. Suitsetamise ja sotsiaalmajandusliku staatuse seosed Eestis

1996. aasta ETeU tulemuste põhjal leiti 30–59aastate meeste hulgas oluline seos suitsetamise ja haridustaseme vahel: kõrgharidusega meestega võrreldes oli põhiharidusega meestel 4,50 korda suurem šans olla suitsetaja. Suitsetamine oli töötute meeste hulgas mõnevõrra levinum kui töötavate meeste hulgas. Naiste hulgas olulisi seoseid suitsetamise ning haridustaseme ja tööhõive vahel ei leitud. Kõikidele uuritud sotsiaalmajanduslikele tunnustele kohandatud mudelis ei leitud kummagi soo hulgas olulist seost suitsetamise ja sissetuleku taseme vahel. Lahutatud või lehestunud meestel ja naistel oli oluliselt suurem šans suitsetada kui abielus või vabaabielus olevatel täiskasvanutel (OR-id vastavalt 2,14 ja 1,60). Võrreldes 30–39aastastega oli 50–59aastastel oluliselt väiksem šans suitsetada (OR meestel 0,49 ja naistel 0,27). Statistiliselt olulist seost suitsetamise ja rahvuse vahel ei leitud (24).

2006. aastal ilmnes ETeU tulemuste põhjal nii 25–64aastastel meestel kui naistel oluline seos suitsetamise ja haridustaseme vahel. Suitsetajaid oli oluliselt rohkem madalama haridustasemega täiskasvanute hulgas: võrreldes kõrgharidust omavate meestega oli keskharidusega meestel 2,63 (naistel 2,35) korda ning põhiharidusega meestel 3,82 (naistel 3,80) korda suurem šans suitsetada. Mõlema soo puhul oli tubakatarbimine seotud majandusliku aktiivsusega: võrreldes töötavate täiskasvanutega oli suurem šans suitsetada töötutel meestel ning väiksem šans pensionäridest naistel. Perekonnaseisu osas leiti sarnane seos nagu 1996. aastalgi, kuigi lahutatud või lehestunud meeste ja naiste šansid suitsetada võrreldes abielus või vabaabielus olevate täiskasvanutega olid veidi vähenenud. Lisaks leiti erinevalt 1996. aastast, et vallalistel meestel oli väiksem šans suitsetada, kui abielus või vabaabielus olevatel sookaaslastel. Oluline seos suitsetamise ja vanuse vahel ilmnes sarnaselt 1996. aastale ka 2006. aastal, kui 55–64aastastel meestel ja naistel oli võrreldes 25–34aastastega väiksem šans suitsetada (OR-id vastavalt 0,65 ja 0,38). Sarnaselt 1996. aasta ETeU tulemustele ei leitud ka 2006. aastal olulist seost suitsetamise ja rahvuse vahel (25).

2.7. *Finbalt Health Monitor* uuringul põhinevad suitsetamist käsitlevad publikatsioonid

Kuni 2010. aastani oli TKU osa *Finbalt Health Monitor* ühisuuringust, milles osalesid lisaks Eestile ka naaberriigid Soome, Läti ja Leedu (26). Ülevaate *Finbalt Health Monitor* uuringutel põhinevatest suitsetamise levimust ning suitsetamise ja sotsiaalmajanduslike tegurite seoseid käsitlevatest artiklitest annab tabel 1.

Tabel 1. *Finbalt Health Monitor* uuringutel põhinevad suitsetamist käsitlevad artiklid (sulgudes viite number kirjanduse loetelus)

Artikli pealkiri	Uuringu-aastad	Sihtrühma vanus	Tulemused
Social determinants of health behaviours. <i>Finbalt health monitor</i> 1998–2008 (48).	1998–2008	20–64 aastat	Madalama haridustasemega täiskasvanute hulgas oli rohkem igapäevasuitsetajaid. Igapäevasuitsetamine oli Eestis, Lätis, Leedus ja Soomes levinum meeste hulgas.
Adult smoking as a proxy for environmental tobacco smoke exposure among children – comparing the impact of the level of information from Estonia, Finland and Latvia (49).	2002–2004	16–64 aastat	Lapsevanemate suitsetamise levimusmäär oli sarnane üldisele suitsetamise levimusmäärale riigis. Mittesuitsetavate vanemate laste eksponeeritus passiivsele suitsetamisele varieerus 22%-ist Soomes kuni 60%-ni Lätis.
Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania, and Finland in 1994–2002 (50).	1994–2002	20–64 aastat	Suitsetamise levimusmäär Eestis, Lätis, Leedus ja Soomes oli meeste hulgas vastavalt 47%, 54%, 46% ja 29% ning naiste hulgas vastavalt 21%, 19%, 11% ja 19%. 1994–2002 Leedu naiste suitsetamine kahekordistus, kuid Eesti meeste ja naiste suitsetamine vähenes. Suitsetamise levimusmäär oli suurem nooremate ja madalama haridustasemega täiskasvanute hulgas.
Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania in 1994–1998: Standardized comparison (51).	1994–1998	16–64 aastat	1994. aastal oli igapäevasuitsetamise levimusmäär Eesti, Soome ja Leedu meeste hulgas vastavalt 53%, 28% ja 44% ning naiste hulgas vastavalt 24%, 18% ja 6%. Leedus naiste suitsetamine kahekordistus. Suitsetamine oli levinum madalama haridustasemega meeste hulgas.
Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise suundumused aastatel 1990 kuni 2000 (52).	1990–2000	16–64 aastat	Igapäevasuitsetamise vähenemine alates 1996. a meeste ja naiste hulgas tulenes kõrgharidusega vastajate arvelt, madalama haridustasemega rühmades ei olnud suitsetamiskäitumises olulisi muutusi. Suitsetajate osakaal oli suurim 25–44aastaste vastajate hulgas. Passiivne suitsetamine oli enam levinud madalama haridustasemega vastanute hulgas.
Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland - Identifying target groups of tobacco policy (53).	1994–1996	20–64 aastat	Igapäevasuitsetamise levimusmäär oli kõrgeim Eestis: meestel 52% ja naistel 21%. Juhusuitsetamise levimusmäär oli kõikides riikides 6–8%. Igapäevasuitsetamine oli kõikides riikides levinum nooremate ja madalama haridustasemega inimeste hulgas.

3. TÖÖ EESMÄRGID

Käesoleva magistritöö põhieesmärgiks oli uurida Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamist ja selle seost sotsiaalmajandusliku staatusega aastatel 1990–2010.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

- kirjeldada täiskasvanud rahvastiku suitsetamise levimuse trendi;
- analüüsida suitsetamise seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega;
- hinnata, kas Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamine sobitub rahvusvahelisse tubaka-epideemia mudelisse.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Andmebaas

Käesolev töö põhines TKU andmetel ajavahemikus 1990–2010. Uuringut korraldatakse Eestis alates 1990. aastast igal paarisaastal ning kuni 2010. aastani oli see osa *Finbalt Health Monitor* ühisuuringust (26). Selles osalesid lisaks Eestile ka Soome (alates 1978. aastast), Leedu (1994. aastast) ja Läti (1998. aastast) ning ühisuuringu koordineerija oli Soome Tervise ja Heaolu Instituut. Eestis viis aastatel 1990–2002 TKU-t läbi Eesti Tervisekasvatuse Keskus ning alates 2004. aastast korraldab uuringut Tervise Arengu Instituut (TAI) (17, 54–63).

TKU tegemiseks tellitakse rahvastikuregistrist lihtne juhuvalim Eesti rahvastikust vanuses 16–64 eluaastat. Aja jooksul on valimi suurus muutunud: aastatel 1990–1994 kuulus valimisse 1500 inimest, aastatel 1996–2002 2000 inimest ning alates 2004. aastast suurendati valimit tulemuste täpsuse tõstmiseks 5000 inimeseni (17, 54–63).

Küsimustik saadetakse valimis olevatele isikutele posti teel kas eesti või vene keeles. Kuna rahvastikuregistris isiku rahvust süsteemselt ei registreerita, siis saadetakse venekeelne ankeet kõigile, kelle emakeel ei ole registri andmetel eesti keel või sellise info puudumise korral venepäraste ees- ja perekonnanimedega isikutele. Küsimustikule lisatakse ka eesti- või venekeelne uuringut ja selle olemust tutvustav kaaskiri ning aadressiga ja margistatud ümbrik täidetud küsimustiku tagasi saatmiseks. 2010. aastal oli vastajatel soovi korral võimalik ankeet elektrooniliselt täita ning tagastada see TAI-le e-kirja teel (63).

Mittevastanud isikutele, kelle mittevastamise põhjus on teadmata, saadetakse kahe nädala pärast meeldetuletuskiri kas eesti või vene keeles. Neile, kes ei vasta ka pärast seda ega teata mittevastamise põhjust, saadetakse järgmise kahe nädala pärast küsimustik teistkordselt ning kirjutatakse käsitsi juurde märkus, et selle inimese vastus on väga oluline, saavutamaks uuringu tõepäraseid tulemusi (63). Kohandatud vastamismäärad on uuringuaastate jooksul jäänud vahemikku 59,2–82,9% (17, 54–63).

Peamised valdkonnad, mida TKU-s uuritakse, on suitsetamine, alkoholi tarvitamine, toitumine, kehaline aktiivsus, liikluskäitumine, arstiabi ja ravimite kasutamine ning tervise seisund koos tervise enesehinnanguga (63).

Käesolevas töös analüüsiti TKU 20–64aastaste täiskasvanute suitsemise valdkonna ja sotsiaalmajanduslike tunnuste küsimusi.

Andmete analüüsimise jaoks koostati 1990–2010 aastate kohta ühtne andmestik. Andmestiku koostamine hõlmas uute tunnuste loomist, tunnuste kategoriseerimist ning 11 uuringuaasta andmetabelite liitmist. Selle jaoks oli vaja kodeerida iga uuringuaasta tunnused samanimelisteks ja -sisulisteks ning luua kaks uut tunnust: uuringuaasta ja kood. Koodi

tunnus tähendab seda, et igale kirjele lisati uus ankeedi number, kuid samas säilitati ka vana number, et vajadusel oleks võimalik algandmete juurde tagasi pöörduda.

4.2. Töös kasutatud tunnused

Suitsetamine moodustati kahe erineva küsimuse kombineerimisel. Aastatel 1990–2002 oli ankeedis filterküsimus „Kas olete kunagi elus suitsetanud?“ ning vastusevariantideks „Jah“ ja „Ei“. Küsimusele „Kas te suitsetate praegu?“ oli võimalus vastata „Iga päev“ (kuni 1996. aastani „Regulaarselt“), „Juhuslikult“, „Üldse mitte“. Alates 2004. aastast olid kaks eelpooltoodud vastusteskaalat kombineeritud ning küsimusele „Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?“ oli võimalik vastata järgmiste variantidega: „Ei“, „Jah, käesoleval ajal iga päev“, „Jah, käesoleval ajal juhuslikult“, „Jah, varem suitsetasin“ (Lisa 1, küsimus nr 49). Erinevate aastate küsimuste vastuste kombineerimise tulemusena põhines suitsetamise tunnus neljaastmelisel skaalal:

- 1) igapäevasuitsetajad;
- 2) juhusuitsetajad;
- 3) endised suitsetajad;
- 4) ei ole kunagi suitsetanud.

Kaheväärtuseline suitsetamise tunnus moodustati eelneva suitsetamise skaala alusel: suitsetajad (igapäeva- ja juhusuitsetajad) ja mittersuitsetajad (endised suitsetajad ja inimesed, kes ei ole kunagi suitsetanud).

Sugu (mees/naine) oli võimalik ankeedile vastajal ise märkida (Lisa 1, küsimus nr 1).

Vanuserühm moodustati vastaja poolt esitatud sünniaja alusel (Lisa 1, küsimus nr 2). Analüüsis kasutati 15-aastase jaotusega vanusrühmi (20–34, 35–49 ja 50–64 eluaastat).

Rahvus põhines inimese enesemääratlusel. 1990. aastal olid võimalikud vastusevariandid „Eestlane“ ja „Venelane“, kuid alates 1992. aastast lisandus vastusevariant „Muu rahvus“ (Lisa 1, küsimus nr 3). Skaala ühtluse huvides moodustati kaks rühma: eestlane ja mitte-eestlane.

Perekonnaseisu määratles küsimustikule vastaja skaalal: vallaline, abielus või vabaabielus või elan koos kindla partneriga, lahutatud või lahus elav, lesk (Lisa 1, küsimus nr 5).

Haridus põhines vastaja kõrgeimal omandatud haridustasemel, mille skaala oli: alg- (1–6 klassi), põhi- (7–9 klassi), kesk- (10–12 klassi), keskeri- ja kõrgharidus (Lisa 1, küsimus nr 6). Antud skaala põhjal moodustati kolm rühma: kõrgharidus, keskharidus, kuni põhiharidus.

Tööhõive puhul oli vastajatel võimalus enda staatus määrata etteantud vastusevariantide järgi (Lisa 1, küsimus nr 12), mis aastate lõikes varieerusid. Võrreldavuse tagamiseks moodustati viis rühma: töötab, töötu, kodune, üliõpilane või ajateenija, pensionär.

4.3. Andmeanalüüs

Koondandmestiku loomiseks ja andmete analüüsiks kasutati statistikaprogrammi Stata 11.2. Andmeanalüüs viidi läbi meestel ja naistel eraldi, kuna varasemate uuringute tulemused on näidanud, et suitsetamise levimus on meeste ja naiste hulgas erinev (10, 64, 65).

Suitsetamise levimusmäära ja sotsiaalmajanduslike tegurite kirjeldamiseks kasutati lihtsaid sagedustabeleid. Suitsetamise levimuse trendi olulisuse määramiseks üle aastate kasutati χ^2 testi trendi jaoks. Olulisuse nivooks võeti 5%. Seoseid suitsetamise ja erinevate sotsiaalmajanduslike teguritega ükshaaval (I mudel) ning kohandatuna uuringuaastale ja kõikidele sotsiaalmajanduslikele teguritele (II mudel) hinnati logistilise regressioonanalüüsiga. Logistilises regressioonanalüüsis kasutati suitsetamist binaarse sõltuva tunnusena (suitsetajad ja mitesuitsetajad) ning uuringuaastaid ja sotsiaalmajanduslikke tegureid sõltumatute tunnustena. Välja arvutati šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% CI). OR väärtus 1 osutab iga tunnuse puhul võrdlusaluseks võetud rühmale. Paksus kirjas on esile toodud statistiliselt olulised seosed. Tubakaepideemia mudelisse sobitamisel kirjeldati SES-i staatust hariduse järgi ning analüüsiti sellest lähtuvalt suitsetamise levimuse trende.

Ülevaate käesolevasse uuringusse kaasatud meeste ja naiste arvust uuringuaastate lõikes annab tabel 2. Töö andmeanalüüsi jäeti ankeedid, milles oli antud vastus suitsetamise küsimusele. Analüüsitud ankeetide lõplik arv oli 18740 – neist 7949 olid mehed ja 10791 naised. Logistilise regressioonanalüüsi kaasati küsimustikud, milles oli vastatud sotsiaalmajanduslikke tegureid puudutavatele küsimustele: nii jäi meestel kohandatud regressioonanalüüsi mudelisse 7624 ja naistel 10374 ankeeti.

Tabel 2. Käesolevas töös kasutatud 20–64aastaste meeste ja naiste valim, TKU 1990–2010

	Mehed		Naised		Kokku
	N	%	N	%	N
1990	439	43,7	566	56,3	1005
1992	422	47,3	470	52,7	892
1994	508	43,0	673	57,0	1181
1996	611	44,2	771	55,8	1382
1998	502	44,5	627	55,5	1129
2000	467	41,3	663	58,7	1130
2002	448	41,5	631	58,5	1079
2004	1168	43,8	1500	56,2	2668
2006	1030	39,4	1584	60,6	2614
2008	1175	42,2	1607	57,8	2782
2010	1179	41,0	1699	59,0	2878
1990–2010	7949	42,4	10791	57,6	18740

5. TULEMUSED

5.1. Suitsetamine uuringuperioodi jooksul

Ajavahemikus 1990–2002 oli meeste igapäevasuitsetamise levimusmäär võrdlemisi samal tasemel, jäädes vahemikku 46,5–50,8% (tabel 3a). Alates 2004. aastast igapäevasuitsetamise levimus pidevalt vähenes, olles 2010. aastal 37,9%. Juhusuitsetamise levimus on läbi uuringuaastate püsinud alla 11%, olles madalaim 2004. aastal (6,1%). Endiste suitsetajate osakaal vähenes kuni 1996. aastani, hakkas seejärel taas tõusma ning oli viimasel uuringuaastal ligi 28%. Mitte kunagi suitsetanud meeste osakaal suurenes uuringuaastate jooksul 8% võrra.

Tabel 3a. Suitsetamise levimusmäär 20–64aastaste meeste hulgas Eestis, TKU 1990–2010

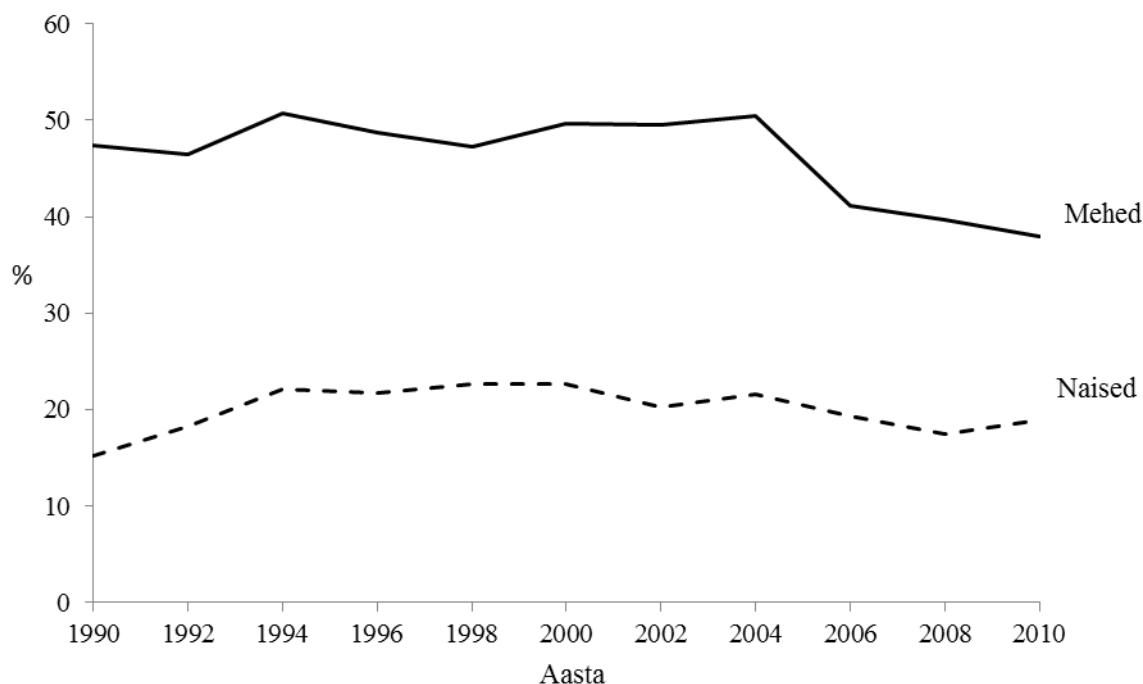
	Igapäevasuitsetaja		Juhusuitsetaja		Endine suitsetaja		Mittesuitsetaja	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1990	208	47,4	37	8,4	121	27,6	73	16,6
1992	196	46,5	46	10,9	108	25,6	72	17,1
1994	258	50,8	42	8,3	115	22,6	93	18,3
1996	298	48,8	66	10,8	130	21,3	117	19,2
1998	237	47,2	45	9,0	117	23,3	103	20,5
2000	232	49,7	39	8,4	106	22,7	90	19,3
2002	222	49,6	36	8,0	106	23,7	84	18,8
2004	590	50,5	71	6,1	273	23,4	234	20,0
2006	424	41,2	74	7,2	298	28,9	234	22,7
2008	466	39,7	87	7,4	327	27,8	295	25,1
2010	447	37,9	104	8,8	335	28,4	293	24,9
1990–2010	3578	45,0	647	8,1	2036	25,6	1688	21,2

20–64aastaste naiste igapäevasuitsetamise levimusmäär oli madalaim aastal 1990 (15,2%) ning kõrgeim aastal 1998 (22,7%) (tabel 3b). Kui meeste igapäevasuitsetamise levimusmäär oli viimaseks uuringuaastaks võrrelduna 1990. aastaga 9,5% võrra vähenenud, siis naiste puhul oli see näitaja aastatega 3,8% võrra suurenenud. Naiste juhusuitsetamise levimus jäi uuringuaastate esimeses pooles 8,9–10,4% piiresse, kuid 2010. aastaks oli see näitaja vähenenud 7,2%-ni. Kuni 2000. aastani vähenes endiste suitsetajate osakaal 13,3%-ni, kuid seejärel suurenes, ulatudes viimasel uuringuaastal 21,2%-ni. Vastupidiselt meestele vähenes mitte kunagi suitsetanud naiste osakaal uuringuaastate jooksul ligikaudu 6% võrra.

Tabel 3b. Suitsetamise levimusmäär 20–64aastaste naiste hulgas Eestis, TKU 1990–2010

	Igapäevasuitsetaja		Juhusuitsetaja		Endine suitsetaja		Mittesuitsetaja	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1990	86	15,2	53	9,4	97	17,1	330	58,3
1992	86	18,3	49	10,4	80	17,0	255	54,3
1994	149	22,1	64	9,5	105	15,6	355	52,8
1996	168	21,8	76	9,9	111	14,4	416	54,0
1998	142	22,7	56	8,9	88	14,0	341	54,4
2000	150	22,6	55	8,3	88	13,3	370	55,8
2002	128	20,3	37	5,9	103	16,3	363	57,5
2004	323	21,5	125	8,3	289	19,3	763	50,9
2006	307	19,4	107	6,8	343	21,7	827	52,2
2008	280	17,4	129	8,0	332	20,7	866	53,9
2010	322	19,0	123	7,2	360	21,2	894	52,6
1990–2010	2141	19,8	874	8,1	1996	18,5	5780	53,6

Ülevaate igapäevasuitsetamise levimusmäärdest täiskasvanute hulgas 1990–2010 aastatel annab joonis 3. Kõigil uuringuaastatel jäi naiste igapäevasuitsetamise levimusmäär alla 23%, samas kui meestel oli see enamikel aastatel üle 40%. Suurim erinevus meeste ja naiste suitsetamise levimusmääras oli esimesel (32,2%) ja väikseim viimasel uuringuaastal (18,9%). Meeste igapäevasuitsetamine omas statistiliselt olulist langustrendi ($p < 0,01$). Naiste igapäevasuitsetamine uuringuaastate jooksul suurenes, kuid leitud tõusutrend ei olnud statistiliselt oluline ($p = 0,30$).

**Joonis 3.** Igapäevasuitsetamise levimusmäärad 20–64aastaste täiskasvanute hulgas, TKU 1990–2010.

5.2. Sotsiaalmajanduslikud tegurid

20–64aastaseid täiskasvanuid iseloomustavatest sotsiaalmajanduslikest teguritest annab ülevaate tabel 4. Vanuserühma järgi oli andmestikus kõige rohkem 35–49aastaseid täiskasvanuid (33,9%), rahvuse järgi eestlasi (68,9%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus olevaid (67,0%), haridustaseme järgi keskharidusega (62,2%) ning tööhõive järgi töötavaid täiskasvanuid (71,1%). Võrreldes meestega oli naiste hulgas rohkem koduseid (10,1%) ja kõrgharidust omavaid (24,6%) vastanuid.

Tabel 4. Sotsiaalmajanduslike tegurite jaotus 20–64aastaste täiskasvanute hulgas, TKU 1990–2010

	Mehed		Naised		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Vanuserühm						
20–34	2712	34,1	3405	31,6	6117	32,6
35–49	2707	34,1	3643	33,8	6350	33,9
50–64	2530	31,8	3743	34,7	6273	33,5
Vastamata	0		0		0	
Rahvus						
Eestlased	5571	70,1	7331	67,9	12902	68,9
Mitte-eestlased	2341	29,5	3423	31,7	5764	30,8
Vastamata	37	0,5	37	0,3	74	0,4
Perekonnaseis						
Vallaline	1590	20,0	1614	15,0	3204	17,1
Abielus, vabaabielus	5584	70,3	6975	64,6	12559	67,0
Lahutatud	613	7,7	1403	13,0	2016	10,8
Lesk	108	1,4	745	6,9	853	4,6
Vastamata	54	0,7	54	0,5	108	0,6
Haridus						
Kõrgharidus	1378	17,3	2651	24,6	4029	21,5
Keskharidus	4933	62,1	6723	62,3	11656	62,2
Põhiharidus	1578	19,9	1326	12,3	2904	15,5
Vastamata	60	0,8	91	0,8	151	0,8
Tööhõive						
Töötab	6010	75,6	7309	67,7	13319	71,1
Töotu	692	8,7	541	5,0	1233	6,6
Kodune	132	1,7	1092	10,1	1224	6,5
Üliõpilane, ajateenija	287	3,6	482	4,5	769	4,1
Pensionär	632	8,0	1105	10,2	1737	9,3
Vastamata	196	2,5	262	2,4	458	2,4
Kokku	7949	100	10791	100	18740	100

5.3. Suitsetamise seosed sotsiaalmajanduslike teguritega

Esimese uuringuaastaga võrreldes oli meestel kolmel viimasel uuringuaastal oluliselt väiksem šanss suitsetada. Võrreldes 1990. aastaga oli naistel oluliselt suurem šanss suitsetada aastatel 1994, 1998, 2000 ja 2004 (tabel 5).

Võrreldes kõige noorema vanusrühmaga oli 50–64aastaste meeste šanss suitsetada 0,58 ja naistel 0,49 korda väiksem.

Eestlastega võrreldes oli mitte-eestlastel mõnevõrra suurem šanss suitsetada (meestel $OR=1,24$ ja naistel $OR=1,15$).

Võrreldes abielus või vabaabielus olevate täiskasvanutega oli lahutatud meestel ja naistel suurem šanss suitsetada (OR vastavalt 1,61 ja 1,58). Lisaks oli lehestunud naistel 1,25 korda suurem šanss suitsetada, kuid meestel selline statistiliselt oluline seos puudus. Meeste ja naiste suitsetamisel ei leitud seost vallalise staatusega.

Kõrgharidust omavate täiskasvanutega võrreldes oli keskharidusega meestel 2,40 ja naistel 1,79 korda ning põhiharidusega meestel 3,41 ja naistel 2,32 korda suurem šanss suitsetada.

Töötavate täiskasvanutega võrreldes oli šanss suitsetada väiksem pensionäridest naistel ($OR=0,57$), aga mitte meestel. Nii meeste kui naiste puhul oli töötutel suurem (OR vastavalt 2,24 ja 1,61), kuid üliõpilastel ja ajateenijatel väiksem šanss suitsetada (OR vastavalt 0,57 ja 0,65). Seost ei leitud meeste ja naiste suitsetamise ning kodune olemise vahel.

Tabel 5. Suitsetamise šansisuhted (OR) ja usaldusvahemikud (95% CI) sõltuvalt sotsiaal-majanduslikest teguritest 20–64aastaste täiskasvanute hulgas soo järgi, TKU 1990–2010

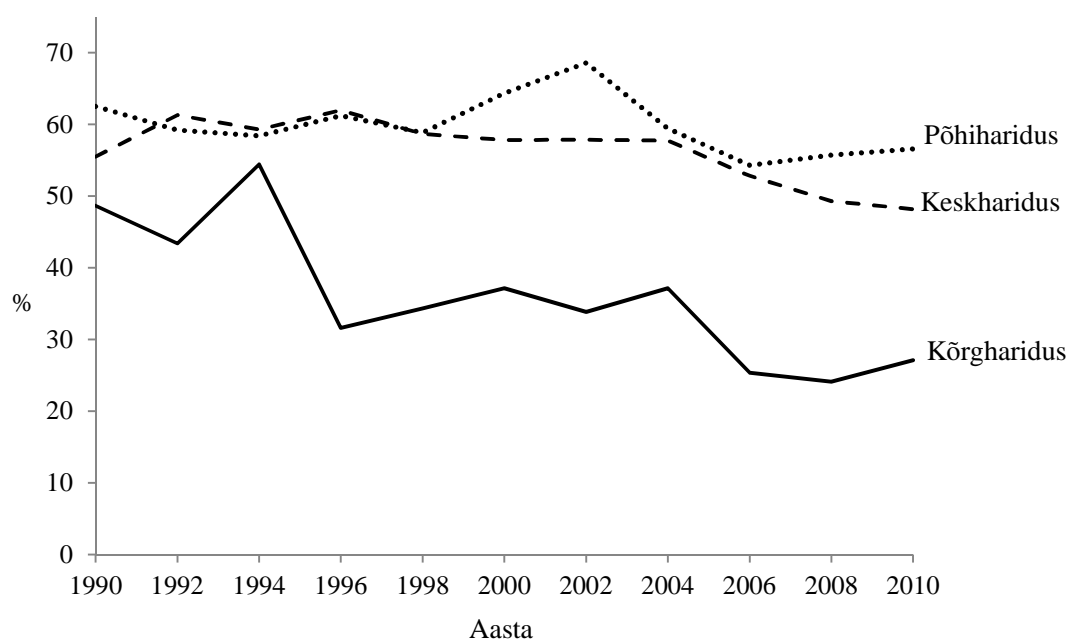
	Mehed		Naised	
	I mudel*	II mudel**	I mudel*	II mudel**
	OR (95% CI)	OR* (95% CI)	OR (95% CI)	OR* (95% CI)
Aasta				
1990	1	1	1	1
1992	1,06 (0,81–1,39)	1,03 (0,78–1,37)	1,24 (0,94–1,63)	1,17 (0,88–1,57)
1994	1,14 (0,88–1,48)	1,03 (0,79–1,35)	1,42 (1,11–1,83)	1,45 (1,12–1,89)
1996	1,17 (0,91–1,50)	1,03 (0,79–1,34)	1,42 (1,11–1,82)	1,40 (1,08–1,81)
1998	1,01 (0,78–1,31)	0,93 (0,70–1,22)	1,42 (1,10–1,83)	1,43 (1,09–1,87)
2000	1,09 (0,84–1,42)	0,98 (0,74–1,31)	1,37 (1,07–1,77)	1,34 (1,02–1,75)
2002	1,08 (0,82–1,40)	1,00 (0,75–1,33)	1,09 (0,84–1,41)	1,14 (0,87–1,50)
2004	1,03 (0,83–1,29)	0,95 (0,75–1,20)	1,31 (1,05–1,63)	1,34 (1,07–1,69)
2006	0,74 (0,59–0,93)	0,76 (0,60–0,97)	1,09 (0,87–1,36)	1,12 (0,89–1,41)
2008	0,70 (0,56–0,88)	0,73 (0,58–0,82)	1,05 (0,84–1,31)	1,14 (0,91–1,44)
2010	0,69 (0,55–0,87)	0,65 (0,51–0,82)	1,09 (0,87–1,36)	1,18 (0,94–1,49)
Vanuserühm				
20–34	1	1	1	1
35–49	1,01 (0,90–1,12)	0,94 (0,83–1,06)	0,99 (0,90–1,10)	0,92 (0,82–1,03)
50–64	0,67 (0,60–0,75)	0,58 (0,50–0,66)	0,50 (0,45–0,56)	0,49 (0,43–0,56)
Rahvus				
Eestlane	1	1	1	1
Mitte-eestlane	1,19 (1,08–1,31)	1,24 (1,11–1,37)	1,18 (1,08–1,29)	1,15 (1,05–1,27)
Perekonnaseis				
Abielus, vabaabielus	1	1	1	1
Vallaline	1,26 (1,13–1,41)	1,04 (0,90–1,19)	1,19 (1,06–1,34)	1,12 (0,98–1,27)
Lahutatud	1,74 (1,46–2,07)	1,61 (1,34–1,94)	1,45 (1,28–1,64)	1,58 (1,39–1,80)
Lesk	1,21 (0,82–1,77)	1,35 (0,90–2,04)	0,88 (0,74–1,05)	1,25 (1,03–1,52)
Haridustase				
Kõrgharidus	1	1	1	1
Keskharidus	2,60 (2,30–2,95)	2,40 (2,11–2,73)	1,77 (1,59–1,97)	1,79 (1,60–2,00)
Põhiharidus	3,46 (2,98–4,03)	3,41 (2,89–4,01)	1,77 (1,53–2,06)	2,32 (1,96–2,74)
Tööhõive				
Töötab	1	1	1	1
Töotu	2,62 (2,20–3,13)	2,24 (1,86–2,71)	1,93 (1,62–2,30)	1,61 (1,34–1,94)
Kodune	1,36 (0,96–1,94)	1,26 (0,87–1,82)	1,04 (0,90–1,19)	0,91 (0,78–1,05)
Üliõpilane, ajateenija	0,64 (0,50–0,81)	0,57 (0,44–0,75)	0,84 (0,68–1,04)	0,65 (0,52–0,82)
Pensionär	0,97 (0,82–1,14)	1,02 (0,85–1,22)	0,48 (0,40–0,57)	0,57 (0,47–0,69)

* kohandamata mudel

** kohandatud töös kasutatud tunnustele

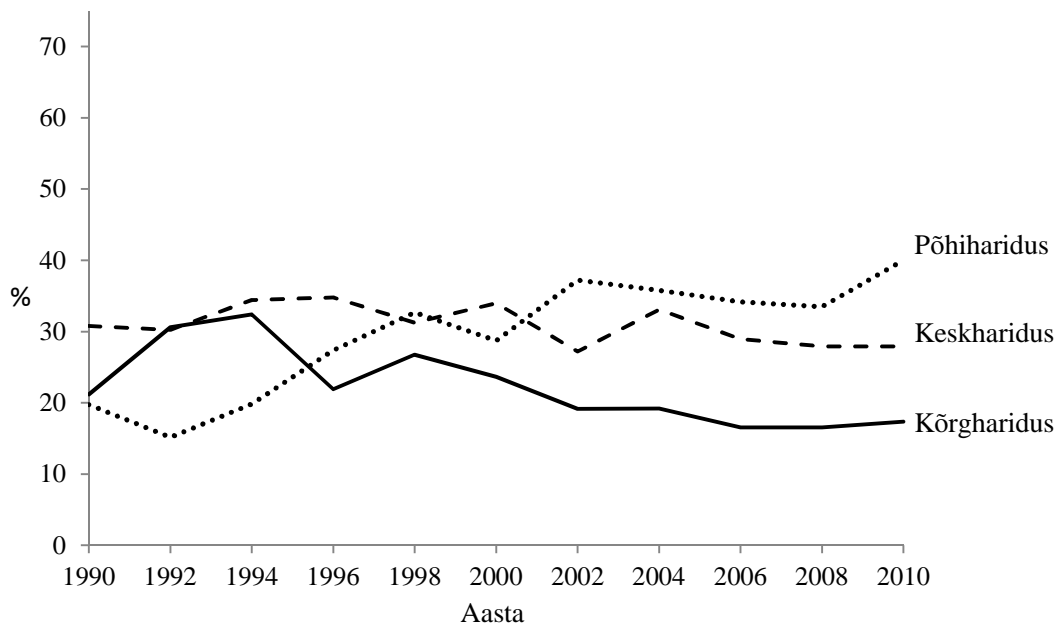
5.4. Suitsetamise sobitumine tubakaepideemia mudelisse

Meeste hulgas oli igapäevasuitsetamine uuringuaastate jooksul suurem madalama haridusega täiskasvanutel (joonis 4a). Kui põhiharidusega meeste igapäevasuitsetamise levimusmäär oli 1990. ja 2010. aastal peaaegu samal tasemel, siis kõrgharidusega meeste hulgas oli antud näitaja viiendiku võrra vähenenud. Keskharidusega meeste igapäevasuitsetamise levimusmäär 1990. aastate alguspoolel küll mõnevõrra suurenes, kuid võrreldes esimese uuringuaastaga oli see näitaja 2010. aastaks vähenenud 7% võrra. Kesk- ja kõrgharidusega meeste igapäevasuitsetamine omas statistiliselt olulist langustrendi ($p < 0,01$), põhiharidusega meeste hulgas oluline trend uuringuperioodi jooksul puudus ($p = 0,33$).



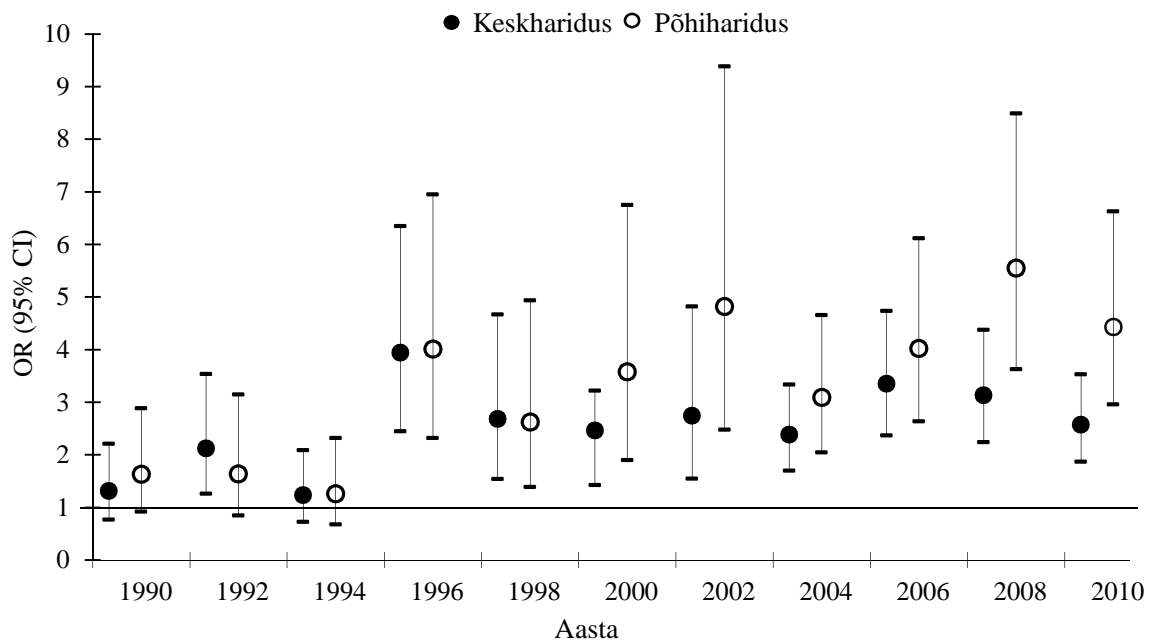
Joonis 4a. Igapäevasuitsetamise levimusmäärad haridustaseme järgi 20–64aastaste meeste hulgas, TKU 1990–2010.

Uuringuaastate jooksul kahekordistus igapäevasuitsetamise levimusmäär põhiharidusega naiste hulgas, ulatudes 2010. aastal 40%-ni (joonis 4b). Keskharidusega naiste igapäevasuitsetamise levimusmäär püsis kuni 2004. aastani 33% piires ning seejärel mõnevõrra vähenes. Kõrgharidusega naiste igapäevasuitsetamise levimusmäär suurenes 1990–1994 aastatel 21%-lt 32%-le, kuid esimese uuringuaastaga võrreldes oli antud näitaja sarnaselt meestele viimaseks uuringuaastaks vähenenud, kuigi väiksemas ulatuses (4% võrra). Igapäevasuitsetamine omas põhiharidusega naiste hulgas statistiliselt olulist tõusutrendi ja kõrgharidusega naiste hulgas statistiliselt olulist langustrendi ($p < 0,01$). Keskharidusega naiste hulgas puudus uuringuaastate jooksul oluline muutus ($p = 0,14$).



Joonis 4b. Igapäevasuitsetamine levimusmäärad haridustaseme järgi 20–64aastaste naiste hulgas, TKU 1990–2010.

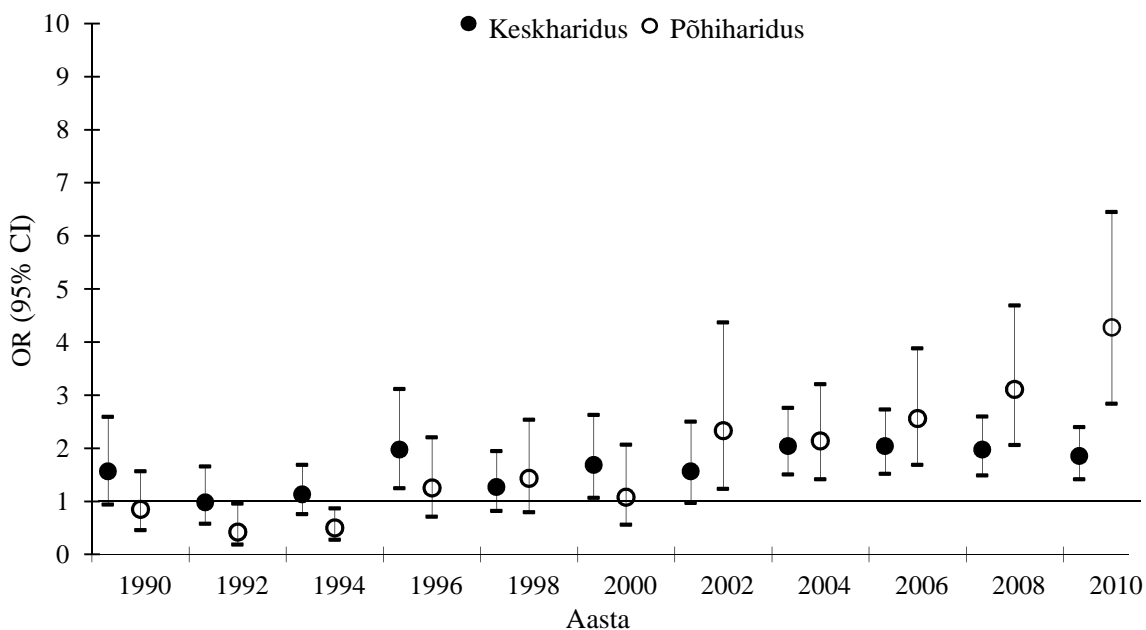
Aastatel 1990–1994 puudusid meeste suitsetamises hariduserinevused (joonis 5a). Oluline seos suitsetamise ja haridustaseme vahel tekkis 1996. aastal, kui põhiharidusega meestel oli 4,01 korda ning keskharidusega meestel 3,94 korda suurem šans suitsetada kui kõrgharidusega sookaaslastel. Sarnane seos esines ka järgnevatel uuringuaastatel.



Joonis 5a. Šans suitsetada põhi- ja keskharidusega meestel võrreldes kõrgharidusega meestega 1990–2010 (joonisel esitatud OR ja 95% CI).

Põhiharidusega naistel oli 1992. ja 1994. aastal väiksem šans suitsetada kui kõrgharidusega sookaaslastel (OR vastavalt 0,42 ja 0,50) (joonis 5b). Aastatel 1996–2002 puudus suitsetamise ja haridustaseme vahel selgepiiriline seos. Alates 2004. aastast oli põhi- ja keskharidusega naistel märkimisväärselt suurem šans suitsetada kui kõrgharidusega naistel.

Naiste hariduserinevused suitsetamises (rohkem madalama haridustasemega suitsetajaid) ilmnedid 8 aastat hiljem kui meestel, mis vastab tubakaepideemia mudelile ja võimaldab Eesti käesoleval ajal paigutada rahvusvahelise tubakaepideemia kolmandasse faasi.



Joonis 5b. Šans suitsetada põhi- ja keskkharidusega naistel võrreldes kõrgharidusega naistega 1990–2010 (joonisel esitatud OR ja 95% CI).

6. ARUTELU

Käesolevas magistritöös käsitleti 20–64aastaste täiskasvanute suitsetamist aastatel 1990–2010. Uuriti suitsetamise levimuse trendi, suitsetamise seoseid sotsiaalmajanduslike teguritega ning hinnati, kuidas sobitub Eesti täiskasvanute suitsetamine rahvusvahelisse tubakaepideemia mudelisse.

Suitsetamine. Magistritöö tulemusena leiti, et viimasel uuringuaastal suitsetas 20–64aastastest meestest igapäevaselt kolmandik ja naistest viiendik. Meeste märkimisväärselt kõrgem suitsetamise levimusmäär võrreldes naistega on erinevalt Skandinaaviamaadest (21, 64) iseloomulik Ida-Euroopa riikidele (66). Erandina on Rootsis naiste hulgas rohkem suitsejaid kui meeste hulgas (64) ning Norras ja Taanis on suitsetamise levimusmäär meeste ja naiste hulgas ühtlustunud (21). Samas on tähelepanuväärne, et suitsuvabad tubakatooted, mis on sarnaselt sigarettidele sõltuvust tekitavad ning tervist kahjustavad, on Euroopas enam levinud just Skandinaaviamaades (67). Näiteks tarvitas 2009. aastal viiendik Rootsi meestest huuletubakat (68), mis tähendab, et selle kasutamise levimusmäär oli Rootsi meeste hulgas suurem kui sigarettide suitsetamise oma (64). Huuletubaka tarvitamine on populaarsust kogumas ka Eestis, mis tuleneb sigarettide suitsetamisele kehtestatud piirangutest ning uskumusest, et huuletubakas on vähem tervistkahjustav kui tavasigaretid (5). Kahjuks on huuletubaka ja teiste suitsuvabade tubakatoodete levimust Eestis seni vähe uuritud. 2012. aastal lisati TKU küsimustikku vastav küsimus (26), mis võimaldab tulevikus antud teemat täpsemalt uurida.

Käesolevas töös leiti, et võrreldes esimese uuringuaastaga oli igapäevasuitsetamise levimusmäär meeste hulgas 2010. aastaks oluliselt vähenenud, kuid naiste hulgas mõnevõrra suurenenud. Meeste suitsetamise levimusmäära vähenemist uuringuaastate jooksul kinnitasid suitsetamise šansisuhted. Võrreldes esimese uuringuaastaga oli 2010. aastal šans suitsetada meeste puhul oluliselt väiksem, naiste puhul sarnast seost ei leitud. Suitsetamise levimusmäära suurenemine naiste hulgas on alates 1990. aastate esimesest poolest olnud iseloomulik ka Lätile ja Leedule, kuid erinevalt Balti riikidest on Soomes naiste suitsetamise levimusmäär aastate jooksul vähenenud (69). Kuigi käesolevas töös oli suitsetamise levimusmäär meeste hulgas oluliselt suurem kui naiste hulgas, suurenes esimese uuringuaastaga võrreldes viimaseks uuringuaastaks 1,5 korda meeste hulk, kes üldse ei suitseta, samas kui naiste puhul mittersuitsetajate osakaal mõnevõrra vähenes.

Töö tulemuste põhjal oli 1990ndatel naiste juhusuitsetamise levimusmäär (10%) meestega samaväärne või isegi kõrgem. Viimaseks uuringuaastaks oli juhusuitsetamise levimus mõlema soo hulgas mõnevõrra vähenenud. Rahvusvaheliste uuringute põhjal kujutab

juhusuitsetamine tervisele märkimisväärselt ohtu, kuigi paljud täiskasvanud seda endale ei teadvusta (70, 71). Seetõttu on suitsetamise ennetus- ja vähendamistegevuses oluline pöörata lisaks igapäevasuitsetamisele tähelepanu ka juhusuitsetamisele. Positiivseks eeskujuks on selles valdkonnas Norra, kus 2013. aasta alguses käivitati üleriigiline meediakampaania, mille eesmärgiks oli elanike teavitamine juhusuitsetamise ohtudest tervisele (72).

Suitsetamise seos sotsiaalmajandusliku staatusega. Käesolevas töös leiti seoseid suitsetamise ja kõikide SES-i iseloomustavate tegurite vahel (vanuserühm, rahvus, perekonnaseis, haridustase ja tööhõive).

Võrreldes 20–34aastaste vanuserühmaga oli nii meeste kui naiste suitsetamise šanss oluliselt väiksem vanimas, 50–64aastaste vanuserühmas. Sarnased tulemused leiti 1996. ja 2006. aastal läbi viidud ETeU-s, kuigi analüüsil kasutatud vanuserühmad olid käesolevas töös kasutatutest erinevad (24, 25).

Käesoleva uuringu põhjal oli võrreldes eestlastega mitte-eestlastel mõnevõrra suurem šanss suitsetada. Mitte-eestlaste suurem suitsetamise levimusmäär võib tuleneda asjaolust, et rahvusvahemused on riikides sageli madalama SES-iga ning psühhosotsiaalsete ja majanduslike raskuste tõttu on neil keerulisem suitsetamisest loobuda (42). 1996. ja 2006. aastal läbi viidud ETeU-s oluline seos suitsetamise ja rahvuse vahel puudus (24, 25).

Lahutatud meestel ja naistel oli võrreldes abielus või vabaabielus olevate täiskasvanutega oluliselt suurem šanss suitsetada. Lisaks oli lehestunud naistel neljandiku võrra suurem šanss suitsetada kui abielus või vabaabielus olevatel sookaaslastel, meestel selline seos puudus. Kui 2006. aasta ETeU-s leiti, et vallalistel meestel oli väiksem šanss suitsetada kui abielus või vabaabielus olevatel meestel (25), siis käesolevas töös leiti kohandamata mudelis nii meestel kui ka naistel nõrk vastupidine seos, mis kohandatud mudelis ära kadus. See võis tuleneda asjaolust, et kõikidele tunnustele kohandatud mudelis oli arvesse võetud ka vanus, mis on seotud nii perekonnaseisu kui suitsetamisega. Sarnane tulemus on leitud ka rahvusvahelises kirjanduses (73, 74).

Käesoleva töö tulemusena oli täiskasvanute suitsetamine kõige enam seotud haridustasemega. Põhiharidusega meestel ja naistel oli märkimisväärselt suurem šanss suitsetada kui kõrgharidusega täiskasvanutel. Sarnane haridustasemest sõltuv suitsetamise levimus leiti 1998–2008 aastate andmete põhjal ka teistes Baltimaades ja Soomes. Nelja riigi võrdluses oli suitsetamise levimusmäär suurim Lätis (62%) ning madalaim Soome põhiharidusega meeste hulgas (36%). Kõrgharidusega meeste suitsetamise levimusmäär varieerus 18%-st Soomes 41%-ni Lätis. Sarnaselt meeste oli suitsetamise levimusmäär naistel suurim põhiharidusega täiskasvanute hulgas, kuigi Leedus oli põhi- ja kõrgharidusega naiste suitsetamise levimusmäära erinevus väiksem (48).

Nii töötutel meestel kui naistel oli oluliselt suurem šanss suitsetada kui töötavatel täiskasvanutel. 1996. aasta ETeU-s samasugust seost ei leitud (24). 2006. aasta ETeU tulemuste põhjal oli mittetöötavatel või kodustel meestel oluliselt suurem šanss suitsetada kui töötavatel sookaaslastel, kuid naistel sarnane seos puudus (25). See võis tuleneda asjaolust, et üks tunnus hõlmas nii töötuid kui ka koduseid inimesi, kuid ei olnud selge, kes koduste rühma moodustasid. Naiste puhul võisid selleks olla lapsepuhkusel emad või heal majanduslikul järjel olevad koduperenaised, aga meeste puhul jäi ebaselgeks koduseks ja töötuks olemise erinevus. Võrreldes töötavate täiskasvanutega leiti töötutel oluliselt suurem šanss suitsetada Saksamaal (75) ja Prantsusmaal (18). Samas ei saa läbilõikelise uuringu puhul täpselt väita, kumb oli põhjus ja kumb tagajärg ehk kas inimene oli varem töötanud või suitsetas. Samuti on nii suitsetamine kui töötuks olemine seotud teiste teguritega nagu perekond, haridustase ja psühhosotsiaalsed faktorid (36, 75). Üliõpilastel ja ajateenijatel oli oluliselt väiksem šanss suitsetada kui töötavatel täiskasvanutel. Kuna tegemist oli väikse ja heterogeense rühmaga ning tööhõive küsimuse puhul lisati vastusevariant „ajateenija“ TKU küsimustikku alles 2004. aastal, ei tohiks antud tulemust ületähtsustada. Nii 1996. kui 2006. aasta ETeU-s ei leitud seost suitsetamise ja pensionil olemise vahel (24, 25), kuid käesoleva töö tulemustel oli pensionäridest naistel väiksem šanss suitsetada kui töötavatel naistel. Meeste hulgas sarnane seos puudus.

Suitsetamise sobitumine tubakaepideemia mudelisse. Tubakaepideemia mudelisse sobivuse osas vaadeldi hariduserinevuste muutusi suitsetamises aastatel 1990–2010. Käesoleva töö tulemusena on uuringuaastate jooksul igapäevasuitsetamise levimusmäärade erinevus madalama ja kõrgema haridustasemega täiskasvanute vahel suurenenud. Kui kõrgharidusega meestel ja naistel on igapäevasuitsetamise levimusmäär oluliselt vähenenud, siis põhiharidusega meestel on antud näitaja jäänud enamvähem samale tasemele, kuid naistel kahekordistunud. Sarnane tulemus on leitud meeste hulgas ka Skandinaaviamaaades, Hollandis, Saksamaal ja Hispaanias ning naiste hulgas Soomes, Rootsis, Taanis, Saksamaal, Hispaanias ja Itaalias (10). Antud tulemused viitavad asjaolule, et tubakatarbimise vähendamisele suunatud meetmed on kõrgema haridustasemega inimeste hulgas olnud mõnevõrra efektiivsemad (34).

Aastatel 1990–1994 puudusid meeste suitsetamises hariduserinevused. Põhiharidusega naistel oli 1992. ja 1994. aastal väiksem šanss suitsetada kui kõrgharidusega naistel. Aastatel 1996–2002 puudus naistel suitsetamise ja haridustase vahel selgepiiriline seos. Hariduserinevused suitsetamises ilmsid meestel alates 1996. aastast, kui põhiharidusega meestel oli oluliselt suurem šanss suitsetada kui kõrgharidusega meestel. Naistel hakkasid sarnased suitsetamise levimusmäär ja haridustase vahelised statistiliselt olulised seosed ilmnema

meestest 8 aasta võrra hiljem. Ka tubakaepideemia mudelis oli meeste ja naiste suitsetamise levimusmäärades sarnane ajaline nihe (11). Alates 2004. aastast on põhiharidusega naiste šanss suitsetada võrreldes kõrgharitud sookaaslastega pidevalt kasvanud, olles viimasel uuringuaastal lähedane meeste näitajale. Töö tulemustele tuginedes sobitub Eesti käesoleval ajal tubakaepideemia kolmandasse faasi. Põhja- ja Lääne-Euroopa riigid paiknevad juba tubakaepideemia neljandas faasis, mida iseloomustab meeste suitsetamise levimusmäärade vähenemine kõikides haridusgruppides, kuid eriti põhiharidusega täiskasvanute hulgas (10).

SES-iga seotud ebavõrdsus suitsetamises tuleneb ühelt poolt suitsetamise alustamisest ja nikotiinisõltuvuse väljakujunemisest noorukieas ning teiselt poolt suitsetamisest loobumisest või selle jätkamisest täiskasvanueas (76). Suitsetamise vähendamise meetmed peaksid lähtuma arusaamast, et suitsetamine on seotud sotsiaalsete ja majanduslike probleemidega, millega inimesed igapäevaselt kokku puutuvad. See kehtib eriti nendes riikides, mis on jõudnud tubakaepideemia kolmandasse ja neljandasse faasi, ning kus suitsetamise levimusmäär ei püsi kõrge mitte seetõttu, et inimesed ei oleks suitsetamise kahjulikkusest teadlikud ega sooviks sellest harjumusest loobuda, vaid seetõttu, et edukas loobumine on raske (76). Olulisemad põhjused, miks madalama haridustasemega inimestel on keerulisem suitsetamisest loobuda, on vähene sotsiaalne toetus ja madal motivatsioon, piiratud ressursid nikotiinasendusravi preparaatide soetamiseks ning psühholoogilised faktorid nagu madal enesehinnang ja suurem vastuvõtlikkus tubakareklaamidele (77). Võrdluses teiste riikidega (Skandinaaviamaad, Holland, Saksamaa, Hispaania) on silma paistnud Suurbritannia ja Itaalia, kus 21. sajandi alguseks oli suitsetamisest loobumise määr madalama haridustasemega meeste hulgas suurem kui kõrgharidusega meestel. Sellise tendentsi kujunemisele kaasaaitavateks teguriteks neis kahes riigis olid lühikese ajaperioodi jooksul kiiresti tõusnud tubakatoodete hinnad, kehtestatud tasuta ligipääs nikotiinasendusravile ning paljude suitsetamisest loobumise kliinikute loomine (10). Et aidata suitsetamisest loobuda madalama haridustasemega täiskasvanutel ning seeläbi vähendada ebavõrdsust tervises, tuleks kaaluda vastavate meetmete kasutusele võtmist ka Eestis.

Töö nõrkused ja tugevused. Töös kasutatud TKU andmete nõrgaks küljeks võib pidada asjaolu, et kuna tegemist on ankeetküsitlusega, siis ei saa olla kindel, et küsimustele on vastatud täpselt ja ausalt. Samuti oli valim kuni 2002. aastani oluliselt väiksem, mistõttu oli uuringu võimsus madalam. Sellest tulenevalt võis suitsetamise levimusmäärade täpsus olla kehvem ning mõned olulised seosed võisid jääda leidmata. Kuna TKU näol on tegemist läbilõikelise uuringuga, ei anna see tõenduspõhist informatsiooni põhjus-tagajärg seoste kohta: näiteks võis madal haridustase eelneada suitsetamisele või vastupidi. Uuringuaastate jooksul muutusid mitmed küsimustikus olevad küsimused nii sõnastuse kui vastusevariantide

poolest. Antud asjaolu käesoleva töö tulemusi olulisel määral mõjutada ei tohiks, kuna kasutatud tunnuste variantide kodeerimisel kaotati võimalikud kitsaskohad ära: näiteks tööhõive variant „ajateenija“, mis oli küsimustikus alates 2004. aastast, kodeeriti „üliõpilaste“ rühmaga kokku. Siiski tuleb arvestada, et 1990. aastal puudus tööhõive küsimuse puhul võimalus anda vastusevariant „töötu“, mis võib tegelikku töötute osakaalu mõnevõrra vähendada. Küsimus sissetuleku kui ühe potentsiaalse SES-i kirjeldava teguri kohta lisati TKU küsimustikku alles 1996. aastal, mistõttu otsustati see tunnus käesoleva töö analüüsist välja jätta. Samas on rahvusvahelised uuringud näidanud, et kuna sissetulek on tugevalt seotud hariduse ja tööhõivega, võib seos suitsetamise ja sissetuleku vahel kõikidele sotsiaal-majanduslikele teguritele kohandatud analüüsis märkimisväärselt nõrgeneda või ära kaduda (39, 40).

Käesoleva töö tugevuseks on rahvastikupõhine juhuvalim. TKU on Eestis ainuke omataoline uuring, mida on läbi viidud üle 20 aasta ühtse metoodika alusel. Suures osas samu küsimusi sisaldav küsimustik võimaldab jälgida ja analüüsida pikaajalisi muutusi täiskasvanute tervisekäitumises, sh suitsetamises.

7. JÄRELDUSED

Käesolev magistritöö annab ajavahemikul 1990–2010 läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel põhjaliku ülevaate 20–64aastaste täiskasvanute suitsetamise levimusmäärast ning suitsetamise seostest sotsiaalmajanduslike teguritega.

Magistritöö tulemusena leiti, et viimasel uuringuaastal suitsetas 20–64aastastest meestest igapäevaselt kolmandik ja naistest viiendik. Võrreldes esimese uuringuaastaga oli igapäevasuitletamise levimusmäär meeste seas 2010. aastaks vähenenud, kuid naiste hulgas oli antud näitaja mõnevõrra suurenenud.

Suitsetamine oli rohkem levinud madalama SES-iga täiskasvanute hulgas. Seosed leiti suitsetamise ning uuringuaasta, vanuserühma, rahvuse, perekonnaseisu, haridustaseme ja tööhõive vahel. Kõige tugevam seos leiti suitsetamise ja haridustaseme vahel. Põhiharidusega meestel ja naistel oli märkimisväärselt suurem šans suitsetada kui kõrgharidusega täiskasvanutel. Uuringuperioodi alguses puudusid meeste suitsetamises hariduserinevused ning rohkem suitsetasid kõrgharidusega naised. Kõrgharidusega meestel ilmnes oluliselt väiksem suitsetamise levimusmäär 1996. aastal ning naistel 8 aastat hiljem. Antud tulemustele tuginedes sobitub Eesti rahvusvahelisse tubakaepideemia mudelisse ja paigutub käesoleval ajal selle kolmandasse faasi.

Käesoleva töö tulemuste põhjal on võimalik anda soovitusi madalama SES-iga ja noorematele täiskasvanutele ning naistele suunatud tubakapoliitika ja suitsetamist vähendavate sekkumismeetmete väljatöötamiseks. Lähtudes Eesti 20–64aastaste täiskasvanute suitsetamise kõrgest levimusmäärast ja hariduserinevustest suitsetamises ning toetudes teiste riikide kogemustele antud valdkonnas, on Eestis rakendamiseks järgmised ettepanekud:

- suunata suitsetamise ennetamise ja vähendamise alased sekkumised eeskätt madalama SES-iga ja noorematele täiskasvanutele ning naistele;
- pöörata igapäevasuitletamise kõrval tähelepanu juhusuitletamisele ning teavitada täiskasvanuid juhusuitletamisega seonduvatest terviseriskidest, et ennetada ja vähendada suitsetamist;
- muuta suitsetamisest loobumise teenused ja ravi madalama SES-iga täiskasvanute jaoks kättesaadavamaks.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
2. WHO. Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011.
3. WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
4. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. Geneva: WHO; 2010.
5. Sotsiaalministeerium. Tubakapoliitika roheline raamat. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2012.
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:341–50.
7. Adler NE, Boyce T, Chesney MA. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994;49:15–24.
8. WHO. Social determinants of health. The solid facts, 2nd edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
9. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000;320:1102–7.
10. Giskes K, Kunst AE, Benach J, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:395–401.
11. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242–7.
12. Abrams DB, Graham AL, Levy DT, et al. Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy. *Am J Prev Med* 2010;38:35–63.
13. CDC. Best practices for comprehensive tobacco control programs. Atlanta: CDC; 2007.
14. Main C, Thomas S, Ogilvie D, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMC Public Health* 2008;8:178–83.
15. WHO. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
16. Shafey O, Dolwick S, Guindon GE, et al. Tobacco control country profiles. Second edition 2003. Atlanta: American Cancer Society, 2003.
17. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2005.
18. Peretti-Watel P, L'haridon O, Seror V. Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviour, attitudes and risk awareness. *Eur J Public Health* (in press).

19. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, et al. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2009.
20. Joossens L. Effective tobacco control policies in 28 European countries. Brussels: European Network for Smoking Prevention; 2004.
21. OECD. Health data 2012. Luxembourg: Eurostat Statistics Database; 2012.
22. WHO. Global adult tobacco survey (GATS). Russian Federation 2009. Country report. Geneva: WHO; 2009.
23. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
24. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Patterns of smoking in Estonia. *Addiction* 2002;97:871–6.
25. Pärna K, Rahu K. Sotsiaalmajanduslikud erinevused suitsetamises. *Eesti Arst* 2008;88:57–62.
26. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2013.
27. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control* 1998;7:409–20.
28. Gjonça E, Calderwood L. Sociodemographic characteristics. In: Marmot M, Banks J, Blundell R, et al, eds. Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English longitudinal study of ageing. London: Institute for Fiscal Studies; 2004. p. 15–32.
29. Yang T, Li F, Yang X, et al. Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: a descriptive analysis. *BMC Public Health* 2008;8:248–54.
30. Rajabizadeh G, Ramezani MA, Roohafza H, et al. Association between cigarette smoking and sociodemographics, lifestyle and mental health factors in a sampled Iranian population. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011;42:977–87.
31. Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in health in developed countries: the facts and the options. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, eds. Oxford textbook of public health. Vol. 3: the practice of public health. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 1773–90.
32. Muller A. Education, income inequality and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ* 2002;324:23–5.
33. Rahu M, Rahu K, Baburin A, et al. Alkoholisõltuva suremuse hariduserinevused Eestis – kas meil on vaja seda teada? *Eesti Arst* 2003;82:85–92.
34. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control* 2005;14:106–13.
35. Amos A, Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. *Tob Control* 2000;9:3–8.
36. De Vogli R, Santinello M. Unemployment and smoking: does psychosocial stress matter? *Tob Control* 2005;14:389–95.

37. Fagan P, Shavers V, Lawrence D, et al. Cigarette smoking and quitting behaviors among unemployed adults in the United States. *Nicotine Tob Res* 2007;9:241–8.
38. Osler M, Holstein B, Avlund K, et al. Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scand J Public Health* 2001;29:32–9.
39. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 2005;40:756–64.
40. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, et al. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health* 2005;15:262–9.
41. Barnett R, Moon G, Kearns R. Social inequality and ethnic differences in smoking in New Zealand. *Soc Sci Med* 2004;59:129–43.
42. Lindstrom M, Sundquist J. Ethnic differences in daily smoking in Malmo, Sweden. Varying influence of psychosocial and economic factors. *Eur J Public Health* 2002;12:287–94.
43. Chaix B, Guilbert P, Chauvin P. A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France: are there any combination risk groups? *Eur J Public Health* 2004;14:186–90.
44. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992;34:907–17.
45. Marques-Vidal P, Ruidavets JB, Cambou JP, et al. Changes and determinants in cigarette smoking prevalence in southwestern France, 1985–1997. *Eur J Public Health* 2003;13:168–70.
46. Carreira H, Pereira M, Azevedo A, et al. Trends in the prevalence of smoking in Portugal: a systematic review. *BMC Public Health* 2012;12:958–65.
47. Gallus S, Muttarak R, Martinez–Sanchez JM, et al. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med* 2011;52:434–8.
48. Prättälä R, Helakorpi S, Sipilä N, et al. Social determinants of health behaviours. *Finbalt health monitor 1998–2008*. Tampere: Juvenes Print; 2011.
49. Patja K, Hakala S, Prättälä R, et al. Adult smoking as a proxy for environmental tobacco smoke exposure among children – comparing the impact of the level of information from Estonia, Finland and Latvia. *Preventive Medicine* 2009;49:240–4.
50. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland in 1994–2002. *Scand J Public Health* 2006;34:353–62.
51. Puska P, Helasoja V, Prättälä R, et al. Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994–1998. Standardized comparison. *Eur J Public Health* 2003;13:11–7.
52. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise suundumused aastatel 1990 kuni 2000. *Eesti Arst* 2002;5:262–8.
53. Helasoja V, Prättälä R, Klumbiene J, et al. Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland. Identifying target groups of tobacco policy. *Eur J Public Health* 2001;11:206–10.
54. Lipand A, Kasmel A, Kivilo M, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuurimus 1990. aasta kevadel. Helsinki: National Public Health Institute; 1992.

55. Lipand A, Kasmel A, Tasa E, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuurimus 1992. aasta kevadel. Helsinki: National Public Health Institute; 1993.
56. Lipand A, Kasmel A, Tasa E, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1994. Helsinki: National Public Health Institute; 1995.
57. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 1996. Helsinki: National Public Health Institute; 1997.
58. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1998. Helsinki: National Public Health Institute; 1999.
59. Kasmel A, Lipand A, Markina A, et al. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2001.
60. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2002. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2003.
61. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2007.
62. Tekkel M, Veideman T, Rahu M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009.
63. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011.
64. Eek F, Ostergren PO, Diderichsen F, et al. Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross sectional comparison of the equity effect of different public health policies. *BMC Public Health* 2010;10:9–21.
65. Zatonski W, Przewozniak K, Sulkowska U, et al. Tobacco smoking in countries of the European Union. *Ann Agric Environ Med* 2012;19:181–92.
66. Roberts B, Gilmore A, Stickley A, et al. Changes in smoking prevalence in 8 countries of the former Soviet Union between 2001 and 2010. *Am J Public Health* 2012;102:1320–8.
67. WHO. The European tobacco control report 2007. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2007.
68. Engstrom K, Magnusson C, Galanti MR. Sociodemographic, lifestyle and health characteristics among snus users and dual tobacco users in Stockholm County, Sweden. *BMC Public Health* 2010;10:619–28.
69. WHO. European health for all database 2013. (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
70. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation* 2010;121:1518–22.
71. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315–20.
72. Nylenna A. Occasional smoking: a new campaign target in Norway. *Lancet* 2013;381:708–9.

73. Kim S. Smoking prevalence and the association between smoking and sociodemographic factors using the Korea national health and nutrition examination survey data, 2008 to 2010. *Tobacco Use Insights* 2012;5:17–26.
74. Rajabizadeh G, Ramezani MA, Roohafza H, et al. Association between cigarette smoking and sociodemographics, lifestyle and mental health factors in a sampled Iranian population. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011;42:977–87.
75. Schunck R, Rogge BG. Unemployment and smoking: causation, selection, or common cause? Evidence from longitudinal data. Berlin: German Institute for Economic Research; 2012.
76. Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Rotterdam: Erasmus Medical Center; 2004.
77. Hiscock R, Bauld L, Amos A, et al. Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2012;1248:107–23.

SUMMARY

Smoking by socioeconomic status among adult population in Estonia in 1990–2010

The present study analyses smoking among adult population in Estonia during 1990–2010. The objectives were (1) to describe cigarette smoking during the study period, (2) to analyse associations between smoking and socioeconomic status and (3) to assess whether smoking trend of adult population in Estonia suits into international tobacco epidemic model.

This study was based on the study of Health Behavior among Estonian Adult Population conducted in 1990–2010. The target group of present study were 20–64 year-old adults (N=18740), 7949 men and 10791 women. Cigarette smoking was evaluated on a 4-stage scale: daily smoker, occasional smoker, ex-smoker and never smoker. Gender, age, nationality, marital status, education and employment status were used as socioeconomic factors. Prevalence of smoking was calculated for each study year. χ^2 test for trend was used to determine smoking prevalence trend over study years. Logistic regression analysis was applied to assess the associations between smoking, survey year and socioeconomic factors.

In 2010 one third of men and one fifth of women were daily smokers. Compared to the first study year, the prevalence of daily smoking among men had decreased significantly by 2010. Daily smoking among women increased slightly but this trend was not statistically significant. The adjusted ORs showed that study year, age group, ethnicity, marital status, education and employment status were associated with smoking. Compared to the youngest age group, the oldest had lower odds of smoking. Non-Estonians had somewhat higher odds of smoking compared to Estonians. Adults who were unemployed and divorced had higher odds of smoking compared to employed and married or cohabiting men and women. In the beginning of the study period there were no educational differences in male smoking and smoking was more common among women who had higher education. Inverse relationship between smoking and education appeared in 1996 among men and in 2004 among women. According to these results, Estonia is currently situated in the third stage of the tobacco epidemic model.

Smoking prevalence in 1990–2010 and notably higher smoking among adults with lower socioeconomic status indicate, with evidence based results, that it is a serious public health problem and Estonia needs more efficient tobacco policy. Based on study results, health promotion interventions should be addressed towards adults with lower socioeconomic status, younger adults and women in order to prevent and decrease smoking in Estonia.

TÄNUAVALDUS

Minu südamlik tänu:

- Kersti Pärnale väärtuslike nõuannete ja suure pühendumise eest magistritöö juhendamisel;
- Inge Ringmetsale hindamatu abi eest andmete statistilisel analüüsil;
- Tervise Arengu Instituudile ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu meeskonnale võimaluse eest kasutada antud uuringu andmeid magistritöö kirjutamisel;
- Kursusekaaslastele ja tervishoiu instituudi kollektiivile suurepärase õpikeskkonna loomise eest;
- Oma perekonnale toetuse ja mõistvuse eest;
- Oma elukaaslasele Guido Zimmermannile igakülgse abi ja julgustamise eest.

CURRICULUM VITAE

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Mari-Liis Pürjer

2. Sünniaeg: 29.09.1989

3. E-posti aadress: mariliis.pyrjer@gmail.com

4. Haridus:

Tallinna Ülikool, 2011, sotsioloogia bakalaureuseõpe

Tallinna Reaalkool, 1996–2008, keskharidus

5. Töökogemus (teenistuskäik):

HIVERA projekti andmekoguja, Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, 2012–2013

Epidemioloogia Inglise–Eesti sõnaraamatu tehniline toimetaja, Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, 2012

ESPAD projekti läbiviija, Tallinna Ülikool, rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut, 2010–2011

6. Keelteoskus: eesti, inglise, vene

II. Teaduslik ja arendustegevus

Peamised uurimisvaldkonnad: noorte ja täiskasvanute suitsetamine

Teadustööd: bakalaureusetöö „Suitsuprii klassi võistluse efektiivsuse analüüs juhtumiuuringu näitel“

III Huvialad

Kalastamine, sport, küpsetamine

LISAD

Lisa 1. Töös kasutatud küsimused. TKU 2010. aasta küsimustik

1. Teie sugu
- 1 mees
 - 2 naine
2. Teie sünniaeg
- | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|
| | | | | | 1 | 9 | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|
- päev kuu aasta
3. Teie rahvus
- 1 eestlane
 - 2 venelane
 - 3 muu (palun kirjutage)
5. Teie tegelik perekonnaseis
- 1 vallaline
 - 2 abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga
 - 3 lahutatud/lahus elav
 - 4 lesk
6. Teie haridus (kõrgeim lõpetatud haridustase)
- 1 alg- (1–6 klassi)
 - 2 põhi- (7–9 klassi)
 - 3 kesk- (10–12 klassi)
 - 4 keskeri-
 - 5 kõrg

12. Millist tööd Te käesoleval ajal teete? (Palun märkige ainult üks põhiline.)

- 1 põllu-, karjakasvatus-, metsatöö, kalandus
- 2 tööstus-, kaevandus-, ehitus-, transporditöö
- 3 teenindus-, ametnikutöö
- 4 meditsiini-, kultuuri-, haridus-, teadustöö
- 5 õpilane või üliõpilane (õppimine on põhitegevus)
- 6 ajateenija
- 7 kodune
- 8 mittetöötav pensionär
- 9 töötu

49. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud?

- 1 ei (*Kui ei, siis palun minge edasi küsimuse 57 juurde*)
- 2 jah, käesoleval ajal iga päev
- 3 jah, käesoleval ajal juhuslikult
- 4 jah, varem suitsetasin

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Mari-Liis Pürjer

(sünnikuupäev: 29.09.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose “Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamine sotsiaalmajandusliku staatuse järgi, 1990–2010“, mille juhendajad on Kersti Pärna ja Inge Ringmets

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, 28.05.2013