

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL  
Majandusteaduskond  
Rahanduse ja majandusteooria instituut  
Majandusteooria õppetool

Helena Ränkel

**SUBJEKTIIVNE HEAOLU JA SEDA KUJUNDAVAD  
TEGURID EESTIS: VANUSE OLULISUS**

Magistritöö

Juhendaja: vanemteadur Kaire Pöder

Tallinn 2015

## SISUKORD

ABSTRAKT .....	4
SISSEJUHATUS .....	5
1. SUBJEKTIIVSE HEAOLU KUJUNEMINE JA OLEMUS.....	8
1.1 Heaolu kui mõiste erinevad käsitlused ja liigitus .....	10
1.2 Heaolu uudsed mõõtmismeetodid .....	14
1.3 Subjektiiivne heaolu kui mõiste erinevad käsitlused.....	15
1.4 Subjektiiivse heaolu mõõtmismeetodid.....	17
2. EESTI RAHVASTIK JA SUBJEKTIIVNE HEAOLU .....	20
2.1 Subjektiiivse heaolu mõjurid .....	22
2.2 Vanemaealiste subjektiiivset heaolu selgitavad tegurid ja varasemad uuringud.....	26
2.3 Uuringu andmed ja valim .....	31
2.4 Subjektiiivse heaolu uurimisel kasutatavad muutujad.....	33
3. SUBJEKTIIVSE HEAOLU ANALÜÜS .....	42
3.1 Subjektiiivse heaolu uurimisel kasutatavad mudelid.....	42
3.2 Subjektiiivse heaolu uurimisel kasutatavad muutujad.....	44
3.3 Subjektiiivse heaolu hindamine vähimruutude meetodil.....	46
3.4 Subjektiiivse heaolu hindamine logit-mudeliga .....	52
3.5 Subjektiiivne heaolu ja sissetulek.....	55
KOKKUVÕTE .....	58
SUMMARY .....	62
VIIDATUD ALLIKAD.....	65
LISAD .....	71
Lisa 1. Muutujatega seotud küsimused Euroopa elukvaliteediuuringus .....	71
Lisa 1 järg .....	72
Lisa 2. Kirjeldav statistika .....	73
Lisa 3. Subjektiiivse heaolu tasemed vanuse gruppide lõikes.....	74
Lisa 4. Subjektiiivse heaolu tasemed meeste ja naiste lõikes.....	75
Lisa 5. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil .....	76

Lisa 5 jätk .....	77
Lisa 6. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil, koosmõjud .....	78
Lisa 6 jätk .....	79
Lisa 7. Logit-mudel, spetsifikatsioonide marginaalsed efektid .....	80
Lisa 7 jätk .....	81
Lisa 8. Logit-mudel, spetsifikatsioonide marginaalsed efektid, koosmõjud .....	82
Lisa 8 jätk .....	83
Lisa 9. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil koos sissetulekuga .....	84
Lisa 9 jätk .....	85

## ABSTRAKT

Riigi jätkusuutliku arengu tagamiseks on oluline selle kodanike heaolu ja eluga rahulolu, mistõttu on vajalik välja selgitada, millised karakteristikud on individuaalse heaolu seisukohast olulised.

Käesoleva magistr töö eesmärgiks on leida eestlaste subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid Euroopa elukvaliteeti uuringu 2011 - 2012. aasta andmetel tuginedes varasemates uuringutes statistiliseks osutunud näitajatele. Lisaks soovitakse leida kinnitust või ümber lükata vanemaealiste heaolu mõjurite seosed eestlaste heaoluga. Selgitamaks, millised tegurid kujundavad subjektiivset heaolu, viiakse läbi ökonomeetriline analüüs statistikapaketis Stata 12. Mudelite hindamiseks kasutatakse regressioonanalüüsi vähimruutude meetodil ning lisaks kontrollitakse tulemusi ka logit-mudeliga.

Antud töö käigus tuli välja, et 42. eluaastal oli eestlase heaolu kõige madalam ning subjektiivse heaolu ja vanuse vaheline seos on kumer. Nimelt olid eakad (65+) 2011. aastal 12% võrra enam eluga rahul kui keskmine vanusegrupp (35 – 64) ning noored ei osutunud oluliseks. Uuritud 19 tunnusest omavad mõju eestlaste subjektiivse heaolu kujundamisel töötu staatus (-12%), derivatsioon (-6.1%), tervis (suurepärase 25.3 ja väga hea 24.5%) ning kvaliteetne tervise- ja lastehoiuteenus ning haridussüsteem, mis suurendasid subjektiivset heaolu vastavalt 13.1, 7.3 ja 7.9%. Lisaks leidis kinnitust, et eakate vanuserühmas on tunnus sugu oluline mõjur heaolu kujundamisel ehk mehed olid 16% vähem eluga rahul kui samas vanusegrupis olevad naised. Kuigi sissetulek ei olnud kasutatud mudelis oluline, viitasid teised muutujad (töötu staatus, deprivatsioon ja puue) kaudselt raha olulisusele. Seega ei teinud raha 2011. aastal eestlasi õnnelikuks, kuid kaudselt mõjutas seda kindlasti.

Võtmesõnad: heaolu, subjektiivset heaolu kujundavad tegurid, vanus, Euroopa Elukvaliteedi uuring, vähimruutude meetod, binaarne logistiline regressioon.

## SISSEJUHATUS

Eesti on Läänemere idakaldal asuv väikeriik, mis on alates iseseisvuse taastamisest 20. augustil 1991 kasvanud konkurentsivõimeliseks ja infotehnoloogiliselt üheks arenenumaks riigiks Euroopas. Rahvaarvu väiksusest hoolimata on Eesti suutnud tagada hea keskkonna oma jätkusuutlikuks arenguks. Saavutatud iseseisvust ja soodsat majanduskeskkonda aga varjutavad demograafilised probleemid, mis muutuvad aasta-aastalt aktuaalsemaks. Sündimuse langus ja elanikkonna vananemine on terav ja murettekitav võtmeküsimus Eesti edasisel arengul, millele jätab oma jälje ka maapiirkondades leviv tööpuudus ning riigist lahkuv tööjõud.

Riigi jätkusuutliku arengu tagamiseks on oluline selle kodanike heaolu ja eluga rahulolu. Sotsiaalteenuste osutamisele on heaolu kui mõiste pakkunud mõtlemisainet juba mitmeid sajandeid. Kui esimesi tähelepanekuid ja arutelusid elukvaliteedi ja elamisväärsel elu mõjutavate tegurite kohta tehti juba vanas Kreekas, siis heaolu mõõtmise ajaloo alguseks võib pidada 20. sajandi keskpaika, mil Lääne-Euroopas kujunesid esimesed healuriigid, mille arengule andsid tuge tööstus- ja kodanlikud revolutsioonid.

Healuriigi ülesanne on parandada inimese toimetulekuvõimalusi, mistõttu sekkub ta aktiivselt majandusse ja jagab maksupoliitika abil ümber tulusid ning korraldab haridust, tervishoidu ja perepoliitikat. 1970. aastatel kasutati riigi majandusarengu hindamiseks sisemajanduse koguprodukti (SKP) ning analüüsimeetodid olid lihtne – mida suurem osa SKP-st läheb sotsiaalkuludeks, seda edukamalt tagatakse inimeste healuvajadused. Seega on juureldu selle üle, mis teeb inimese elu elamisväärseks ja kujundab elu kvaliteeti, väga pikalt. Üks võimalus sellele küsimusele vastuse leidmiseks on kasutada inimese enda hinnangut oma eluga rahulolule. Seda nimetatakse subjektiivseks healuks.

Seega on vajalik välja selgitada, millised karakteristikud on individuaalse heaolu seisukohast olulised. Riigis, kus rahvastik vananeb, on oluline lisaks üldisele eluga rahulolu tasemele määratleda see ka vanuse või vanusegruppide lõikes. Seda põhjusel, et riigi jätkusuutlikuks arenguks on oluline kodanike heaolu kõigis vanuserühmades ning vältida

tuleks noorte ja tööealise elanikkonna väljarännet. Lisaks on riikliku poliitika põhieesmärk oma kodanike heaolu maksimeerimine, seetõttu on saadud teadmine tähtis ka riigi edasiste otsuste tegemisel, et omada ülevaadet nende mõjust kodanike tajutavale heaolule.

Eelnevast lähtuvalt on käesoleval magistritööl kaks põhieesmärki:

- 1) kasutades uuemaid andmeid ja võimalikult samu tunnuseid, mida on kasutatud varasemates subjektiivse heaolu uuringutes, et välja selgitada, millistel indiviidi iseloomustavatel teguritel on seos eestlaste subjektiivsele heaolule antavate hinnangutega.
- 2) leida tunnused, mis mõjutavad eakate subjektiivset heaolu ning kontrollida nende olulisust subjektiivse heaolu kujunemisel.

Lähtuvalt uurimiseesmärkidest püstitab autor hüpoteesi, et vanemaealiste heaolu mõjutavad tegurid erinevad oluliselt teiste vanusegruppide ja Eesti keskmise subjektiivse heaolu mõjuritest.

Eesmärgi saavutamiseks tuleb püstitada järgmised uurimisülesanded:

- 1) tuginedes erialasele kirjandusele selgitada subjektiivse heaolu mõistet ja sellega seotud probleeme;
- 2) leida subjektiivset heaolu mõjutavad tegureid;
- 3) tuginedes varasemale teoreetilisele ja empiirilisele kirjandusele koostada võrrand (mudel) ning selgitada selle erinevate spetsifikatsioonide puhul tunnuste efekte ja nende suurust;
- 4) uurida vanemaealiste subjektiivset heaolu mõjutavaid tegureid ning kontrollida nende statistilist olulisust mudelis;
- 5) võrrelda saadud tulemusi varasemate uuringutega.

Iga uurimisülesande täideviimiseks rakendatakse erinevaid meetodeid. Töö teoreetiline osa põhineb teoreetilistel ja empiirilistel allikatel ning nende sünteesil. Selleks kasutatakse statistilisi andmeid, erialaseid uurimisartikleid ja varasematest uuringutest saadud tulemusi. Töö empiiriline osa põhineb Euroopa elukvaliteedi uuringu (ing. k *European Quality of Life Survey*, EQLS) kolmanda laine andmetel, mis viidi läbi ajavahemikul 2011-2012. Subjektiivse heaolu hindamiseks teostatakse ökonomeetrilise tarkvara abil regressioonanalüüs, mille aluseks on harilik vähimruutude meetod lisaks kontrollitakse saadud tulemusi ka logit-mudeliga.

Magistritöö on ülesehituselt jagatud kolmeks osaks. Esimene peatükk on kirjanduse ülevaate subjektiivse heaolu kontseptsioonist ning seda peamiselt mõjutavatest teguritest ja mõõtmismeetoditest. Töö teoreetilises osas tuuakse välja heaolu mõiste erinevad käsitlused. Põhjusel, et autorid tõlgendavad heaolu mitmeti, kas lähtuvalt ühiskondlikust või individuaalsest küljest, siis püütakse anda ülevaade erinevatest heaolu käsitlustest ja liigitustest. Lisaks tutvustatakse ka erinevaid meetodeid, kuidas on võimalik heaolu mõõta.

Teises peatükis kirjeldab autor Eesti rahvastiku koosseisu ning vaadeldakse lähemalt vanemaealiste subjektiivset heaolu mõjutavaid tegureid. Samas peatükis kirjeldatakse ka empiirilises osas kasutatavaid lähteandmeid ja valimit.

Töö kolmas osa tutvustab rakendatavaid uurimismeetodeid. Autor analüüsib eestlaste subjektiivsele heaolule antud hinnanguid ning vanuse tähtsust selle kujunemisel. Samas peatükis viiakse läbi regressioonianalüüs, tõlgendatakse saadud tulemused ja tehakse järeldused.

Arvutusteks kasutati käesoleva magistritöö raames statistikapaketti *Stata 12*. Saadud tulemused koondati ülevaatlikku tabelisse või graafikusse, milleks kasutati *MS Excelit*.

Enne magistritöö sisulise osa juurde asumist soovib autor tänada oma juhendajat, kelle soovitusel ja ettepanekud olid käesoleva töö koostamisel väga suureks abiks.

# 1. SUBJEKTIIVSE HEAOLU KUJUNEMINE JA OLEMUS

Sotsiaalteaduste üks päevakorralisemaid teemasid on heaolu ja seda mõjutavad tegurid, mida defineerides ja hinnates püütakse välja selgitada inimeste nii individuaalne kui kollektiivne heaolu. Teadlastele on heaolu kui mõiste pakkunud mõtlemisainet juba mitmeid sajandeid. Kui esimesi tähelepanekuid ja arutelusid elukvaliteedi ja elamisväärsel elu mõjutavate tegurite kohta tehti juba vanas Kreekas, siis heaolu mõõtmise ajalugu on oluliselt lühem. Selle alguseks võib pidada 20. sajandi keskpaika, mil Lääne-Euroopas kujunesid esimesed healuriigid. Viimaste arengule andsid tõeke tööstus- ja kodanlikud revolutsioonid, mille tulemusena muutus valitsevaks vabrikutöö, kehtestati esimesed demokraatlikud valimisrežiimid ja kujunes välja kodanikuühiskond.

Klassikaliste riigiteooriate kohaselt peab riik tagama korra ja turvalisuse riigis, kaitsma oma kodanikke vaenlaste vastu ning kehtestama õigluse. Healuriigi ülesanne seevastu on kõigi inimeste võrdsus ja toimetulekuvõimaluste parandamine, mistõttu sekkub riik aktiivselt majandusse ja jagab maksupoliitika abil ümber tulusid ning korraldab haridust, tervishoidu ja perepoliitikat (Tomasberg 2011). Seega täidab healuühiskond lisaks klassikalistele funktsioonidele ka sotsiaalseid ülesandeid ning reguleerib turgu, et vähendada ühiskonnas ebavõrdsust ja tagada sissetulekute jaotus, mis tooks kaasa kõigi ühiskonnaliikmete elatustaseme ja heaolu kasvu.

Sageli mõistetakse heaolu all vaid materiaalseid võimalusi ning oluliseks peetakse elu materiaalsel poolt nagu tarbitavate kaupade kättesaadavus, kogus ja nende kvaliteet (*Ibid.*). Diferentseerida aga saab nii materiaalsel, mittemateriaalsel, sotsiaalsel kui ka vaimset heaolu, mis omakorda hõlmavad üldise heaolu mõiste erinevaid aspekte. 1970. aastatel oli riikidevahelise võrdluse aluseks sotsiaalpoliitikale kulutatav sisemajanduse koguprodukti (SKP) protsent ning ka analüüsimisloogika oli lihtne – mida suurem protsent SKP-st läheb sotsiaalkuludeks, seda edukamalt tagatakse inimeste healuvajadused (Toots, 2013, 97). Mitmed uuringud aga annavad tunnistust, et teatud materiaalsete võimaluste saavutamisel ei oma nende võimaluste kasv enam nii olulist tähtsust inimese heaolu kasvus. Näiteks jõudis



1974. aastal Ameerika majandusteadlane Richard Easterlin oma analüüsidega järeldusele, et kui ühe riigi piires näib kehtivat seos - mida rikkam inimene, seda õnnelikum ta on, siis ei kehti see aga riikide vahel. Küll aga on inimese õnnetundele oluline, milline on tema heaolu tase võrreldes kaasmaalaste või naabritega (Easterlin 1974, 118-119). Kirjeldatud tähelepanek on tuntud ka kui Easterlini paradoks. Mõistmaks eelnevat vastuolu tuleb aga vaadelda heaolu kui mõistet laiemalt ning lisaks materiaalsele tingimustele arvesse võtta ka elukvaliteet ning väärtused ja võimalused.

Aja möödudes on sotsiaalteadlased jõudnud arusaamale, et SKP kasutamine sotsiaalse arengu mõõtmisel ei ole piisav (Noll, 2002; Stiglitz *et al* 2009). Oluliste põhjustena võib välja tuua majanduse muutuva struktuuri, vananeva elanikkonna ning asjaolu, et nimetatud indikaator ei võimalda mõõta üksik indiviidi või sotsiaalse grupi toimetulekut ühiskonnas. Fisheri kohaselt on arenenud riikides SKP ühiskondliku arengu ainumõõdikuna kaotamas oma tähtsust, sest see jätab tähelepanuta mitmeid aspekte (2015, 4):

- sissetulekute ebavõrdsus (sotsiaalne võrdlus);
- sotsiaalne sidusus (liikuvus, migratsioon);
- vaba aeg ja teised turuvälised tegevused (töö- ja eraelu tasakaal);
- vastupanu füüsilise ja sotsiaalsele hävingule (kuritegevus, vägivald);
- sotsiaalse kapitali vähenemine (turuhinnaga teenuste asendamine vabatahtliku tööga);
- inimeste tervislik seisund (kulutused terviseteenustele).

R. Tammist on leidnud sarnaselt, et sisemajanduse kogutoodang (SKT) ei ole kõige adekvaatsem heaolu näitaja (2010). Seda põhjusel, et SKT ei võta arvesse sotsiaalset ebavõrdsust, kliima muutumist, keskkonna saastatust, kuritegevust ega ka inimeste tervislikku seisundit või eluiga. Seega müües maha kogu Eesti metsa ja maavarad, saastades jõgesid ja järvesid, siis kajastub see SKT arvestuses ainult plusspoolel. Aga kui sissetulekute vähenemise tõttu otsustavad inimesed spordiklubi asemel värskes õhus oma tervist parandada, siis SKT-s kajastub see miinuspoolel. (*Ibid.*)

Eelnev on lühike ülevaade seni kasutuses olnud sotsiaalse arengu ainumõõdiku SKP puudustest, mistõttu ei ole 1970. aastatel levinud analüüsimeetod enam relevantne ega võimalda hinnata ühiskonna ega üksikindiviidi tegelikku arengut või selle peatumist.

## 1.1 Heaolu kui mõiste erinevad käsitlused ja liigitus

Heaolu on uurinud selle erinevatest külgedest mitmed autorid, kellest tuntuimad on Edward Diener, Richard Ainley Easterlin, Amartya Sen ja Rafael Di Tella. Kuigi antud teema on leidnud väga palju kajastust teadlaste poolt erinevates teaduslikes ja statistika-andmebaasides nagu Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (ing. k. *Organization for Economic Cooperation and Development* - OECD) koduleheküljel, ScienceDirect, JStore, Statistikaamet ja paljud teised, siis ei ole heaolu terminoloogia kindlalt piiritletud ja paigas. Teadusartiklites on autorid kasutanud termineid õnn (ing. k. *happiness*), subjektiivne heaolu (ing. k. *subjective well-being*), rahulolu (ing. k. *satisfaction*), eluga rahulolu (ing. k. *life satisfaction*), elukvaliteet (ing. k. *quality of life*), kasulikkus (ing. k. *utility*) ning heaolu (ing. k. *welfare, well-being*) läbisegi ja isegi samatähenduslikult (Easterlin 2001, 465). Samas on märgata, et riikide ja erinevate piirkondade üldise arengu kirjeldamisel ja iseloomustamisel on enam levinud terminiks heaolu, kuid indiviidi enda poolt oma elutasemele antud hinnangute korral kasutatakse pigem mõisteid õnn ja subjektiivne heaolu.

Eesti majandusteadlane Uno Mereste defineerib heaolu kui inimese üldist õnne- ja healuseisundit, mis euroopaliku kultuuritraditsiooni põhjal arvatakse põhinevat heal tervisel, mugavustega elutingimustel, isikuvabadustel, tasuval tööol, ohututel töötingimustel ja tagatistel tööpuuduse puhuks (2003, 222). Nimetatud heaolu elemendid on võimalik jaotada majanduslikeks (majanduslik heaolu) ja üldkultuurilisteks, millest viimaseid seostatakse omakorda ühiskondlike põhiväärtustega (*Ibid.*).

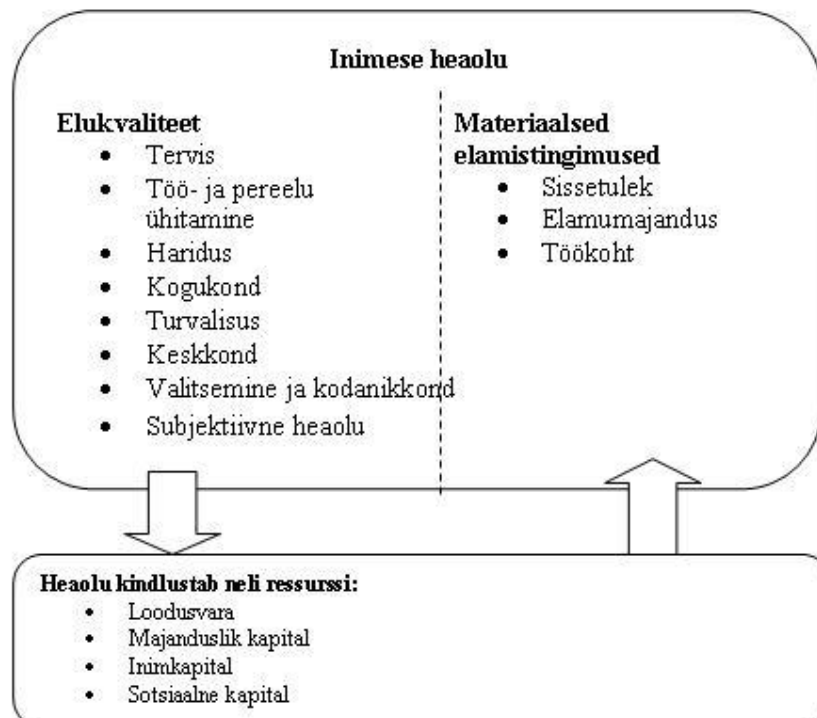
Seevastu Haworth ja Hart määratlevad heaolu kui seisukorda, aga ka kui protsessi, mis hõlmab endas personaalseid, interpersonaalseid ja kollektiivseid vajadusi, mis üksteist mõjutavad (2012). Heaolu võib avalduda erinevates vormides tekitades konflikte ühiskonna gruppides ning saavutada erinevaid vorme indiviidi elu jooksul. Samuti on see tihedalt seotud füüsilise, kultuurilise ja tehnoloogilise keskkonnaga, mille mõistmine nõuab globaalset perspektiivi. (*Ibid.*)

Heaolu kui mõistet on tõlgendatud ka kui indiviidi, grupi või riigi võimet pakkuda peavarju, toitu ja materiaalseid hüvesid, mis lubavad inimestel elada head elu vastavalt nende enda määratlusele. Näiteks on M. Fairbanks välja toonud, et heaolu võimaldab elada loominguist ning isiklike arvamuste ja hoiakute kohast elu, ilma et peaks eluks vajalike materiaalsete tingimuste pärast iga päev muret tundma (2002, 266).

Sarnaselt Mereste heaolu definitsioonile väidavad ka mitmed teised autorid, et heaolu hõlmab endas erinevaid eluvaldkondi ja nendega rahulolu. Seega on heaolu mitmemõõtmeline mõiste, mis sisaldab endas kaheksat erinevat dimensiooni (Stiglitz *et al* 2009, 14-15):

- materiaalne elustandard (sissetulek, tarbimine, rikkus);
- tervis;
- haridus;
- isiklikud tegevused (sh töö);
- poliitiline seisukoht ja valitsus (ing. k *political voice and governance*);
- sotsiaalsed suhted ja võrgustikud;
- keskkond (endine ja praegune);
- majanduslik ja füüsiline turvalisus.

Eelnevale käsitlusele sarnaselt kasutab heaolu mõistet üldistusena ka OECD, sisaldades endas nii materiaalseid, elukvaliteedi kui ka jätkusuutlikkuse näitajaid, mis on illustreerivalt toodud ka joonisel 1.



Joonis 1. OECD heaolu ja progressi mõõtmise raamistik

Allikas: (OECD; Kõrreveski 2011)

Materiaalsed tingimused kajastavad indiviidi sissetulekut, elu- ja töökohaga seonduvat. Elukvaliteedi näitajad seevastu hõlmavad kaheksat valdkonda: tervis, töö- ja pereelu ühitamine, haridus, kogukond, turvalisus, valitsemine ja kodanikkond, keskkond ning subjektiivne heaolu. Lisaks arvestatakse inimese heaolu mõjutavate teguritena ka loodus- ja inimressursse ning majanduslikku ja sotsiaalset kapitali.

Nii nagu on heaolu kui mõiste defineerimisel ja tõlgendamisel erinevaid käsitlusi, on neid ka heaolu liigitamisel. Tuntuim ja enim kasutatud meetod heaolu liigitamisel on kollektiivne ehk ühiskondlik ja individuaalne (Tomasberg 2011). Nagu nimetuski ütleb, keskendub kollektiivne heaolu ühiskonna kui terviku heaolu uurimisele. See tähendab, et vaatluse all on suur grupp inimesi, mistõttu on heaolule antud hinnangud üldistavad. Individuaalne heaolu on seevastu üksikisiku tasandil vaadeldav heaolu, mis on saavutatav inimese kõigi vajaduste rahuldamisel. Kuna riigi kui kollektiivi aluseks on seal elavad inimesed, siis moodustab iga inimese individuaalne heaolu ühiskondliku heaolu.

Olulisemaks küsimuseks heaolu käsitlemisel on, kuidas leida üldiseid seoseid ja seaduspärasusi, mis ei sõltuks inimest ümbritsevat. Probleem seisneb selles, kas inimesi ümbritsevad tingimused ja olukorrad tuleks käsitleda arvestamata indiviidi isiklikku arvamust või lähtuda indiviidi isiklikust hinnangust enda heaolule. Põhjuseel, et iga inimese hinnang oma heaolule on subjektiivne, saab individuaalse heaolu korral rääkida subjektiivsest heaolust.

Seega on heaolu sisendina võimalik kasutada nii objektiivsetel kui ka subjektiivsetel hinnangutel põhinevaid tegureid nagu näiteks OECD heaolu ja progressi mõõtmise raamistik. Siinkohal tuleb välja tuua, et esimesel juhul tuginetakse sellele, et indiviidil on kindlad põhivajadused, -õigused ja –soovid alustades elementaarse vajadusega toidu ja vee järele ning lõpetades füüsilise tervise ja haridusega, mis kõik on ka rahuldatud.

Objektiivse heaolu käsitlus on kirjanduses hästi väljakujunenud, kuid selline lähenemine on patroneeriv ehk see eeldab, et teatud asjad ja sündmused nagu halvenev tervis, lotovõit jm, mõjutavad indiviidi heaolu negatiivselt või positiivselt (Objective ...2011). Lisaks on K. Tomasberg välja toonud objektiivse heaolu alla kuuluvad tegurid nagu füüsiline heaolu (füüsiline tervis), materiaalne heaolu (sissetulek), sotsiaalne heaolu (kaasatus/tõrjutus), emotsionaalne heaolu (depressioon, vastupanu haigustele, meeleolu), aktiivsus ja areng (haridus, töö, puhkus ja vaba aeg) (Tomasberg 2011). Seega lähtutakse objektiivse heaolu

puhul indiviidi käsutuses olevatest ressurssidest, mis jagunevad materiaalseteks ja mittemateriaalseteks. Materiaalsete ressursside alla kuuluvad näiteks sissetulek, tarbimine, omamine ning mittemateriaalsed ressursid on näiteks haridus, oskused, tervis jne. Subjektiivse heaolu teooria seevastu on seisukohal, et kõige paremini oskab oma heaolu hinnata indiviid ise (Objective ... 2011).

Heaolu defineerimisel läbi individuaalse heaolu jäävad aga kõrvale erinevad ühiskonna tasandi näitajad, millega mõõdetakse ühiskonna kvaliteeti nagu õiglus, ebavõrdsus, kodanike vabadus ja sotsiaalne sidusus, mis teoreetilise käsitluse kohaselt otseselt või kaudselt samuti indiviidi heaolu mõjutavad (Noll 2002, 160). Indiviidi sotsiaalses toimimises on aga olulised nii objektiivne kui ka subjektiivne pool. Seetõttu pooldavad Wallace ja Abbott sotsiaalse kvaliteedi käsitlust, mille kohaselt kombineeritakse heaolu mõõtmisel nii indiviidi kui ka ühiskonna tasandi näitajad, kus indiviidi vaadeldakse mitte kui autonoomset üksust, vaid kui sotsiaalset toimijat (2007, 115-116). Heaolu aga mõõdetakse kui aktsepteeritavat elatustaset, mille korral võetakse arvesse ühiskonnas toimivad struktuursed tegurid nagu sotsiaalne sidusus, kaasatus ja sotsiaal-majanduslik kindlustatus (*Ibid.*).

Teadlased on täheldanud, et heaolu ja elukvaliteedi mõõtmisel on välja kujunenud kaks vastandlikku koolkonda: Skandinaavia käsitlus, mille korral kasutatakse mõõtmiseks objektiivseid elatustaseme näitajaid ning Ameerika käsitlus, mis kontseptualiseerib ja operatsionaliseerib elukvaliteeti indiviidi subjektiivse heaolu kaudu. Esimene neist lähtub eeldusest, et elukvaliteeti peegeldavad elamistingimused on mõõdetavad skaalal soovitavad vs mittesovitavad, võrreldes objektiivseid mõõdetavaid näitajaid normatiivsete kriteeriumitega, mis tulenevad kas väärtustest või ühiskonna eesmärkidest. Teise käsitluse kohaselt saab elukvaliteeti mõõta vaid indiviidide tunnetuse ja kogemuse kaudu, kasutades selleks inimeste rahulolu ja õnnelikkuse mõõdikuid. (Noll 2002, 156-157)

Levinud on küll arusaam, et heaolu mõõtmiseks tuleb kasutada nii objektiivseid kui ka subjektiivseid näitajaid, kuid siinkohal tuleb välja tuua ka asjaolu, et mõlemal on omad head ja vead. Objektiivsete näitajatena mõistetakse neid, mis esitavad sotsiaalseid fakte olenemata personaalsetest hinnangutest, kuid subjektiivsed näitajad peegeldavad just individuaalseid hinnanguid ja tunnetusi sotsiaalsetele tingimustele (*Ibid.*). Indiviidide hinnangud on muutunud erinevate heaolu dimensioonide mõõtmise lahutamatuks osaks ning nende möödapääsmatust põhjendatakse nii normatiivselt kui ka metodoloogiliselt (Bognar 2005, 564-565).

Põhjused, et heaolu on oma olemuselt dünaamiline ja kompleksne, võib erinevate subjektiivsete ja objektiivsete tegurite analüüsimine viia paradoksini. Näiteks inimesed, kelle objektiivsed tervisenäitajad on halvad, võivad oma eluga olla rohkem rahul kui kontrollrühmas olevad, kellel vastavaid terviseprobleeme ei ole. (Allison *et al* 1997). Mitmed teadlased nii nagu ka P. J. Allison on jõudnud oma uurimistega 1997. aastal järeldusele, et halvenev tervises seisund ja kroonilised terviseprobleemid ei tähenda alati seda, et inimene oma eluga vähem rahul oleks. Inimesed kohanevad uue olukorraga ja hindavad oma heaolu ümber tulenevalt tingimustest.

Erinevate käsitluste põhjal võib autorite lähenemise heaolu defineerimisel jaotada veel hedonistlikuks ja eudaimonistlikuks. Kui hedonistliku käsitluse keskmeks oli indiviidi õnnelikkus ja eluga rahulolu, tema tunded ja hinnangud, siis eudaimonistliku lähenemise korral aga indiviidi arenguprotsess ja tema positiivne psühholoogiline toimimine. (Dodge *et al* 2012, 223).

Analüüsides heaolu kui mõistet ja selle erinevaid liigitusi selgub, et ajaga on muutunud nende käsitlus järjest mitmekülgsemaks. See viitab asjaolule, et senised mõõtmismeetodid pole olnud piisavad ning on ajendanud otsima uusi ja ajakohasemaid meetodeid, mis võimaldaksid hinnata indiviidi eluga rahulolu selle erinevatel tasanditel.

## 1.2 Heaolu uued mõõtmismeetodid

Majanduse areng ja erinevad uuringud on kaasa toonud uued heaolu mõõdikud ehk indeksid. Tuntuimad ja levinuimad neist on OECD parema elu indeks (ing. k. *Better Life Index*) ja Euroopa Liidu elukvaliteedi indeks (ing. k. *Quality of Life*). Esimene neist on välja töötatud OECD poolt pikaajalise heaolu uurimise tulemusena ning hõlmab eneses 11 valdkonda: eluase, sissetulek, töö, ühiskond, haridus, keskkond, valitsus, tervis eluga rahulolu, turvalisus ning töö- ja eraelu tasakaal (OECD Better...). Elukvaliteedi indeksi leidmisel võetakse aga arvesse järgnevat mõõtmist: materiaalsed elamistingimused, tööhõive, tervis, haridus, vabaaeg ja sotsiaalne koostoimimine, majanduslik ja füüsiline turvalisus, valitsus ja põhiõigused, loodus- ja elukeskkond ning elukogemus (Quality ...).

OECD on heaolu hindamisel rõhu asetanud nii objektiivsetele kui ka subjektiivsetele aspektidele, sest lisaks tegelikele töötamis- ja elamistingimustele on samavõrd tähtis ka see, kuidas inimesed ise oma elukvaliteeti hindavad ja tunnetavad (Kõrreveski 2011, 28-29). Kuigi

näitajate valikul on lähtunud rahvusvahelistest põhimõtetest nagu poliitiline tähtsus, algandmete kvaliteet, võrreldavus ja andmete kogumise sagedus, ei vasta mitmed OECD soovitatud näitajad nõutud kriteeriumitele, mistõttu tuleb neid esialgu käsitleda kui materjali, mida tulevikus täiendatakse. Ideaali kohaselt peaksid andmed põhinema rahvusvaheliselt kooskõlastatud riiklikul statistikal (*Ibid.*).

Kuigi heaolu ja õnne uurimine on suhteliselt uus ja noor valdkond, siis viimaste aastakümnetega on toimunud antud valdkonnas läbimurre ja teadlased võivad väita, mis mõjutab inimese heaolu ja õnnetunnet. Näiteks on sotsiaalteadlased ja psühholoogid tegelenud ka õnne valemi otsimisega ning Ameerika Ühendriikide psühholoog ja õpetaja Martin E. P. Seligman on seisukohal, et õnne mõjutab kolm tegurit (2008, 66):

$$H = S + C + V \quad (1)$$

kus

H – õnn

S – pärilikud eeldused (ing. k. *set range*)

C – elu asjaolud (vanus, abielu, raha, tervis, religioon, seltskonnaelu)

V – vabatahtlikud või kontrollitavad tegurid (ing. k. *voluntary control*)

Eelnevalt toodu on lühike ülevaade inimkonda läbi aegade huvitanud heaolu ja elukvaliteedi hindamise kujunemisest ja käsitlusest koos majanduse arenguga. Varasemalt sagedast kasutust leidnud sotsiaalsed indikaatorid heaolu mõõtmisel ei ole enam piisavad ja nende kõrvale on tekkinud uued. Heaolu aga eriti subjektiivse heaolu uurimine on käesoleval ajal pälvinud sotsiaal- ja majandusteadlaste tähelepanu ja huvi. Käesolevas magistritöös keskendutakse samuti indiviidi tasandil heaolu uurimisele, mistõttu pikemalt ühiskondliku tasandi heaolul siinkohal ei peatuta ning järgnevalt pühendutakse heaolu ühele mõõdikule - subjektiivsele heaolule.

### 1.3 Subjektiivne heaolu kui mõiste erinevad käsitlused

Subjektiivne heaolu ei ole sama mis õnnelikkus, kuigi neid kahte terminit kasutatakse sageli kui sünonüüme. Subjektiivne heaolu on üldtermin, mis kirjeldab indiviidi eluga rahulolu taset lähtudes tema subjektiivsetest hinnangutest oma elule (Diener, Ryan 2009, 391). Hinnangud võivad olla nii positiivsed kui ka negatiivsed, hõlmates endas arvamust

eluga rahulolu kohta, indiviidi huve ja pühendumust, elusündmustega kaasnevaid tundeid, tööga rahulolu, erinevate valdkondadega seonduvat nagu suhted, tervis ja puhkus (*Ibid.*). Seetõttu on tegemist indiviidile olulise ja personaalse, kuid samas väga suhtelise mõistega, mis olenevalt isiksusest võib tähendada elementaarseid esmavajadusi, unistusi, turvalist elu, õnne, rikkust või veel midagi muud.

R. Veenhoven on seisukohal, et subjektiivne heaolu tugineb inimeste baasvajaduste rahuldamise teooriale, mille kohaselt vaesemates riikides või madalama sissetuleku puhul on sissetulek ja raha tähtsad, kuna need aitavad paremini rahuldada inimeste baasvajadusi. Kui indiviid peab kannatama nälga ja külma tuba, ei jää rahuldamata vajaduste kõrvalt kuigi palju ruumi õnnele. (Veenhoven 1991, 14) Samas lisab Veenhoven sarnaselt Easterlinile, et kui inimesel on kõik eluks hädavajalik olemas, ei too jõukuse edasine kasv automaatselt suuremat õnnetunnet ega rahulolu (*Ibid.*, Easterlin 1974).

Psühholoogid on määranud õnnelikkust ja head elu subjektiivse heaolu kaudu, millena käsitletakse emotsionaalseid ja kognitiivseid hinnanguid, mida inimesed oma elule annavad (Realo 2008b, 18). Teisisõnu kõike seda, mida nimetatakse õnneks või rahuoluks. Seevastu defineeris Ameerika psühholoogiaprofessor ja teadlane Edward Diener subjektiivset heaolu kui üldist hinnangut iseenda elukvaliteedile, mis sisaldab kolme komponenti: tunnetuslik hindamine ehk eluga rahulolu, positiivsete emotsioonide meeldivas koguses tunnetamine ja madalal tasemel negatiivsete meeleolude kõikumine (1984, 543-544).

Subjektiivse heaolu komponentidena on tunnetusliku ja emotsionaalse poole oma uurimustest välja toonud sarnaselt Dienerile ka Anu Realo. Tunnetuslik ehk kognitiivne komponent peegeldab üldist hinnangut sellele, kuivõrd rahul on indiviid üldiselt oma eluga või spetsiifiliste eluvaldkondadega, nagu näiteks abielu, töö, materiaalne olukord või kuivõrd tähendusrikas ning eesmärgipärane on nende elu. Emotsionaalne ehk afektiivne komponent seevastu tähendab meeldivate emotsioonide domineerimist negatiivsete emotsioonide üle. Ehk inimeste subjektiivne heaolu on suur siis, kui nad on oma eluga rahul ja kogevad rohkem positiivseid kui negatiivseid emotsioone. (Diener *et al* 2002; Realo 2006)

Subjektiivne heaolu kui hinnang oma tervele elule üldiselt võimaldab hinnata indiviidi pikaajalisemalt ja kestvamat heaolu, sest see ei toetu ainult hetkeemotsioonidele ja tunnetele. Samas on subjektiivse heaolu käsitluse korral, mis keskendub mingile teatud valdkonnale, olulised just lühiajalised emotsioonid ja sündmused. Viimase puhul on võimalik määrata pigem inimese lühiajaline ja hetkeline subjektiivne heaolu. Näiteks abiellumine või suur



lotovõit võivad inimese subjektiivset heaolu lühiajaliselt tõsta, kuid seevastu puude kujunemine või töökaotus langetada selle pikaajaliselt või koguni terveks eluks (Realo 2006, 26).

Üks levinuim ja huvi pakkuvaim subjektiivse heaolu vastuolulisus seni uurituga on tuntud kui Easterlini paradoks, mis sõnastati 1974. aastal USA majandusteadlase ja professor Richard Easterlin poolt. Paradoks osutab, et ühest küljest ei suurene riikide õnnelikkus koos majanduskasvuga, kuid teisest küljest võib tähele panna, et raha siiski teeb õnnelikuks, vähemalt siis, kui inimesed võrdlevad ennast teistega. Inimene tunneb heameelt, kui ta on natuke rikkam kui naaber. (Easterlin 1974)

Mangeloja on täheldanud, et nimetatud paradoksi seletamine on pakkunud huvi paljudele teadlastele. Ühe välja pakutud seletuse kohaselt inimesed harjuvad üsna kiiresti suurema heaoluga. Näiteks kui on ostetud uus auto, rõõmustatakse selle üle sõltuvalt isikust nädal või kaks ning hakatakse uurima, millise veel parema auto saaks osta. Inimene harjub väga kiiresti suuremate tulude ja lisandunud materiaalse heaoluga. Sarnase näite võib tuua ka laste kohta, kes jõuludeks saavad uue mänguasja, kuid üsna pea olles juba harjunud sellega, mõeldakse, millist mänguasja järgmisena soovitakse. (2008, 17)

Teise selgituse kohaselt võrdlevad inimesed oma heaolu teiste heaoluga, mis paistab olevat väga tugev ja oluline tegur. Võrdlusobjektiks võib olla naabri, eelmise põlvkonna, sõprade või teiste sama riigi elanike tulutase, mis tõenäoliselt aja jooksul vaheldub ja muutub. Kui kõikide palgad tõusevad ja heaolu kasvab samas suhtes, siis tundub, et miski polegi muutunud ja keegi pole õnnelikum kui enne. Heaolutunde tekitab see, et inimese tulutase tõuseb kõrgemale kui naabril ja lisaks omab ta ka paremat autot. Seega seletab suhteline võrdsus Easterlini paradoksis päris palju. (*Ibid.*, Easterlin 1974)

Subjektiivse heaolu kui mõiste defineerimine ja tõlgendamine on erinev, kuid segadus termini ümber on pakkunud huvi sotsiaalteadlastele ning ajendanud teemat järjest enam uurima.

## **1.4 Subjektiivse heaolu mõõtmismeetodid**

Subjektiivse heaolu mõõtmise üheks probleemiks on asjaolu, et seda mõjutavad situatsioonilised tegurid ja igapäevasündmused. Tulemused on mõjutatud indiviidi tujust subjektiivse heaolu uurimise hetkel. Kui teadlased on huvitatud subjektiivse heaolu

stabiilsetest hinnangutest, siis indiviidi hetkeemotsioonid ja -taju on sõltuv mitmetest lühiajalise mõjuga teguritest. Samas on teema kitsaskohaks ka see, et inimesed lähtuvad enda eluga rahulolu hindamisel sotsiaalsetest normidest. Juhul kui uuritav tajub, et temalt eeldatakse rahulolu oma eluga, siis on tõenäoline, et ta ei hinda oma tegelikku olukorda objektiivselt (Diener 2000, 34). Subjektiivse heaolu hindamiseks peab aga olema täidetud eeldus, mille kohaselt indiviidi antud hinnang peab väljendama tema isiklikku sisemist hinnangut ning ei tohi olla mõjutatud ühiskonna ootustest ega sotsiaalsetest normidest.

Sagedaseim meetod subjektiivse heaolu mõõtmiseks on enese hinnang (ing. k. *self report*), mis eeldab, et vastajad hindaksid enda eluga rahulolu või kui sageli nad mingeid kindlaid tundeid tunnevad. Kuigi meetod võib varieeruda olenevalt vastuse skaalast, ajast ja sellest, kas see on läbi viidud käesoleval hetkel või tagasivaatavalt, siis on sellele iseloomulik heaolu mõõtmine vastaja subjektiivsusest lähtuvalt.

Kasutusel on erinevad heaolu mõõtmisvahendeid, millest levinumad on näiteks Cantril'i redel (skaala), Fordyce 60 sekundi indeks, Watsoni, Clarki ja Tellegeni poolt välja töötatud Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) test ning Dieneri eluga rahulolu skaala. (Diener, Ryan 2009, 391)

Hadley Cantril'i poolt välja töötatud *The Cantril Self-Anchoring Striving Scale* ehk Cantril'i redel on meetod, mille korral palutakse vastajal kujutleda redelit, mis on nummerdatud nullist kümneni. Redeli tipp tähendab parimat võimalikku elu indiviidi jaoks ning redeli alumine osa halvimat võimalikku elu. Vastajal tuleb hinnata, millisel astmel ta end isiklikult tunneb käesoleval hetkel ning millisel astmel ta arvab end seisvat viie aasta pärast alates käesolevast hetkest. (Cantril 1965)

Fordyce 60 sekundi indeks keskendub sellele, kui õnnelik või õnnetu on indiviid konkreetsel ajahetkel (1988, 369). Lisaks hindab vastaja protsentuaalselt, kui õnnelik, õnnetu või neutraalne ta on küsitluse läbiviimisel või mingil teatud ajahetkel näiteks eelmisel nädalal, aastal vms (*Ibid.*).

PANAS skaala mõõdab üldist positiivset (PA) ja negatiivset afekti (NA) ning sisaldab endas emotsioone kirjeldavaid omadussõnu. Negatiivse afekti kategooriasse kuuluvad sõnad nagu ärritatud, häiritud, rusutud, segaduses, tige, tujust ära, tusane, tüdinud, vihane ja närviline. Positiivse afekti moodustavad omadussõnad: entusiastlik, lustakas, rõõmus, ülevas meeleolus, vaimustuses, aktiivne, elav, elurõõmus, energiline ja enesekindel. (Watson *et al* 1988). Iga tundmust on võimalik hinnata Likerti tüüpi 5-pallisel skaalal, kus on olemas selge

keskpunkt, kaks taset üles ja kaks alla. Kõige väiksem väärtus "1" tähendab tunnete väga vähest kogemise määra või selle puudumist ja "5" väga suurel määral kogemist. Likerti tüüpi skaala puhul on tegemist järjestusskaalaga, kus vastajatel palutakse hinnata oma hoiaku intensiivsust ette antud kategoorias kahe äärmuse vahel (Likert 1932). Skaala populaarsuse põhjuseks on selle suur usaldusväarsus vastajate ligikaudsel jagamisel teatud hoiaku või hoiakute kompleksi alusel ning sellist tüüpi andmete head töötlemisvõimalused (Miller, Salkind 2002, 330-331).

Eluga rahulolu skaala seevastu mõõdab indiviidi subjektiivset heaolu viies erinevas valdkonnas, milleks kasutatakse 7-punktilist skaalat. Kaetud on teemad nagu „Üldiselt on mu elu ideaali lähedane“, „Minu elutingimused on suurepärased“, „Ma olen oma eluga rahul“, „Seni olen saanud elus olulised asjad, mida olen soovinud“ ja „Kui ma saaksin oma elu uuesti alustada, siis ei muudaks selles midagi“. Vastajal on võimalik valida seitsme vastusevariandi vahel, millest 1 tähendab mittenõustumist ja 7 täielikku nõustumist toodud väitega. (Diener *et al* 1985, 72)

Eelnevalt kirjeldatud subjektiivse heaolu mõõtmisvahenditel on omad tugevused ja nõrkused ning olenevalt analüüsitavast probleemist ka erinevad kasutamisvaldkonnad. Otsus meetodi valimisel tuleb teha aga autoril, tuginedes eelnevale teoreetilistele või empiirilistele allikatele.

## 2. EESTI RAHVASTIK JA SUBJEKTIIVNE HEAOLU

Demograafilises käsitluses kujutab rahvastiku vananemine endast seaduspärasest muutusest, mis viib rahvastiku vanusekoosseisu vastavusse modernsetele rahvastikutaastele iseloomuliku demograafilise režiimiga. Põhjusel, et valdav osa inimtegevusest ja –vajadustest on läbi aegade olnud seotud kindlate elufaaside ja vanusepiiridega, on vanuskoosseisu teisenemisel mitmeplaaniline ja kaugeleulatuv mõju ühiskonna eri valdkondade toimimisele. Globaalse ulatuse tõttu käsitletakse rahvastikuvananemist ühe tänapäeva olulisema demograafilise probleemina, mis paneb proovile ühiskondade jätkusuutlikkuse ja nõuab eri valdkondade ja institutsioonide järjepidevat kohandamist muutuva rahvastikuolukorraga vastavalt sellele, kuidas vananemisprotsess areneb. (Puur, Põldma 2010, 6)

2011. aasta rahvaloenduse andmetel oli eesti püsielanike arv 1 294 455, kellest 53,6% ehk 693 929 olid naised ja 46,4% mehed (2011.aasta ...). Sarnane jaotus on ka vähemalt 65-aastaste vanuserühmas, kus naised moodustasid 11,9% ja mehed 5,9% rahvastikust. Vanuserühma 65–70 väiksemat arvukust on selgitatud madalama sündimusega pärast sõda.

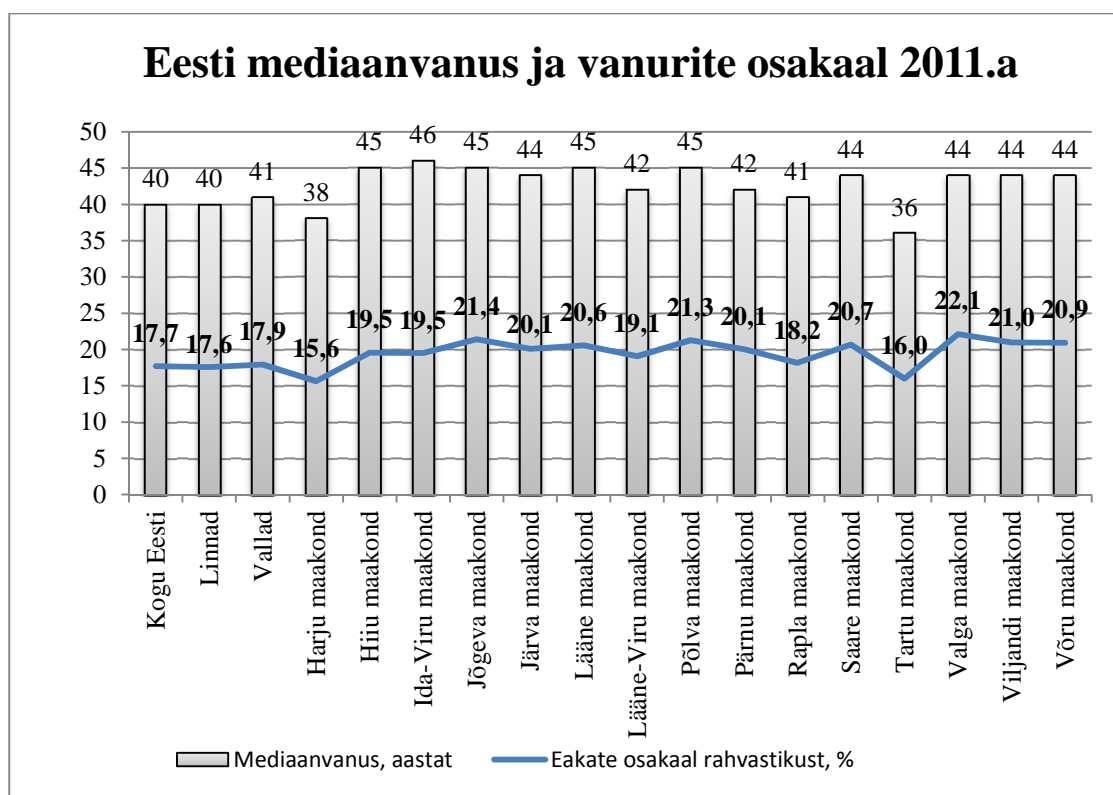
Kui 1950. aastal oli Eesti rahvastiku keskmine vanus 34,6 aastat, siis aastaks 2014 on see tõusnud 41,6 aastani. Prognoositakse, et 2040. aastaks on Eesti rahvastiku keskmine vanus 46,5 aastat, ulatudes enamikus maakondades üle 50 eluaasta. Riigi keskmisena ei ole soojaotuses erilisi anomaaliaid, kuid piirkonniti on neid siiski näha. (*Ibid.*) Näiteks oli 2011. aasta rahvaloenduse andmetel elanike keskmine vanus kõige kõrgem Piiressaare vallas, mis on 63,1 aastat ja Alajõe vallas – 53,9 aastat. Samas oli Harju ja Tartu maakonna valdade elanikud oluliselt nooremad ning nende keskmine vanus oli vastavalt 36,3 ja 38,1 aastat.

Rahvaarv on tõenäoliselt kõige populaarsem rahvastikunäitaja, kuid sellest olulisem on soo-vanusjaotus, mida on rõhutanud ka Eesti rahvastikuteadlane professor Kalev Katus. Taasiseseisvunud Eesti rahvastiku vanusejaotuse muutust iseloomustab rahvastiku vananemine, mis koos rahvaarvu vähenemisega loob olukorra, millega on keeruline kohaneda. Rahvastikuprognosi kohaselt Eesti rahvastik lähikümnenditel vananeb ja rahvaarv väheneb, mis toob kaasa muutused elanike vajadustes ja teenuste kättesaadavuses.

Olulisem seejuures on aga asjaolu, et järgmistel kümnenditel tööeline elanikkond Eesti tööturul pidevalt väheneb. (Eesti piirkondlik..., 47)

Rahvastiku vananemise empiiriliseks iseloomustamiseks kasutatakse näitajaid rahvastiku mediaankeskmise vanus ja eakate osatähtsus rahvastikus (Puur, Põldma 2010, 10). Mediaanvanus on vanus, millest nooremaid ja vanemaid inimesi on rahvastikus ühepalju (Mõisted ...). Mida kõrgem on riigi vastav näitaja, seda suurem on vanemaealiste osatähtsus rahvastikus ning seda suurem on ka koormus riigi sotsiaalsüsteemile ja tööturule. Kui aastatel 1960–2000 oli Euroopa kõrgeima mediaanvanusega riik Rootsi (1960. aastal 36,0 aastat), siis 21. sajandi algul hõivas esikoha Itaalia (2000. aastal 40,1 aastat) ja 2010. aastal Saksamaa (44,2 aastat). Samas aga prognoositakse, et Rootsi on koos teiste Põhja- ja Lääne - Euroopa riikidega aastaks 2040 üks madalama mediaanvanusega riike (Lanzieri 2011, 2).

Eesti rahvastiku mediaanvanus oli 1970. aastal 33,6 aastat ja arvatakse, et see tõuseb 90 aastaga 47,3-ni. See on üsna sarnane Euroopa rahvastiku keskmise mediaanvanusega, mis on 2060. aastal 47,2 aastat. (Rannala 2011). Järgnev joonis 3 illustreerib Eesti mediaanvanust aastal 2011, millele on juurde lisatud eakate osakaalu näitajad.



Joonis 2. Eesti mediaanvanus ja vanurite osakaal rahvastikust 2011.a (autori koostatud)

Allikas: Statistikaamet

Eesti mediaanvanus aastal 2011 on 40, kuid samal ajal on vanurite osakaal rahvastikust 17,7%, mis on ligikaudu viiendik Eesti püsielanike arvust. Kui vanemaealiste osatähtsus rahvastikus on kasvanud võrreldes eelmise rahvaloenduse andmetega 17,7%-ni, siis võrdlusena oli kuni 14-aastaste laste osatähtsus vähenenud 15,4%-ni (Beltadze 2012, 9).

Vaadeldes linnade lõikes mediaanvanust ja eakate osakaalu rahvastikust, siis ei erine see oluliselt kogu Eesti vastavatest näitajatest. Valdade puhul on märgata, et mediaanvanus ja eakate osakaal rahvastikust on veidi kõrgemad - 41 aastat ja 17,9%, kui kogu Eesti samad näitajad. Maakonniti varieerub eakate osakaal rahvastikust vahemikus 15,6 – 22,1% ja mediaanvanus 36 – 46 aastat. Erandina saab välja tuua Tartu ja Harju maakonna, kus mõlemad näitajad jäävad võrreldes teiste maakondadega madalamale tasemele.

Rahvastiku vananemistest näitavad ja viitavad mitmed eelnevalt analüüsitud näitajad. Kuigi Eesti on üks kiiremini vananev riik Euroopas, siis pöörab ta erilist tähelepanu rahvastiku vananemisele. Teravamateks probleemideks on pensionisüsteemi, tervishoiu- ja hoolekande korraldamine kindlustamaks nende süsteemide jätkusuutlikkus selliselt, et ka vanemaealiste ootused ja vajadused oleksid tagatud (Oviir, 2002). Rahvastiku kiire vananemine toob kaasa suured muutused sotsiaalmajanduslikus ja poliitilises olukorras, kus muutuvad juba väljakujunenud vajaduste- ja tarbimisstruktuurid ning suureneb koormus avalikule sektorile, mis omakorda mõjutab nii riigi kui ka seal elavate indiviidide heaolu (*Ibid.*).

## **2.1 Subjektiivse heaolu mõjurid**

Põhjusel, et subjektiivne heaolu on mitmetahuline mõiste ja hõlmab eneses erinevaid aspekte, siis on ka tegureid, mis seda mõjutavad, väga palju. Mitmed autorid on käsitlenud nimetatud teemat ning saadud tulemused varieeruvad olenevalt uurimisobjektist, vaatenurgast, ajast, hindamismeetodist ja mudelist. Järgnevalt antakse kirjanduslik ülevaade subjektiivse heaolu uurimisel täheldatud seostest, nende suunast ja tugevusest.

Olulise küsimusena on uuritud, kas eluga rahulolu hinnangud muutuvad vanusega. Realo ja Dobewall on välja toonud, et hoolimata mitmetest läbilõike ja longituuduuringutest ei ole sellele küsimusele suudetud leida ühest vastust (2011, 88). Samas on leitud, et heaolu ja vanuse vahel esineb U-kujuline seos. See tähendab, et nooremas ja vanemas eas on

inimeste subjektiivne heaolu kõrge, aga vahepealses keskeas (umbes vanuses 32-50) on see madal (Dolan *et al* 2008, 98; Caporale *et al* 2009, 46). Sarnaselt Dolani tähelepanekutele on ka teised autorid jõudnud järeldusele, et noorte ja vanemaealiste inimeste subjektiivne heaolu on kõrgeim ning keskealiste hulgas madalaim (Blanchflower, Oswald 2008, 1735). Suhe vanuse ja subjektiivse heaolu vahel on aga kultuuriti varieeruv. Eestis ei tulene sellised subjektiivse heaolu muutused inimeste bioloogilisest vanusest, vaid on pigem tingitud sündikohordi ning ajastu koosmõjust –kultuurilisest ja ajaloolisest kontekstist (Realo, Dobewall, 2011, 89)

Üldiselt on levinud arusaam, et vanuse ja subjektiivse heaolu vaheline seos on negatiivne, mis tähendab, et vanuse kasvades muutub hinnang oma healule halvemaks (Dolan *et al* 2008, 98). Samas on vanuse ruut positiivselt korreleerunud healuga (Ferrer-i-Carbonella, Gowdy 2007, 511). Kuid on ka täiesti vastupidiseid arusaamu: näiteks Schaie ja Lawton on välja toonud, et vanemate inimeste healuhinnangud on pigem just positiivsemad ja näitavad kasvutrendi (1997, 320-321). Põhjuseks on asjaolu, et vanemate inimeste ootused ja eesmärgid on madalamad ning ka standardid pole enam väga kõrged. Seega on ootusi kergem saavutada ja ka rahuldada.

Soo ja subjektiivse heaolu vahelise seose uurimisel on täheldatud, et naised hindavad oma heaolu kõrgemalt kui mehed (Alesina *et al* 2004, 2020; Caporale *et al* 2009, 46). Vastupidisele tulemusele on jõudnud Kahneman ja Krueger, kes leidsid, et heaolu ja soo vahel puudub korelatsioon (2006, 8). Samas on ka Joshi jõudnud järeldusele, et nii mehed kui naised tajuvad heaolu sarnaselt, mistõttu ei ole sugu heaolu kujunemisel määrav faktor (2010, 25).

Sarnaselt sooga on ka heaolu ja hariduse vahel välja toodud vastandlikke seoseid. Näiteks on Blanchflower leidnud positiivse seose hariduse ja heaolu vahel (2009, 198). Seetõttu saab järeldada, et muude tingimuste samaks jäädes suureneb iga järgneva haridustaseme omandamisega indiviidi heaolu. Samas on mõned autorid seisukohal, et alates kolmandast haridustasemest on hariduse ja subjektiivse heaolu vahel nõrk negatiivne seos, mis on seletatav sellega, et kõrghariduse omandamisega kasvavad ka indiviidi suuremad ootused oma healule, mis tegelikkuses sageli täies ulatuses ei realiseeru (Caporale *et al* 2009, 46). On märgatud, et kõrgema haridustasemega kaasneb ka parem tervis, materiaalne kindlustatus ja aktiivsem osalus ühiskondlikes ettevõtmistes. Samas tuleb märkida, et haridustase võib näidata inimeste heaolu kaudselt. Nimelt võib kõrgema haridustaseme taga

olla ka tugevad perekondlikud väärtused, motivatsioon ja inimese intelligentsus, mis kõik on olulised heaolu kujundajad ja samas mõjutavad ka inimese otsust omandada kõrgharidus (Dolan *et al* 2008, 98).

Uuringud on kinnitanud, et ka tervise ja subjektiivse heaolu vahel on positiivne seos ja seda nii füüsilise kui ka psühholoogilise tervisega (*Ibid.*, 100). Seega parem tervis tagab suurema heaolu taseme ja ootamatud haigused vähendavad seda. Tervise positiivne seos subjektiivse heoluga võib tuleneda ka sellest, et tervemad inimesed saavad elada elamisväärsemat elu. Halva tervise korral võivad inimesel tekkida probleemid igapäevaste tegemistega ning seega kaasneb ka teiste tegurite mõju healule. Näiteks on P. J. Allison jõudnud erinevate uurimistega järeldusele, et halvenev tervises seisund ja kroonilised terviseprobleemid ei tähenda alati seda, et inimene oma eluga vähem rahul oleks (1997). Inimesed kohanevad uue olukorraga ja hindavad oma heaolu ümber tulenevalt tingimustest (*Ibid.*).

Heaolu seisukohalt on indiviidi jaoks olulised ka igapäevased inimsuhted lähedastega. Üksikvanemate puhul on märgatud madalamat subjektiivse heaolu taset võrreldes abielus või suhtes olevate lastevanematega (Watson *et al* 2009, 65). Erinevad empiirilised uurimused on täheldanud, et võrreldes teiste suhtestaatustega on abielus olemine subjektiivse heoluga kõige tugevamas positiivses seoses (*Ibid.*, 47). Ühtlasi on Stutzer ja Frey välja toonud, et sarnane seos eksisteerib subjektiivse heaolu ning sõprade ja perekonna vahel ehk teisi sõnu on heaolu seda suurem, mida lähedasemad on nimetatud suhted ja sagedasemad kokkupuuted lähikondlastega (2012, 8).

Subjektiivse heaolu ja sissetuleku vahelisi seoseid on uuritud juba heaolu mõõtmise ajaloo algusest ja seda nii riikidevaheliselt kui ka individuaalsel tasandil. Mitmed autorid (Easterlin, Diener jt.) on jõudnud järeldusele, et subjektiivne heaolu sõltub otseselt sissetulekust. Easterlin on täheldanud, et inimeste jaoks määravad heaolu ja selle suuruse kolm komponenti – sissetulek, tervis ja pereelu (2001). Näiteks on Watson, Pichler *et al* leidnud riikide vahelisel võrdlusel kinnitust, et sissetuleku ja heaolu vahel on positiivne seos (2009, 63). Kõrgemat sissetulekut ja heaolu uurides on leitud, et nimetatud tegurite vahel esineb korrelatsioon ehk jõukamad inimesed on keskmisest õnnelikumad võrreldes väiksema eelarvega kaasmaalasega (Easterlin 1974). Sissetuleku tähtsus heaolu kujundamisel joonistub välja eriti siis, kui inimese finantsilised võimalused on kesised ja tema põhivajadused ei ole rahuldatud (Watson *et al* , 63).



Samas on Easterlin sõnastanud tuginedes oma uuringutele paradoksi, et riikide õnnelikkus ei suurene koos majanduskasvuga, kuid võib märgata, et raha siiski teeb indiviidi õnnelikuks, seda aga siis, kui indiviid võrdleb ennast teistega (Easterlin 1974). Seega tunneb inimene heameelt kui ta on natuke rikkam kui naaber. Põhjenduste kohaselt seisneb paradoks selles, et teatud ajahetkel eksisteerib nii riigisisesele kui riikide vahel heaolu ja sissetuleku vaheline positiivne korrelatsioon, kuid aja jooksul ei suurene heaolu koos riigi sissetulekute kasvuga.

Teadlased on jõudnud järeldusele, et ka vaestes riikides võivad inimesed õnnelikud olla, kuid rikastes riikides ei ole võimalik raha eest õnnelikkust juurde osta. Samas ei soodusta sissetulekute suurenemine heaolu kasvu ei kõrgema ega ka madala sissetulekuga inimeste seas, sest sissetulekute suurenemine põhjustab samal ajal ka materiaalsete eesmärkide kasvu ehk mõlemad kasvavad konstantselt (Easterlin 2001, 481). Seega mõjutab materiaalsete eesmärkide kasv subjektiivset heaolu negatiivselt ja vähendab sissetulekute suurenemise positiivset mõju, mistõttu ootuste ja soovide kasvades, ei suuda suurenev sissetulek neid kõiki katta.

Gallup World Poll viis läbi aastatel 2008 – 2010 heaolu teemalisi küsitlusi, mille tulemusi analüüsisid Stevenson ja Wolfers. Uuringu andmete juurde lisati ka SKP, mis tähistas riigi kodanike sissetuleku suurust (Stevenson, Wolfers 2013, 599). Teadlased jõudsid järeldusele, et kui inimeste põhivajadused on kaetud, siis ei tohiks täiendava sissetuleku lisandumine inimeste positsiooni heaolu skaalal tõsta. Subjektiivne heaolu kasvab koos SKP-ga kuni põhivajaduste kulud on tagatud ning seejärel hakkab lamenduma, sest rahuloleva elu ja sissetuleku vaheline seos hakkab lagunema (Stevenson, Wolfers 2013, 600).

Toetavad sotsiaalsed suhted ja usaldus, eriti perekonnaga, on olulised subjektiivse heaolu kujundajad. Nii moraalne kui ka praktiline tugi kujundavad suuremat eluga rahulolu, samal ajal rahaline tugi omab tähtsust vaid nende puhul, kes on sissetulekute kõikumise suhtes tundlikumad (Watson *et al* 2010, 65).

Lisaks inimeste usaldamisele, on tähtis ka usaldus riigi ja avalike teenuste vastu. Kvaliteetsed avalikud teenused omavad oluliselt suuremat mõju subjektiivse heaolu tasemele, kui näiteks puuduse tundmine mõnest igapäevasest kaubast või teenusest. Sarnast mustrit on täheldatud ka usaldusega organisatsioonide vastu, kuid suuremat positiivset muutust subjektiivse heaolu tasemes on märganud nende inimeste korral, kes ei saa lubada endale ühte või mitut igapäevast toodet või teenust. (*Ibid.*, 66)

Subjektiivne heaolu on mitmetahuline mõiste, mistõttu on selle mõjureid mitmeid nagu ka autorite erinevaid arvamusi ja seisukohtigi. Seega puuduvad ühtsed ja kindlad seosed mõjurite ja heaolu vahel, mis omakorda osutab käesoleva magistr töö mitmekülgusele. Järgnevalt antakse kirjanduslik ülevaade varasemalt läbi viidud uuringutest, mis keskendusid vanemaealiste heaolu uurimisele.

## **2.2 Vanemaealiste subjektiivset heaolu selgitavad tegurid ja varasemad uuringud**

Demograafilisest aspektist lähtudes muutub ühiskonna arengu käigus lisaks muule ka vanuriiga, mistõttu puudub eakale siiani ühtne ja kindel vanusemääratlust. Arusaam vanemaealistest on pidevalt muutuv ja sõltub konkreetsest kontekstist. Käesolevas magistr töös on eakatenä käsitletud inimesi vanuses 65 ja vanemad. Eakate käsitlemisel on kronoloogiliseks piiriks kasutatud sageli 65. eluaastat, kuigi sellisele vanuse piiritlemisele puudub bioloogiline põhjendus (Mitreä 2008). Muuhulgas algab oluline tööturul taandumine pärast 61-63-aastaseks saamist ja soov tööturul püsida kahaneb järsult, nii et enne 65-aastaseks saamist on tööturul lahkunud 80% elanikkonnast (Tiit *et al* 2004, 50).

Samas rakendati esimesena Saksamaal riiklik pensionisüsteem ning ametlikuks pensioniea alguseks valiti 65. eluaasta, siis saab öelda, et 65. eluaastat on eakate defineerimisel kasutatud ajaloolistel põhjustel (Mitreä 2008).

Eesti inimarengu aruanne 2008 kohaselt on suur osa Eesti elanikest oma eluga rahul, kuid siiski esinevad märkimisväärsed erinevused vanuse, hariduse, kodakondsuse ning sissetulekute lõikes. Üheks olulisemaks teguriks, mis Eesti elanike eluga rahulolu mõjutas, oli vanus: kuni 20-aastaste Eesti elanike seas on oma eluga rahul või väga rahul ligikaudu 87% 1517 vastajast, samal ajal kui 61-70-aastaste Eesti elanike seas on eluga rahulolevaid inimesi vaid 52%. Tõenäoliselt ei ole siinjuures siiski tegemist puhtalt vanuseliste iseärasustega, vaid hoopiski aastakäigu erinevustega rahulolu tasemes. (Realo 2008a, 65). Seevastu Eestis elavate vanemate inimeste madalam eluga rahulolu on tingitud pigem ühiskondlikest ja sotsiaalsetest kui bioloogilistest teguritest. (Realo 2006, 28).

Mitmed autorid on püüdnud tuvastada heaolu seaduspärasusi elutsükli jooksul, jõudes erinevate ja isegi vasturääkivate tulemusteni. Näiteks on Easterlin seisukohal et subjektiivne heaolu on vanuse lisandudes konstantne (1974). Diener *et al* on samal järeldusel, kuid on

täheldanud ka mõnel juhul kergelt kasvavat heaolu (1999). Samas on Blanchfloweri ja Oswaldi järgi eluga rahulolu ja vanuse vaheline seos U-kujuline, mis on madalaim inimese 35. eluaastal (2008, 1736). Viimast tähelepanekut on põhjendatud sellega, et noortel on suuremad ootused kui vanemaealistel, kuid teise selgituse järgi on vanemaealised õppinud ümber hindama oma tugevaid ja nõrku külgi, mistõttu nende püüded ja soovid on realistlikumad.

Frey ja Stutzer on välja toonud, et vanuse ja eluga rahulolu vahel olev seos on kumer ning põhjendavad seda sellega, et noored ja eakad on õnnelikumad kui keskealised ning heaolu saavutab oma miinimumi vanusevahemikus 30 – 35 eluaastat (2002, 4).

Sarnaselt eelnevale on ka 2002.a sügisel läbi viidud uurimuse kultuuridimensioonidest ja sotsiaalsete suhete põhivormidest Eesti kultuuris täheldatud, et üheks oluliseks heaolu mõjutavaks teguriks on vanus. Seevastu on aga noored inimesed Eestis märgatavalt õnnelikumad kui vanemad inimesed. Vanuse rühmiti olid kõige enam oma eluga rahul 15 – 19-aastased, millest edasi läheb eluga rahulolu kuni 35 – 39 eluaastani allamäge. Alates 35 – 39 eluaastast jääb rahulolu praktiliselt samale tasemele ning vahemikus 55 – 59 eluaastat toimub väike langus ja vanuserühmas 70 – 74 kerge tõus. (Realo 2006, 27-28).

Olenevalt sellest, kas uuritakse heaolu trendi elutsükli jooksul või hinnatakse vanuse mõju, erineb ka kontroll-muutujate valik. Kokkuvõttes on raske kinnitada või ümber lükata, kas vanuse ja subjektiivse heaolu vaheline seos on lineaarne või kumer.

Vanuse ja soo koosmõju vanemaealiste subjektiivsele heaolule on uurinud Inglehart, kes jõudis järeldusele, et soo ja heaolu vahel on korrelatsioon, kuid selle seaduspärasus ei selgu enne kui soo ja vanuse vastastikune koosmõju on hinnatud (2002, 391). Näiteks kuni 45. eluaastani on naiste heaolu kõrgem samavanade meeste omast. Pärast 45. eluaastat on seevastu meeste vastav näitaja naiste omast kõrgem ning see lõhe suureneb vanusega veelgi.

Kui naiste ja meeste eluga rahulolu hinnangud on väga sarnased, siis vallalised inimesed ja need Eesti elanikud, kel pole lapsi, on oma eluga märksa rohkem rahul kui need, kel on lapsed ja kes on abielus või lahutatud. Samas muutuvad need erinevused tühiseks, kui arvesse võtta vanuse mõju. Seega on Eestis eluga rahul ennekõike noored inimesed (eriti üliõpilased), kes ei ole veel peret loonud. (Realo 2008a, 65)

Mitmed autorid on uurinud heaolu ja suhete vahelisi seoseid. Näiteks Yang'i järgi tõstab abielus olemine subjektiivse heaolu taset (2008, 217). Sarnaselt on ka Piquart ja

Sorensen täheldanud, et vanemaealised abielus olevad inimesed on õnnelikumad kui nende mitteabielus olevad eakaaslased (2001, P204).

Piquart ja Sorensen jõudsid huvitava tähelepanekuni, mille järgi on sõprade olemasolu tugevam mõjur vanemaealiste subjektiivse heaolu kujunemisel kui suhted laste või teiste lähikondlastega (2000, 187). Kõige tugevamad mõjurid aga seevastu on nii emotsionaalse kui ka praktilise toetuse olemasolu ja kättesaadavus vajaduse tekkimisel.

Allardti heoluteooria kohaselt on eakate toimetuleku hindamisel olulised nii objektiivsed kui subjektiivsed tegurid, mistõttu tuleb arvesse võtta nii eaka elatustaset, suhteid kui ka eneseteostust (1996).

Eesti elanike seas on eluga rahulolu ligi 18% kõrgem kui põhiharidusega vastajate seas (Realo 2008a, 66). Haridustase on seotud eluga rahulolu hinnangutega isegi juhul kui arvesse võtta vanuse ja sissetuleku mõju.

Diener *et al* on leidnud, et haridus ja sissetulek on noorte ja keskealiste subjektiivse heaolu prognoosimisel väga tugevad mõjurid, kuid nende olulisus vanemas eas ei ole selge (1999). Samaselt on ka Yang jõudnud järeldusele, et haridus on oluline mõjur subjektiivse heaolu prognoosimisel, kuid seos kaob pärast 50 eluaastat (2008, 219). Samas sissetuleku ja ka tervise olulisus heaolu mõjutavate teguritena on oluline kõikides vanusegruppides. Töövõimetus seevastu avaldab mõju hilisemas eas, kuid seost subjektiivse heaoluga peetakse nõrgemaks võrreldes tervisele antud enesehinnangutega.

Eesti eakate uuringutest selgus, et rohkem kui kaks kolmandikku 65-aastastest ja vanematest inimestest olid oma eluga üldiselt rahul. On leitud, et eakate subjektiivne heaolu sõltub suurel määral tervisest ja toimetulekust ning tervishoiu- ja hoolekandeteenuste kättesaadavusest. Eestis halveneb eakate tervis tunduvalt kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt. Majanduslikku toimetulekut hindasid rahuldavaks või heaks ligikaudu pooled eakatest. (Saks 2009, 75-77).

Eakate heaolu käsitlemisel samastatakse see sageli tervisest sõltuvaks, mis oleks asjakohane aga konkreetse haiguste ravi hindamisel ning haigustest tulenevate toimetulekuprobleemide käsitlemisel, mistõttu ei asenda see healukäsitlust laiemalt (*Ibid.*). Vananemisega kogenevad inimesed erinevaid kaotusi oma elus (tervis, elukaaslane, töö, sissetulek, positsioon jm) ning eakate subjektiivne heaolu sõltub suurel määral psühholoogilistest reservidest nende kaotustega toime tulemisel. Seega on üheks oluliseks eduka vananemise võtmeks oskus rakendada valikulisust, optimeerimist ja asendamist

vananemisega kaasnevate väljakutsetega toimetulemisel (P. B. Baltes, M. M. Baltes, 1990) Materiaalse heaolu poolest on eakad suuresti sõltuvad solidaarsusel põhinevast ühiskonnapoolsest toest, teenuste ja toetuste kättesaadavusest, sest praegustel pensionäridel on olnud vähe võimalusi materiaalsete ressursside kogumiseks (Saks 2009, 74).

2008. aastal viidi läbi integratsioonimonitooringu andmetele tuginedes klasteranalüüs, mille abil jagati vastajad elukvaliteeti mõõtvat kaheksa tunnuse (majanduslikud võimalused, rahulolu eluasemega, rahulolu perekonna üldiste materiaalsete võimalustega, rahulolu perekonnaelu ja sõprade suhetega, rahulolu enda turvalisusega, tajutud sotsiaalne positsioon ühiskonnas ning tajutud sotsiaalne kaasatus) põhjal erinevatesse elukvaliteedi tüüpidesse. Kõige sobivamaks ja paremini tõlgendatavaks osutus neljast tüübist koosnev mudel (Trumm, Kasearu 2008, 67-69):

- kõrge elukvaliteediga elanike osa – esimene elukvaliteedi tüüp, mille alla liigitub 37% elanikkonnast ning tähistab ühtlaselt kõrget elukvaliteedi taset kõigi analüüsitud tunnuste lõikes. Antud rühma kuuluvad eelkõige nooremad (ligi pooled kuni 40-aastased isikud) ning pigem eestlased (üle 40% eestlaskonnast) kui mitte-eestlased (23%). Sotsiaalse staatuse lõikes on kõrge elukvaliteet iseloomulik juhtidele ja spetsialistidele (55%) ning pigem kõrgema kui madalama haridusega inimestele.
- vastuolulise elukvaliteedi tasemega elanikkonna osa ehk nn „rahulolematud“ esindavad vastuolulist elukvaliteedi tüüpi, mis moodustab 17% elanikkonnast. Ühelt poolt on sellele tüübile iseloomulik esimese elukvaliteedi tüübi ligikaudselt samaväärne sotsiaalne staatus ja majanduslik toimetulek, samal ajal aga ollakse oma elu erinevate aspektide suhtes väga rahulolematud (nt eluase, perekonnaelu, isiklik turvalisus), sarnanedes kõige madalama elukvaliteedi tasemega isikuterühmale. Nimetatud gruppi kuuluvad isikud on keskmisest pisut enam seotud erinevate kodanike ühendustega, samas on nende usaldus ühiskonnainstitutsioonide vastu mõnevõrra keskmisest madalam. Selle elukvaliteedi tüübi esindajatest pooled on nooremad kui 40 eluaastat ning on iseloomulik pigem mitte-eestlastele eestlastega võrreldes.
- „rahulolevad“ (30%) erinevad esimesest tüübist väiksemate materiaalsete võimaluste ja majandusliku toimetuleku taseme poolest. Lisaks on selles elukvaliteedi tüübis tajutud sotsiaalne positsioon tunduvalt madalam. Üldised

rahuloluhinnangud on ühtlaselt kõrged, kuid iseloomulik on keskmisest madalam ühiskondlik osalus ning negatiivsem suhtumine Eesti tänasesse ja tulevasse sotsiaal-majanduslikku olukorda. Rühma kuuluvatest inimestest üle 60% on vanemad kui 40 eluaastat (üle 40% pensionärid) ja suhteliselt võrdselt on esindatud nii eestlased kui ka mitte-eestlased.

- madala elukvaliteediga elanikkonna osa esindab madalat elukvaliteeti, kuhu kuulub 16% elanikkonnast. Ligi 90% rühma esindajatest ei saa praeguse sissetuleku tasemel hakkama, neli viiendikku tajub sotsiaalset võõrandumist ning enam kui pooled leiavad, et nad asuvad ühiskonna sotsiaalses hierarhias kolmel esimesel astmel. Samuti on üldised rahuloluhinnangud keskmisest oluliselt madalamad, kuid võrreldavad „rahulolematute“ grupi vastavate hinnangutega. Valdav on pessimistlik hoiak Eestis toimuva suhtes ning usaldamatus institutsioonide vastu. See elukvaliteedi tüüp on iseloomulik eelkõige vanemaealisele elanikkonnale (34% rühma kuuluvatest inimestest on vanemad kui 60 aastat) 35% kõigist pensionäridest, kellest enamik on naised ning mitte-eestlased on eestlastega võrreldes enam esindatud.

Nooremaealiste seas on enim kõrgema elukvaliteedi esindajaid. Vanemaealistest 28% esindab madalat elukvaliteedi tüüpi. Erinevus nooremaealiste (15-24-aastane) ja vanima vanuserühma (60-74) elukvaliteedi vahel tuleneb peamiselt nooremaealiste paremast materiaalsest olukorrast, suuremast ühiskonda kaasatusest ja kõrgemast sotsiaalsest positsioonist. Erinevaid leibkondi võrreldes leiti, et enim on kõrge elukvaliteedi esindajaid leibkondades, mis koosnevad kahest täiskasvanust ja lastest. Madala elukvaliteediga inimesi aga on seevastu esindatud enam üheliikmeliste ja üksikvanemaga leibkondades. Eakate keskmisest madalam elukvaliteet on tingitud nende väga madalast sotsiaalsest positsioonist ja subjektiivsest võõrandumisest, millele lisandub nii põhjuse kui tagajärjena võimaluste vaene ja rahulolematust tekitav materiaalne olukord. (Trumm, Kasearu 2008, 69).

Eesti vanemaealiste heaolu on võrreldes teiste Euroopa Liidu riikide eakatega võrreldes madalam. Kõige olulisemaks alandavaks teguriks on vanemate inimese tervis ja toetavate teenuste ebapiisav kättesaadavus. Terviseprobleemidest tulenevalt on ligi pooled eakad sotsiaalsest elust tõrjutud ja kõige halvemas olukorras on kodus elavad hooldust vajavad vanemad inimesed. (Saks 2008, 77).

Eelneva kokkuvõtteks on subjektiivne heaolu ja selle mõjurid huvitav uurimisvaldkond, mistõttu keskendutakse järgnevalt Eesti andmete analüüsimisele, et leida kinnitust või lükata ümber eelnevalt välja toodud autorite tulemused.

## 2.3 Uuringu andmed ja valim

Käesolevas magistritöös kasutatakse Eesti kodanike subjektiivse heaolu dekomponeerimiseks ja vanemaealiste subjektiivset heaolu mõjutavate tegurite leidmiseks 2012. aasta Euroopa elukvaliteedi uuringu (ing. k. *European Quality of Life Survey* - EQLS) andmeid, mille viis läbi Euroopa Elu- ja Töötingimuste Parandamise Fond (*Eurofound*). Eurofound on kolmepoolne Euroopa Liidu asutus, mille eesmärgiks on pakkuda teadmisi sotsiaal- ja tööhõivepoliitika kohta. Eurofound asutati 1975. aastal, et aidata kavandada ja kujundada paremaid elu- ja töötingimusi Euroopas. (Eurofound)

EQLS on üle-euroopaline uuring, mida viiakse läbi iga nelja aasta tagant. Euroopa kodanike elukvaliteeti vaadeldakse lähtudes objektiivsetest näitajatest ning kodanike enda subjektiivsest hinnangust oma elukvaliteedile ja elule üldiselt. Eurofound on Euroopa elukvaliteedi kohta võrreldavate ja usaldusväärsete andmete esitamiseks välja töötanud ühtse meetoodika ja kvaliteedi tagamise süsteemi. Uuringus käsitletakse mitmeid valdkondi nagu näiteks haridus, eluase, tööhõive, sissetulek, perekond, tervis ning töö- ja eraelu tasakaal. Samas pööratakse tähelepanu ka subjektiivsetele näitajatele nagu kui õnnelikuks inimesed end peavad, kui kõrgeks hindavad eluga rahulolu ja kui heaks peavad kogukonna elukvaliteeti. Aastate jooksul on meetoodikat täiustatud ning laienenud uuritavate probleemide ring ja suurenenud geograafiline ulatus uute liikmesriikide lisandumisega. (*Ibid.*) Eurofoundi kodulehel oleva teabe järgi rakendatakse uuringute korraldamisel järgmisi kriteeriume, mis tagavad andmete kvaliteedi:

- asjakohasus ehk uuringu vastavus praeguste ja potentsiaalsete kasutajate vajadustega;
- täpsus. Hinnanguliste väärtuste võimalikult suur lähedus tegelike väärtustega, mis praktikas tähendab, et uuringus esinevad vead minimeeritakse;
- õigeaegsus ja täpsus. Eesmärgiks on võimalikult kiire ja avaldamise ajakava järgne tulemuste avaldamine;

- kättesaadavus ja selgus ehk kasutajatele uuringutulemustele ja -andmetele lihtsa juurdepääsu pakkumine ning tulemuste tõlgendamiseks vajaliku taustteabe andmine;
- järjepidevus ja võrreldavus. Andmete kontrollitavus teistest allikatest pärit asjakohaste andmetega. Hindamine, kas erinevused tulenevad tegelike väärtuste erinevustest ning andmete võrreldavuse kontrollitavus geograafiliste piirkondade ja aja lõikes.

EQLS viidi läbi esimest korda 2003. aastal 28 riigis, millest 27 olid Euroopa Liidu (EL) liikmesriigid ja Türgi. Teine uuring toimus neli aastat hiljem, ajavahemikul 2007 – 2008, kuhu oli lisaks 27 EL-i liikmesriigile kaasatud ka Horvaatia, endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik, Türgi ja Norra. Kolmas EQLS korraldati 2011. – 2012. aastal juba 34 riigis, millest 27 oli EL-i liikmesriigid ning Horvaatia, Island, endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik, Montenegro, Serbia, Türgi ja Kosovo. (Eurofound)

Eurofoundi andmetel oli EQLS 2012 välitöö periood ELi liikmesriikides vahemikus september 2011 kuni veebruar 2012 ning ELi väliste riikide korral 2012. aasta mai kuni august. Tihedat koostööd tehti Belgia alltöövõtjaga GfK EU3C, et tagada Euroopa elukvaliteedi kolmanda uuringu ettevalmistamisel ja läbiviimisel rangeimad kvaliteedistandardid. Uuringu sihtpopulatsiooniks on eelnevalt nimetatud riikide kõik vähemalt 18-aastased residendid. Põhivalim on mitmeastmeline stratifitseeritud juhuvalim, kus iga riik jagati piirkonna ja linnastumise põhjal osadeks ning nendes moodustati juhumeetodil mitu algvalimiüksust. Seejärel tehti igas algvalimiüksuses leibkonnadest juhuvalim. Igast leibkonnast valiti küsitluseks inimene, kelle sünnikuupäev oli lähim küsitluse toimumise hetkel. Stratifitseeritud juhusliku valimiga püütakse vältida juhusliku valiku poolt tekkivaid vigu. EQLS 2012 sihtvalim varieerub ulatudes väiksemates riikides 1000 ja suuremates 3000 leibkonnani. (*Ibid.*)

Uuring on läbi viidud küsimustikul põhineva vahetu küsitluse vormis, mis toimus vastaja kodus ja riigikeeles. Heaolu hindamiseks oli küsimustik koostatud selliselt, et see sisaldas nii Cantrili redeli, PANAS-e kui ka Likerti tüüpi skaalal antavaid vastuseid. Samuti oli esindatud üksikud avatud küsimused. Keskmine küsitluse kestus EL-i liikmesriikides oli 38 minutit ja EL-i välistes riikides 39 minutit. Näiteks Eesti keskmine oli 40 minutit, mis varieerus 15 minuti ja maksimaalse 94 minuti vahel. (3rd..., 32) Välitöö lõppedes oli küsitlusi teostatud kokku 43 636. EQLS 2012 uuring viidi Eestis läbi ajavahemikul 26.09.2011 kuni 16.12.2011 39 küsituleja poolt (3rd..., 7, 41) ja intervjueriti 1002 inimest.



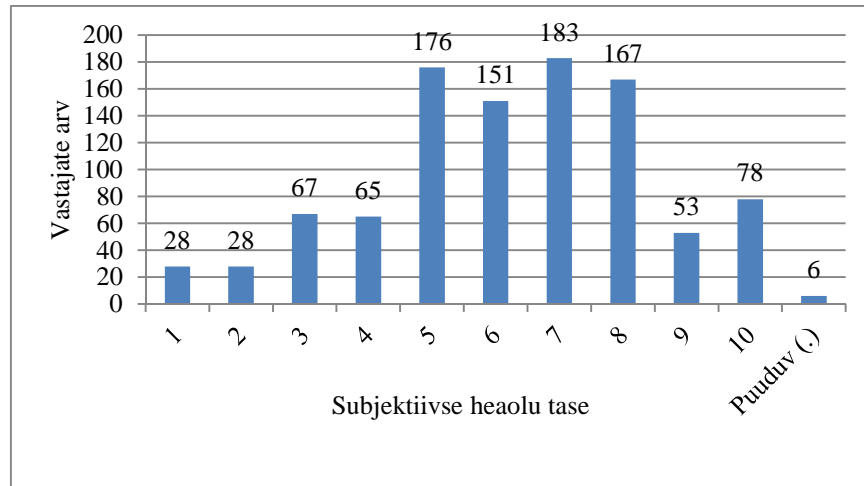
## 2.4 Subjektiivse heaolu uurimisel kasutatavad muutujad

Subjektiivse heaolu ja erinevate indiviide iseloomustavate tegurite seoste uurimiseks on oluline leida usaldusväärsed andmed. Nii nagu eelnevalt kirjeldatud põhineb käesoleva magistr töö empiiriline osa Euroopa Elukvaliteedi uuringu kolmanda laine andmetel. Kuigi tänapäeval on mitmeid rahvusvahelisi ja ühe riigi põhiseid uuringuid, mis võimaldavad subjektiivse heaolu uurimist, siis otsustas autor kasutada Euroopa Elukvaliteedi uuringu andmeid ja seda eelmises peatükis toodud kvaliteedi kindlustavatel põhjustel. Teise põhjusena võib välja tuua, et nimetatud uuringu tulemusi on teadusartiklites harvem kasutatud kui näiteks Euroopa Sotsiaaluuringu (ing. k. European Social Survey, ESS) andmeid. Seetõttu on uuemaid ja vähem kasutatud andmeid rakendades oluline kontrollida eelnevalt leitud seoste olemasolu.

Käesolevas töös kasutatud tunnuste kirjeldava statistikaga on võimalik täpsemalt tutvuda Lisas 2. Subjektiivne heaolu (W) on endogeenselt määratud ehk sõltuv muutuja, mille hindamiseks on EQLS andmetest kasutatud küsimust: „*Kõike arvesse võttes, kuivõrd rahul olete enda arvates oma eluga?*“. Kuna küsimustele oli võimalik vastata „*Ei tea*“ ning jätta vastamata või keelduda, siis on selliste variantide ebamäärasusest tulenevalt käesolevas magistr töö kõik kolm nimetatud vastust käsitletud kui puuduv väärtus (.). Seda ka põhjusel, et tulemuste tõlgendamine on problemaatiline. Küsimuste inglisekeelsed vastused ja vastuse variandid on kirjeldatud Lisas 1.

Heaolu uurivale küsimusele oli võimalik vastata kümnepalli skaalal, kus 1 võrdus hinnanguga väga rahulolematu ja 10 väga rahulolev. Järgnev joonis 3 illustreerib vastuste esinemise sagedust. Kõigist 1 002 küsitluses osalenust on kuuel juhul tegemist vastusega, mida on käsitletud kui puuduv väärtus. Kõige enam on eestlased andnud hinnangu oma eluga rahulolule 7 palli, mis moodustab 18,3% kõikidest vastustest.

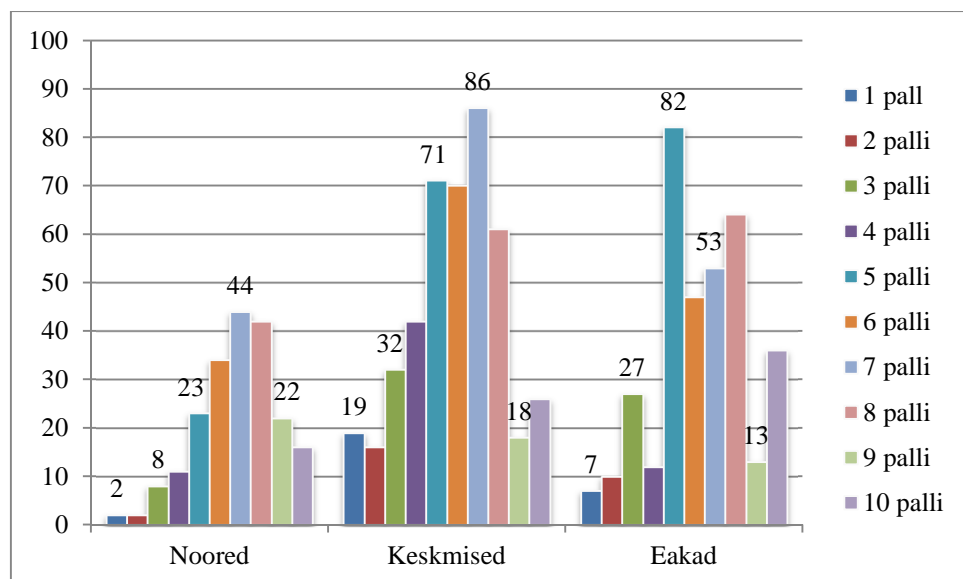
Positiivse asjaoluna võib välja tuua, et hinnanguid üks ja kaks palli on antud kõige vähem ehk 2,8% kõigist vastajatest. Samas hinnangud kümme ja üheks palli on antud 7,8% ja 5,3% saadud vastustest.



Joonis 3. Subjektiivse heaolu tasemete sagedus, kordades

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Subjektiivse heaolu seletavad tunnused on mudelisse valitud lähtuvalt eelnevates alapeatükkides käsitletud heaoluteooriast ning Watsoni *et al* 2010. aasta uurimusest. Käesolevasse töösse on kaasatud nii objektiivsed (näiteks sissetulek, haridustase) kui ka subjektiivsed näitajad (näiteks hinnang tervisele, hinnang avalikele teenustele). Ühe olulise mõjurina on arvesse võetud vastaja vanus, mis varieerus vahemikus 18 kuni 95 eluaastat ja keskmine vanus oli 54,1 eluaastat. Kirjeldamaks EQLS-i küsimustele vastajaid vanuselisel, jaotatakse nad kolme vanusegruppi, mida illustreerib Joonis 4.



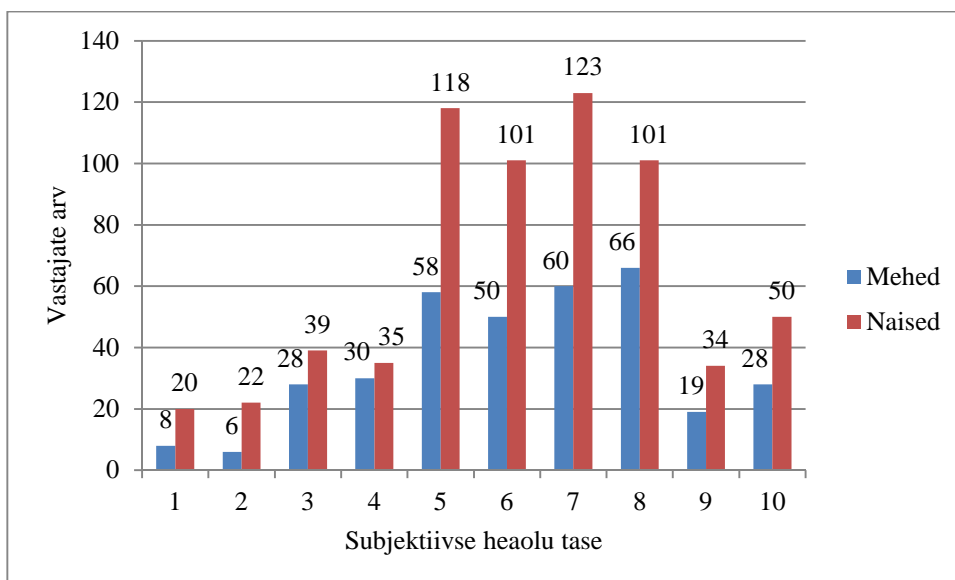
Joonis 4. Subjektiivse heaolu hinnangud (1-10 palli) vanuse gruppide lõikes, protsentides

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Vastajate arv ja osakaal on välja toodud ka Lisas 3. Esimesse vanusegruppi kuuluvad vastajad vanuses 18 - 34, teise gruppi 35 – 64 ja kolmandasse 65 – 95 eluaastat. Lihtsustatult nimetatakse grupe vastavalt Noored, Keskmised ja Eakad, mille osakaalud on vastavalt 20,5%, 44,3% ja 35,2% kõikidest nendest, kes vastasid subjektiivset heaolu käsitlevale küsimusele.

Nii noorte kui ka keskmisesse vanusegruppi kuuluvad vastajad andsid kõige sagedamini oma eluga rahulolule hinnanguks 7 palli, mis moodustas vastavalt 21,6% ja 19,5% vanusegruppi kuulunud vastanutest. Samas on eakad hinnanud oma eluga rahulolu kõige sagedamini 5 palliga, mis on 23,4% kõigis vanemaealistest vastanutest. On näha, et noored ja keskmises vanusegrupis olevad hindavad oma eluga rahulolu kahe palli võrra paremaks kui vanemaealised. Siinkohal on vastuolu teoreetiliste seisukohtade ja eelnevate uuringutega, milles on täheldatud, et noorte ja vanemaealiste inimeste subjektiivne heaolu on kõrgeim ning keskealiste hulgas madalaim (Blanchflower, Oswald 2008, 1735).

Vanuse kõrval on oluline vaadata andmeid ka soo lõikes. Nii meeste kui ka naiste puhul erinevad vastanute osakaalud, kes hindasid oma heaolu vahemikus viis kuni kaheks palli, väga vähe (vt. Joonis 5, Lisa 4).



Joonis 5. Subjektiivse heaolu hinnangud (1-10 palli) meeste ja naiste lõikes

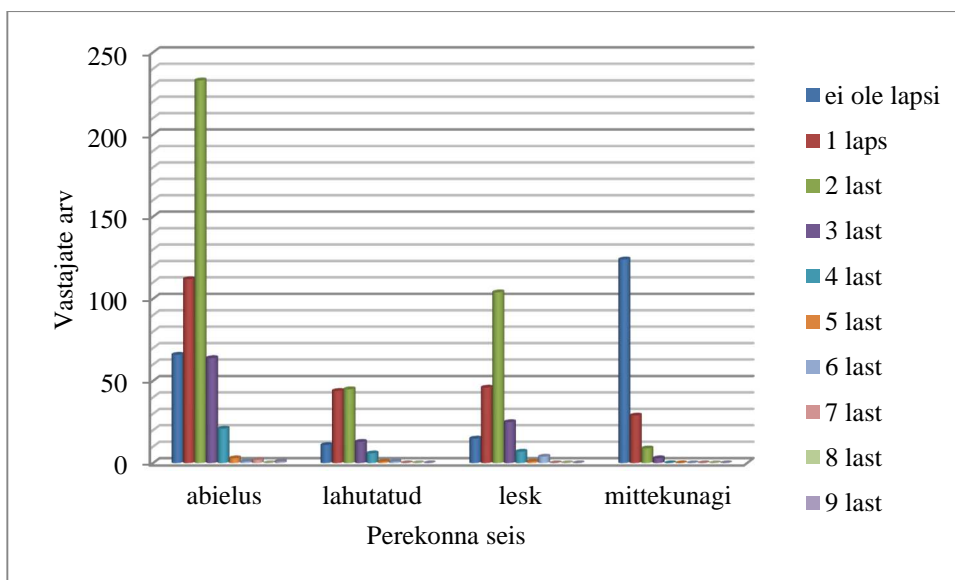
Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

18,7% meestest andis hinnangu 8 palli, kuid viis kuni kaheksa palli vastanute osakaalud varieeruvad suhteliselt vähe jäädes 16,4 ja 18,7% vahele. 19,1% naistest hindas

oma eluga rahulolu 7 palliga, samas küllaltki suur oli ka nende osakaal (18,4%), kes hindasid selle 5 palliga. Sarnaselt meeste näitajatega varieeruvad ka naiste puhul viis kuni kaheksa palli vastanute osakaalud vähe jäädes vahemikku 15,7 – 19,1%.

Maksimaalse hinnangu on andnud mehed ja naised samaväärselt ehk ligemale 8% oma sookaaslastest. Madalaima võimaliku hinnangu on andnud aga 3,1% naistest ja 2,3% meestest.

Vastaja leibkonna karakteristikutest on oluline jälgida nii tema perekonnaseisu, leibkonnaliikmete ja seal elavate ülalpeetavate arvu, kui ka leibkonna sissetulekuid. Joonisel 6 on toodud laste arv perekonna seisu lõikes.



Joonis 6. Laste arv perekonnaseisu järgi

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Euroopa Elukvaliteedi uuringust (EQLS) on valitud küsimus perekonnaseisu kohta, millele oli võimalik valida vastus neljast variandist. Kusjuures vastused olid üles ehitatud selliselt, et need jagasid vastanud kaheks suuremaks grupiks – need, kes elavad partneriga (abielus/vabaabielus) ning need, kes elavad ilma partnerita (lahutatud, lesk või pole kunagi suhtes olnud). Vastaja laste arv varieerus 0 ja 9 vahel ning keskmine laste arv leibkonnas oli 1,56.

Leibkonna neto sissetulek kuus varieerus vahemikus 76 – 42 000 eurot ning keskmine neto sissetulek kuus on 771,29 eurot.

EQLS-i küsitlusele oli kaasatud ka küsimus elukutse kohta – „*Milline on sinu praegune elukutse?*“, millele oli võimalik vastus valida 11 ameti hulgast. Lisaks võis vastusest keelduda või vastata „*Ei tea*“. Samas oli palju ka selliseid juhuseid, kus küsimusele oli jäetud üldse vastamata. Järgnevas Tabelis 1 on välja toodud vastajad, kes avaldasid oma elukutse ja need, kes seda mingil põhjusel ei teinud. Korrektsete vastuste vähesust võib põhjendada sellega, et vastusevariantid ei ole üheselt arusaadavad ja mõistetavad ning erinevad riigis kasutusel olevatest tegevusvaldkondade terminitest. Samas on oma osa ka sellel, kas vastaja soovib avaldada oma elukutset. Probleeme sellele küsimusele vastamisel võis tekitada ka mitme elukutse omamine või asjaolu ei vastaja ei ole elukutset veel omandanud. Viimane variant on eriti tõenäoline noorte vastajate korral.

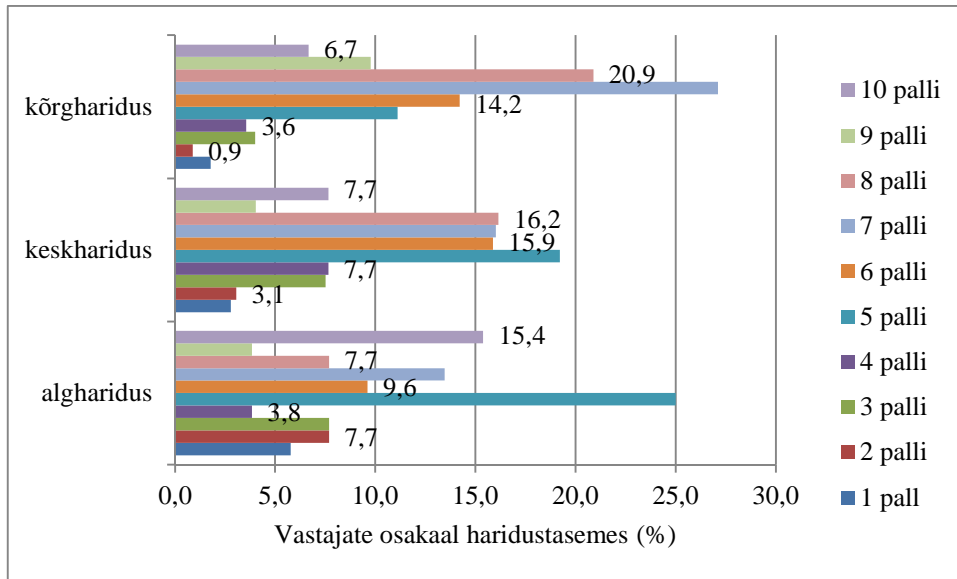
Tabel 1. Elukutsele vastamise osakaalud

Elukutse	Vastajate arv	Osakaal (%)
kaitsevägi	2	0,20
juht või juhataja	38	3,79
tippspetsialist	103	10,28
keskaste spetsialist ja tehnik	36	3,59
kontoritöötaja	21	2,10
teenindustöötaja	48	4,79
müügitöötaja	21	2,10
põllumajanduse või kalanduse oskustööline	5	0,50
oskus- ja käsitööline	54	5,39
seadme- ja masinaoperaator	24	2,40
lihttööline	55	5,49
puuduv (.)	595	59,38
Kokku	1002	100,00

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Põhjusel, et elukutset käsitlevale küsimusele andis mõõdetava vastuse 1 002 küsitletust vaid 40,6% ehk 407 inimest, siis on käesolevas magistritöös nimetatud muutuja välja jäetud. Tabelist 1 on näha, et 407 vastanust on 10,3% tippspetsialistid (ing. k *professional*). Teised elukutsed omavad juba väga väikest osakaalu vastanutest. Inglisekeelse küsimuse ja vastusevariantidega on võimalik tutvuda Lisas 1.

Haridust puudutav küsimus on valitud selline, mille vastused jaotavad vastajad haridustaseme järgi kolme rühma – algharidus (esimese taseme haridus), keskharidus (teise taseme haridus) ja kõrgharidus (kolmanda taseme haridus), mida illustreerib Joonis 4.

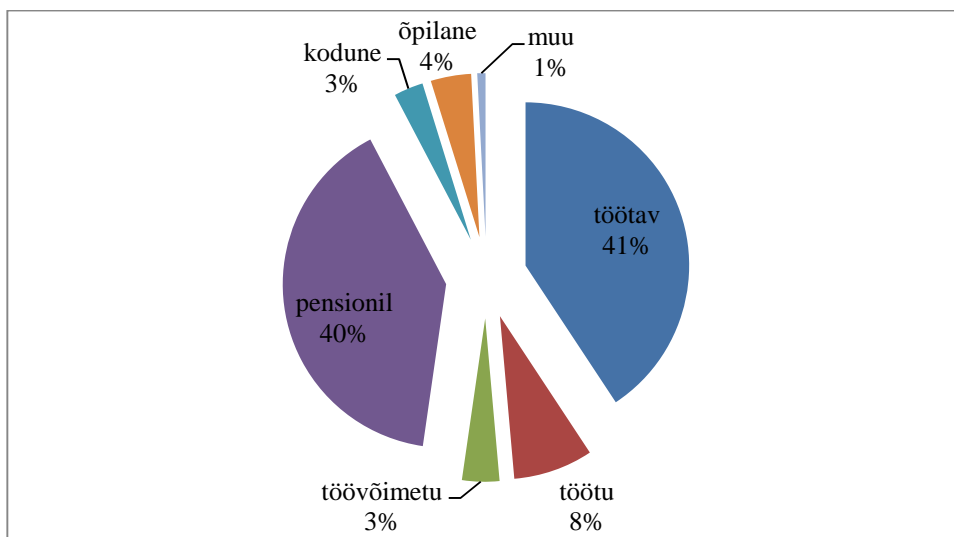


Joonis 7. Subjektiiivse heaolu hinnangud (1-10 palli) haridustasemete lõikes

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Haridustasemete lõikes võib täheldada, et subjektiiivse heaolu tajumisel on alghariduse ja keskhariduse omandanud protsentuaalselt enim andnud hinnangu 5 palli. Kõrghariduse omandanud aga hindasid oma heaolu kahe palli võrra kõrgemalt.

EQLS-i küsitlusele vastanute hõivestaatuse protsentuaalset jaotust kajastab Joonis 8, millelt nähtub, et nii pensionil olevaid eestlasi kui töötavaid võrdväärselt, mis moodustavad põhiosa kogu küsitluses osalenutest.



Joonis 8. Hõivestaatuse jaotus

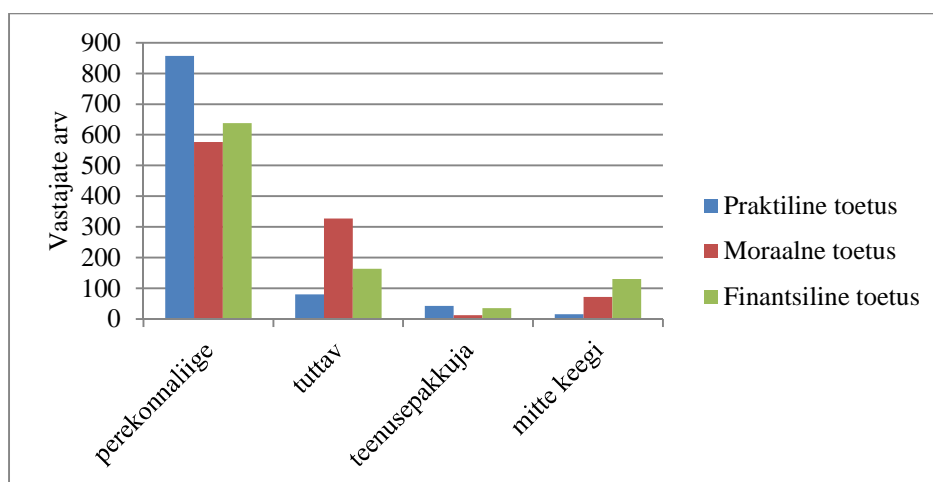
Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Ilmajätust mõõdeti indeksiga, mis hindas mitut igapäevast kaupa või teenust (vahemikus 0 kuni 6 toodet/teenust) vastaja leibkond endale lubada ei saa. Kokku vastas sellele küsimusele 864 inimest, kellest 19,2% ei tunne puudust ühestki aga 9,4% tunneb puudust kõigist kuuest kaubast ja/või teenusest.

EQLS palus vastajal hinnata oma tervis 5-palli skaalal, kus 1 võrdus väga hea ja 5 väga halva tervisega. Käesolevas magistritöös on tulemuste tõlgendamise lihtsustamiseks hinnangud ümberkodeeritud, kus 1 on võrdne väga halva ja 5 väga hea tervisega. Oma tervise hindas väga heaks ja heaks vastavalt 6,6% ja 29,8% 999-st küsimusele vastanust. Seevastu halvaks hinnati tervis 2,9% inimese poolt.

Lisaks tervise üldisele hinnangule on arvesse võetud ka puude või kroonilise haiguse esinemise sagedust. Kasutati küsimust „*Kas sul esineb mõni krooniline terviseprobleem (füüsiline või vaimne) või puue?*“, millele oli võimalik vastata „*Ei*“ või „*Jah*“. Tulemuste järgi tunnistas puude või kroonilise terviseprobleemi olemasolu 991 küsimusele vastanust 47,5%.

Subjektiiivse heaolu kujunemisel võetakse arvesse erinevate eluraskuste tekkimisel toe leidmise ja toetuse saamise võimalikkust. Arvesse võetakse toetus kolmes rühmas – moraalne, praktiline ja finantsiline. Küsimused, mida EQLS-i küsitlusest kasutati on vastavalt „*Kui sa oled masenduses ja soovid kellegagi rääkida, siis kelle toetusele sa võid loota?*“, „*Kui sa oled haige ja vajad majapidamises abi, siis kelle abile sa võid loota*“ ja „*Kui sul on ootamatult raha vaja, siis kelle toetusega sa võid arvestada?*“. Kõigile kolmele küsimusele oli võimalik valida vastus nelja võimaliku variandi hulgast, mida kajastab Joonis 9.



Joonis 9. Praktilise, moraalse ja finantsilise toetuse leidmine

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Subjektiiivse heaolu kujunemisel on oma osa ka avalikel teenustel, nende kvaliteedil ja kättesaadavusel. Järgnevalt vaadeldakse kuuele erinevale avalikule teenusele antud hinnanguid. Kõigile kuuele teenusele oli võimalik anda hinne 10-palli skaalal, kus 1 tähendas väga ebakvaliteetset ja 10 – väga kvaliteetset teenust.

Tabelis 2 on toodud terviseteenustele, haridussüsteemile ja ühistranspordile antud hinnangud ja vastajate arv. Kuna vastajate arv varieerub avalike teenuseid käsitlevate küsimuste lõikes, siis on lisaks välja toodud ka vastajate osakaalud.

Tabel 2. Hinnangud terviseteenustele, haridussüsteemile ja ühistranspordile

Hinnang	Terviseteenused		Haridussüsteem		Ühistransport	
	vastajate arv	osakaal (%)	vastajate arv	osakaal (%)	vastajate arv	osakaal (%)
1	30	3.1	15	1.7	23	2.5
2	37	3.8	32	3.6	15	1.6
3	96	9.9	48	5.4	40	4.3
4	76	7.8	70	7.8	63	6.8
5	230	23.7	181	20.2	164	17.7
6	128	13.2	128	14.3	154	16.6
7	173	17.8	172	19.2	168	18.1
8	121	12.5	163	18.2	158	17.1
9	42	4.3	47	5.2	80	8.6
10	37	3.8	40	4.5	61	6.6
KOKKU	970	100.0	896	100.0	926	100.0

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Sarnaselt heaolule antud hinnangutega on ka siin märgata sarnast mustrit, mille kohaselt jäävad enim antud hinnangutest 5 ja 8 palli vahele.

Antud hinnanguid lastehoiuteenustele, pensionisüsteemile ja eakate hooldusteenustele iseloomustab Tabel 3. Siinkohal nähtub, et vastajaid, kes andsid hinnangu lastehoiuteenustele on võrreldes teistega oluliselt vähem. Üheks põhjuseks on küsitlusele vastanute vanuseline jaotus, mille kohaselt moodustasid pensionil olevad eestlased 40% kõigist vastanutest, mis on kajastatud ka Joonisel 8. Antud juhul võib oletada, et pensioni eas olevad inimesed võisid olla raskustes nimetatud küsimusele vastamisel ning seetõttu jätta sellele sootuks vastamata. Sarnaselt eelnevale võib oletada, et ka töötavad eestlased, kellel ei olnud lapsi võisid jätta küsimusele vastuse andmata.



Tabel 3. Hinnangud lastehoiu- ja hooldusteenustele ning pensionisüsteemile.

Hinnang	Lastehoiuteenused		Hooldusteenused		Pensionisüsteemile	
	vastajate arv	osakaal (%)	vastajate arv	osakaal (%)	vastajate arv	osakaal (%)
1	6	1.1	12	2.5	143	16.2
2	12	2.2	38	7.8	129	14.6
3	27	5.0	51	10.5	137	15.5
4	52	9.7	62	12.7	107	12.1
5	110	20.6	115	23.6	172	19.4
6	80	15.0	73	15.0	77	8.7
7	88	16.4	61	12.5	60	6.8
8	81	15.1	43	8.8	33	3.7
9	41	7.7	17	3.5	12	1.4
10	38	7.1	15	3.1	15	1.7
KOKKU	535	100.0	487	100.0	885	100.0

Allikas: (EQLS 2011 - 2012; autori koostatud)

Eelnevalt iseloomustatud muutujaid kasutatakse järgnevas peatükis Eesti subjektiivse heaolu uurimisel. Magistritöö eesmärgi täitmiseks konstrueeritakse mõned tunnused vastavalt vajadusele ringi, mida täpsemalt käsitletakse edaspidi.

### **3. SUBJEKTIIVSE HEAOLU ANALÜÜS**

Eelmises peatükis toodi välja subjektiivse heaolu mõjurid lähtuvalt teoriast ja empiirilistest uurimustest. Lisaks anti statistiline ülevaade Eesti elanikkonnast ja selle vanuselise koosseisust. Samuti tutvustati kasutatavaid andmeid ning valimit. Käesolevas töös rakendatakse sarnaselt Watsoni *et al* (2010) uurimusele EQLS-i andmeid subjektiivse heaolu hindamiseks ning subjektiivsete ja objektiivsete elu kvaliteeti mõjutavate tegurite leidmiseks. Kui Euroopa eluga rahulolu ja elukvaliteeti uuriva töö autorid kasutasid 2007. aasta EQLS-i andmeid 31 riigi kohta uurimaks subjektiivse heaolu varieeruvust riigiti, siis käesolevas töös keskendutakse Eesti 2011. aasta vastava näitaja hindamisele.

#### **3.1 Subjektiivse heaolu uurimisel kasutatavad mudelid**

Indiviidi subjektiivse heaolu ja selle mõjurite uurimiseks tuleb kasutada mudelit, mis võimaldab kindlaks teha seoste olemasolu, suunda ja tugevust. Väga tihti kasutatakse sellistel juhtudel lineaarset regressioonimudelit, mille parameetrite hindamisel lähtutakse vähimruutude meetodist (ing. k *Ordinary Least Squares* - OLS). Sellist meetodit on kasutatud näiteks Watson *et al* (2010) ning Stevenson ja Wolfers. Lineaarse regressioonimudeli kasutamine eeldab subjektiivse heaolu näitajate käsitlemist pidevate tunnustena ja kümnepallisel skaalal antud hinnanguid heaolule võib käsitleda kui pidevat tunnust, kuid väiksemate skaalade korral ei ole see põhjendatud ning on pigem probleemne. Sellisel juhul võib subjektiivse heaolu hinnanguid käsitleda kui järjestustunnuseid ning andmete analüüsimisel kasutada logit või probit mudelit. Stevenson ja Wolfers kasutasid majanduskasvu ja subjektiivse heaolu vaheliste seoste uurimisel mõlemat analüüsimeetodit, kuid olenemata kasutatavast meetodist tulemuste statistilises olulisuses ja mõju suunas olulisi erinevusi ei leitud (2008).

Samas on leitud, et kui selgitavate tegurite hulgas on kvalitatiivseid muutujaid, siis tuleks nende asemel kasutada fiktiivmuutujaid, kuid see muudab selgitavate muutujate arvu suureks ning nende koefitsientide tõlgendamise keeruliseks (Randveer 2007, 4). Kvalitatiivseid eksogeenseid tegureid on üle viidud ka numbriskaalale, kuid siis on oluline säilitada nende ordinaalsed väärtused (Van Praag *et al* 2003, 44-45). Näiteks on Helliwell kõrvutanud oma uurimuses erinevaid võrrandeid, milles kasutas teatud juhtudel eri baasiga fiktiivmuutujaid ning numbriskaalal kvalitatiivseid eksogeenseid muutujaid, kuid saadud tulemusel suuri erinevusi ei täheldanud (2002; Randveer 2007, 4).

Teiseks võimaluseks subjektiivse heaolu ja seda selgitavate tegurite seoste hindamiseks on kasutada binaarset logistilise regressioonimudelit ehk logit-mudelit (ing. k *binary logistic regression*). Nimetatud mudelit kasutatakse sageli selliste probleemide analüüsimiseks, kus sõltuv muutuja omab kahte diskreetset väärtust. Logit-mudel võimaldab analüüsida, kuidas sõltumatud tunnused mõjutavad teatud sündmuse tõenäosust. Mudeli aluseks on logistiline jaotusfunktsioon ja hinnatud tõenäosused jäävad vahemikku 0 ja 1. Sündmuse esinemise tõenäosust  $P(y_i = 1|x_i)$  võib esitada järgnevalt (Gujarati 2003, 595 - 596):

$$P(y_i = 1|x_i) = \frac{e^{\beta x_i}}{1 + e^{\beta x_i}} \quad (2)$$

kus

$\beta$  – on parameetrite vektor,

$x$  – selgitavate muutujate vektor.

Erinevalt vähimruutude meetodist ei tõlgendata parameetrite väärtusi kvantitatiivselt. Logit-mudeli parameetrid näitavad muutuja mõju suunda sõltuvale muutujale. Positiivne märk näitab, et selgitav muutuja mõjutab sõltuvat muutujat positiivselt ja negatiivne märk negatiivset mõju. Selleks, et hinnata mõju, kasutatakse riskisuhet (ing. k *odds ratio*) või marginaalseid efekte.

Tunnuste vaheliste seoste kindlaks tegemiseks kasutatakse sageli korrelatsioonanalüüsi, millega mõõdetakse seost kahe numbriliselt mõõdetava muutuja vahel. Põhjuseel, et käesolevas töös kasutatavad andmed sisaldavad nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid tunnuseid sh nominaaltunnused, siis ei saa siinkohal subjektiivse heaolu ja selle mõjurite vaheliste seoste hindamiseks kasutada korrelatsioonianalüüsi.

Hindamiseks seda, kas antud töös kasutatavate andmete analüüsimiseks on sobilikum logit- või regressioonimudel, kasutab töö autor neid mõlemaid. Kõik eelpool nimetatud analüüsimeetodid ja nende tulemused on põhjalikumalt esitletud järgnevas alapeatükis.

### **3.2 Subjektiivse heaolu uurimisel kasutatavad muutujad**

Järgnevalt kirjeldatakse subjektiivse heaolu hindamiseks ning eakate vastavat näitajat mõjutavate tegurite leidmiseks kasutatavaid muutujaid. EQLS-i andmetest kasutatakse iga muutuja jaoks sama või sellele võimalikult ligilähedast küsimust, mida kasutasid Watson *et al* oma uurimuses (2010). Inglisekeelsete küsimuste ja nende võimalike vastusevariantidega on välja toodud Lisas 1.

Käesoleva töö empiirilises osas sai mõningal juhul kasutada Inglismaa andmearhiivis (ing. k. *UK Data Archive*) leitava Euroopa Elukvaliteedi kolmanda laine andmeid, kuid mitmete andmete puhul otsustas autor need ühendada ja uuesti konstrueerida. Nimetatud muudatused tehti enamast põhjusel, et algandmed olid liiga detailsed ning käesoleva magistritöö eesmärgist tulenevalt ei ole selline detailsus vajalik. Samuti seadis küsimuste ja vastuste detailsusele piirangu väike vaatluste arv, mis võib moonutada tulemusi.

Regressioonanalüüsis kasutatavad muutujad, sh sõltuv muutuja, ja nende konstrueerimine on kajastatud Tabelis 4. Lähtudes valimi mahust ja seletavate tunnuste arvust on need muutujad, mille väärtused on 10-palli skaalal, konstrueeritud muutujateks, millel on kaks diskreetset väärtust (0; 1). Lahk 10-palli skaalal on tõmmatud väärtuste 5 ja 6 vahele ehk hinnangud 1 kuni 5 on käsitletud kui rahulolematu ja hinnangud 6 kuni 10 rahulolevaks eluga või teenusega.

Tabel 4. Regressioonanalüüsi muutujad ja nende konstrueerimine

	Muutuja	Muutuja konstrueerimine
Sõltuv	subjektiivne heaolu	1 – oma eluga rahulolev (esialgse subjektiivse heaolu tasemed 6-10) 0 – ei ole oma eluga rahul (esialgse subjektiivse heaolu tasemed 1-5)
	vanus	pidev, 18 – 95 eluaastat vanuse ruut vanusegrupid: Noored (18 – 34 eluaastat) Keskised (35 – 64 eluaastat) Eakad (65 +)
sugu		1 – mees; 0 - naine
Sõltumatud	perekonnaseis	1 – elab partneriga, sh abielus, vabaabielus 0 – ei ela partneriga, sh lesk, lahutatud, mitte kunagi kellegagi koos elanud
	laste arv	pidev, 0 – 9 last
	haridustase	haridustasemed: algharidus (esimese taseme haridus) keskharidus (teise taseme haridus) kõrgharidus (kolmanda taseme haridus)
	hõivestaatus	hõive: 1 – töötav 5 – kodune, koduperenaine 2 – töötu 6 – õpilane, tudeng 3 – töövõimetu 7 – muu 4 – pensionil
	ilmajätetus	igapäevaste kaupade ja teenuste arv, mida leibkond endale lubada ei saa. 0-6 kaupa/teenust.
	tervis	Hinnangud tervisele: 1 – kehv 4 – väga hea 2 – rahuldav 5 – suurepärane 3 – hea
	puue	1 – jah; 0 – ei
	praktiline toetus	1 – saab (esialgse muutuja väärtused 1 ja 2) 0 – ei saa (esialgse muutuja väärtused 3 ja 4)
	moraalne Toetus	1 – saab (esialgse muutuja väärtused 1 ja 2) 0 – ei saa (esialgse muutuja väärtused 3 ja 4)
	finantsiline toetus	1 – saab (esialgse muutuja väärtused 1 ja 2) 0 – ei saa (esialgse muutuja väärtused 3 ja 4)
	hinnang terviseteenustele	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)
	hinnang haridussüsteemile	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)
	hinnang ühistranspordile	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)
	hinnang lastehoiuteenustele	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)
hinnang hooldusteenustele	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)	
hinnang pensionisüsteemile	1 – kvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 6-10) 0 – ebakvaliteetne (esialgse muutuja väärtused 1-5)	
sissetulek	leibkonna neto sissetulek jagatud leibkonnaliikmete arvuga. Pidev, vahemikus 33.3 kuni 21 000 eurot.	

Allikas: autori koostatud

### 3.3 Subjektiivse heaolu hindamine vähimruutude meetodil

Subjektiivse heaolu mõjurite hindamiseks viiakse läbi regressioonanalüüs, milles käsitletakse heaolu kui sõltuvat tunnust ning eelmises alapeatükis kirjeldatud muutujaid kui seletavaid tunnuseid. Magistritöö eesmärgiks on kasutades võimalikult samasid muutujaid, mida kasutasid Watson *et al*, välja selgitada subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid Eesti kohta, nende suund ja suurus (2010).

Põhjusel, et 2011 - 2012 EQLS-i andmetes, mis kajastavad Eesti tulemusi (1002 vastanu andmed), esineb puudusi (vastamata jäetud vastused, keeldumised ning vastused „ei tea“), siis on käesolevas töös tehtud mõningaid mugandusi ja muudatusi. Võimalikult ligilähedaselt Watsoni *et al* uurimuse jäljendamine ei ole siinkohal otstarbekas ja võimalik, kuna nimetatud puudused vähendavad püstitatud eesmärgi täitmiseks vajaliku valimi mahtu üle 50%. Muutujaid puudutavad muudatused on kirjeldatud eelmises alapeatükis olevas Tabelis 4. Kui Watson *et al* lisasid subjektiivse heaolu karakteristikud erinevate etappidena regressioonanalüüsi, siis käesolevas töös otsustas autor seda teha ühekorraga.

Regressioonivõrrandi parameetrid hinnatakse väga sageli vähimruutude meetodil, mis tähendab, et võrrandi parameetriteks valitakse sellised väärtused, mille korral summaarne ruuterinevus tegelike ja prognoositud väärtuste vahel on kõige väiksem. Kuna mudel prognoosib keskmist taset, siis on üksiku objekti jaoks leitud prognoos sageli ebatäpne.

Käesolevas töös on regressioonimudeli funktsionaalseks kujuks on mitmene lineaarne mudel üldkujul:

$$y_i = b_1 + b_2x_{2i} + b_3x_{3i} + \dots + b_kx_{ki} + u_i \quad (3)$$

kus

- $y_i$  – subjektiivse heaolu hinnangu keskväärtns i-ndas vaatluses;
- $x_{2i}, x_{3i}, x_{ki}$  – seletavad tunnused ehk regressorid i-ndas vaatluses;
- $b_1, b_2, b_3, b_k$  – mudeli parameetrid;
- $u_i$  – juhuslik liige i-ndas vaatluses

Tunnused, mis on kvalitatiivsed (nominaalsed ja järjestustunnused) ja binaarsed on mudelisse lülitatud kui fiktiivsed muutujad.

Saadud regressioonanalüüsi tulemused on kajastatud alljärgnevas Tabelis 5 ja koos parameetrite standardvigadega Lisas 5.

Tabel 5. Regressioonanalüüsi tulemused vähimruutude meetodil.

Mudeli spetsifikatsioon		1	2	3
	Vaatluste arv	850	850	850
mudeli statistiline olulisus	F	0.000	0.000	0.000
mudeli kirjeldusvõime	R <sup>2</sup>	0.280	0.284	0.282
constant		0.446**	0.677**	0.535***
vanus		0.002	-0.010	X
vanus <sup>2</sup>		X	0.0001*	X
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	X	X	0.005
	65 - 95	X	X	0.120*
sugu (võrdlusgrupp: naine)	Mees	-0.039	-0.036	-0.033
perekonnaseis (ilma partnerita)	Partneriga	-0.021	-0.010	-0.018
laste arv		-0.008	-0.001	-0.002
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	Keskharidus	0.016	0.036	0.015
	kõrgharidus	0.086	0.105	0.081
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.216***	-0.210***	-0.210***
	töövõimetu	-0.092	-0.075	-0.081
	pensionil	-0.059	-0.093	-0.096
	kodune	-0.196	-0.200	-0.204
	õpilane	0.147*	0.086	0.118
	muu	0.185	0.157	0.163
ilmajäetus (materiaalne puudus)		-0.061***	-0.061***	-0.061***
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.053	0.080	0.056
	hea	0.220*	0.251*	0.219
	väga hea	0.257*	0.279*	0.245*
	suurepärase	0.275*	0.279*	0.253*
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.078*	-0.078*	-0.079*
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.008	-0.010	-0.005
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.028	-0.037	-0.038
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.016	0.015	0.015
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.135***	0.133***	0.131***
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.082*	0.079*	0.079*
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.032	-0.031	-0.031
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073*	0.073*	0.073*
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.009	-0.005	-0.002
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.057	0.055	0.057

Allikas: autori koostatud.

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

X tähistab seda, et spetsifikatsioonis ei ole muutujat kasutatud.

Kui esimeses mudeli spetsifikatsioonis ei olnud vanus statistiliselt oluline, siis teises spetsifikatsioonis lisati mudelisse ka vanuse ruut. Tulemustest nähtub, et vanuse ruut on statistiliselt oluline. Mudelis on 18 muutujast 10 statistiliselt olulised ning vanus omab tähtsust, vaid siis kui see on ruudus.

Teist mudeli spetsifikatsiooni kasutatakse selleks, et leida ekstreemumpunkt ehk vanus, millal on subjektiivse heaolu tase kõige madalam või teisisõnu, millises vanuses on indiviid kõige vähem oma eluga rahul. Nimetatud punkti leidmiseks maksimeeritakse subjektiivse heaolu mudelit vanuse suhtes muude tunnuste samaks jäädes ehk *ceteris paribus* tingimustel. Võimalikult täpse tulemuse saamiseks kasutatakse regressioonanalüüsist saadud vanuse ja vanuse ruudu koefitsiente ümardamata. Seega on maksimeeritav mudel järgnev:

$$W = -0.0099407A + 0.0001178A^2 \quad (4)$$

kus:

W – subjektiivne heaolu

A – vanus

A<sup>2</sup> – vanus ruudus

Lahendades eeltoodud võrrandi on tulemuseks ca 42,2 ehk 42 eluaastat. Seega on Eestis elava residendi subjektiivne heaolu kõige madalam vanuses 42 eluaastat. Mitmed teadlased on leidnud, et subjektiivne heaolu on U-kujuline ning selle madalaim punkt on vahepeelses keskeas ehk vanusevahemikus 32 – 50 eluaastat (Dolan *et al* 2008, 98; Carporale *et al* 2009, 46). Käesolevas töös leidis kinnitust, et eluga rahulolu on kõige magala vanusevahemikus 32 – 50 eluaastat.

Põhjusel, et käesoleva magistritöö eesmärgiks on lisaks Eesti subjektiivset heaolu mõjutavate tegurite ja nende mõjude leidmine ka vanemaealiste vastava näitaja analüüsimine, siis keskendutakse mudeli kolmandale spetsifikatsioonile ja pikemalt kahel esimesel ei peatuta.

Kolmanda mudeli spetsifikatsiooni kirjeldusvõimeks on 0.282, mis on suhteliselt väike, kuid mikroandmete puhul see hea tulemus. Autor on seisukohal, et väikses kirjeldusvõimes on oma osa ka väikesel valimil. Samas ei saa välistada ka olulise näitaja mudelist välja jäämist, kuna tuginedes kirjandusele on subjektiivset heaolu mõjureid väga palju. Tulemusi vaadeldes nähtub, et mudel tervikuna on statistiliselt oluline ( $p = 0.000$ ).

Muude tingimuste samaks jäädes, on eakate subjektiivne heaolu 12% võrra suurem kui keskmisse vanusegruppi kuuluvatel eestlastel. Üldiselt on levinud arusaam, et vanuse



lisandudes hinnang indiviidi heaolule väheneb (Dolan *et al* 2008,98). Kuid käesolevas töös on nimetatud tähelepanek ümber lükatud. Kinnitust on leidnud Schaie ja Lawtoni tulemus ehk vanemaealiste hinnangud eluga rahulolule on positiivsemad ja näitavad ka kasvutrendi (1997, 320-321). Põhjendusena võib siin välja tuua asjaolu, et vanemaealiste ootused ja eesmärgid on madalamad, mistõttu on neid ka lihtsam saavutada.

Vaadeldes aga hõivestaatus *ceteris paribus* tingimustel, siis töötü olemine vähendab 21% võrra eluga rahulolu, mis on ka ootuspärane, sest sissetulek ja materiaalne kindlustunne tõenäoliselt vähenevad ja seeläbi ka baasvajaduste rahuldamine. Sissetulekute positiivset seost on täheldanud mitmed autorid sh ka Diener ja Easterlin, mis omakorda põhjendab ka heaolu ja töökaotuse vahelist negatiivset seost.

Sissetuleku olulisusele viitab ka deprivatsiooni indeks ehk materiaalse puuduse ja subjektiivse heaolu vaheline negatiivne seos. Ehk muude tingimuste samaks jäädes väheneb iga järgneva puuduva igapäevase kauba või teenusega heaolu 6.1% võrra. Siinkohal võib samuti järeldada, et kui individ peab loobuma ühest või mitmest igapäevasest tootest või teenusest, siis tema baasvajadused (nt toit, toitaine vms) ei pruugi olla enam rahuldatud.

Vaadeldes aga tervist kui heaolu mõjutajat, siis siin on märgata, et *ceteris paribus* tingimustel mõjutab see heaolu vaid siis, kui see on hinnatud kas suurepäraseks või väga heaks ning suurendab heaolu vastavalt 25.3 ja 24.5% võrra. Sama tulemuseni on jõudnud ka Dolan *et al*, kes väitis, et heaolu ja tervise vahel on positiivne seos (2008, 98). Tervise positiivset seost on põhjendatud sellega, et tervemad inimesed saavad elada elamisväärsemat elu. Halb tervis seevastu võib tekitada probleeme igapäevaste tegevustega, millega omakorda kaasneb ka teiste tegurite negatiivne mõju subjektiivse heaolule, näiteks töötuks jäämine ja seeläbi sissetulekute vähenemine. Ootuspäraselt mõjutab puude olemasolu indiviidi heaolu negatiivselt ja vähendab seda 7.8% võrra. Puue mõjutab subjektiivset heaolu vähem kui tervisele antud hinnangud (Yang 2008).

Usaldus riigi ja organisatsioonide vastu on vaadeldud erinevate teenuste ja süsteemide lõikes. Eluga rahulolu mõjutab positiivselt kvaliteetne tervise- ja lastehoiuteenus ning haridussüsteem, mis suurendavad subjektiivset heaolu vastavalt 13.1, 7.3 ja 7.9%. Tervisteenuste kvaliteedi olulisus kinnitab samuti positiivset seost hea tervise ja subjektiivse heaolu vahel. Huvitav tähelepanek seevastu on, et kui hariduse tase ei oma olulist seost heaoluga, siis kvaliteetne haridussüsteem omab positiivset mõju eluga rahulolule. Siinkohal võib arvata, et kvaliteetne haridus võimaldab tulevikus saada suuremat sissetulekut ja seeläbi

suurendada subjektiivse heaolu taset. Lastehoiuteenuse kvaliteedi olulisus on põhjendatav kahest seisukohast. Esiteks võimaldab kvaliteetne teenus vanematel töötada ja seeläbi saada sissetulekut ning teiseks võimaldab see lapsel saada kvaliteetsem haridus ja hiljem tasuv töö koos parema sissetulekuga.

Teise eesmärgina soovib autor kinnitada või ümber lükata vanemaealiste heaoluga seotud varasemate uuringute tulemusi. Demograafiliste probleemide eelkõige aga elanikkonna vananemisest tulenevalt on oluline uurida vanemaealiste eluga rahulolu. Selleks, et leida vanemaealiste heaolu mõjutavad tegurid lähtutakse eelneva peatüki kirjanduse sünteesis täheldatud seostest, mistõttu kontrollitakse järgnevate koosmõjude olemasolu vanusegrupis Eakad:

- sugu ja vanus;
- perekonnaseis ja vanus;
- moraalse toetuse saamine ja vanus;
- praktilise toetuse saamine ja vanus;
- tervis ja vanus;
- haridus (keskharidus, kõrgharidus) ja vanus.

Selleks, et hinnata nimetatud mõjurite koosmõju konstrueeritakse muutuja Tervis binaarseks tunnuseks, kus 0 = halb tervis ja 1 = hea tervis. Halva tervise alla on koondatud esialgse küsitluse vastuse variandid „kehv“ ja „rahuldav“ ning hea tervise alla „hea“, „väga hea“ ja „suurepärase“. Seda põhjusel, et siinkohal ei ole selline detailsus oluline. Hindamaks eakate ja hariduse vahelisi seoseid on genereeritud kaks uut binaarset tunnust „keskharidus“ ja „kõrgharidus“. Kummagi muutuja puhul tähistab 1 seda, et vastaja omab nimetatud haridustaset ja 0 et tal seda ei ole.

Subjektiivse heaolu mudeli kolmandasse spetsifikatsiooni on lisatud eelnevalt nimetatud seitse koosmõju tunnust ning vähimruutude meetodil saadud tulemused on kajastatud Tabelis 6 ja terve mudeli leiab Lisast 6. Saadud tulemused on mõnevõrra üllatavad ja seitsmest koosmõjust on statistiliselt oluline vaid üks.

Soo ja vanuse koosmõju kohaselt on eakad mehed 16% vähem eluga rahul kui samas vanusegrupis olevad naised. Kui varasemalt on täheldatud, et naised hindavad oma heaolu kõrgemalt kui mehed, siis käesolevas töös leidis nimetatud asjaolu kinnitust vaid vanuse ja soo koosmõju uurides vanusegrupis 65+ (Alesina *et al* 2004, 2020; Caporale *et al* 2009, 46).

Siinkohal on tulemus vastupidine Ingleharti tähelepanekule, kes leidis, et pärast 45. eluaastat on meeste subjektiivne heaolu kõrgem samavanadest naistest (2002).

Tabel 6. Koosmõjud, standardviga, usalduspiirid

Koosmõju	Koefitsient	Standardviga	Olulisus	Usalduspiirid usaldatavusega 95%	
eakas mees	-0.160*	0.071	0.024	-0.2999	-0.0207
partneriga elav eakas	-0.023	0.068	0.733	-0.1559	0.1098
moraalset toetust saav eakas	0.210	0.108	0.052	-0.0017	0.4208
praktilist toetust saav eakas	-0.055	0.122	0.650	-0.2938	0.1835
eakas, kelle tervis on hea	0.123	0.083	0.137	-0.0392	0.2851
eakas, kellel on keskharidus	-0.187	0.155	0.229	-0.4924	0.1179
eakas, kellele on kõrgharidus	-0.271	0.168	0.107	-0.6007	0.0586

Allikas: autori koostatud

Märkus: \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05

n=850; R<sup>2</sup>=0.295; F=0.000

Eelnevalt leitud ekstreemumpunkt ehk millal on inimene kõige vähem rahul oma eluga (42. eluaastal) ning asjaolu, et vanemaealised on 12% enam eluga rahul kui keskmisesse vanusegruppi kuuluvad eestlased ja noored ei ole mudelis statistiliselt olulised, näitab, et vanuse ja subjektiivse heaolu vaheline suhe on nõgus.

Samas on leitud, et vanemaealised abielus ja suhtes olevad inimesed on õnnelikumad kui nende mitteabielus olevad eakaaslased (Piquart, Sorensen 2001). Siiski see tähelepanek kinnitust selles töös ei leidnud.

Sõprade olemasolu peetakse tugevaks subjektiivse heaolu mõjuriks (*Ibid.*). Põhjusel, et moraalset ja praktilist tuge saadakse kõige sagedamini perekonnaliikmelt või sõbralt, on nimetatud asjaolu kontrollitud moraalse ja praktilise toe saamise kaudu. Lisaks on leitud, et moraalne ja praktiline abi suurendavad eluga rahulolu (Watson *et al* 2010, 65). Sellest hoolimata ei osutunud seosed statistiliselt oluliseks.

Kui eakate heaolu käsitlemisel seostatakse see sageli tervisest sõltuvaks, siis käesolevas magistritöös ei leidnud see tähelepanek kinnitust. Tabelis 6 on kajastatud vanuse ja hea tervise vahelise mõju uurimine, kus tunnus „hea tervis“ on binaarne. Lisaks sellele kontrollis autor ka halva tervise ja heaolu vahelisi seoseid, kuid ka see variant ei osutunud statistiliselt oluliseks.

Mõned autorid on leidnud, et kolmandast haridustasemest alates on hariduse ja heaolu vahel nõrk negatiivne seos (Caporale *et al* 2009,46). Seetõttu vaadeldi koosmõjude uurimisel

ka vanuse ja kahe erineva haridustaseme vahelisi seoseid. Kahjuks ei osutunud vanemaealiste puhul oluliseks heaolu mõjutajana ei kõrghariduse ega ka keskhariduse omamine. Kuigi varasemalt on täheldatud noorte ja keskealiste heaolu prognoosimisel hariduse tugevat mõju, siis vanemas eas ei ole see selge (Diener *et al* 1999). Sarnaselt Dienerile ei täheldatud hariduse ja subjektiivse heaolu vahelisi seoseid.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et subjektiivset heaolu mõjutavad negatiivselt töötu staatus, materiaalne ilmajätetus ja puude olemasolu ning positiivselt hea või suurepärase tervis, kvaliteetsed tervise- ja lastehoiuteenused ning haridussüsteem. Kuigi haridus ei osutunud mudelis statistiliselt oluliseks, siis hariduse tähtsusele viitab kvaliteetse haridussüsteemi olulisus. Nimetatud vastuolu võib põhjustada ka väike valimi maht.

### 3.4 Subjektiivse heaolu hindamine logit-mudeliga

Logit-mudel võimaldab analüüsida, kuidas sõltumatud tunnused mõjutavad teatud sündmuse ehk antud juhul eluga rahulolu tõenäosust. Mudeli aluseks on logistiline jaotusfunktsioon ja hinnatud tõenäosused jäävad vahemikku 0 ja 1. Logit-mudeli parameetrid näitavad muutuja mõju suunda sõltuvale muutujale, kus positiivne märk näitab, et selgitav muutuja mõjutab sõltuvat muutujat positiivselt ja negatiivne märk negatiivset mõju. Selleks, et hinnata mõju, kasutatakse riskisuhet (ing. k *odds ratio*) või marginaalseid efekte.

Tõenäosuse marginaalväärtus sõltub kõikide seletavate tunnuste väärtustest ja erinevatel objektidel on marginaalväärtus erinev. Tõenäosuse marginaalväärtuste leidmiseks on kaks võimalust:

- keskmine marginaalefekt (ing. k. *average marginal effect, AME*) - keskmistatakse üle kogu valimi;
- marginaalväärtus leitakse seletavate tunnuste keskvaartuste jaoks.

Käesolevas töös kasutatakse seletavate tunnuste mõju hindamiseks esimest varianti ehk keskmist marginaalefekt, mille tõlgendamine on lihtne ja arusaadav. Näiteks puude efekt -0.078 tähendab seda, et puude tunnuse miinimumväärtusega vastajatel (0 – ei ole puuet) on võrreldes maksimumväärtusega vastajatega (1 – on puue) 7.8 protsendi võrra madalam

tõenäosus olla eluga rahul ehk hinnates oma subjektiivne heaolu hinnanguga 6 kuni 10 palli, hoides kõiki teisi tunnuseid nende keskväärtuste juures.

Pidevate tunnuste puhul nagu näiteks vanus, sissetulek ja materiaalne ilmajaetus, näitab keskmine marginaalefekt ühe ühiku muutumise efekti sõltuvale tunnusele. Seega, kui materiaalne ilmajaetus suureneb ühe kauba või teenuse võrra, siis tõenäosus, et inimene on eluga rahul väheneb 5.6 protsendi võrra, hoides teisi tunnuseid nende keskväärtuste juures (*ceteris paribus* tingimustel).

Järgnevalt kasutatakse samu muutujaid samal kujul nagu regressioonanalüüsis vähimruutude meetodil logit-mudelil, mis võimaldab hinnata sõltumatute muutujate mõju sõltuva binaarse muutuja esinemise tõenäosusele. Mõjude kvantifitseerimiseks leitakse marginaalsed efektid ja nende olulisuse tõenäosused, mis on kajastatud Tabelis 7 ja koos standardvigadega Lisas 7.

Võrreldes tulemusi eelmises peatükis saadutega, siis on näha, et logit-mudeli tulemused on samased vähimruutude meetodil läbi viidud tulemustega. Näiteks teises mudeli spetsifikatsioonis on vanuse ruut statistiliselt oluline ja mõjutab subjektiivset heaolu positiivselt 0.01% võrra. Sama tulemus saadi ka vähimruutude meetodil.

Kuigi varasemad uuringud on kinnitanud, et olulisi erinevusi vähimruutude meetodil ja logit-mudeliga leitud tulemuste vahel ei täheldatud, siis käesolevas töös ilmnesid siiski väikesed erisused. Näiteks olid erinevused vähimruutude meetodil läbiviidud tulemustega hõivestaatuses (kodune/koduperenaine ja õpilane) ning tervise näitajates (hea ja suurepärase). Nimetatud tunnused olid mudeli kolmandas spetsifikatsioonis olulised nivool 0.05.

Logit-mudeli kasutamisel osutus statistiliselt oluliseks lisaks töötü staatussele ka kodune inimene (koduperenaine) ja õpilane. Kui vähimruutude meetodil osutusid statistiliselt oluliseks tervise hinnangud „väga hea“ ja „suurepärase“, siis logit-mudeli korral oli oluline hinnang „hea“ ja „väga hea“. Siinkohal tuleb märkida, et leitud erinevused on siiski väga väikesed ja on seletatavad meetoditest tulenevalt erinevate parameetrite hinnangute leidmisega (arvutuskäiguga). Siinkohal leiab autor, et tulemused võivad erineda ka väikese valimi tõttu.

Tabel 7. Logit-mudeli marginaalsed efektid

Mudeli spetsifikatsioon		1	2	3
mudeli kirjeldusvõime	Pseudo R <sup>2</sup>	0.240	0.244	0.242
vanus	X	0.002	-0.009	X
vanus <sup>2</sup>	X	X	0.0001*	X
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	X	X	-0.005
	65 - 95	X	X	0.115*
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	Mees	-0.039	-0.035	-0.033
perekonnaseis (ilma partnerita)	Partneriga	-0.018	-0.007	-0.016
laste arv		-0.007	-0.002	-0.003
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	Keskharidus	0.006	0.029	0.005
	kõrgharidus	0.073	0.093	0.067
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.213**	-0.207**	-0.206**
	töövõimetu	-0.068	-0.051	-0.057
	pensionil	-0.066	-0.095	-0.100
	kodune	-0.209*	-0.211*	-0.216**
	õpilane	0.207*	0.163	0.182*
	muu	0.182	0.161	0.162
ilmajätetus (materiaalne puudus)		-0.056***	-0.057***	-0.056***
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.041	0.060	0.039
	hea	0.188*	0.214*	0.183*
	väga hea	0.229*	0.244*	0.212*
	suurepärase	0.264*	0.260*	0.237
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.078**	-0.077*	-0.077*
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.013	-0.015	-0.011
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.023	-0.028	-0.030
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.013	0.010	0.010
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.127***	0.125***	0.123***
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073*	0.072*	0.071*
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.029	-0.029	-0.027
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.078*	0.078*	0.077*
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.004	-0.002	-0.001
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.063	0.060	0.064

Allikas: autori koostatud

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

X tähendab, et mudelis ei ole seda muutujat kasutatud. N=850;  $\chi^2=0.000$

Järgnevalt hinnati eelmises peatükis kirjeldatud koosmõjusid. Siin olid tulemused võrreldes vähimruutude meetodiga samad, mis on kajastatud Tabelis 8. Ka logit-mudeli kasutamine kinnitab, et vanemaealised meeste subjektiivne heaolu on madalam kui samaealistel naistel ehk teisisõnu olid vanusegruppi eakad kuuluvad mehed 13.8% õnnatumad kui samas vanusegrupis olevad naised.

Tabel 8. Koosmõjude marginaalsed efektid, standardviga, usalduspiirid

Koosmõju	Marginaalsed efektid	Standardviga	Olulisus	Usalduspiirid usaldatavusega 95%	
eakas mees	-0.138*	0.068	0.043	-0.2718	-0.0047
partneriga elav eakas	-0.028	0.064	0.658	-0.1546	0.0976
moraalset toetust saav eakas	0.203	0.104	0.050	-0.00004	0.4067
praktilist toetust saav eakas	-0.065	0.116	0.576	-0.2921	0.1625
eakas, kelle tervis on hea	0.084	0.078	0.281	-0.0691	0.2379
eakas, kellel on keskharidus	-0.322	0.185	0.082	-0.6855	0.0406
eakas, kellele on kõrgharidus	-0.223	0.174	0.201	-0.5642	0.1188

Allikas: autori koostatud

Märkus: \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05

n=850;  $\chi^2=0.000$ ; pseudo  $R^2= 0.254$

Kuna tulemused olid sarnased vähimruutude meetodil leitudetega, siis ei hakanud autor neid siinkohal uuesti tõlgendama.

### 3.5 Subjektiivne heaolu ja sissetulek

Subjektiivse heaolu ja sissetuleku vahelisi seoseid on uuritud heaolu mõõtmise ajaloo algusest alates mitmete autorite poolt. On jõutud järeldusele, et heaolu sõltub otseselt sissetulekust (Easterlin 2001). Kinnitamaks või ümber lükkamaks hüpoteesi, et raha teeb inimese õnnelikuks, on eelmistes alapeatükkides hinnatud mudeli kolmandale spetsifikatsioonile lisatud ka muutuja sissetulek.

EQLS- i küsitluses olid sissetulekut puudutavad küsimused kõige sagedamini jäetud vastamata, sellest keelduti või ei osatud sellele vastata. Võttes arvesse käesolevas töös kasutatava valimi mahtu (1 002), mis vähenes ainuüksi sissetulekut käsitlevate puuduvate vastuste arvelt 570-le, siis on sissetulek (vaatluste arv 570) mudelisse lisatud viimase spetsifikatsiooniga.

Sissetuleku ja subjektiivse heaolu vaheliste seoste hindamiseks kasutati EQLS uuringust küsimust, millele vastates tuli vastajal avaldada oma leibkonna neto sissetulek kuus. Autor otsustas valida just sellisel kujul sissetulekut kirjeldava tunnuse, kuna sellest on juba maksud maha arvatud. Tunnus sissetulek sisaldab ühte erindit ehk ühe vasta leibkonna netosissetulek ühes kuus on 42 tuhat eurot, mis valimist eemaldati. Seda põhjusel, et erind võib oluliselt mõjutada tulemusi ja muuta korrelatsioonikordajat.

Seose uurimiseks koostas autor uue tunnuse „sissetulek leibkonnaliikme kohta“, et leida konkreetse vastaja sissetuleku ja subjektiivse heaolu vaheline seos. Regressioonanalüüsi statistiliselt olulised muutujad ja tunnus sissetulek on kajastatud Tabelis 9 ja Lisas 9 koos standardvigadega.

Tabel 9. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil koos tunnusega sissetulek

Tunnus	Koefitsient	Standard- viga	Olulisus	Usalduspiirid usaldatavusega 95%	
sugu	-0.104*	0.044	0.020	-0.1913	-0.0166
hõivestaatus:					
töötu	-0.193*	0.092	0.035	-0.3731	-0.0134
muu	0.447***	0.126	0.000	0.1998	0.6943
ilmajäetus (materიაalne puudus)	-0.070***	0.012	0.000	-0.0929	-0.0461
hinnang terviseteeenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	0.094*	0.046	0.039	0.0047	0.1836
sissetulek	-0.00005	0.00005	0.347	-0.0001	0.0001

Allikas: autori koostatud

Märkus: \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05, \*\*\* näitaja on oluline nivool 0.001  
n=487; F=0.000; R<sup>2</sup>= 0.275

Mudeli kolmandasse spetsifikatsiooni sissetuleku lisamine muudab selle tulemusi paljugi. Kui mudeli kirjeldusvõime väga oluliselt ei muutu, siis statistiliselt olulised tunnuseid küll. Sarnaselt kolmandale spetsifikatsioonile on jätkuvalt olulised subjektiivse heaolu mõjurid hõivestaatus töötu ja derivatsioon, mis omavad negatiivset mõju, ning hinnang terviseteeenustele, millel on positiivne mõju heaolu kujunemisel.

Autor viis läbi subjektiivse heaolu hindamise ka logit-mudeliga mille tulemuste statistilises olulisuses ja mõju suunas olulisi erinevusi ei täheldatud, siis logit-mudeli tulemusi eraldi käesolevasse töösse ei toodud.

Kuigi sissetulek ise ei ole mudelis statistiliselt oluline, siis nimetatud tunnuse lisamine muudab oluliseks tunnuse sugu. Seega on mehed 10.4% vähem eluga rahul kui naised ja seejuures ei ole vanus enam statistiliselt oluline, ka mitte vanusegruppides. Sarnasele



tulemusele on jõutud ka varasemalt, mille kohaselt hindavad naised oma heaolu kõrgemalt kui mehed (Alesina et al 2004, 2020; Caporale et al 2009, 46).

Kuna varasemalt on kontrollitud sissetuleku ja heaolu vahelist seost kasutades selleks leibkonna sissetulekut, katsetas autor ka seda varianti. Siinkohal, ei osutunud statistiliselt oluliseks ka terve leibkonna sissetulek.

Seega ei oma sissetulek Eesti subjektiivse heaolu kujunemisel tähtsust. Varasemalt on leitud, et sissetuleku olulisus heaolu kujunemisel joonistub välja eriti siis, kui inimese finantsilised võimalused on kehvad ja tema põhivajadused ei ole rahuldatud (Watson *et al* 2010, 63). Kui mudeli kohaselt vähendab subjektiivset heaolu iga järgneva igapäevase teenuse või kauba puudumine 7%, siis sissetulek ei ole siinkohal oluline. Seega võib arvata, et vastajate baasvajadused on rahuldatud. Samas viitab sissetuleku tähtsusele mudelis töötus staatus, mis vähendab heaolu. Autor leiab, et sissetuleku ebaolulisus võib olla põhjustatud siinkohal asjaolust, et nimetatud muutuja mudelisse lisamine vähendas valimi mahtu 850-lt 487-le. Võttes arvesse ka seletavate tunnuste arvu, siis on see vägagi tõenäoline. Samas võib eestlase raha ja sissetuleku olulisust subjektiivse heaolu kujundajana mõjutada ka võimalus seda võrrelda kellegi teisega näiteks naabri, tuttava või töökaaslasega, mida käesolevas töös ei rakendatud. Võrdlusmomendi tähtsuse on välja toonud ka näiteks Easterlin (1974).

Kui EQLSi tulemuste järgi oli keskmine eestlaste hinnang eluga rahulolule 6.2 palli ehk rahulolev ning sissetulek ei oma tähtsust heaolu kujundava tegurina, siis võib väita, et raha ei teinud eestlasi 2011. aastal õnnelikuks.

## KOKKUVÕTE

Sotsiaalteaduste üks päevakorralisemaid teemasid on heaolu ja seda mõjutavad tegurid, mida defineerides ja hinnates proovitakse välja selgitada indiviidi nii individuaalne kui ka ühiskondlik heaolu. Varasemates heaolu käsitlevates töödes on levinud, et inimese heaolu samastatakse materiaalsete väärtustega ning ühiskondliku arengu mõõtmiseks kasutatakse osa või protsenti SKP-st. Aja möödudes on uuringud tõestanud, et sotsiaalse arengu mõõdikuna ei piisa vaid rahalisest mõõtmest, sest see jätab tähelepanuta mitmeid aspekte.

Uute mõõtmismeetodite välja kujunemine on kujundanud erinevaid arusaamasid heaolu tõlgendamiseks. Erinevad autorid on kasutanud termineid õnn, subjektiivne heaolu, rahulolu, eluga rahulolu, elukvaliteet, kasulikkus ja heaolu läbisegi, millest nähtub, et heaolu terminoloogia ei ole kindlalt piiritletud ja paigas.

Heaolu on käsitletud kui inimese üldist õnne- ja heoluseisundit, kui seisukorda aga ka kui protsessi, mis sisaldab endas personaalseid, interpersonaalseid ja kollektiivseid vajadusi. Samas on heaolu tõlgendatud ka kui indiviidi, grupi või riigi võimet pakkuda peavarju, toitu ja materiaalseid hüvesid, mis lubavad inimesel elada oma elu vastavalt tema enda määratlusele. Nii nagu on heaolu kui mõiste defineerimisel ja tõlgendamisel erinevaid käsitlusi, on neid ka heaolu liigitamisel. Levinuim viis selleks on individuaalne ja kollektiivne ehk ühiskondlik heaolu, kuid kasutusel on ka hedonistlik ja eudaimonistlik liigitus.

Olulisemaks küsimuseks heaolu käsitlemisel on, kuidas leida üldiseid seoseid ja seaduspärasusi, mis ei sõltuks inimest ümbritsevast. Probleem seisneb selles, kas inimesi ümbritsevad tingimused ja olukorrad tuleks käsitleda arvestamata indiviidi isiklikku arvamust või lähtuda indiviidi isiklikust hinnangust enda healule. Seega on heaolu sisendina võimalik kasutada nii objektiivsetel kui ka subjektiivsetel hinnangutel põhinevaid tegureid.

Subjektiivne heaolu on mitmetahuline mõiste, mis sisaldab endas erinevaid dimensioone, mida ei saa eraldiseisvatena vaadelda, sest nii võib jõuda väära tulemuseni.

Seega ongi oluline vaadelda võimalikult erinevaid näitajaid, et tulemus oleks tõepärane ja adekvaatne.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli leida eestlaste subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid Euroopa elukvaliteeti uuringu 2011 - 2012. aasta andmetel, tuginedes varasemates uuringutes statistiliseks osutunud näitajatele.

Põhjus, miks käesolev magistritöö vaatab subjektiivset heaolu vanuse ja eelkõige vanemaealiste vaatenurgast on tingitud demograafilistest probleemidest ja eelkõige elanikkonna vananemisest. Näiteks kui 1970.aastal oli Eesti rahvastiku mediaanvanus 33.6 aastat, siis aastal 2011 oli see juba 40. Lisaks leiti ka vanus, mille korral oli eestlaste heaolu kõige madalam – 42 eluaastat.

Subjektiivse heaolu ja selle 19 mõjuri vaheliste seoste leidmiseks kasutati nii lineaarset regressioonanalüüsi kui ka logit-mudelit. Kahe meetodi kasutamisel olid tulemused samad, kuid esines väikseid erisusi, mis suuremat tähelepanu siinkohal ei vääri.

Kui magistritöö eesmärgist lähtudes omas vanus uurimisel suurt tähelepanu, siis tulemuste kohaselt osutus vanus statistiliselt oluliseks kui mudelisse lisati ka vanuse ruut või vanust käsitleti vanusegruppides. Teooriate järgi võib vanuse ja subjektiivse heaolu vahel olla nii positiivne, negatiivne kui U-kujuline seos. Antud töö käigus tuli välja, et 42. eluaastal oli eestase heaolu kõige madalam ning subjektiivse heaolu ja vanuse vaheline seos on kumer. Vanus oli mudelis statistiliselt oluline kasutatud kolmest vanusegrupist vanuserühma Eakad puhul. Nimelt olid eakad (65+) 2011. aastal 12% võrra enam eluga rahul kui keskmine vanusegrupp (35 – 64) ning noored ei osutunud mudelis oluliseks. Seda võib tingida asjaolu, et kõrgemas vanuses on inimeste ootused ja eesmärgid väiksemad ning neid on kergem saavutada. Kuid oluline on välja tuua, et ainult vanemaealised inimesed ei kujunda riigi üldist heaolu ja tähelepanu tuleb pöörata ka noorte heaolu tõstmisele. Seda põhjusel, et vältida noorte väljarännet Eestist.

Töötü olemine vähendas 21% võrra eluga rahulolu, mis on ka ootuspärane, sest sissetulek ja materiaalne kindlustunne vähenevad ja seeläbi ka inimese baasvajaduste rahuldamine.

Sissetuleku olulisusele viitab ka deprivatsiooni indeks ehk materiaalse puuduse ja subjektiivse heaolu vahel on negatiivne seos. Muude tingimuste samaks jäädes väheneb iga järgneva puuduva igapäevase kauba või teenusega heaolu 6.1% võrra. Siinkohal võib

järeldada, et kui indiviid peab loobuma ühest või mitmest igapäevasest tootest või teenusest, siis tema baasvajadused (nt toit, toitainet vms) ei pruugi olla enam rahuldatud.

Vaadeldes aga tervist kui heaolu mõjutajat, siis *ceteris paribus* tingimustel mõjutas see heaolu vaid siis, kui see oli hinnatud, kas suurepäraseks või väga heaks ning suurendas heaolu vastavalt 25.3 ja 24.5% võrreldes nendega, kes hindasid oma tervise halvaks. Tulemus on ootuspärane ja kooskõla teoreetilise tähelepanekutega, mille kohaselt võib tervise ja subjektiivse heaolu positiivne seos tuleneda sellest, et tervemad inimesed saavad elada elamisväärsemat elu.

Eluga rahulolu mõjutas positiivselt ka kvaliteetne tervise- ja lastehoiuteenus ning haridussüsteem, mis suurendasid subjektiivset heaolu vastavalt 13.1, 7.3 ja 7.9%. Tervisteenuste kvaliteedi olulisus kinnitab samuti positiivset seost hea tervise ja subjektiivse heaolu vahel. Huvitav tähelepanek seevastu on, et kui haridus ei omanud olulist seost heaoluga, siis kvaliteetne haridussüsteem avaldas positiivset mõju eluga rahulolule. Siinkohal võib arvata, et kvaliteetne haridus võimaldab tulevikus saada suuremat sissetulekut ja seeläbi suurendada subjektiivse heaolu taset. Lastehoiuteenuse kvaliteedi olulisus on põhjendatav kahest seisukohast. Esiteks võimaldab kvaliteetne teenus vanematel töötada ja seeläbi saada sissetulekut ning teiseks võimaldab see lapsel saada kvaliteetsem haridus ja hiljem tasuv töö koos parema sissetulekuga.

Selleks, et leida vanemaealiste heaolu mõjutavad tegurid lähtuti varasemates uuringutes täheldatud seostest, mistõttu kontrolliti vanusegrupis Eakad koosmõjusid nagu sugu ja vanus; perekonnaseis ja vanus, moraalse ning praktilise toetuse saamine ja vanus, tervis ja vanus ning haridus ja vanus.

Kui magistritöö raames püstitati hüpotees, et vanemaealiste subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid erinevad oluliselt Eesti keskmist heaolu mõjutavatest teguritest. Siinkohal leidis kinnitust, et eakate vanuserühmas on tunnus sugu oluline mõjur heaolu kujundamisel. Soo ja vanuse koosmõju kohaselt olid eakad mehed 16% vähem eluga rahul kui samas vanusegrupis olevad naised. Kui varasemalt on täheldatud, et naised hindavad oma heaolu kõrgemalt kui mehed, siis käesolevas töös leidis nimetatud asjaolu kinnitust vaid vanuse ja soo koosmõju uurides vanusegrupis eakas (65+). Siinkohal on tulemus vastupidine varasemale tähelepanekule, mille kohaselt on pärast 45. eluaastat on meeste subjektiivne heaolu kõrgem samavanadest naistest.

Käesolevas töös kontrolliti ka sissetuleku mõju subjektiivsele heaolule. Kuigi sissetulek ise ei ole mudelis statistiliselt oluline, siis nimetatud tunnuse lisamine muutis oluliseks tunnuse sugu. Mistõttu olid mehed 10.4% vähem eluga rahul kui naised ja seejuures ei olnud vanus enam statistiliselt oluline, ka mitte vanusegruppides.

Kuigi sissetulek ei olnud kasutatud mudelis oluline, viitasid teised muutujad (töötü staatus, deprivatsioon ja puue) kaudselt raha olulisusele. Seega ei teinud raha 2011. aastal eestlasi õnnelikuks, kuid kaudselt mõjutas seda kindlasti.

Kokkuvõtvalt sai magistr töö eesmärk täidetud ning leiti tunnused, mis mõjutasid eestlaste heaolu 2011. aastal. Teema edasi arendamiseks oleks oluline vaadelda eestlaste subjektiivset heaolu mitme uuringulaine raames. Kui käesolevas töös jäi kõrvale võrdlusmomendi olulisus heaolu kujundajana ehk kas teadmine, et inimesel on suurem sissetulek kui naabril või parem auto kui ta töökaaslasel mõjutab tema subjektiivset heaolu, siis siinkohal oleks vajalik edaspidi ka selliste tunnuste kontrollimine ja uurimine.

## **SUMMARY**

### **SUBJECTIVE WELL-BEING AND ITS DETERMINANTS: WHETHER AGE MATTERS?**

Helena Ränkel

The well-being and the state of satisfaction normally matter where it is necessary to ensure the sustainable development of the state, therefore we should explain which characteristics are relevant in regard with the individual well-being. In the state where the population is aging, we need, apart from the general life-satisfaction level, to define the satisfaction in terms of the age, or the age group. The reason is: the sustainable development of the state depends on the well-being of all its residents in every age group.

The goal of this Master's Thesis is to reveal the factors affecting the subjective well-being of the Estonians based on the European quality of life survey, conducted in the year of 2011, and supported by the statistics taken from the earlier research. In addition, the author tries to prove or disprove the relations between the factors of the elderly people well-being with the well-being of the Estonians. In accordance to the research purposes, the author formulated a hypothesis: the factors affecting the well-being of the elderly people significantly vary from the well-being factors in other age groups and the Estonian average subjective well-being factors.

To achieve the goal, the author formulated the following research tasks:

- 1) based on the professional literature, to study the definition of the subjective well-being and the relevant problems;
- 2) to discover the factors affecting the subjective well-being;
- 3) based on the theoretical and empirical literature, to compile the equation (model) and study the effect of different specification characteristics and their scope;
- 4) to research the factors affecting the subjective well-being of the elderly people and to control their statistical significance in a model;
- 5) to compare the results with the earlier research.

Different research methods were used for completion of each task. The theoretical part of work is mainly based on the theoretical and empirical sources and their synthesis. For the purpose, the author used the statistical data, special research articles and the earlier research results. In order to reveal the co-relations between the subjective well-being and 19 affecting factors, the linear regression analysis and the logit-model were used. Both methods provided the similar results though minor deviations existed, however, they are irrelevant.

Taking into the consideration the goal of the Master's Thesis, the age required significant attention in the research, and the results showed that the age was off statistical significance, so the author added into the model the age square, or the age was studied according to the age groups. The research showed that the well-being among the Estonians was the lowest at 42 years of age, giving a curve of the relation between the subjective well-being and the age. The elderly (65+) in 2011 were by 12% more satisfied with their life than the average age group (35 – 64), while the younger people did not form a statistically significant group in the model.

Being unemployed decreased the satisfaction by 21%, which was predictable since, when the income and the material stability drop, the basic needs are poorly satisfied. The income significance is also supported by the negative relation between the material deficiency and the subjective well-being, i.e., under the same conditions, the well-being decrease by 6.1% for every next missing everyday product or service.

In the *ceteris paribus* conditions the health affected the well-being only in case it was assessed as excellent or very good, giving the increase in the well-being by 25.3 and 24.5% correspondingly compared with those who assessed their health as bad. The satisfaction with the life was positively affected by the quality health service, child care service and the education system, which raised the subjective well-being by 13.1, 7.3 and 7.9% correspondingly.

Given the hypothesis of the Master's Thesis was formulated as follows: the factors of the elderly people subjective well-being significantly differ from the Estonian average subjective well-being factors, the author proved that the gender was an important factor in the elder age group, affecting the well-being, i.e., the males were by 16% less satisfied with their life than the females within the same age group.

This work also investigates the income impact on the subjective well-being. Although the income was not statistically significant in the model, adding this characteristic affected the

gender, e.g., males were by 10.4% less satisfied with their life. Although the income was not significant in the above-mentioned model, the other variables (unemployment status, deprivation and disability) indirectly affected the money significance. Therefore, money did not make the Estonians happy in the year of 2011, though certainly affected them indirectly.

In conclusion, the goal of the Master's Thesis was achieved, and the author revealed the characteristics which affected the well-being of the Estonians in the year of 2011. Since this work includes no comparison of the subjective well-being formation as a result of the respondent's knowledge that their income is bigger than their neighbour's income or they have got a better car than their colleague, it might be reasonable to study and research such characteristics in future.



## VIIDATUD ALLIKAD

2011. aasta rahva ja eluruumide loendus. Statistikaamet. <http://www.stat.ee/rel2011> (12.11.2015)
- 3rd European Quality of Life Survey. Technical Report. Prepared by GfK EU3C  
[https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/surveys/eqls/2011/documents/technicalreport.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/eqls/2011/documents/technicalreport.pdf) (09.11.2015)
- Alesina, A., Di Tella, R., MacCulloch, R. (2004). Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? – *Journal of Public Economics*, vol. 88, pp. 2009-2042.
- Allardt, E. (1996). Hyvinvointi-tutkimus ja elämänpolitiikka. - *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, no. 3, s. 224-241.
- Allison, P. J., Locker, D., Feine, S. (1997). Quality of Life: a Dynamic Construct. – *Social science and Medicine*. vol. 45, no. 2, pp. 221-230.
- Baltes, P. B., Baltes, M.M. (1990). Successful aging: Perspectives from behavioral sciences. New York: Cambridge University Press.
- Beltadze, D. (2012). Eesti rahvaarv, rahvastiku koosseis ja paiknemine 2011. aasta rahvaloenduse tulemuste põhjal. – Eesti statistika kvartalikirj, nr. 4/12, lk 6-16.
- Blanchflower, D.G., Oswald A.J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? – *Social Science & Medicine* no. 66, pp. 1733-1749.
- Bognar, G. (2005). The Concept of Quality of Life. – *Social Theory and Practice*. vol. 31, no. 4, pp. 561-580.
- Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Caporale, G. M., Georgellis, Y., Tsitsianis, N., Yin, Y. P. (2009). Income and happiness across Europe: Do reference values matter? - *Journal of Economic Psychology*, vol. 30, no. 1, pp. 42-51.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. - *Psychological Bulletin*, vol. 95, no. 3, pp. 543-575.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. - *American psychologist*, vol. 55, no. 1, pp. 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. - *Journal of Personality Assessment*. no. 49, pp. 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York : Oxford University Press.
- Diener, E., Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. - *South African Journal of Psychology*, 39(4), pp. 391-406.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of progress. – *Psychological Bulletin*, vol. 125, no. 2, pp 276 – 302.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. – *International Journal of Wellbeing*, vol. 2, no. 3, pp. 222–235.
- Dolan, P., Peasgood, T., White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. – *Journal of Economic Psychology*, no. 29, pp. 94-122.
- Easterlin, R. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some empirical Evidence. - *Nations and households in economic growth: essays in honor of Moses Abramovitz*. (eds.) P. David, R. Reder New York: Academic Press. pp. 89-125.
- Easterlin, R. A. (2001). Income and Happiness: Toward a Unified Theory. – *The Economic Journal*, no. 111, pp. 465-484.
- Eesti piirkondlik areng 2014. (2014). / Koostajad Servinski, M., Hänilane, B., Kivilaid, M., Tischler, G., Valgma, Ü. (Toim.) Narusk, E., Haugas, L. Tallinn: Statistikaamet. ISSN 2346-609X (PDF)
- Eurofound. European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions. <http://www.eurofound.europa.eu/> (09.11.2015)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, European Quality of Life Survey, 2011-2012 [computer file]. 2nd Edition. Colchester, Essex: UK Data Archive [distributor], January 2014. SN: 7316, <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-7316-2>. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, European Quality of Life Survey, 2011-2012 [computer file]. 2nd Edition. Colchester, Essex: UK Data Archive [distributor], January 2014. SN: 7316, <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-7316-2>
- Fairbanks, M. (2002). Rahva arvamuse muutmine: heaolu loomise protsessi elemendid. - *Kultuur on tähtis. Kuidas väärtushinnangud kujundavad inimarengut*, (Toim.) Harrison, L. E., Huntington, S.P. Tallinn: Pegasus, lk. 264-277.

- Ferrer-i-Carbonella, A., Gowdy, J. M. (2007). Environmental degradation and happiness. – *Ecological Economics*, vol. 60, issue 3, pp. 509-516.
- Fischer, J. A.V. (2009). Subjective Well-being as Welfare Measure: Concepts and Methodology. – *Munich Personal RePEc ARrchive*, no. 16619.
- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. - *Social indicator research*, no. 20, pp. 355–382.
- Frey, B. S., Stutzer, A. (2002). Happiness and economics. - *World Econmoics*, vol. 3 no 1
- Gujarati, D. N. (2003). Basic Econometrics. 4th ed. New York: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Haworth, J., Hart, G. (2012). Well-being: Individual, Community and Social Perspectives. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Helliwell, J. F. (2002). How's Life? Combining Individual and National Variables to Explain Subjective Well-Being. - NBER Working Paper, no 9065.
- Inglehart, R. (2002). Gender, aging and subjective well-being. – *International Journal of Comparative Sociology*. vol. 43, no. 3-5, pp. 391 – 408.
- Kahneman, D., Krueger, A. B. (2006). Developments in the Measurement of Subjective Well Being. – *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, no. 1, pp. 3-24.
- Kõrreveski, K. (2011). Heaolu ja elukvaliteedi mõõtmisest OECD näitajate põhjal. – *Eesti Statistika Kvartalikirj*, nr. 4/11, lk. 28-44.
- Lanzieri, G. (2011) The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. - *Statistics in Focus*. Eurostat no. 23/2011.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. - *Archives of Psychology*, vol. 22, no. 140, pp. 1-55.
- Mangeloja, E. (2008). Õnnelikkuse majandusteadus. - *Sirp eri: Õnne valem*, nr. 25/26, lk. 17.
- Mereste, U. (2003). Heaolu. - *Majandusleksikon I*. (Toim) Ü. Mallene. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastuse AS, lk 222.
- Miller, D.B., Salkind, N.J. (2002). Handbook of Research Design. Social Measurement. 6th. ed. Thousand Oaks, London.
- Mitrea, L., S. (2008). Gerontology. Ontario: Natural Medicine Books.

- Mõisted ja meetodikad. (2011). Statistikaamet. [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvaloendus/REL2011/06Pelisus\\_ja\\_ranne/05Polis\\_ja\\_valis\\_rahvastik/RL\\_01.htm](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvaloendus/REL2011/06Pelisus_ja_ranne/05Polis_ja_valis_rahvastik/RL_01.htm) (19.11.2015)
- Noll, H.-H. (2002). Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends. *Advances in Sociological Knowledge. Over Half a Century*. pp. 151-182.
- Objective vs. Subjective well-being. (2011) The UK Office for National Statistics. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110422103457/http://well-being.dxwconsult.com/2011/02/24/objective-vs-subjective-well-being> (04.10.2015)
- OECD Better Life Index. Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/about/better-life-initiative/> (29.09.2015)
- Oviir, S. (2002). Eesti rahvastiku vananemine. <http://www.hot.ee/e/eakad/peegel.htm> (03.12.2015)
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social Network and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. – *Psychology and Aging*, vol. 15, no. 2, pp. 187 – 224.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age. – *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 56, no. 4, pp P195 – P213.
- Puur, A., Põldma, A. (2010). Rahvastiku vananemine demograafilises vaates. – *Sotsiaaltrendid* nr. 5, lk. 6-29.
- Quality of Life Indicators. Eurostat Statistics Explained. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators) (29.09.2015)
- Randveer, A. (2007). Subjekttiivne heaolu: Eesti rahvusvahelises võrdluses. Eesti Majandusteaduse Seltsi II aastakonverentsi materjalid: Eesti Majandusteaduse Seltsi II aastakonverents. Eesti Majandusteaduse Selts, Pärnu.
- Rannala, H. (2011). Euroopa Liidu rahvaarv saavutab maksimumi 30 aasta pärast. Statistikablogi. <http://statistikaamet.wordpress.com/2011/06/09/euroopa-liidu-rahvaarv-saavutab-maksimumi-30-aasta-parast/> (24.10.2015)
- Realo, A. (2006). Mis paneb eestlase elust rõõmu tundma? - *Horisont*, nr. 2, lk. 24-28.
- Realo, A. (2008). Eluga rahulolu ja õnnelikkus. - *Eesti inimareng aruanne 2008*, (Toim) D. Kutsar, ptk. Eesti elukvaliteet ja rahulolu rahvusvahelises võrdluses, lk. 63-67.
- Realo, A. (2008). Õnne valem. - *Sirperi:õnne valem*, nr. 25/26 lk. 18.

- Realo, A., Dobewall, H. (2011). Vanus, töötus ja eluga rahulolu Eestis, Lätis, Soomes ning Rootsis. – *Eesti Inimarengu Aruanne 2010/2011*, ptk. Sotsiaalpoliitika, tööturg ja elanikkonna subjektiivne heaolu (Toim.) M. Ainsaar, lk 87-90.
- Saks, K. (2009). Eakate elukvaliteet. - *Eesti inimarengu aruanne 2008*. (Toim.) D. Kutsar, ptk. Eesti elukvaliteet ja eluga rahulolu rahvusvahelises võrdluses, lk. 74-78.
- Schaie, K. W., Lawton, M. P. (1997). Focus on Emotion and Adult Development. Springer Publishing Company, p. 364.
- Seligman, M. E. P. (2008). *Ehe õnn*. Tallinn: Pilgrim.
- Stevenson. B., Wolfers, J. (2008). Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox. - *Brookings Papers on Economic Activity*, no. 1, pp. 1-87.
- Stevenson. B., Wolfers, J. (2013). Subjective Well-Being and Income: Is There Any Evidence of Satiation?. - *American Economic Review: Papers & Proceedings*, vol. 103, nr. 3, pp. 598–604
- Stiglitz, J. E., Sen, A., Fitoussi, J.-P. (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Institut national de la statistique et des économiques. [http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers\\_web/stiglitz/doc-commission/RAPPORT\\_anglais.pdf](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/stiglitz/doc-commission/RAPPORT_anglais.pdf) (05.10.2015).
- Stutzer, A.; Frey, B. S. (2012). Recent Developments in the Economics of Happiness: A Selective Overview. Institute for the Study of Labor Discussion Paper Series, no. 7078.
- Tammist, R. (2010). Appi! SKT kukub! <http://epl.delfi.ee/news/arvamus/appi-skt-kukub?id=51185907> (10.12.2015)
- Tiit, E.-M., Leppik, L., Võrk, A., Leetmaa, R. (2004). Euroopa Liidu ühiste pensioni eesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile. - *Praxise Toimetised*, nr 14.
- Tomasberg, K. (2011). Heaolu mõiste. Õpiprojekt, TÜ Pärnu Kolledž, 2011.
- Toots, A.(2013) Sissejuhatus. - *Eesti inimarengu aruanne 2012/2013*. Eesti maailmas, Eesti Koostöö Kogu. ptk. Heaolu ja elukvaliteet, (Toim.) A.Toots, lk 97.
- Trumm, A., Kasearu, K. (2008). Elukvaliteedi tüpoloogia. - *Eesti inimarengu aruanne 2008*, (Toim) D. Kutsar, ptk. Eesti elukvaliteet ja eluga rahulolu rahvusvahelises võrdluses, lk. 67-69.
- Van Praag, B, Frijters, P., Ferrer-i-Carbonell, A. (2003). The Anatomy of Subjective Well-being. - *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 51, Issue 1, p. 29-50.

- Wallace, C., Abbott, P. (2007). From Quality of Life to Social Quality: Relevance for Work and Care in Europe. - *Calitatea Vietii Revista de Politici Sociale*, no. 1–2, pp. 109–123.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. - *Journal of Personality and Social Psychology*, no. 54(6), 1063-1070.
- Watson, D., Pichler, F., Wallace, C. (2010) Second European Quality of Life Survey. Subjective well-being in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-897-0862-3.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? - *Social Indicators Research* no. 24, pp. 1-34.
- Yang, Y. (2008). Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age period-cohort analysis. – *American Sociological Review*, vol. 73, no. 2, pp. 204 – 236.

# LISAD

## Lisa 1. Muutujatega seotud küsimused Euroopa elukvaliteediuringus

Muutuja (Lühend)	Küsimus	Vastuse variandid
subjektiivne heaolu (W)	All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?	1 = very dissatisfied ... 10 = very satisfied
vanus (A)	Starting with yourself, what was your age last birthday?	18-95 years
sugu (G)	Gender of the respondent	1 = male, 2 = female
perekonnaseis (M)	Could I ask you about your current marital status?	1 = married or living with partner 2 = separated or divorced and not living with partner 3 = widowed and not living with partner 4 = never married and not living with partner
laste arv (C)	How many children of your own do you have?	0-9 last
haridus (E)	Education: three categories	1 = primary or less 2 = secondary 3 = tertiary
hõivestaatus (T)	Employment status (7 categories)	1 = employed (includes on leave) 2 = unemployed 3 = unable 4 = retired 5 = homemaker 6 = student 7 = other
elukutse (O)	What is your current occupation?	0 = armed forces 10 = manager 20 = professional 30 = technician, junior professional 40 = clerical support worker 50 = service worker 52 = sales worker 60 = skilled agricultural forestry and fishery worker 70 = craft and related trades worker 80 = plant and machine operator or assembler 90 = elementary occupations
sissetulek (I)	Please can you tell me how much your households NET income per month is?	76 - 42 000 euros
leibkonna- liikmete arv (L)	How many people live in this household?	1-10 peoples
deprivatsioon, materiaalne ilmajäetus (D)	Deprivation index: Number of items household cannot afford	0 – 6 items

## Lisa 1 järg

tervis (H)	In general, would you say your health is...?	1 = excellent 2 = very good 3 = good 4 = fair 5 = poor
töövõimetus (P)	Do you have any chronic (long-standing) physical or mental health problem, illness or disability?	1 = yes 2 = no
praktiline tugi (PT)	If you needed help around the house when ill / From whom would you get support?	1 = a member of your family / relative 2 = a friend, neighbour, or someone else, who does not belong to your family or relatives 3 = a service provider, institution or organisation 4 = nobody
moraalne tugi (MT)	If you were feeling a bit depressed and wanting someone to talk to / From whom would you get support?	1 = a member of your family / relative 2 = a friend, neighbour, or someone else, who does not belong to your family or relatives 3 = a service provider, institution or organisation 4 = nobody
finantsiline tugi (FT)	If you needed to urgently raise amount of (Currency) to face an emergency / From whom would you get support?	1 = a member of your family / relative 2 = a friend, neighbour, or someone else, who does not belong to your family or relatives 3 = a service provider, institution or organisation 4 = nobody
hinnang terviseteenustele (TT)	Health services / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality
hinnang haridussüsteemile (HS)	Education system / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality
hinnang ühistranspordile (ÜT)	Public transport / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality
hinnang lastehoiuteenustele (LT)	Child care services / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality
hinnang hooldusteenusele (HT)	Long term care services / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality
hinnang pensionisüsteemile (PS)	State pension system / How would you rate the quality of each of the following public services?	1 = very poor quality ... 10 = very high quality



## Lisa 2. Kirjeldav statistika

Muutuja (Lühend)	Vaatluste arv	Aritmeetiline keskmine	Standardhälve	Miinum	Maksimum
subjektiivne heaolu (W)	996	6.230	2.176	1	10
vanus (A)	1002	54.078	19.353	18	95
sugu (G)	1002	0.354	0.479	0	1
perekonnaseis (M)	994	2.035	1.177	1	4
laste arv (C)	998	1.560	1.182	0	9
haridus (E)	1001	2.174	0.498	1	3
tööhõive (T)	1002	2.717	1.623	1	7
elukutse (O)	407	46.197	27.224	0	90
sissetulek (I)	570	410.692	974.146	33.3	21000
deprivatsioon, materiaalne ilmajätus (D)	864	2.743	1.959	0	6
tervis (H)	999	2.786	0.890	1	5
töövõimetus (P)	991	0.475	0.500	0	1
praktiline tugi (PT)	996	1.215	0.593	1	4
moraalne tugi (MT)	989	1.575	0.842	1	4
finantsiline tugi (FT)	969	1.649	1.056	1	4
hinnang terviseteenustele (TT)	970	5.712	2.103	1	10
hinnang haridussüsteemile (HS)	896	6.146	2.019	1	10
hinnang ühistranspordile (ÜT)	926	6.414	2.061	1	10
hinnang lastehoiuteenustele (LT)	535	6.284	2.052	1	10
hinnang hooldusteenusele (HT)	487	5.290	2.084	1	10
hinnang pensionisüsteemile (PS)	885	3.959	2.212	1	10

### Lisa 3. Subjektiivse heaolu tasemed vanuse gruppide lõikes

Subjektiivse heaolu tase	Noored		Keskmised		Eakad		Kokku sagedus
	sagedus	osakaal (%)	sagedus	osakaal (%)	sagedus	osakaal (%)	
1	2	0.98	19	4.31	7	1.99	28
2	2	0.98	16	3.63	10	2.85	28
3	8	3.92	32	7.26	27	7.69	67
4	11	5.39	42	9.52	12	3.42	65
5	23	11.27	71	16.10	82	23.36	176
6	34	16.67	70	15.87	47	13.39	151
7	44	21.57	86	19.50	53	15.10	183
8	42	20.59	61	13.83	64	18.23	167
9	22	10.78	18	4.08	13	3.70	53
10	16	7.84	26	5.90	36	10.26	78
Kokku	204	20.48	441	44.28	351	35.24	996

#### Lisa 4. Subjektiiivse heaolu tasemed meeste ja naiste lõikes

Vastuse variant	Mees		Naine		Kokku sagedus
	sagedus	osakaal (%)	sagedus	osakaal (%)	
1	8	2.3	20	3.1	28
2	6	1.7	22	3.4	28
3	28	7.9	39	6.1	67
4	30	8.5	35	5.4	65
5	58	16.4	118	18.4	176
6	50	14.2	101	15.7	151
7	60	17.0	123	19.1	183
8	66	18.7	101	15.7	167
9	19	5.4	34	5.3	53
10	28	7.9	50	7.8	78
Kokku	353	35.4	643	64.6	996

## Lisa 5. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil

Mudeli spetsifikatsioon		1	2	3
	Vaatluste arv	850	850	850
mudeli statistiline olulisus	F	0.000	0.000	0.000
mudeli kirjeldusvõime	R <sup>2</sup>	0.280	0.284	0.282
const.		0.446 ** (0.164)	0.677*** (0.195)	0.535*** (0.153)
vanus		0.002 (0.001)	-0.010 (0.006)	X
vanus <sup>2</sup>		X	0.0001 * (0.0001)	X
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	X	X	0.005 (0.045)
	65 - 95	X	X	0.120* (0.051)
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	mees	-0.039 (0.032)	-0.036 (0.031)	-0.033 (0.032)
perekonnaseis (ilma partnerita)	partneriga	-0.021 (0.033)	-0.010 (0.033)	-0.018 (0.033)
laste arv		-0.008 (0.014)	-0.001 (0.015)	-0.002 (0.015)
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	keskharidus	0.016 (0.070)	0.036 (0.071)	0.015 (0.070)
	kõrgharidus	0.086 (0.075)	0.105 (0.076)	0.080 (0.076)
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.216 *** (0.057)	-0.210*** (0.056)	-0.210*** (0.056)
	töövõimetu	-0.092 (0.093)	-0.075 (0.093)	-0.081 (0.093)
	pensionil	-0.059 (0.054)	-0.093 (0.564)	-0.096 (0.055)
	kodune	-0.196 (0.107)	-0.200 (0.107)	-0.204 (0.107)
	õpilane	0.147 * (0.063)	0.086 (0.067)	0.118 (0.061)
	muu	0.185 (0.179)	0.157 (0.185)	0.163 (0.182)
ilmajätetus (puudus)		-0.061 *** (0.009)	-0.061*** (0.009)	-0.061*** (0.009)
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.0532 (0.112)	0.080 (0.110)	0.056 (0.113)
	hea	0.220 * (0.111)	0.251* (0.110)	0.219 (0.112)
	väga hea	0.257 * (0.118)	0.279* (0.116)	0.245* (0.118)
	suurepärase	0.275 * (0.127)	0.279* (0.125)	0.253* (0.127)

## Lisa 5 jätk

puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.078 * (0.037)	-0.078* (0.036)	-0.079* (0.037)
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.008 (0.062)	-0.010 (0.062)	-0.005 (0.060)
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.028 (0.055)	-0.037 (0.056)	-0.038 (0.056)
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.016 (0.044)	0.015 (0.043)	0.015 (0.043)
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.135 *** (0.034)	0.133*** (0.034)	0.131*** (0.034)
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.082 * (0.036)	0.079* (0.035)	0.079* (0.036)
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.032 (0.032)	-0.031 (0.032)	-0.031 (0.032)
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073 * (0.036)	0.073* (0.036)	0.073* (0.036)
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.009 (0.039)	-0.005 (0.038)	-0.002 (0.038)
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.057 (0.036)	0.055 (0.036)	0.057 (0.036)

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

Sulgudes on kajastatud parameetrite standard vead. X tähistab seda, et mudelis ei ole muutujat kasutatud.

## Lisa 6. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil, koosmõjud

Mudeli spetsifikatsioon		3	Koosmõjud
	Vaatluste arv	850	850
mudeli statistiline olulisus	F	0.000	0.000
mudeli kirjeldusvõime	R <sup>2</sup>	0.282	0.295
const.		0.535*** (0.153)	0.459* (0.193)
vanus		X	X
vanus <sup>2</sup>		X	X
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	0.005 (0.045)	0.010 (0.048)
	65 - 95	0.120* (0.0514)	0.161 (0.207)
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	mees	-0.033 (0.032)	0.017 (0.038)
perekonnaseis (ilma partnerita)	partneriga	-0.018 (0.033)	-0.004 (0.039)
laste arv		-0.002 (0.015)	-0.001 (0.014)
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	keskharidus	0.015 (0.070)	0.174 (0.129)
	kõrgharidus	0.081 (0.076)	0.279* (0.136)
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.210*** (0.0564)	-0.211*** (0.059)
	töövõimetu	-0.081 (0.093)	-0.085 (0.086)
	pensionil	-0.096 (0.055)	-0.120* (0.056)
	kodune	-0.204 (0.107)	-0.182* (0.092)
	õpilane	0.118 (0.061)	0.122 (0.082)
	muu	0.163 (0.182)	0.178 (0.175)
ilmajätetus (puudus)		-0.061*** (0.009)	-0.059*** (0.009)
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.056 (0.113)	0.058 (0.098)
	hea	0.219 (0.112)	0.144 (0.113)
	väga hea	0.245* (0.118)	0.173 (0.119)
	suurepärase	0.253* (0.127)	0.173 (0.131)
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.079* (0.037)	-0.081* (0.037)

## Lisa 6 jätk

praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.005 (0.060)	0.029 (0.087)
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.038 (0.056)	-0.123 (0.068)
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.015 (0.043)	-0.0004 (0.0413)
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.131*** (0.034)	0.125*** (0.032)
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.079* (0.036)	0.084* (0.034)
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.031 (0.032)	-0.036 (0.032)
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073* (0.036)	0.080* (0.036)
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.002 (0.038)	-0.0003 (0.0383)
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.057 (0.036)	0.055 (0.039)
koosmõju: eakad ja sugu	eakas mees	X	-0.160* (0.071)
koosmõju: eakad ja perekonnaseis	partneriga elav eakas	X	-0.023 (0.068)
koosmõju: eakad ja moraalne toetus	moraalset toetust saav eakas	X	0.210 (0.108)
koosmõju: eakad ja praktiline toetus	praktilist toetust saav eakas	X	-0.055 (0.122)
koosmõju: eakad ja tervis	eakas, kelle tervis on hea	X	0.123 (0.083)
koosmõju: eakad ja keskharidus	eakas, kellel on keskharidus	X	-0.187 (0.155)
koosmõju: eakad ja kõrgharidus	Eakas, kellel on kõrgharidus	X	-0.271 (0.168)

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

Sulgudes on kajastatud parameetrite standard vead. X tähistab seda, et mudelis ei ole muutujat kasutatud.

## Lisa 7. Logit-mudel, spetsifikatsioonide marginaalsed efektid

Mudeli spetsifikatsioon		1		2		3	
		Margi- naalsed efektid	Olulisus (p)	Margi- naalsed efektid	Olulisus (p)	Margi- naalsed efektid	Olulisus (p)
	Vaatluste arv	850		850		850	
mudeli statistiline olulisus	$\chi^2$	0.000		0.000		0.000	
mudeli kirjeldusvõime	Pseudo R <sup>2</sup>	0.240		0.244		0.242	
const.		-0.188		1.109		0.437	
vanus		0.002	0.122	-0.009	0.103	X	X
vanus <sup>2</sup>		X	X	0.0001*	0.032	X	X
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	X	X	X	X	-0.005	0.914
	65 - 95	X	X	X	X	0.115*	0.030
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	Mees	-0.039	0.231	-0.035	0.271	-0.033	0.306
perekonnaseis (ilma partnerita)	Partneriga	-0.018	0.551	-0.007	0.820	-0.016	0.608
laste arv		-0.007	0.580	-0.002	0.866	-0.003	0.835
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	Keskharidus	0.006	0.929	0.029	0.684	0.005	0.944
	kõrgharidus	0.073	0.341	0.093	0.232	0.067	0.376
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.213**	0.001	-0.207**	0.001	-0.206**	0.001
	töövõimetu	-0.068	0.420	-0.051	0.532	-0.057	0.488
	pensionil	-0.066	0.229	-0.095	0.090	-0.100	0.088
	kodune	-0.209*	0.022	-0.211*	0.020	-0.216**	0.017
	õpilane	0.207*	0.007	0.163	0.071	0.182*	0.024
	muu	0.182	0.154	0.161	0.218	0.162	0.213
ilmajätetus (puudus)		-0.056***	0.000	-0.057***	0.000	-0.056***	0.000



## Lisa 7 jätk

tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.041	0.675	0.060	0.533	0.039	0.686
	hea	0.188*	0.048	0.214*	0.023	0.183	0.053
	väga hea	0.229*	0.028	0.244*	0.018	0.212*	0.041
	suurepärase	0.264*	0.032	0.260*	0.035	0.237	0.055
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.078**	0.024	-0.077*	0.025	-0.077*	0.025
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.013	0.819	-0.015	0.798	-0.011	0.849
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.023	0.668	-0.028	0.597	-0.030	0.573
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.013	0.748	0.010	0.789	0.010	0.795
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.127***	0.000	0.125***	0.000	0.123***	0.000
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073*	0.017	0.072*	0.020	0.071*	0.021
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.029	0.341	-0.029	0.349	-0.027	0.384
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.078*	0.025	0.078*	0.025	0.077*	0.027
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.004	0.922	-0.002	0.956	-0.001	0.982
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.063	0.116	0.060	0.132	0.064	0.112

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05. X tähistab seda, et mudelis ei ole muutujat kasutatud.

## Lisa 8. Logit-mudel, spetsifikatsioonide marginaalsed efektid, koosmõjud

Mudeli spetsifikatsioon		3		Koosmõjud	
		Margi- naalsed efektid	Olulisus (p)	Margi- naalsed efektid	Olulisus (p)
	Vaatluste arv	850		850	
mudeli statistiline olulisus	$\chi^2$	0.000		0.000	
mudeli kirjeldusvõime	Pseudo R <sup>2</sup>	0.242		0.254	
const.		0.437		-0.405	
vanus		X		X	
vanus <sup>2</sup>		X		X	
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	-0.005	0.914	-0.008	0.874
	65 - 95	0.115*	0.030	0.222	0.313
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	Mees	-0.033	0.306	0.016	0.686
perekonnaseis (ilma partnerita)	Partneriga	-0.016	0.608	-0.003	0.939
laste arv		-0.003	0.835	-0.002	0.889
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	Keskharidus	0.005	0.944	0.217	0.182
	kõrgharidus	0.067	0.376	0.330	0.048
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötü	-0.206**	0.001	-0.200**	0.001
	töövõimetu	-0.057	0.488	-0.057	0.488
	pensionil	-0.100	0.088	-0.116	0.046
	kodune	-0.216*	0.017	-0.191*	0.036
	õpilane	0.182*	0.024	0.175*	0.029
muu	0.162	0.213	0.168	0.167	
ilmajätetus (puudus)		-0.056***	0.000	-0.053***	0.000
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.039	0.686	0.053	0.586
	hea	0.183	0.053	0.130	0.257
	väga hea	0.212*	0.041	0.161	0.184
	suurepärane	0.237	0.055	0.174	0.211
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.077*	0.025	-0.081*	0.018
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.011	0.849	0.028	0.743
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.030	0.573	-0.124	0.082
finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.010	0.795	-0.004	0.923
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.123***	0.000	0.118***	0.000
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.071*	0.021	0.076*	0.013
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.027	0.384	-0.029	0.340

## Lisa 8 jätk

hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.077*	0.027	0.082*	0.018
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.001	0.982	-0.001	0.976
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.064	0.112	0.066	0.101
koosmõju: eakad ja sugu	eakas mees	X		-0.138*	0.043
koosmõju: eakad ja perekonnaseis	partneriga elav eakas	X		-0.028	0.658
koosmõju: eakad ja moraalne toetus	moraalset toetust saav eakas	X		0.203	0.050
koosmõju: eakad ja praktiline toetus	praktilist toetust saav eakas	X		-0.065	0.576
koosmõju: eakad ja tervis	eakas, kelle tervis on hea	X		0.084	0.281
koosmõju: eakad ja keskharidus	eakas, kellel on keskharidus	X		-0.322	0.082
koosmõju: eakad ja kõrgharidus	Eakas, kellel on kõrgharidus	X		-0.223	0.201

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

X tähistab seda, et mudelis ei ole muutujat kasutatud.

## Lisa 9. Regressioonanalüüs vähimruutude meetodil koos sissetulekuga

Mudeli spetsifikatsioon		3	Sissetulek
	Vaatluste arv	850	486
mudeli statistiline olulisus	F	0.000	0.000
mudeli kirjeldusvõime	R <sup>2</sup>	0.282	0.275
const.		0.535*** (0.153)	0.611** (0.204)
vanus (võrdlusgrupp: 35-64)	18 - 34	0.005 (0.045)	-0.035 (0.073)
	65 - 95	0.120* (0.0514)	0.127 (0.067)
sugu (võrdlusgrupp: Naine)	mees	-0.033 (0.032)	-0.104* (0.045)
perekonnaseis (ilma partnerita)	partneriga	-0.018 (0.033)	-0.021 (0.045)
laste arv		-0.002 (0.015)	-0.016 (0.021)
haridus (võrdlusgrupp: algharidus)	keskharidus	0.015 (0.070)	-0.006 (0.096)
	kõrgharidus	0.081 (0.076)	0.038 (0.103)
hõivestaatus (võrdlusgrupp: töötav)	töötu	-0.210*** (0.0564)	-0.193* (0.092)
	töövõimetu	-0.081 (0.093)	-0.162 (0.110)
	pensionil	-0.096 (0.055)	-0.109 (0.070)
	kodune	-0.204 (0.107)	-0.102 (0.193)
	õpilane	0.118 (0.061)	0.163 (0.201)
	muu	0.163 (0.182)	0.447*** (0.126)
ilmajätetus (materiaalne puudus)		-0.061*** (0.009)	-0.070*** (0.012)
tervis (võrdlusgrupp: kehv)	rahuldav	0.056 (0.113)	0.097 (0.134)
	hea	0.219 (0.112)	0.236 (0.135)
	väga hea	0.245* (0.118)	0.273 (0.145)
	suurepärase	0.253* (0.127)	0.295 (0.169)
puue (võrdlusgrupp: ei ole puuet)	puudega	-0.079* (0.037)	-0.094 (0.049)
praktiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.005 (0.060)	-0.010 (0.071)
moraalne toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	-0.038 (0.056)	-0.089 (0.075)

## Lisa 9 jätk

finantsiline toetus (võrdlusgrupp: ei saa abi)	saab	0.015 (0.043)	0.024 (0.057)
hinnang terviseteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.131*** (0.034)	0.094* (0.046)
hinnang haridussüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.079* (0.036)	0.093 (0.047)
hinnang ühistranspordile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.031 (0.032)	0.019 (0.045)
hinnang lastehoiuteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.073* (0.036)	0.098 (0.052)
hinnang hooldusteenustele (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	-0.002 (0.038)	-0.008 (0.057)
hinnang pensionisüsteemile (võrdlusgrupp: ebakvaliteetne)	kvaliteetne	0.057 (0.036)	0.087 (0.048)
sissetulek inimese kohta		X	-0.00005 (0.00005)

Märkus: \*\*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.001; \*\* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.01; \* näitaja on oluline olulisuse nivool 0.05.

Sulgudes on kajastatud parameetrite standard vead. X tähistab seda, et mudelis ei ole muutujat kasutatud.