

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**TERVISESEISUNDIGA SEOTUD IGAPÄEVATEGEVUSTE
PIIRANGUD EESTI TÄISKASVANUD RAHVASTIKUS AASTATEL
2004–2022**

Magistritöö rahvatervishoius

Grete Madi

**Juhendaja: Mariliis Pöld, PhD, Tartu Ülikool,
peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
tervisepoliitika teadur**

**Tartu
2024**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 24.05.2024 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Mall Leinsalu, PhD, Tervise Arengu Instituut, juhtivteadur

Kaitsmine: 05.06.2024

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	4
1. Sissejuhatus.....	5
2. Kirjanduse ülevaade	6
2.1 Tegevuspiirangu mõiste.....	6
2.2 Tegevuspiirangute tekkimine ja levimus	8
2.2.1 Tegevuspiirangute riskitegurid.....	8
2.2.2 Tegevuspiirangute levimus	10
3. Eesmärgid	12
4. Materjal ja meetodika.....	13
4.1 Andmestik ja valimi moodustamine	13
4.2 Töös kasutatavad tunnused	14
4.2.1 Tegevuspiirangud	14
4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused	14
4.2.3 Tervist ja tervisekäitumist kirjeldavad tunnused	14
4.3 Andmeanalüüs.....	16
5. Tulemused.....	17
5.1 Valimi kirjeldus.....	17
5.2 Tegevuspiirangute levimus	20
5.3 Tegevuspiirangute seosed sotsiaaldemograafiliste ning tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega.....	23
6. Arutelu.....	27
6.1 Tegevuspiirangute levimus ja seotud tegurid.....	27
6.2 Magistritöö puudused ja tugevused	30
7. Järeldused ja ettepanekud	31
8. Kasutatud kirjandus.....	32
Summary	37
Tänuavaldus.....	38
<i>Curriculum vitae</i>	39
Lisa. Töös kasutatud küsimused	40

Lühikokkuvõte

Magistritöös uuriti terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piiranguid Eesti täiskasvanud rahvastikus aastatel 2004–2022. Töö alaeesmärgid olid: 1) kirjeldada terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piirangute levimust; 2) analüüsida igapäevategevuste piirangute seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega; 3) analüüsida tegevuspiirangute seoseid tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega.

Töö põhines Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 16–64aastaste andmetel ($n = 27\ 056$) aastatel 2004–2022. Seoseid tegevuspiirangute ja erinevate tegurite vahel hinnati logistilise regressioonanalüüsiga. Rühmade vaheliste erinevuste arutamisel kasutati hii-ruut testi. Arvutati kohandamata ja kõigile mudelis kasutatud tunnustele kohandatud šansisuhted (*OR*) koos 95% usaldusvahemikega (95% *CI*). Olulisuse nivooks võeti 5%.

Meestel oli kõrgeim tegevuspiirangute kaalutud levimus 53,9% aastal 2022 ning naiste seas 55,7% aastal 2008. Tegevuspiirangute levimus oli kõrgeim 55–64aastaste ja põhiharidusega vastajate seas. Nii meestel kui ka naistel oli rahvuse ja haridustaseme järgi uuringuaastate vahel statistiliselt oluline erinevus, välja arvatud meestel põhiharidusega vastajate hulgas.

Kõigile teguritele kohandatud logistilise regressioonanalüüsi mudeli järgi oli nii meeste kui naiste tegevuspiirangute levimus seotud uuringuaasta, sissetuleku, suitsetamise staatuse, tervisespordiga tegelemise, kroonilise haiguse esinemise, enesehinnangulise tervise ja depressiooni tajumisega. Vaid meeste seas oli tegevuspiirangute levimus seotud haridusega ning vaid naistel vanusega. Siinses töös ei leitud kõigile tegurite kohandamisel seost tegevuspiirangute esinemise ja rahvuse, perekonnaseisu ning alkoholi tarvitamise vahel. Magistritöö tulemused tegevuspiirangute levimuse ning sellega seotud tegurite kohta aitavad tõhustada rahvatervishoiu alast poliitikat tegevuspiirangute vähendamiseks Eesti täiskasvanud rahvastikus.

1. Sissejuhatus

Ühiskonnaelus osalemist peetakse inimese toimimise üheks võtmekomponendiks, kuna see aitab kaasa heaolule ja isiklike eesmärkide täitmisele. Sellisena on ühiskonnaelus osalemine tunnustatud universaalseks õiguseks, seda ka puuetega inimestele ja inimestele, kellel on haiguste, tervisehäirete või vigastuse tõttu piiratud igapäevategevustes osalemine. Sellegipoolest on uuringud näidanud, et tegevuspiirangutega inimesed osalevad töö- ja ühiskonnaelus vähem kui piiranguteta inimesed. (1)

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üks eesmärkidest on, et oodatav eluiga pikeneb, aga tervena elatud aastate arv kasvab kiiremini ehk suurema osa elavad inimesed tervisest tulenevate piiranguteta (2).

Regionaalsed ja riiklikud strateegiad näevad ette meetmeid, mis tagavad tegevuspiirangutega inimestel igapäevaelus osalemise. Näiteks puuetega inimeste õiguste strateegia, mille eesmärk on kõigile Euroopa puuetega inimestele tagada võimalused kasutada oma inimõigusi, võrdse juurdepääsu ühiskonnas ja majanduses osalemisele, otsustusvabaduse elamisvalikute osas, vaba liikumise Euroopa Liidus ning võimaluse elada diskrimineerimiseta. (3) Kui Euroopa Komisjoni strateegia rakendamine on edukas, siis väheneb inimeste osakaal, kes tajuvad igapäevategevustes osalemise piiratust pikaajalise terviseprobleemi tõttu.

Eestis on varasemalt kaardistatud üldist tegevuspiirangute levimust (5, 6), analüüsitud sotsiaalsete võrgustike ja tegevuspiirangute vahelisi seoseid vanemate põlis- ja välismaalaste seas (6), tegevuspiiranguid põhjustavaid vigastusi (7) ja tegevuspiirangute seoseid materiaalse deprivatsiooniga (8) ning tervisekäitumise teguritega kesk- ja vanemaealiste seas (9). Vähem on uuritud tegevuspiirangute läbilõikelist esinemist ning Eesti nooremat rahvastikku tegevuspiirangute ja tervisekäitumise vaheliste seoste osas. Käesolev magistr töö annab ülevaate tegevuspiirangute levimusest ning seostest sotsiaaldemograafiliste ning tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega noorte ja keskealiste seas ligi 20 aastase perioodi kohta.

2. Kirjanduse ülevaade

Tervis on tulemus, olek, mida ühiskonnas kõrgelt hinnatakse ja prioriteediks peetakse. See on ka elamisressurss, kuna võimaldab inimestel toimida ja osaleda ühiskonnaelus. Alates 1948. aastast on tervise mõiste defineerimise lähtepunktiks olnud Maailma Terviseorganisatsioon (WHO). Algselt määratleti tervist kui täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte ainult haiguse või puude puudumist. 1986. aastal laiendas WHO seda mõistet, tuues välja, et tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ja seda parandada. (10) Täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundi saavutamiseks peab indiviid või rühm olema võimeline tuvastama ja ellu viima püüdlusi, rahuldama vajadusi ning muutuma või keskkonnaga toime tulema. (11, 12) Seetõttu nähakse tervist igapäevaelu ressursina, mitte elamise eesmärgina. Tervis on positiivne mõiste, mis rõhutab sotsiaalseid ja isiklikke ressursse, aga ka füüsilisi võimeid. (10)

2.1 Tegevuspiirangu mõiste

Tegevuspiirang on tervise või puude mõõdik, mis kajastab tavapärase tegevuste sooritamise piirangut terviseprobleemide tõttu. Sellel kontseptsioonil põhinevate näitajate abil saab hinnata üldist tervislikku seisundit, puuet ja sellega seotud ebavõrdsust ning tervishoiu vajadusi rahvastiku tasandil. (12) Terviseprobleemi või haigust loetakse pikaajaliseks, kui see on kestnud või tõenäoliselt kestab vähemalt kuus kuud (13).

Sotsiaalministeeriumi poolt elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse kohta 2020. aastal tellitud raportis defineeritakse tegevuspiirangut kui inimese enesehinnangulist piirangut igapäevategevustes, mis tuleneb tema terviseseisundist, mitte rahalistest, kultuurilistest vms tervisega mitte seotud põhjustest. Tegevuspiirang ei kattu ametlikult määratava puude ega töövõime kategooriatega: tegevuspiirangu esinemine võib olla laiem, kuna inimese hinnang enda igapäevategevuste piiratusele kehtib ka siis, kui tal vähenenud töövõimet või puuet ametlikult tuvastatud ei ole. (4)

Terviseprobleeme ning neist tulenevaid tegevuspiiranguid esineb sagedamini eakatel, kuid neid võivad kogeda ka nooremad inimesed (4). Tegevuspiirangud on arenenud riikides muutumas ühiskonna suurimaks tervisega seotud koormaks (5). Statistikaameti poolt kogutavad registriandmed ametlikult tuvastatud puude, töövõimekao või vähenenud töövõime esinemise kohta annavad osalise ülevaate tegevuspiirangute esinemisest rahvastikus, kuid igapäevategevustega toimetulek võib olla tervislikel põhjustel raskendatud ka neil, kellel ametlikult töövõime vähenemist või puuet tuvastatud ei ole. (4)

Igal riigil on oma sotsiaalhoolekandesüsteem, mille alusel hinnatakse, kas inimesel on tegevuspiirang. Pärast 2008. aasta reformi on Eestis puude määramisel aluseks olnud inimese enda hinnang oma tegevusvõimele. Peale tegevuspiirangute tuvastamise puude mõistes määratakse ka puude raskusaste, mille peamiseks kriteeriumiks on kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadus. (14)

Tegevuspiirangud võivad avalduda inimestel erinevalt. Funktsionaalsed tegevuspiirangud on piirangud põhiliste füüsiliste ja vaimsete toimingute sooritamisel, mida igapäevaelus kasutatakse. Funktsionaalsed piirangud näitavad keha ja vaimu üldist võimet teha sihipärast tööd. Põhilised füüsilised tegevused hõlmavad üldist liikuvust, nägemis-, kuulmis- ja suhtlemisraskusi nagu näiteks kõndimine, esemete tõstmine, trepist ronimine, standardsuuruses kirja lugemine ja teiste inimeste kõne kuulmine. Põhilised vaimsed tegevused hõlmavad keskseid kognitiivseid ja emotsionaalseid funktsioone nagu näiteks lühimälu, arusaadav kõne, orienteerumine ajas ja ruumis. (15)

Tegevusvõime muutused arenevad tihti progresseeruvalt ja aja jooksul kumuleeruvad. Kui esialgu ilmnevad piirangud funktsioonides nagu nägemine, kuulmine ja käimine, mida tänapäeval on kerge abivahenditega kompenseerida, siis võivad järgneda sellised tegevuspiirangud, mis on kestvad hoolimata abivahendite olemasolust. Sellised piirangud ilmnevad näiteks koduste igapäevatöödega toimetulekul. Raskematel juhtudel ei luba tegevuspiirangud hakkama saada ka enesehooldusega. (14)

Tegevuspiirangute küsimust kasutatakse indeksis GALI (*Global Activity Limitation Index*), mis võimaldab tegevuspiirangute levimust rahvusvaheliselt võrrelda. GALI abil on võimalik määrata tegevuspiirangute esinemine ja selle tase kasutades küsimust „Mil määral on terviseprobleem viimasel kuuel kuul igapäevategevusi piiranud?“ Antud küsimusele on võimalik vastata „oluliselt piiranud“, „piiranud, kuid mitte oluliselt“ ning „ei ole piiranud“. (16) Küsimust tegevuspiirangute kohta kasutatakse ka tervena elatud eluaastate arvutamisel rahvastikus (17). Küsimusele vastab inimese enesekohaselt. See tähendab, et hinnatakse inimese enda poolt tajutavaid tegevuspiiranguid.

Terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piirangud koos tervise enesehinnangu ning pikaajalise haiguse või terviseprobleemi olemasoluga moodustavad Euroopa terviseseisundi minimooduli (Minimum European Health Module, MEHM) (18, 19), mis võimaldab tulemuslikult prognoosida haigestumust, funktsionaalset võimekust ja suremust ning on kasutusel paljudes rahvastikupõhistes uuringutes (20). Küsimustikes kasutatakse GALI tegevuspiirangute mõõtmise küsimust, kus inimene annab ise hinnangu terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piirangu kohta. Seega annab küsimus infot tajutavate tegevuspiirangute kohta.

2.2 Tegevuspiirangute tekkimine ja levimus

2.2.1 Tegevuspiirangute riskitegurid

Tegevuspiirangud võivad olla seotud teguritega, nagu rass, etniline kuuluvus, sugu (21) ja sotsiaalmajanduslik staatus (21, 22). Indiviidi sotsiaalsed ja majanduslikud ressursid mõjutavad tema tervist ning etnilise vähemuse rühma liikmetel on tihti madalam sotsiaalmajanduslik staatus, mistõttu neil esineb rohkem terviseiga seonduvaid probleeme (23). Samas Altmets jt leidsid Eesti pere- ja sündimusuuringu andmete põhjal, et põlisrahvastikul esines välispäritolu inimestest rohkem tegevuspiiranguid (5).

Kõrgema haridustasemega inimesed on suurema tõenäosusega tervemad ehk neil on parem füüsiline ja vaimne tervis, funktsionaalne võimekus ja kognitiivne sooritusvõime võrreldes madalama haridustasemega inimestega (24). Mida haritum inimene, seda kõrgem on tema tervena elatud eluaastate arv (25) ning väiksem tegevuspiirangute esinemise tõenäosus tulevikus (25, 26).

Kaheksa eri Euroopa riigi võrdlusuuringus, mis tehti 2000. aastate alguse andmete põhjal, leiti, et põhiharidusega või sellest madalama haridustasemega inimestel on tegevuspiirangute tekkerisk suurem kui kõrgema hariduse omandanud inimestel. Tegevuspiiranguteta eluea kestuse erinevus põhi- või keskharitute ja kõrgharidusega meeste puhul oli Leedus üle 10 aasta ning ligikaudu 7 aastat Austria, Soome ja Prantsusmaa meestel. Kõrgharidusega eurooplastel on oodatav eluiga pikem ning nad on parema terviseiga kui madalama haridustasemega inimesed. (25)

Itaalia uurimuses, mis analüüsis MEHM-i uuringu andmeid aastatel 2008–2012 inimestel vanuses 35–79, oli tajutud tegevuspiirangute levimus madalama haridustasemega inimestel suurem. Madala haridustasemega naised tajusid tegevuspiiranguid 18% rohkem ja mehed 15% rohkem kui kõrgharitud. (19)

Tegevuspiirangute esinemissagedus tõuseb koos vanusega (19, 27, 28) kuid kirjeldatud on ka vastupidiseid tulemusi. Beller jt uurisid tegevuspiirangute levimuse ajatrende 30 riigis aastatel 2002–2018 ning leidsid, et üldiselt oli vanemate inimeste seas tegevuspiirangute levimus madalam võrreldes nooremate vanuserühmadega. (29) Sarnaselt leidsid Beller ja Epping 15–90aastaste seas aastatel 2002–2016 läbi viidud 15 riigi Euroopa sotsiaaluuringu andmetel tuginevas uuringus, et nooremad kohordid teatasid üldiselt rohkem tegevuspiirangutest kui vanemad põlvkonnad, mis tähendab, et noorematel põlvkondadel on tulevikus suurem tegevuspiirangute tekkerisk (30).

Tegevuspiiranguid esineb üldiselt naistel rohkem kui meestel (31,32). SHARE andmete põhjal võrreldi 50aasaste ja vanemate naiste ja meeste tegevuspiirangute levimust 20 riigis ning leiti, et Euroopa naistel on suurem risk tegevuspiiranguteks kui meestel ning soolised erinevused suurenevad vanusega (33). Varasemas Eesti uuringus leiti aga, et tegevuspiirangute esinemine meeste ja naiste vahel oluliselt ei erine (5).

On leitud, et suurenev sissetuleku ebavõrdsus tugevdab kõrgema sissetulekuga inimeste kaitset tegevuspiirangute tekkimise eest (34) ehk madalama sissetulekuga inimestel esineb rohkem tegevuspiiranguid (35). Sissetuleku ja tegevuspiirangute esinemise vahelisi seoseid uuriti Ameerika Ühendriikides ja Inglismaal aastatel 2002–2016 ning leiti, et mõlemas riigis esines 55–64aastastel kõrgema sissetulekuga inimestel tegevuspiiranguid vähem kui madalama sissetulekuga inimestel. Lisaks suurenes aastatega sissetuleku taseme ja tegevuspiirangute esinemise erinevus. (36) Teises Ameerika Ühendriikide uuringus leiti, et 55–64aastastel madala sissetulekuga inimestel oli kuus korda suurem tegevuspiirangute tekkerisk kõrgema sissetulekuga inimestest. Sissetuleku suurenemisega tõenäosus vähenes. (27)

Perekonnaseis on samuti seotud tervisliku seisundiga. Erinevatest uuringutest tuleb välja nii abielu kui kaitseteguri aspekti tervisele, kui ka see, et hea tervislik seisund annab abiellumiseks soodsama võimaluse. Üksinda elavatel inimestel võib puududa sotsiaalne ja moraalne toetus, väljund stressi leevendamiseks, motivatsioon enese eest hoolitsemiseks ning neil esineb üksildust rohkem, kui koos elavatel inimestel. (37, 38) USA-s leiti, et 50–64aastaste seas esineb tegevuspiiranguid rohkem lahutatud, lahus elavatel ja lehestunud inimestel (39). On ka leitud, et samasooliste paaride puhul esineb abielus olevatel inimestel vähem tegevuspiiranguid, kui nendel, kes elavad koos, kuid pole abielus. (40)

On leitud, et mõõdukalt alkoholi tarvitajate seas esineb vanuses 55 ja vanematel vähem tegevuspiiranguid kui alkoholi mittetarvitajate seas, mis võib tuleneda mõõdukalt tarvitajate kõrgemast sotsiaalmajanduslikust staatusest, mis on sageli seotud parema tervise ja elukvaliteediga (41). Sama tulemus leiti nelja Kesk- ja Ida-Euroopa rahvastiku põhjal tehtud uuringus, kus 45–69aastaste uuritavate seas esines tegevuspiiranguid rohkem neil, kes alkoholi ei tarvitanud (42).

Tegevuspiirangutega inimesed on üldisest elanikkonnast suurema tõenäosusega kokku puutunud suitsetamise riskifaktoritega, sealhulgas madalama sotsiaalmajandusliku staatuse ja tööpuudusega (43). USAs läbi viidud uuringus tuli muuhulgas välja, et tegevuspiiranguid esines rohkem praeguste suitsetajate kui mitesuitsetajate seas (39). Hollandis 55–85aastaste longituuduuringus vaadeldi seoseid suitsetamisest loobumise ja tegevuspiirangute esinemisega. Uuringus leiti, et tegevuspiirangute esinemise risk on suurem praegustel suitsetajatel võrreldes suitsetamisest loobunud inimestega. (44)

Tegevuspiirangutega täiskasvanute füüsiline aktiivsus on madalam piiranguteta inimestest, hoolimata sellest, et regulaarne füüsiline aktiivsus võib aidata aeglustada funktsionaalsete piirangute teket või pidurdada nende süvenemist. USAs viidi läbi uuring, kus leiti, et vähemalt ühe funktsionaalse tegevuspiiranguga täiskasvanutel oli palju suurem tõenäosus saada tervishoiutöötajalt soovitus kehalise aktiivsuse suurendamiseks kui neil, kellel tegevuspiiranguid ei esinenud. (45) Eesti 2017. aastal avaldatud toitumis- ja liikumissoovituste järgi tuleks igal nädalal liikuda vähemalt 150 minutit keskmise intensiivsusega, jagatuna see tegevus viiele päevale nädalas vähemalt 30 minuti jooksul (46).

Tegevuspiirangud, tervise enesehinnang ja krooniliste haiguste esinemine on omavahel seotud, kuna tegevuspiirangud võivad mõjutada inimeste enesehinnangulist tervist (47) ning inimese tervise enesehinnang sõltub tugevalt kroonilistest haigustest ja tegevuspiirangutest (19). Eesti elanikkonna 2020. aasta tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringus esines krooniline haigus 67% tegevuspiirangutega inimestest. Olulise tegevuspiiranguga inimestest märkis lausa 87% kroonilise haiguse olemasolu. (4)

Saksamaal uuriti 18–65aastaste depressiooni ja tervisega seotud ajalisi trende üldpopulatsioonis aastatel 1997–1999 ja 2009–2012. Leiti, et tegevuspiirangute esinemise risk mentaalsete terviseprobleemide tõttu oli aastatel 2009–2010 oluliselt suurem võrreldes varasemate aastatega nii meeste kui naiste hulgas, olenemata sellest, kas neil oli diagnoositud depressioon või mitte. Samas füüsiliste terviseprobleemide tõttu tekkivate tegevuspiirangute risk ei muutunud ajas oluliselt. Juba aastatel 1997–1999 oli päevade osakaal, mil tegevuspiirangud olid tingitud füüsilistest terviseprobleemidest, oluliselt suurem päevade arvust, mil tegevuspiirangud olid tingitud vaimse tervise probleemidest. Aastatel 2009–2010 teatas vähemalt 25% depressiooniga inimestest tegevuspiirangutest nii füüsiliste kui ka vaimsete terviseprobleemide tõttu. (48)

2.2.2 Tegevuspiirangute levimus

Eurostati andmetel tajus Euroopa Liidus 2022. aastal 18,7% 16–64aastasest elanikkonnast pikaajalisi tegevuspiiranguid. Kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides oli 2022. aastal nende inimeste osakaal riigiti varieeruv. Kõrgeim tegevuspiirangute levimus oli Taanis (33,0%), Šveitsis (27,4%) ja Soomes (26,6%), madalaim Montenegros (6,3%). Lätis oli tegevuspiirangute levimus 26,2%, Eestis veidi madalam (21,1%). (49)

Euroopa Komisjoni andmetel on Euroopa riikides üldiselt tegevuspiirangute raporteerimises suured erinevused sugude ja haridustasemete vahel. Sagedamini raporteerisid igapäevategevuste pikaajalisi piiranguid madala haridustasemega inimesed (2019. aastal

35,8%). Sealjuures kõrgharitud inimeste seas tajus tegevuspiiranguid samal aastal 16%. Soo järgi tajuvad tegevuspiiranguid rohkem naised kui mehed, vastavalt 26,7% ja 22,3%. (50)

Saksamaal aastatel 2014–2015 läbi viidud uuringus teatas 25,2% naistest ja 23,8% meestest pikaajalise piirangu esinemisest oma tavalistes tegevustes terviseprobleemide tõttu (51).

Eesti Terviseuuringu (ETU) andmetel esines tervisest tingitud igapäevategevuste piiranguid 2019. aastal 39,5% üle 15-aastastel meestel ja naistel, millest olulised tegevuspiirangud moodustasid 11,1%. 2014. aastal oli ETU andmetel tegevuspiirangute levimus 38,1%. (52) Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuringu (SHARE) andmetel raporteerisid 2013. aastal 50–aastased ja vanemad inimesed tervisest tingitud piiranguid 58,1% (53).

Eesti elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse 2020. aasta uuringus osalejatest tajus 16 ja vanemate inimeste seas 39% mõne terviseprobleemi tõttu piiranguid viimase 6 kuu jooksul. Neist 13% tajus olulisi tegevuspiiranguid ning 26% teatasid mitte olulistest piirangutest. (4)

3. Eesmärgid

Magistritöö eesmärk oli uurida terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piiranguid Eesti täiskasvanud rahvastikus aastatel 2004–2022.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati alaeesmärgid:

- kirjeldada terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piirangute levimust;
- analüüsida igapäevategevuste piirangute seoseid sotsiaalmajandusliku staatusega;
- analüüsida tegevuspiirangute seoseid tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega.

4. Materjal ja meetodika

4.1 Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhineb Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) andmetel. TKU on Tervise Arengu Instituudi korraldatav regulaarne rahvastikupõhine läbilõikeline küsitlusuuring, mis toimub igal paaris aastal. Küsimustik annab ülevaate rahvastiku tervisliku seisundi ja tervisekäitumise muutustest ning 2022. aastal toimus see juba 17. korda. (20)

TKU küsimustik põhineb *FinBalt Health Monitor* uuringul. Küsimused on olnud sarnased 1990. aastast. Soomes on uuringut sarnase küsimustiku ja meetodikaga tehtud alates 1978. aastast, Leedu liitus 1994. aastal ja Läti 1998. aastal. (54) TKU jaoks moodustatakse rahvastikuregistri andmete põhjal 16–64aastaste isikute juhuvalim. Alates 2004. aastast kuulub igal aastal valimisse 5000 inimest. Küsimustikus uuritakse valdkondi nagu demograafiline ja sotsiaalmajanduslik taust, terviseseisundi- ja käitumisega seotud teemad, toitumine ja kehaline aktiivsus, alkoholi tarvitamine ja suitsetamine, seksuaal- ja liikluskäitumine ning ohutus. (20)

Magistritöös kasutati TKU andmeid aastatest 2004–2022. Algvalimi moodustas 27 539 inimest (tabel 1). Kohandatud vastamismäär (välja jäeti need, kes ei saanud vastata, kuna küsimustik oli saadetud valele aadressile, isik oli Eestist lahkunud või surnud) oli kõrgeim 2004. aastal (63,4%) ning madalaim 2020. aastal (47,7%).

Tabel 1. Meeste ja naiste üldvalim uuringuaastate järgi, TKU 2004–2022

Aasta	Vastamismäär		Mehed		Naised		Kokku
	Kohandamata	Kohandatud	n	%	n	%	n
2004	61,5	63,4	1319	42,9	1755	57,1	3074
2006	57,3	59,2	1131	39,4	1736	60,6	2867
2008	60,1	62,2	1271	42,3	1733	57,7	3004
2010	60,5	62,3	1241	41,0	1783	59,0	3024
2012	59,4	62,0	1259	42,4	1710	57,6	2969
2014	51,5	53,3	1031	40,0	1544	60,0	2575
2016	55,0	56,5	1118	40,6	1633	59,4	2751
2018	50,5	51,4	1028	40,7	1497	59,3	2525
2020	46,5	47,7	941	40,5	1383	59,5	2324
2022	48,5	49,2	1027	42,3	1399	57,7	2426
Kokku			11366	41,21	16173	58,79	27539

4.2 Töös kasutatavad tunnused

4.2.1 Tegevuspiirangud

Magistritöö põhitunnuseks on tegevuspiirangute esinemine. Tegevuspiirangute esinemist hinnati küsimuse järgi „Mil määral on mõni terviseprobleem viimase 6 kuu jooksul Teie tavalisi igapäevategevusi piiranud?“. Antud küsimuse vastusevariante oli kolm: „oluliselt piiranud“, „piiranud, aga mitte oluliselt“, „ei ole üldse piiranud“.

Andmeanalüüsi jaoks koondati vastusevariandid kaheks, kus liideti „oluliselt piiranud“ ja „piiranud, aga mitte oluliselt“ vastused ning moodustati uus tunnus „piiranud“. Tunnusest „ei ole üldse piiranud“ moodustati „piiranguta“ tunnus.

4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused

Sotsiaaldemograafiliste tunnustena kaasati sugu, vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis ja sissetulek.

Sugu oli eneseraporteeritud binaarne tunnus vastavalt kas mees või naine.

Vanus arvutati vastaja märgitud sünniaja järgi. Tunnuse moodustamiseks jagati uuritavad viieks vanusrühmaks: 16–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64.

Rahvus oli eneseraporteeritud kas eestlane, venelane või muu rahvus. Muu rahvuse korral tuli see eraldi kirja panna. Andmeanalüüsiks koondati vene ja muu rahvuse esindajad tunnuseks „muu rahvus“.

Haridus oli eneseraporteeritud tunnus ning jagati käesolevas töös kolme rühma: põhiharidus (alg- ja põhiharidusega vastajad), keskharidus (kesk- ning keskeriharidus) ja kõrgharidus.

Perekonnaseis oli määratletud kui „teie tegelik perekonnaseis“, kus valikus oli „vallaline“, „abielus/vabaabielus/elan koos kindla partneriga“, „lahutatud/lahus elav“ või „lesk“. Andmeanalüüsiks koondati lahutatud/lahus elavad inimesed lehestunud inimestega, ning moodustati uus tunnus „lahutatud, lesk“.

Sissetuleku määratlemiseks küsiti viimase 12 kuu jooksul pere keskmist sissetulekut ühes kuus. Sellest moodustati kvartiilide põhjal neljaväärtuseline tunnus. I kvartiil moodustas kõige madalama sissetulekuga vastanute osa ning IV kvartiil kõige kõrgema.

4.2.3 Tervist ja tervisekäitumist kirjeldavad tunnused

Alkoholi tarvitamise kohta ülevaate saamiseks küsiti „Kui sageli Te joote korraga vähemalt 3 pudelit õlut (3x0,5 l keskmise kangusega) või 6 klaasi veini (st 6x120 ml) või 6 pitsi kanget

alkoholi (6x40 ml)?“ Vastusevariandid olid „peaaegu iga päev või iga päev“, „mõned korrad nädalas“, „umbes kord nädalas“, „mõned korrad kuus“, „kord kuus või harvem“ ja „mitte kunagi“. Vastused koondati vastavalt „iga päev“, „2–3 korda nädalas“, „kord nädalas“, „2–3 korda kuus“, „mõned korrad“ või „mitte kunagi“. Andmeanalüüsi jaoks koondati „mõned korrad kuus“ ja „umbes kord nädalas“ ühise tunnuse alla „mitu korda kuus“ ning „peaaegu iga päev või iga päev“ ja „mõned korrad nädalas“ vastanud koondati tunnuseks „mitu korda nädalas“.

Suitsetamise staatuse määramiseks küsiti esmalt „kas Te olete kunagi elus suitsetanud (tavalisi sigarette, paberosse, sigareid, piipu)?“, kus „jah, käesoleval ajal iga päev“, „jah, käesoleval ajal juhuslikult“ või „jah, varem suitsetasin“ vastanutest küsiti lisaks „Kas olete kogu elu vältel suitsetanud vähemalt 100 sigaretti, paberossi, sigarit või piibutäit?“ ning seda, kas inimene on kunagi vähemalt ühe aasta vältel suitsetanud peaaegu iga päev. Viimase küsimuse puhul tuli märkida number, mitu aastat ta kokku suitsetanud on. Esimesele suitsetamisega seonduvale küsimusele „ei“ vastanud liigitati mitte kunagi suitsetajate alla. Andmeanalüüsiks koondati igapäeva- ja juhusuitsetajad praegusteks suitsetajateks.

Tervisespordi harrastamist hinnati vähemalt poole tunnise tegevuse kohta, kus küsiti „Kui sageli harrastate tavaliselt vabal ajal tervisesporti vähemalt poole tunni vältel, nii et hakkate kergelt hingeldama ja higistama“. Töös moodustasid antud küsimusele „iga päev“, „4–6 korda nädalas“ ja „2–3 korda nädalas“ vastanud „rohkem kui kord nädalas“ rühma ning „kord nädalas“, „2–3 korda kuus“ ja „mõned korrad aastas või üldse mitte“ moodustasid „vähem kui kord nädalas“ vastanute rühma. Kolmanda rühma moodustasid need, kes vastasid tervisespordi küsimusele „haiguse või vigastuse tõttu ei spordi“.

Pikaajaline (krooniline) haigus oli eneseraporteeritud binaarne tunnus ning küsimusele „Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?“ oli võimalik vastata kas „jah“ või „ei“.

Tervise enesehinnangu hindamiseks kasutati küsimust „Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?“ ning vastusevariantidena oli võimalik märkida „hea“, „üsna hea“, „keskmine“, „üsna halb“ või „halb“. Andmeanalüüsiks koondati vastused „hea“ ja „üsna hea“ vastuseks „hea“ ning „üsna halb“ ja „halb“ vastuseks „halb“.

Viimase 30 päeva depressiooni tunnuste esinemist hinnati küsimusega „Kas Te olete viimase 30 päeva jooksul olnud masendunud, õnnetu (depressioonis)?“. Andmeanalüüsiks koondati „jah, palju rohkem kui varem“ ning „jah, mõnevõrra rohkem kui varem“ vastanud „rohkem kui varem“ tunnuse alla. Ülejäänud kaks rühma moodustasid vastused „jah, kuid mitte rohkem kui varem“ ning „ei, üldse mitte“.

4.3 Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti eraldi meeste ja naiste hulgas. Küsimustikud, kus puudus vastus tegevuspiirangute küsimusele ($n = 483$) jäeti andmeanalüüsist välja Magistritöö lõplikus valimis oli 27 056 küsimustikku. Töös kasutati soo ja vanuskoosseisu järgi kaalutud andmeid, mille eesmärk oli viia valim tegeliku Eesti rahvastiku koosseisuga vastavusse.

Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid ja logistilist regressiooni. Tegevuspiirangute esinemist sotsiaaldemograafiliste ning tervise ja tervisekäitumisega seotud tunnuste lõikes on kirjeldatud protsentide ja täisarvude abil. Rühmade vaheliste erinevuste arvutamisel kasutati hii-ruut testi. Seoseid tegevuspiirangute ja erinevate tegurite vahel hinnati logistilise regressioonanalüüsiga. Sõltuvaks tunnuseks oli tegevuspiirangute esinemine. Kirjeldavateks tunnusteks oli vanus, rahvus, perekonnaseis, haridus, sissetulek, alkoholi tarvitamine, suitsetamine, tervisespordiga tegelemine, pikaajaline (krooniline) haigus, tervise enesehinnang ning depressiooni tajumine. Arvutati kohandamata ja kõigile mudelis kasutatud tunnustele kohandatud šansisuhted (*OR*) koos 95% usaldusvahemikega (95% *CI*). Olulisuse nivooks võeti 5%.

Andmete analüüsimiseks kasutati programmi Stata 14.2. Jooniste tegemiseks kasutati Microsoft Excel programmi.

5. Tulemused

5.1 Valimi kirjeldus

Magistritöö valimi moodustasid 27 056 vastajat, kellest 41,3% olid mehed ning 58,7% naised. Tabelis 2 on toodud valimi kirjeldus töösse kaasatud uuringuaastate peale kokku. Meeste hulgas oli enim 45–54aastaseid (21,6%) ning naiste hulgas 55–64aastaseid (22,8%). Väikseima osakaalu moodustasid 16–24aastased (15,8%). Enamuse ehk 71,6% valimist moodustasid eestlased.

Üle poole uuritavatest (64,5%) olid abielus või vabaabielus. Vallalisi mehi oli rohkem kui naisi, vastavalt 26,3% ja 19,5%. Vastanutest 55,1% olid keskharidusega. Kõrgharidusega naisi oli 33,7% ning mehi 23,3%. Põhiharidusega inimeste osakaal oli 15,2%. Sissetuleku järgi oli nii meeste kui naiste hulgas enim vastajaid kõrgeimas kvartiilis, vastavalt 35,4% meeste seas ja 29,6% naiste seas. Madalaimas sissetulekukvartiilis oli 18,7% vastanutest.

Tabelis 3 on toodud tervisekäitumise ja tervisega seotud tunnuste jaotus valimis. Alkoholi mitte kunagi tarvitajaid oli naiste hulgas rohkem kui meeste hulgas (vastavalt 64,4% ja 28,2%). Mitu korda nädalas alkoholi tarvitavaid mehi oli 4,6% ja naisi 0,5%. Mittesuitsetajaid oli naiste seas veidi üle poole (52,0%) ning meeste seas 27,8%. Igapäevaselt suitsetavaid mehi oli 33,5% ning naisi 16,3%. Tervisesporti harrastas vähemalt kord nädalas 36,0% vastanutest. Haiguse tõttu mitte sportivaid inimesi oli 7,4%.

Pikaajalise kroonilise haigusega oli 46,0% vastanutest. Üle poolte (50,5%) vastanutest hindasid oma tervist heaks ning 9,7% vastanute tervise enesehinnang oli halb. Viimase 30 päeva jooksul tundis depressiooni rohkem kui varem 22,8% vastanutest, depressiooni ei tajunud 41,5% meestest ning 34,6% naistest.

Tabel 2. Magistritöö valimi kirjeldus

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Vanuserühm						
16–24	1865	16,7	2405	15,1	4270	15,8
25–34	2323	20,8	3092	19,5	5415	20,0
35–44	2305	20,6	3201	20,1	5506	20,4
45–54	2409	21,6	3567	22,5	5976	22,1
55–64	2263	20,3	3626	22,8	5889	21,8
Vastamata	0	0	0	0	0	
Rahvus						
Eestlane	8116	72,7	11264	70,9	19380	71,6
Muu rahvus	3049	27,3	4627	29,1	7676	28,4
Vastamata	0	0	0	0	0	
Haridus						
Põhiharidus	2194	19,7	1918	12,1	4112	15,2
Keskharidus	6333	56,7	8580	54,0	14913	55,1
Kõrgharidus	2606	23,3	5352	33,7	7958	29,4
Vastamata	32	0,3	41	0,3	73	0,3
Perekonnaseis						
Abielus, vabaabielus	7317	65,5	10139	63,8	17456	64,5
Vallaline	2939	26,3	3097	19,5	6036	22,3
Lahutatud, lesk	842	7,5	2574	16,2	3416	12,6
Vastamata	64	0,6	81	0,5	148	0,5
Sissetulek (neljandikud)						
I (madalaim)	1966	17,6	3082	19,4	5048	18,7
II	2710	24,3	4324	27,2	7034	26,0
III	2207	19,8	3298	20,8	5505	20,3
IV (kõrgeim)	3954	35,4	4703	29,6	8657	32,0
Vastamata	328	2,9	484	3,0	812	3,0

Tabel 3. Tervise ja tervisekäitumisega seotud tunnused

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Alkoholi tarvitamine						
Mitte kunagi	3148	28,2	10235	64,4	13383	49,5
Kord kuus või harvem	4788	42,9	4408	27,7	9196	34,0
Mitu korda kuus	2425	21,7	732	4,6	3157	11,7
Mitu korda nädalas	514	4,6	81	0,5	595	2,2
Vastamata	290	2,6	435	2,7	725	2,7
Suitsetamine						
Mittesuitsetajad	3108	27,8	8261	52,0	11369	42,0
Endised suitsetajad	3291	29,5	3517	22,1	6808	25,2
Juhuslikud suitsetajad	876	7,8	1166	7,3	2042	7,5
Igapäevasuitsetajad	3744	33,5	2587	16,3	6331	23,4
Vastamata	146	1,3	360	2,3	506	1,9
Tervisesport						
Vähemalt kord nädalas	4013	35,9	5726	36,0	9739	36,0
Vähem kui kord nädalas	5905	52,9	8551	53,8	14456	53,4
Haiguse tõttu ei spordi	874	7,8	1129	7,1	2003	7,4
Vastamata	373	3,3	485	3,1	858	3,2
Pikaajaline (krooniline) haigus						
Jah	5070	45,4	7375	46,4	12455	46,0
Ei	5992	53,7	8361	52,6	14353	53,0
Vastamata	103	0,9	155	1,0	258	1,0
Tervise enesehinnang						
Hea	5419	48,5	8245	51,9	13664	50,5
Keskmine	4526	40,5	6165	38,8	10691	39,5
Halb	1188	10,6	1433	9,0	2621	9,7
Vastamata	32	0,3	48	0,3	80	0,3
Depressioon viimased 30 päeva						
Rohkem kui varem	2228	20,0	3937	24,8	6165	22,8
Mitte rohkem kui varem	4178	37,4	6275	39,5	10453	38,6
Üldse mitte	4639	41,5	5499	34,6	10138	37,5
Vastamata	120	1,1	180	1,1	300	1,1

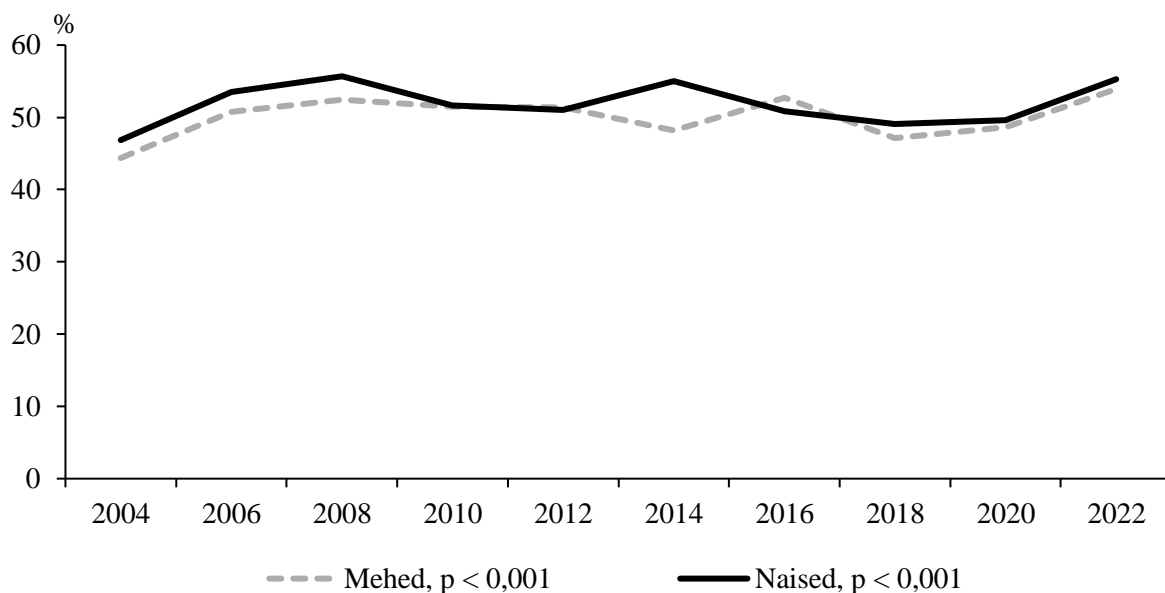
5.2 Tegevuspiirangute levimus

Aastatel 2004–2022 suurenes oluliste tegevuspiirangute levimus ning vähenes tegevuspiiranguteta inimeste osakaal ja mitteoluliste piirangute levimus. Meeste seas oli kõrgeim tegevuspiirangute kaalutud levimus 2022. aastal (53,9%) ning madalaim (44,4%) 2004. aastal (tabel 4). Olulisi tegevuspiiranguid esines meeste seas enim kahel viimasel uuringuaastal, vastavalt 13,3% ning 12,8%. Naiste seas oli tegevuspiirangute kaalutud levimus kõrgeim 2008. aastal (55,7%) ning madalaim 2004. aastal (46,9%). Olulisi tegevuspiiranguid esines naiste seas kõige rohkem 2022. aastal (13,6%).

Tabel 4. Tegevuspiirangute kaalutud levimus (%) Eesti täiskasvanud rahvastikus meeste hulgas, 2004–2022

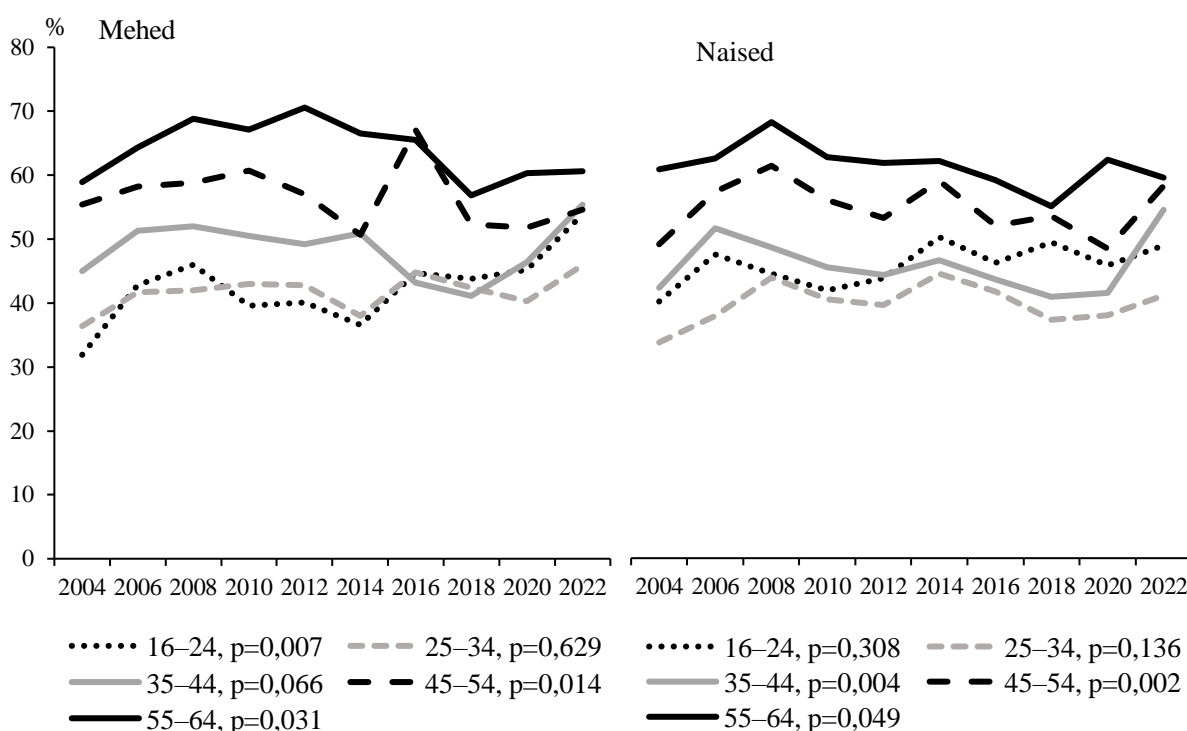
	Uuringuaasta									
	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022
Tegevuspiirangute esinemine										
<i>Mehed</i>										
On piiranud	44,4	50,7	52,5	51,5	51,4	48,2	52,7	47,2	48,6	53,9
Oluliselt piiranud	7,5	8,6	9,8	11,1	10,9	12,0	11,7	12,2	13,3	12,8
Mitte oluliselt piiranud	36,8	42,2	42,6	40,4	40,5	36,2	41,0	34,9	35,4	41,2
Ei ole üldse piiranud	55,6	49,3	47,6	48,5	48,6	51,8	47,3	52,8	51,4	46,1
Kokku vastanuid (n)	1289	1103	1241	1220	1232	1012	1110	1009	932	1017
<i>Naised</i>										
On piiranud	46,9	53,5	55,7	51,7	51,0	55,1	50,9	49,1	49,6	55,3
Oluliselt piiranud	8,6	9,3	9,7	8,6	10,1	10,7	10,9	13,4	12,2	13,6
Mitte oluliselt piiranud	38,3	44,2	46,0	43,1	40,9	44,4	39,9	35,7	37,4	41,7
Ei ole üldse piiranud	53,2	46,5	44,3	48,3	49,0	45,0	49,1	50,9	50,4	44,7
Kokku vastanuid (n)	1702	1696	1691	1754	1683	1520	1614	1466	1374	1391

Tegevuspiirangute kaalutud levimus oli naiste seas peaaegu alati kõrgem kui meeste hulgas (joonis 1). Hii-ruut testi tulemused näitasid, et uuringuaastate vahel oli nii meestel kui naistel statistiliselt oluline erinevus (mõlemal $p < 0,001$).



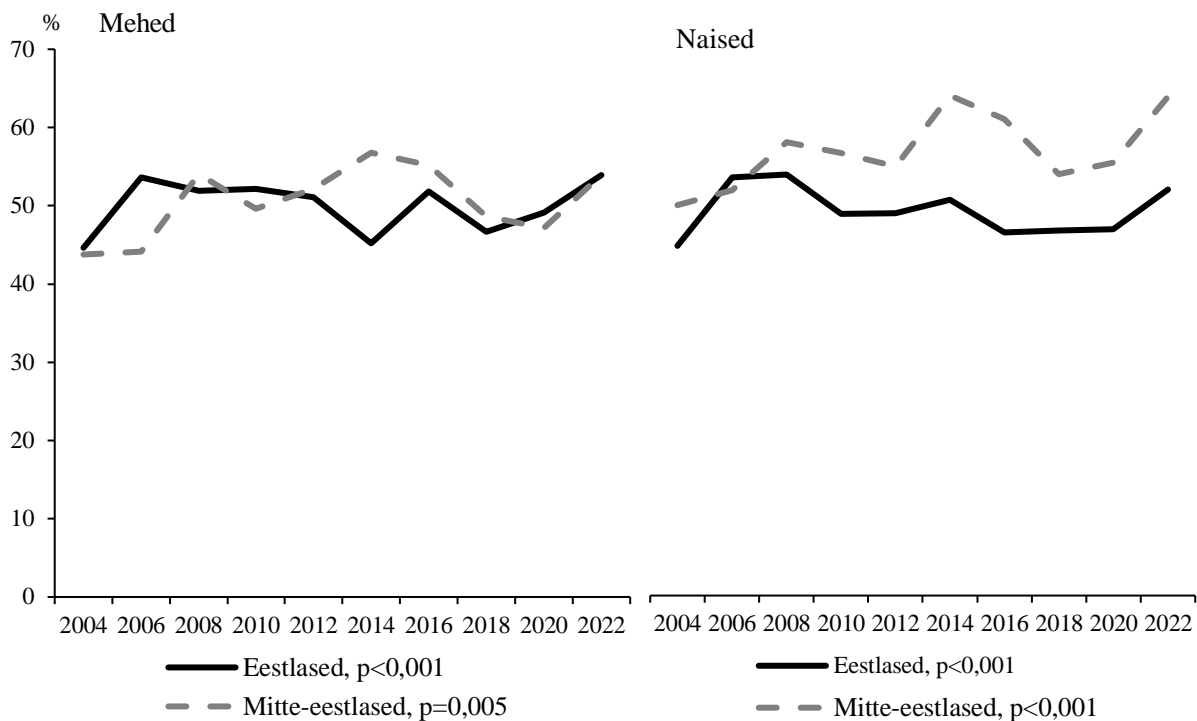
Joonis 1. Tegevuspiirangute kaalutud levimus (%) Eesti 16–64aastaste meeste ja naiste seas, TKU 2004–2022.

Nii meeste kui naiste hulgas oli tegevuspiirangute kaalutud levimus kõrgeim 55–64aastaste vanuserühmas (joonis 2). Meeste hulgas oli uuringuaastate vahel statistiliselt oluline erinevus vanuserühmades 16–24, 45–54 ja 55–64 ning naistel kolmes vanimas vanuserühmas.



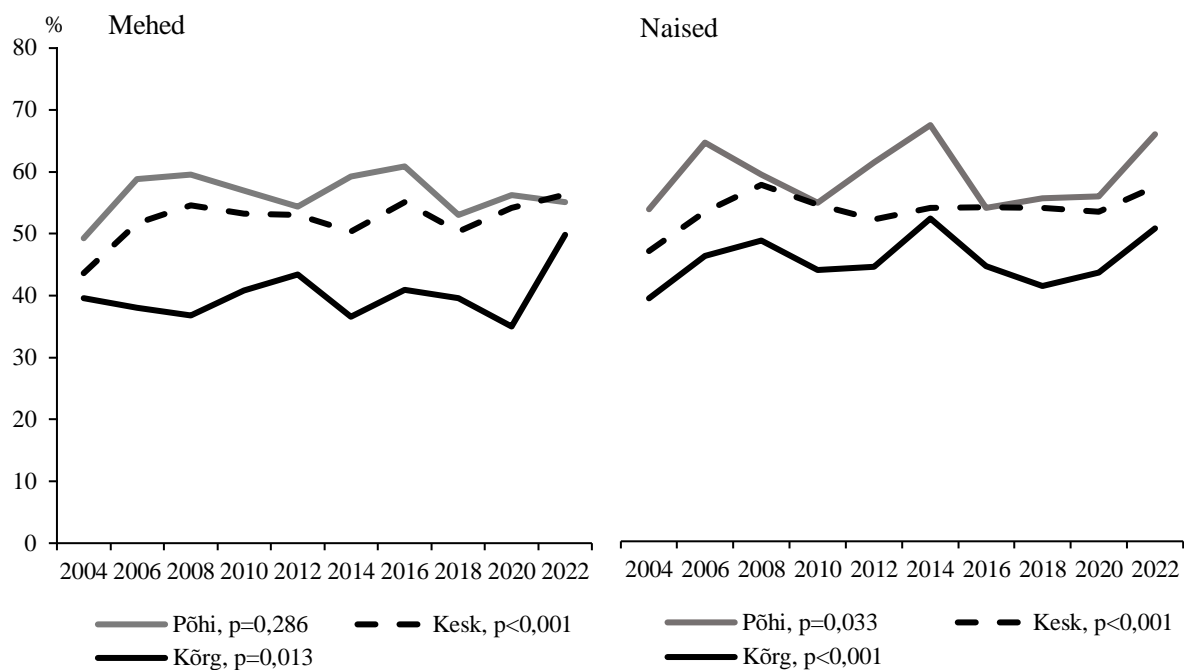
Joonis 2. Tegevuspiirangute kaalutud levimus (%) Eesti 16–64aastastel meestel ja naistel vanuse järgi, TKU 2004–2022.

Rahvuse järgi oli tegevuspiirangute levimus naiste seas peaaegu igal uuringuaastal mitte-eestlaste hulgas kõrgem, kuid meeste seas eestlaste ja mitte-eestlaste vahel sarnane (joonis 3). Nii meeste kui naiste hulgas oli uuringuaastate vahel statistiliselt oluline erinevus.



Joonis 3. Tegevuspiirangute kaalutud levimus 16–64aastaste meeste ja naiste seas rahvuse järgi, TKU 2004–2022.

Haridustaseme järgi oli tegevuspiirangute kaalutud levimus nii meestel kui naistel kõrgeim põhiharidusega vastajate seas (joonis 4). Uuringuaastate vahel oli statistiliselt oluline erinevus kõikides gruppides välja arvatud meestel põhiharidusega vastajate hulgas.



Joonis 4. Tegevuspiirangute kaalutud levimus (%) 16–64aastastel Eesti meestel ja naistel haridustaseme järgi, TKU 2004–2022.

5.3 Tegevuspiirangute seosed sotsiaaldemograafiliste ning tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega

Tegevuspiirangute šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sotsiaaldemograafiliste tunnuste ning tervise ja tervisekäitumise tunnuste lõikes on esitatud tabelites 5 ja 6.

Logistilise regressioonanalüüsi kõigile teguritele kohandatud mudelis oli nii meestel kui naistel tegevuspiirangute esinemine sotsiaaldemograafilistest tunnustest statistiliselt oluliselt seotud uuringuaasta ja sissetulekuga. Meestel oli statistiliselt oluline seos ka haridusega, naistel vanusega. Nii meestel kui naistel oli tegevuspiirangute esinemine statistiliselt oluliselt seotud kõikide tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate teguritega.

Võrreldes 2004. aastaga oli suurim tegevuspiirangute esinemise šanss nii meeste kui naiste hulgas 2022. aastal (*OR* 2,37; 95% *CI* 1,89–2,97 ja *OR* 2,38; 95% *CI* 1,97–2,88).

Võrreldes 16–24aastastega oli naistel kõigis teistes vanuserühmades tegevuspiirangute esinemise šanss statistiliselt oluliselt madalam (*OR* vahemikus 0,66–0,76).

Võrreldes kõrgharidusega meestega oli kesk- ja põhiharidusega meeste šanss tegevuspiirangute esinemiseks statistiliselt oluliselt kõrgem (*OR* 1,15; 95% *CI* 1,02–1,30 ja *OR* 1,21; 95% *CI* 1,03–1,43).

Nii meeste kui naiste hulgas oli šanss tegevuspiirangute esinemiseks seda suurem, mida madalam oli sissetulek. Võrreldes kõrgeima sissetulekukvartiiliga oli madalaimas

sissetulekukvartiilis šansisuhe meestel 1,32 (95% *CI* 1,13–1,54) ning naistel 1,33 (95% *CI* 1,16–1,52).

Võrreldes mittersuitsetajatega esines meeste hulgas praegustel ja endistel suitsetajatel ning naistel vaid endistel suitsetajatel statistiliselt oluliselt suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks. Meeste hulgas praegustel suitsetajatel *OR* 1,26; 95% *CI* 1,11–1,43. Endistel suitsetajatel *OR* vastavalt 1,15; 95% *CI* 1,01–1,31 ning 1,14; 95% *CI* 1,03–1,26.

Kõigile tunnustele kohandatud mudelis oli nii meestel kui naistel šans tegevuspiirangute esinemiseks statistiliselt oluliselt suurem nendel, kes haiguse tõttu ei sportinud (meestel *OR* 4,36; 95% *CI* 3,24–5,87 ning naistel *OR* 3,70; 95% *CI* 2,90–4,72).

Pikaajalise kroonilise haigusega meestel ja naistel oli statistiliselt oluliselt suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks (meestel *OR* 3,29; 95% *CI* 2,97–3,64 ning naistel *OR* 3,48; 95% *CI* 3,19–3,79).

Võrreldes hea tervise enesehinnanguga oli kohandamata mudelis statistiliselt oluliselt suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks halva tervise enesehinnanguga meestel (*OR* 3,45; 95% *CI* 3,09–3,84) ja naistel (*OR* 3,91; 95% *CI* 3,57–4,28).

Võrreldes viimasel 30 päeval depressiooni üldse mitte tajunutega oli rohkem kui varem depressiooni tajunutel statistiliselt oluliselt suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks (meestel *OR* 2,20; 95% *CI* 1,92–2,52 ning naistel *OR* 2,13; 95% *CI* 1,91–2,37).

Tabel 5. Tegevuspiirangute šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes Eesti 16–64aastaste meeste ja naiste seas, TKU 2004–2022 (*n* = 27 056) (paksus kirjas märgitud statistiliselt olulised seosed, *p* < 0,05)

Tunnus	Mehed		Naised	
	Mudel 1* <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	Mudel 2** <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	Mudel 1* <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)	Mudel 2** <i>OR</i> (95% <i>CI</i>)
Uuringuaasta				
2004	1	1	1	1
2006	1,29 (1,10–1,52)	1,66 (1,36–2,04)	1,31 (1,14–1,50)	1,66 (1,40–1,98)
2008	1,38 (1,18–1,62)	1,92 (1,57–2,35)	1,43 (1,24–1,63)	2,14 (1,79–2,56)
2010	1,33 (1,14–1,56)	1,57 (1,29–1,92)	1,21 (1,06–1,39)	1,64 (1,38–1,95)
2012	1,32 (1,13–1,55)	1,73 (1,41–2,12)	1,18 (1,03–1,35)	1,85 (1,55–2,21)
2014	1,17 (0,99–1,38)	1,71 (1,39–2,11)	1,39 (1,21–1,60)	2,14 (1,79–2,57)
2016	1,40 (1,19–1,64)	2,18 (1,77–2,68)	1,17 (1,02–1,35)	1,90 (1,58–2,27)
2018	1,12 (0,95–1,32)	1,64 (1,32–2,03)	1,10 (0,95–1,26)	1,62 (1,35–1,94)
2020	1,19 (1,00–1,41)	1,63 (1,31–2,04)	1,12 (0,97–1,29)	1,73 (1,44–2,08)
2022	1,47 (1,24–1,73)	2,37 (1,89–2,97)	1,40 (1,22–1,62)	2,38 (1,97–2,88)
Vanuserühm				
16–24	1	1	1	1
25–34	1,00 (0,88–1,13)	0,96 (0,81–1,14)	0,79 (0,71–0,88)	0,76 (0,66–0,88)
35–44	1,31 (1,16–1,49)	0,99 (0,82–1,19)	1,03 (0,92–1,14)	0,74 (0,64–0,86)
45–54	1,84 (1,63–2,08)	0,99 (0,82–1,20)	1,5 (1,35–1,66)	0,76 (0,66–0,89)
55–64	2,48 (2,19–2,82)	0,93 (0,76–1,14)	1,99 (1,79–2,21)	0,69 (0,59–0,81)
Rahvus				
Eestlane	1	1	1	1
Muu rahvus	1,01 (0,93–1,10)	0,93 (0,83–1,04)	1,34 (1,25–1,44)	0,98 (0,90–1,08)
Haridus				
Kõrgharidus	1	1	1	1
Keskharidus	1,60 (1,46–1,75)	1,15 (1,02–1,30)	1,37 (1,28–1,47)	0,91 (0,83–1,00)
Põhiharidus	1,89 (1,69–2,13)	1,21 (1,03–1,43)	1,71 (1,54–1,90)	0,94 (0,81–1,10)
Perekonnaseis				
Abielus, vabaabielus	1	1	1	1
Vallaline	0,94 (0,86–1,02)	1,10 (0,96–1,25)	0,98 (0,90–1,06)	1,03 (0,92–1,15)
Lahutatud, lesk	1,88 (1,62–2,19)	1,17 (0,97–1,41)	1,45 (1,33–1,58)	1,03 (0,92–1,16)
Sissetulek				
IV (kõrgeim)	1	1	1	1
III	1,25 (1,13–1,39)	1,02 (0,89–1,16)	1,35 (1,23–1,47)	1,14 (1,02–1,28)
II	1,68 (1,52–1,85)	1,18 (1,04–1,35)	1,68 (1,54–1,82)	1,22 (1,09–1,37)
I (madalaim)	2,29 (2,05–2,56)	1,32 (1,13–1,54)	1,91 (1,74–2,09)	1,33 (1,16–1,52)

* Mudel 1 – kohandamata mudel

** Mudel 2 – kõigile tunnustele kohandatud mudel

Tabel 6. Tegevuspiirangute šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) tervist ja tervisekäitumis kirjeldavate tegurite lõikes Eesti 16–64aastaste meeste ja naiste seas, TKU 2004–2022 (n = 27 056) (paksus kirjas märgitud statistiliselt olulised seosed, p < 0,05)

Tunnus	Mehed		Naised	
	Mudel 1* <i>OR (95%CI)</i>	Mudel 2** <i>OR (95%CI)</i>	Mudel 1* <i>OR (95%CI)</i>	Mudel 2** <i>OR (95%CI)</i>
Alkoholi tarvitamine				
Mitte kunagi	1	1	1	1
Kord kuus või harvem	0,89 (0,81–0,98)	1,00 (0,89–1,13)	0,93 (0,86–0,99)	1,05 (0,96–1,16)
Mitu korda kuus	1,00 (0,90–1,11)	0,89 (0,77–1,03)	1,01 (0,87–1,17)	0,96 (0,79–1,16)
Mitu korda nädalas	1,26 (1,04–1,52)	0,86 (0,67–1,10)	1,67 (1,05–2,64)	0,89 (0,55–1,46)
Suitsetamine				
Mittesuitsetajad	1	1	1	1
Praegused suitsetajad	1,65 (1,50–1,81)	1,26 (1,11–1,43)	1,24 (1,15–1,35)	1,07 (0,96–1,19)
Endised suitsetajad	1,41 (1,28–1,56)	1,15 (1,01–1,31)	1,19 (1,10–1,29)	1,14 (1,03–1,26)
Tervisespordiga tegelemine				
Vähemalt kord nädalas	1	1	1	1
Vähem kui kord nädalas	1,27 (1,17–1,38)	0,94 (0,84–1,04)	1,07 (1,00–1,15)	0,87 (0,80–0,95)
Haiguse tõttu ei spordi	16,93 (12,91–22,20)	4,36 (3,24–5,87)	12,55 (10,04–15,68)	3,70 (2,90–4,72)
Pikaajaline (krooniline) haigus				
Ei	1	1	1	1
Jah	6,25 (5,74–6,79)	3,29 (2,97–3,64)	6,36 (5,93–6,82)	3,48 (3,19–3,79)
Tervise enesehinnang				
Hea	1	1	1	1
Halb	6,53 (6,01–7,10)	3,45 (3,09–3,84)	6,71 (6,26–7,20)	3,91 (3,57–4,28)
Depressiooni tajumine				
Üldse mitte	1	1	1	1
Mitte rohkem kui varem	2,06 (1,89–2,24)	1,52 (1,37–1,69)	2,22 (2,06–2,39)	1,74 (1,59–1,91)
Rohkem kui varem	4,09 (3,66–4,56)	2,20 (1,92–2,52)	3,61 (3,31–3,94)	2,13 (1,91–2,37)

* Mudel 1 – kohandamata mudel

** Mudel 2 – kõigile tunnustele kohandatud mudel

6. Arutelu

6.1 Tegevuspiirangute levimus ja seotud tegurid

Magistritöö eesmärk oli kirjeldada ja analüüsida tegevuspiirangute esinemist ja seoseid sotsiaaldemograafiliste ning tervist ja tervisekäitumist kirjeldavate tunnustega 16–64aastaste Eesti elanike seas aastatel 2004–2022.

Kõrgeim tegevuspiirangute kaalutud levimus oli meeste seas 2022. aastal (55,3%) ja naiste seas 2008. aastal (55,7%) olles kaks korda kõrgem Euroopa Liidu 2022. aasta keskmisest (49) nii meestel kui naistel. Enamikel uuringuaastatel oli tegevuspiirangute levimus kõrgem naistel. Varasemad uuringud on samuti leidnud, et tegevuspiiranguid esineb naistel rohkem kui meestel (28, 39). Naiste kõrgemaks tegevuspiirangute esinemise põhjuseks võib olla töötamine madalama palgaga ametikohtadel või esineb kokkupuude vaesusega. Need ebasoodsad olukorrad võivad omakorda põhjustada naiste halvemat tervist ja suurendada tegevuspiirangute tekkeriski. (31) Madalam tegevuspiirangute esinemise määr võib meeste puhul tuleneda terviseprobleemide alaraporteerimisest (32, 55). Kuigi naised elavad kauem, veedavad nad pikema aja oma elust tegevuspiirangutega (31, 32, 56), meestel on aga suurem risk haigestuda tõsisematesse haigustesse, mis võivad surmaga lõppeda (32, 55). Meeste ja naiste tervise paradoksi on oluline edasi uurida, et paremini mõista selle põhjuseid (32).

Siinse uuringu tulemused näitasid, et nii sugude, vanusrühmade, rahvuse kui hariduse järgi oli tegevuspiirangute levimuses uuringuaastate vahel peaaegu iga rühma puhul statistiliselt oluline erinevus. Levimuse muutuste trendi hindamiseks on vajalik edasine analüüs.

Logistiline regressioonanalüüs näitas, et tegevuspiirangute levimus nii meestel kui naistel oli seotud uuringuaasta, sissetuleku ja kõigi tervist ning tervisekäitumist kirjeldavate teguritega. Meestel oli tegevuspiirangute esinemine lisaks veel seotud haridusega, naistel aga vanusega.

Siinses töös oli tegevuspiirangute kaalutud levimus kõrgeim vanimas vanuserühmas nii meestel kui naistel. Meeste hulgas oli nooremates vanuserühmades märgatav tegevuspiirangute levimuse tõus, aga vanemates rühmades aastate lõikes pigem stabiilne. Andmete kohandamisel muutus tegevuspiirangute esinemise šanss naiste seas 16–24aastastega võrreldes kõigis teistes vanuserühmades hoopis statistiliselt oluliselt madalamaks. Meeste seas siinses töös tegevuspiirangute ja vanuse vahel seost ei ilmnenu. Nooremate kohortide kõrgem tegevuspiirangute esinemise šanss võib tähendada, et tulevikus on noorematel põlvkondadel suurem risk tegevuspiirangute tekkimiseks (30). Vanuse ja tegevuspiirangute esinemise vahel on varasemalt leitud erinevaid seoseid, nii tegevuspiirangute levimuse tõusu koos vanusega (19, 27, 28) kui ka nooremate vanuserühmade seas kõrgemat levimust (29).

Muust rahvusest inimestel on tihti põliselanikest madalam sotsiaalmajanduslik staatus ning sellega seoses esineb rohkem tervisega seonduvaid probleeme (23), kaasa arvatud tegevuspiiranguid (21, 22). Siinses töös oli tegevuspiirangute levimus rahvuse järgi sarnane meestel nii eestlaste kui mitte-eestlaste seas, kuid peaaegu igal uuringuaastal kõrgem muust rahvusest naiste seas. Antud töös tegevuspiirangute ja rahvuse vahel seost ei ilmnenu. Põhjuseks võib olla, et suurem osa muu rahvuse alla kuuluvatest inimestest moodustavad venelased nii Eesti rahvastikus (57) kui ka antud magistratöö valimis ning nad on ühiskonda lõimunud. Eestis on varasemalt leitud, et hoopis põlisrahvastikus esineb rohkem tegevuspiiranguid, mis võib tuleneda asjaolust, et kehvema tervisega inimene mujale riikidesse ei rända ning välismaale jõuavad tervemad inimesed. (14)

Siinses töös oli tegevuspiirangute kaalutud levimus põhiharidusega vastajate seas ootuspäraselt kõrgeim nii meestel kui naistel. Logistilises regressioonanalüüsis ilmnis statistiliselt oluline seos hariduse ja tegevuspiirangute vahel meestel ent mitte naistel. Varasemalt on leitud, et madalama haridusega inimestel on suurem risk tegevuspiirangute tekkimiseks (25, 26, 58). Vähem haritud inimesed töötavad sageli tervist kahjustavatel või füüsilist pingutust nõudvatel erialadel ning ka seetõttu esineb neil suurema tõenäosusega tegevuspiiranguid vanemas eas. Samas haritumad inimesed elavad üldiselt tervislikumalt ning on tervislikest eluviisidest teadlikumad, kuna terviseharidust käsitlev teave on neile arusaadavam ning neil on rohkem materiaalseid ressursse tervislike valikute tegemiseks. (59)

Kõigile teguritele kohandatud mudelis perekonnaseisu ja tegevuspiirangute vahel olulist seost ei leitud. Varasemalt on leitud, et lahutatud ja lehestunud inimestel esineb tegevuspiiranguid rohkem kui koos elavatel inimestel (39) ning abielul on tegevuspiirangute tekkimisel kaitsev mõju (37, 38), mida siinses töös ei leitud.

Ootuspäraselt oli madalama sissetulekuga inimestel suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks ning sissetuleku vähenedes tegevuspiirangute esinemise šans suurenes. Ka varasemates uuringutes on leitud, et madalama sissetulekuga inimestel on suurem risk tegevuspiirangute esinemiseks (27, 35, 36). Sissetuleku ja tegevuspiirangute seost võib põhjendada näiteks sellega, et inimese füüsiline või vaimne piiratus ei võimalda piisaval määral tööelus osaleda ning tema sissetulek on seetõttu madalam. Lisaks seos haridustaseme ja sissetuleku vahel ehk kõrgema haridustasemega inimesed on terviseteadlikumad (59) ning neil on tavaliselt suurem sissetulek.

Antud töös alkoholi tarvitamise ja tegevuspiirangute esinemise vahel andmete kohandamisel olulist seost ei ilmnenu. Varasemalt on leitud, et alkoholi mõõdukalt tarvitajate seas esineb vähem tegevuspiiranguid, kui mittetarvitajate seas, kuna nende sotsiaalmajanduslik staatus on kõrgem ja sel põhjusel on nad parema tervise juures (41). Samas võib alkoholi mitte

tarvitavatel inimestel esinevat tegevuspiirangute suuremat määra selgitada ka alkoholist hoidumisega halva tervises seisundi tõttu (42). Sotsiaalministeeriumi tellimusel Eesti Konjunktuuriinstituudi poolt läbi viidava uuringu tulemuste järgi on alkoholi tarvitamise levimus alates 2019. aastast taas tõusma hakanud ning 2021. aastal suurenes Eestis alkoholi tarbimine võrreldes eelneva aastaga 2,3% (60). Eesti Terviseuuringu 2019. aasta andmetel oli viimase 12 kuu jooksul 1–2 korda nädalas alkoholi tarvitajaid naiste seas 9% ning üle poole rohkem meeste seas (20,8%) (61). Siinses töös seose puudumine võib tuleneda raporteerimisnihkest ehk alkoholi tarvitamise alaraporteerimisest.

Suurem tegevuspiirangute esinemise šanss võrreldes mittediagnostilistega oli nii meeste kui naiste puhul endistel diagnostilistega. Meestel lisandus suurem tegevuspiirangute esinemise šanss praegustel diagnostilistega, mis on sarnane USA-s tehtud uuringu tulemustele (39). Erinevus meeste ja naiste vahel võib tuleneda üldisest suuremast diagnostilistega levimusest meeste seas (62). Samas võib diagnostilistega staatuse määramine tuleneda häbitundest ehk soovist esitada teavet ühiskonna ootustele või normidele vastavalt (44), eriti naiste seas ning seetõttu võib diagnostilistega olla alaraporteeritud.

Tegevuspiirangute esinemise šanss võrreldes rohkem kui kord nädalas sportivate inimestega oli oluliselt suurem nii naiste kui meeste seas, kes vigastuse või haiguse tõttu tervisespordiga ei tegele. Varasemalt on samuti leitud, et tegevuspiirangutega täiskasvanute füüsiline aktiivsus on madalam piiranguteta inimestest (45). Tegevuspiirangute esinemine võib olla seotud vähenenud füüsilise võimekusega ning takistada spordiga tegelemist. Samas regulaarne füüsiline aktiivsus võib pidurdada tegevuspiirangute süvenemist (45). Siinses töös tuli välja ka asjaolu, et tegevuspiirangute esinemise šanss oli väiksem nende inimeste seas, kes sportisid vähem kui kord nädalas võrreldes rohkem kui kord nädalas tervisespordiga tegelejatega.

Ootuspäraselt oli siinses töös tegevuspiirangute ja tervise enesehinnangu vahel tugev seos. Halva tervise enesehinnanguga inimestel oli oluliselt suurem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui inimestel, kes hindasid oma tervist heaks. Lisaks oli tegevuspiirangute esinemise šanss suurem pikaajalise haigusega inimestel. Tervise enesehinnang sõltub kroonilistest haigustest ja tegevuspiirangutest (19), mis tähendab, et tegevuspiirangutega inimesed on tõenäoliselt ka halvema tervise enesehinnanguga ning tegevuspiirang võib süveneda krooniliseks haiguseks.

Võrreldes viimasel 30 päeval depressiooni mittetajanutega oli tegevuspiirangute esinemise šanss suurem neil, kes viimase 30 päeva jooksul tajusid depressiooni sümptomeid. Seos tugevnes veelgi neil, kes tajusid depressiooni varasemast rohkem. Antud tulemus on kooskõlas Saksamaal läbi viidud uuringuga (48). Tulemus võib tuleneda ühiskonnas järjest

rohkem rõhutatavale vaimse tervise probleemidele ja nende teadvustamisele, mis tähendab, et inimesed võivad olla varasemast rohkem teadlikumad oma vaimse tervise seisundist ning oskavad märgata depressiooni sümptomeid. Samas võib see tuleneda otseselt tegevuspiirangutest ehk oma igapäevategevustes piiratud inimesed tunnevad end oma terviseseisundi tõttu ka vaimselt halvemini, kuna inimese füüsiline ja vaimne tervis on omavahel seotud.

Siinse analüüsi põhjal suurendab nii meestel kui naistel tegevuspiirangute esinemise šanssi madalam sissetulek, suitsetamine, halb tervise enesehinnang, kroonilise haiguse olemasolu ja depressiooni tajumine. Tegevuspiirangute levimus vaadeldud uuringuaastate jooksul ei vähenenud, mis võib tähendada, et poliitilise tasandi otsustel on olnud vähene mõju igapäevategevustes osalemise piirangute tajumisele, kuid võib ka olla, et sellised muudatused rahvastiku tasandil võtavadki kauem aega. Tegevuspiirangutega inimestele on vajalik toetava keskkonna võimaldamine, et paremini ühiskonnaelus osaleda ning ise hakkama saada.

6.2 Magistritöö puudused ja tugevused

TKU on läbilõikeline ankeetküsitlus, kus vastused põhinevad inimese enesekohasel hinnangul enda tervisele. Küsimustele vastamise täpsust ei ole võimalik kontrollida. Samuti võib enesekohasel vastamisel esineda raporteerimisnihe. Vastajad võivad alahinnata oma halbu harjumusi nagu näiteks alkoholi tarvitamist ja suitsetamist, kuid samas hinnata üle häid harjumusi nagu kehaline aktiivsus.

Läbilõikelise uuringu puhul ei ole võimalik hinnata ka seoste põhjuslikkust. Siinse töö tulemuste põhjal ei saa otsustada, kas madala sotsiaaldemograafilise staatusega inimestel on rohkem tegevuspiiranguid või vastupidi, tegevuspiirangute tõttu esineb madal sotsiaaldemograafiline staatus. Sarnaselt ei ole võimalik hinnata, kas inimene tajus tegevuspiiranguid depressiooni tõttu või hoopis tegevuspiirangud viisid depressioonini. Samal põhimõttel pole võimalik teha järeldusi tervise enesehinnangu, pikaajalise haiguse ja sportimisega seonduvalt.

Magistritöö tugevuseks saab pidada rahvastikupõhist ja esinduslikku valimit, mis on tagatud TKU meetodikaga. Uuringut viiakse läbi sarnase meetodika alusel üle 20 aasta ja see tagab tulemuste võrreldavuse. Siinne töö andis ülevaate tegevuspiirangute esinemisest nooremates vanuserühmades, mis on varasemates uuringutes vähem kajastamist leidnud.

7. Järeldused ja ettepanekud

Töö tulemustel põhinevad järeldused:

1. Aastatel 2004–2022 oli kõrgeim tegevuspiirangute kaalutud levimus meeste seas 53,9%, naiste seas 55,7%. Tegevuspiirangute levimus naiste seas oli peaaegu alati kõrgem kui meestel. Kõrgeim tegevuspiirangute esinemise määr oli vanimas vanuserühmas ja põhiharidusega vastajate seas ning naistel oli levimus peaaegu igal uuringuaastal mitte-eestlaste hulgas kõrgem.
2. Tegevuspiirangute esinemine oli nii meestel kui naistel seotud uuringuaasta ja sissetulekuga. Meestel oli lisaks seotud haridusega, naistel vanusega. Perekonnaseisu ja tegevuspiirangute vahel naistel olulist seost ei leitud, meestel oli seos lahutatud või lehestunudel võrreldes abielus või vabaabielus olevate meestega.
3. Tegevuspiirangute esinemine Eesti täiskasvanud rahvastikus oli nii meestel kui naistel seotud suitsetamise staatuse, tervisespordiga tegelemise, kroonilise haiguse, tervise enesehinnangu ja depressiooni tajumisega. Meestel oli seos ka alkoholi tarvitamisega.

Magistritööl põhinevad ettepanekud:

- teostada põhjalikum analüüs tegevuspiirangute levimuse muutuste trendi hindamiseks;
- jätkata rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 eesmärkide elluviimist, et inimesed elaksid suurema osa elust tervisest tulenevate piiranguteta;
- jätkata regulaarsete terviseuuringute analüüsimisega, mis võimaldavad hinnata tegevuspiirangute levimuse muutusi ja sellega seotud tegureid Eestis.

8. Kasutatud kirjandus

1. Meulenkamp T, Rijken M, Cardol M, et al. People with activity limitations' perceptions of their health condition and their relationships with social participation and experienced autonomy. *BMC Public Health* 2019;19:1536.
2. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Sotsiaalministeerium. (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf) [06.04.2024].
3. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Union of equality : strategy for the rights of persons with disabilities 2021-2030. Publications Office; 2021. (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/3e1e2228-7c97-11eb-9ac9-01aa75ed71a1/language-en>) [04.04.2024].
4. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020. Turu-uuringute AS. Tellija: Sotsiaalministeerium. (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf) [11.08.2023].
5. Altmets K, Katus K, Puur A, et al. Toimetulekupiirangud Eesti täisealises rahvastikus – levimus ja tegelik abistamine. *Eesti Arst* 2008;87:92–101.
6. Abuladze L, Sakkeus L. Social networks and everyday activity limitations among older native and foreign-origin population in Estonia. In: XXVII IUSSP International Population Conference; 26–31 August 2013; Busan, South Korea. Session 302: Social networks and demographic outcomes
7. Saava A, Puur A, Altmets K, et al. Toimetulekupiiranguid põhjustanud vigastused Eestis: rahvastikupõhine sündmuslooline uuring. *Eesti Arst* 2011;90:165–73.
8. Kruse L. Tegevuspiirangute seosed materiaalse deprivatsiooniga 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal [magistritöö]. Tartu Ülikool Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2016.
9. Tõnissoo M. Tervisekäitumise seosed tegevuspiirangutega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel. [magistritöö]. Tartu Ülikool Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2023.
10. McCartney G, Popham F, McMaster R, et al. Defining health and health inequalities. *Public Health* 2019;172:22–30.
11. Sartorius N. The Meanings of Health and its Promotion. *Croatian medical journal* 2006;47:662.

12. Eurostat. Glossary:Activity limitation. (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Activity_limitation) [15.05.2023].
13. Eurostat. Glossary:Longstanding health problem or disease. (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Longstanding_health_problem_or_disease) [15.05.2023].
14. Sakkeus L. Tegevuspiiranguga rahvastiku käsitlemise areng. Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. Eesti Statistika: Tallinn; 2015:25–40.
15. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994;38(1):1–14.
16. Jagger C, Gillies C, Cambois E, et al. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *J Clin Epidemiol* 2010;63(8):892–9.
17. Tervena elada jäänud aastad. Statistikaamet. (<https://www.stat.ee/et/avastatistikat/valdkonnad/heaolu/tervis/tervena-elada-jaanud-aastad>) [19.04.2024].
18. Eurostat. Glossary:Minimum European Health Module (MEHM). [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM)) [16.05.2023].
19. Giacomozzi C, Palmieri L, Gargiulo L, et al. The Perceived Health Status from Young Adults to Elderly: Results of the MEHM Questionnaire within the CUORE Project Survey 2008-2012. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6160.
20. Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. Metoodika ja standardtabelite kogumik. Tervise Arengu Instituut: Tallinn; 2023.
21. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science & Medicine* 1998;47:269–79.
22. Abuladze L, Kunder N, Lang K, et al. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2017;7:e013257.
23. Meyer OL, Castro-Schilo L, Aguilar-Gaxiola S. Determinants of Mental Health and Self-Rated Health: A Model of Socioeconomic Status, Neighborhood Safety, and Physical Activity. *Am J Public Health* 2014;104:1734–41.
24. Oshio T, Kan M. Educational level as a predictor of the incidences of non-communicable diseases among middle-aged Japanese: a hazards-model analysis. *BMC Public Health* 2019;19:852.

25. Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, et al. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. *Soc Sci Med* 2013;94:1–8.
26. Jagger C, Matthews R, Melzer D, et al. Educational differences in the dynamics of disability incidence, recovery and mortality: Findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Int J Epidemiol* 2007;36:358–65.
27. Minkler M, Fuller-Thomson E, Guralnik JM. Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. *N Engl J Med* 2006;355:695–703.
28. Gupta P, Mani K, Rai SK, et al. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian J Public Health* 2014;58:11–6.
29. Beller J, Luy M, Giarelli G, et al. Trends in Activity Limitations From an International Perspective: Differential Changes Between Age Groups Across 30 Countries. *J Aging Health* 2023;35:477–99.
30. Beller J, Epping J. Disability trends in Europe by age-period-cohort analysis: Increasing disability in younger cohorts. *Disabil Health J* 2021;14:100948.
31. Bloomberg M, Dugravot A, Landré B, et al. Sex differences in functional limitations and the role of socioeconomic factors: a multi-cohort analysis. *The Lancet Healthy Longevity* 2021;2:780–90.
32. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, et al. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:91–102.
33. Scheel-Hincke LL, Möller S, Lindahl-Jacobsen R, et al. Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE. *Eur J Ageing* 2019;17:69–79.
34. Zheng H, George LK. Rising U.S. income inequality and the changing gradient of socioeconomic status on physical functioning and activity limitations, 1984–2007. *Social Science & Medicine* 2012;75:2170–82.
35. Fuller-Thomson E, Gadalla T. Income inequality and limitations in activities of daily living: A multilevel analysis of the 2003 American Community Survey. *Public Health* 2008;122:221–8.
36. Choi H, Schoeni RF, Steptoe A, et al. Differential Trends in Disability Among Rich and Poor Adults in the United States and England From 2002 to 2016. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2022;77:189–98.
37. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, et al. Marital Status and Mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 2000;10:224–38.

38. Sandoval MH, Alvear Portaccio ME. Marital Status, Living Arrangements and Mortality at Older Ages in Chile, 2004–2016. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:13733.
39. Thompson WW, Zack MM, Krahn GL, et al. Health-Related Quality of Life Among Older Adults With and Without Functional Limitations. *Am J Public Health* 2012;102:496–502.
40. Brodoff L, Hiedemann B, Xue Y. Marriage Equality and Activity Limitations Among Older Adults in Same-Sex Relationships. *Sex Res Soc Policy* 2024. (<https://link-springer-com.ezproxy.utlib.ut.ee/article/10.1007/s13178-024-00936-1#citeas>) [11.03.2024].
41. Lee SJ, Sudore RL, Williams BA, et al. Functional Limitations, Socioeconomic Status, and All-Cause Mortality in Moderate Alcohol Drinkers. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57:955–62.
42. Doryńska A, Pająk A, Kubinova R, et al. Socioeconomic circumstances, health behaviours and functional limitations in older persons in four Central and Eastern European populations. *Age Ageing* 2012;41:728–35.
43. Vourliotis T, Twyman L, Trigg J, et al. High tobacco smoking rates in people with disability: An unaddressed public health issue. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2024;48:100110.
44. Timmermans EJ, Huisman M, Kok AAL, et al. Smoking Cessation and 16-year Trajectories of Functional Limitations Among Dutch Older Adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The Journals of Gerontology: Series A* 2018;73:1722–8.
45. Smith J, Ylitalo KR. Physical activity recommendation by health care providers to adults with and without functional limitations. *Preventive Medicine* 2021;153:106730.
46. Pitsi T, Zilmer M, Vaask S, et al. Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: 2017.
47. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science & Medicine* 1999;48:1713–20.
48. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, et al. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 2018;18:394.
49. Level of disability (activity limitation) by sex, age and income quintile. Eurostat. (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_12__custom_10981213/default/bar?lang=en) [22.10.2023].

50. European Core Health Indicators. ECHI Data Tool. European Commission. (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/echi/?indlist=35>) [15.05.2023].
51. von der Lippe E, Fehr A, Lange C. Limitations to usual activities due to health problems in Germany. *J Health Monit* 2017;2(3):84–90.
52. Tervisest tingitud igapäevategevuste piiratus soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (http://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__01ETeU__02Piirang/ETU20.px/) [14.04.2024].
53. Vanemaealiste (50-aastased ja vanemad) tervisest tingitud igapäevategevuste piirangud vanuserühma järgi. Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuring (SHARE). (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__08SHARE__02Toimetulek/SHARE462.px/) [14.04.2024].
54. Kasmel A, Lipand A, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Eesti Tervisekasvatuse Keskus: Tallinn; 2001.
55. Wheaton FV, Crimmins EM. Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing Soc* 2016;36:1136–56.
56. Zheng W, Huang Z. Onset of ADL and IADL limitation among Chinese middle-aged and older adults: *PLoS ONE* 2023;18.
57. Tiit E-M. Millised rahvused elavad Eestis? Statistikaamet 2020. (<https://www.stat.ee/et/uudised/millised-rahvused-elavad-eestis>) [19.04.2024].
58. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–86.
59. Blane D. Commentary: explanations of the difference in mortality risk between different educational groups. *Int J Epidemiol* 2003;32:355–6.
60. Lepane L, Martens K, Mattheus Ü, et al. Eesti alkoholiturg, alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika 2021. aastal. Eesti Konjunktuuriinstituut: Tallinn; 2022.
61. Alkoholi tarvitamine viimase 12 kuu jooksul soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__01ETeU__09Alkohol/ETU901.px/table/tableViewLayout2/) [15.04.2024].
62. Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__01ETeU__10Suitsetamine/ET101.px/table/tableViewLayout2/) [20.04.2024].

Health-related limitations in daily activities among adults in Estonia, 2004–2022

Grete Madi

Summary

The thesis focused on health-related limitations in daily activities among the adult population of Estonia from 2004 to 2022. The objectives of the study were: 1) to describe the prevalence of health-related limitations in daily activities; 2) to analyze the associations between limitations in daily activities and socioeconomic status; 3) to analyze the associations between activity limitations and characteristics describing health and health behavior.

The study was based on data from the Estonian Adult Health Behavior Survey of 16–64-year-old adults ($n = 27,056$). Associations between activity limitations and various factors were assessed using logistic regression analysis. Chi-square tests were used to calculate differences between groups. The crude and fully adjusted odds ratios (*OR*) with 95% confidence intervals were calculated. A significance level of 5% was adopted.

The highest weighted prevalence of activity limitations among men was 53.9% in 2022 and among women 55.7% in 2008. The prevalence of activity limitations was highest among respondents aged 55–64 and those with primary education. There was a statistically significant difference between survey years among both men and women based on ethnicity and educational level, except among men with primary education.

Fully adjusted logistic regression model showed that the prevalence of activity limitations among both men and women were associated with survey year, income, smoking status, engagement in physical activity, presence of chronic illness, self-rated health and perception of depression. Only among men was the prevalence of activity limitations associated with education, and only among women was it associated with age. In this study, fully adjusted logistic regression model showed no association between the presence of activity limitations and ethnicity, marital status or alcohol consumption.

The results of the study on the prevalence of activity limitations and associated factors contribute to enhancing public health policies aimed at reducing activity limitations among adults in Estonia.

Tänuavaldus

Täna juhendajat Mariliis Põldu kiire tagasiside, väga põhjaliku juhendamise, meeldiva koostöö, mõistva suhtumise ja igakülgse toetuse eest.

Aitäh Laurile ja vanematele, kes toetasid ja julgustasid kogu magistriõpingute perioodil.

Curriculum vitae

Üldandmed:

Ees- ja perenimi: Grete Madi

Sünniaeg: 14.12.1995

E-post: grete.madi@gmail.com

Hariduskäik:

2022–... Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)

2015–2019 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus (õe põhiõpe)

2012–2015 Otepää Gümnaasium, keskharidus

Keelteoskus:

eesti keel emakeel

inglise keel B1

Töökogemus:

2024–... Maarjamaa Hariduskolleegium, kooliõde

2023–2024 Tartu Vangla, pereõde

2021–2022 Kliiniliste Uuringute Keskus, õde

2019–2021 Tartu Ülikooli Kliinikum, spordimeditsiini osakond, õde

Kuupäev: 29.04.2024

Lisa. Töös kasutatud küsimused

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, aasta 2022 küsimustik.

1. Teie sugu 1 mees
 2 naine
2. Teie sünniaeg |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 päev kuu aasta
3. Teie rahvus 1 eestlane
 2 venelane
 3 muu rahvus (palun kirjutage)

4. Teie tegelik perekonnaseis

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

5. Milline on Teie haridus (kõrgeim lõpetatud haridustase)?

- 1 algharidus (kuni 6 klassi)
- 2 põhiharidus
- 3 põhiharidus koos kutseharidusega
- 4 kesk- või gümnaasiumi haridus
- 5 keskeri- või kutsekeskharidus
- 6 rakenduslik- või kutsekõrgharidus
- 7 kõrghariduse põhiõpe (bakalaureus)
- 8 kõrghariduse kraadiõpe (magister, doktor/kandidaat)

9. Kui suur oli viimase 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek (kõigist allikatest saadud netosissetulek) ühe pereliikme kohta?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 vähem kui 300 eurot | 5 1000–1199 eurot |
| 2 300–599 eurot | 6 1200–1399 eurot |
| 3 600–799 eurot | 7 1400–1600 eurot |
| 4 800–999 eurot | 8 rohkem kui 1600 eurot |

14. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?

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

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

- 1 jah
- 2 ei

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

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

26. Kas Te olete viimase 30 päeva jooksul olnud masendunud, õnnetu (depressioonis)?

- 1 jah, palju rohkem kui varem
- 2 jah, mõnevõrra rohkem kui varem
- 3 jah, kuid mitte rohkem kui varem
- 4 ei, üldse mitte

33. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud (tavalisi sigarette, paberosse, sigareid, piipu)?

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1 ei (jätkake küsimusega 41) | 3 jah, käesoleval ajal juhuslikult |
| 2 jah, käesoleval ajal iga päev | 4 jah, varem suitsetasin |

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

1 jah

2 ei

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

1 ei

2 jah, kokku aastat

45. Kui sageli Te joote korraga vähemalt 3 pudelit õlut (3x0,5 l keskmise kangusega) või 6 klaasi veini (st 6x120 ml) või 6 pitsi kanget alkoholi (6x40 ml)?

1 mitte kunagi

2 kord kuus või harvem

3 mõned korrad kuus

4 umbes kord nädalas

5 mõned korrad nädalas

6 peaaegu iga päev või iga päev

63. Kui sageli harrastate tavaliselt vabal ajal tervisesporti vähemalt poole tunni vältel, nii et hakkate kergelt hingeldama ja higistama?

1 iga päev

2 4–6 korda nädalas

3 2–3 korda nädalas

4 kord nädalas

5 2–3 korda kuus

6 kord kuus või harvem

7 ei saa vigastuse või haiguse tõttu sportida

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Grete Madi

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Terviseseisundiga seotud igapäevategevuste piirangud Eesti täiskasvanud rahvastikus aastatel 2004–2022”, mille juhendaja on Mariliis Põld, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Grete Madi

18.05.2024