

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

TERVISEKÄITUMISE SEOSSED TEGEVUSPIIRANGUTEGA
50-AASTASTEL JA VANEMATEL EESTI ELANIKEL

Magistritöö rahvatervishoius

Mari Tõnissoo

Juhendajad: Liili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikool, Ühiskonnateaduste
instituut, Eesti demograafia keskus, teadur

Katrin Lang, Tartu Ülikool, PhD, Meditsiiniteaduste valdkond,
peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, epidemioloogia kaasprofessor

Tartu 2023

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2023 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Rainer Reile, PhD, Tervise Arengu Instituut, epidemioloogia ja biostatistika osakond, osakonna juhataja.

Kaitsmine: 06.06.2023

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
1. Sissejuhatus	5
2. Kirjanduse ülevaade	6
2.1 Tegevuspiirangud	6
2.1.1 Tegevuspiirangute tekkimine	7
2.1.2 Tegevuspiirangute levimus ja võimalikud mõjud	8
2.2 Tegevuspiirangute esinemise riskitegurid	8
2.2.1 Sotsiaaldemograafilised tegurid	8
2.2.2 Tervisekäitumise tegurid	10
3. Eesmärgid	13
4. Materjal ja metoodika	14
4.1 SHARE uuring ning valimi moodustamine	14
4.2 Tunnused	14
4.2.1 Tegevuspiirangud	15
4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused	15
4.2.3 Tervisekäitumist iseloomustavad tunnused	16
4.3 Andmeanalüüs	17
5. Tulemused	18
5.1 Tegevuspiirangute esinemise jaotumus	18
5.2 Tegevuspiirangute ning erinevate tunnuste vahelised seosed	22
6. Arutelu	25
6.1 Tegevuspiirangute esinemine ja sellega seotud tegurid	25
6.2 Magistritöö puudused ja tugevused	29
7. Järeldused	30
8. Kasutatud kirjandus	31
<i>Summary</i>	38
Tänuavaldus	40
<i>Curriculum vitae</i>	41

Lühikokkuvõte

Rahvastikuvananemine on erinevate rahvastikuprotsesside arengu tulem ühiskonnas. Üks vanusstruktuuri mõjutav indiviidi tegur on tervisekäitumine, mis võib rahvastikutasandil väljenduda elueas ja suremusnäitajates. Rahvastikuvananemise tulemusel on arenenud riikides tegevuspiirangud muutumas üheks suurimaks tervisega seotud väljakutseks ühiskonnas. Pikenev eluiga võib kaasa tuua kas pikema või lühema aja, mil elatakse tegevuspiirangutega või hoopis pikema aja mõõdukate tegevuspiirangutega.

Tegevuspiirang tähendab tervisekahjustusest tulenevat piirangut igapäevaste toimingute sooritamisel tavapäraseks peetavas vahemikus või viisil. Tegevuspiirangutega elamine mõjutab inimese elukvaliteeti ja tõstab tervishoiukululusid nii üksikisiku kui riigitasandil. Eesti rahvastiku tervisekäitumises on arenguruumi ning Eestis on suhteliselt kõrge tegevuspiirangutega kesk- ja vanemaealiste inimeste osakaal. Sellest lähtuvalt on käesoleva uurimistöö eesmärk uurida tegevuspiirangute ning tervisekäitumise seoseid Eesti kesk- ja vanemaealiste seas.

Magistritöö analüüs baseerub Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise paneeluuringu ehk SHARE andmetel. Käesolevas magistritöös kasutakse SHARE 6. küsitluslaine (2015. aasta) Eesti vastajate andmeid. Magistritöö valim on 5536 uuritavat. Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid, protsente, hii-ruut testi ja logistilist regressiooni. Käesolevas töös hinnati erinevate sotsiaaldemograafiliste tegurite ning tervisekäitumise seost tegevuspiirangutega.

Tegevuspiirangute levimus SHARE 6. laine Eesti vastajate seas oli 61,7%, mis on suurem Euroopa keskmisest ja naaberriikidest Soomest, Rootsist ja Norrast ning võrdväärne Lätiga. Tulemused näitasid, et tegevuspiiranguid esines rohkem 65–79-aastaste ja 80-aastaste ja vanemate, madalaima haridustasemega, püsivalt haigete/puudega, pensionäride ja töötute/koduste, majanduslike raskustega, alkoholi mittetarvitavate, kehaliselt mitteaktiivsete ning rasvunud või alakaalus vastajate seas. Vaatamata suitsetamise tervist kahjustavale mõjule ei olnud suitsetamise seos tegevuspiirangutega käesolevas töös statistiliselt oluline tegur. Alkoholi mittetarvitamine võib tegevuspiirangute esinemise puhul näidata seost tervise tõttu alkoholi tarvitamise lõpetamisega. Tegevuspiirangute esinemine on aga oluliselt seotud vähese kehalise aktiivsusega ning rasvumise ja alakaalulisusega.

1. Sissejuhatus

Rahvastikuvananemine on erinevate rahvastikuprotsesside arengu tulem ühiskonnas. Rahvastikuvananemise peamised rahvastiku koostist kujundavad protsessid on ühelt poolt muutunud sündimuskäitumine, mis lähtub teadlikest valikutest ja suurenenud planeerimisest vastavalt teiste elusündmuste ja -etappidega. Teisalt võib vanusstruktuuri mõjutada iga isiku tervisekäitumine, mis rahvastikutasandil väljendub elueas ja suremusnäitajates. (1) Rahvastikuvananemise tulemusel on arenenud riikides tegevuspiirangud muutumas üheks suurimaks terviseiga seotud väljakutseks ühiskonnas (2). Pikenev eluiga võib kaasa tuua kas pikema või lühema aja, mil elatakse tegevuspiirangutega või hoopis pikema aja mõõdukate tegevuspiirangutega (1).

Tegevuspiirang tähendab tervisekahjustusest tulenevat piirangut igapäevaste toimingute sooritamisel tavapäraseks peetavas vahemikus või viisil (3). **Puue** viitab tegevuspiirangu väljendusele sotsiaalses kontekstis juhul kui ümbritsev keskkond ei ole toetav (4). Tegevuspiirangutega elamine mõjutab inimese elukvaliteeti ja tõstab tervishoiukulud nii üksikisiku kui riigitasandil (5). Vanemate inimeste võimalused ühiskonda panustamisel sõltuvad nende tervisest ja neid ümbritsevast ühiskonnast ja elukeskkonnast (6). Aktiivse vananemise ja tervena elatud eluaastate pikenemiseks on oluline, et tervishoius ja sotsiaalhoolduses, maksu- ja pensionisüsteemis, elamuehituses ja muudes ühiskonnaelu valdkondades arvestataks vanemaealiste kasvanud osakaaluga kui ka nende vajadustega, et tagada võrdsed võimalused ühiskonna erinevates valdkondades kaasalöömiseks (7, 8).

Erinevad teadustööd kui ka eksperdid viitavad, et Eesti rahvastiku tervisekäitumises on veel arenguruumi. Üle poole Eesti kesk- ja vanemaealistest on ülekaalus või rasvunud (9) ning kehalise aktiivsuse tase on madal (10), alkoholi tarvitab kolmandik (11) ning elu jooksul regulaarselt suitsetanute osakaal on kõrge (12). Eestis on suhteliselt kõrge ka tegevuspiirangutega kesk- ja vanemaealiste inimeste osakaal. Seega on oluline teada, milline on tegevuspiirangutega inimeste tervisekäitumine ning kas tervislik eluviis on seotud väiksema tegevuspiirangute esinemise tõenäosusega. Eestis on varasemalt kaardistatud tegevuspiirangute levimust (2, 13), tegevuspiirangute seoseid sotsiaalvõrgustikega (14) ja materiaalse deprivatsiooniga (15). Siiski ei ole täpsemalt uuritud, kas ja mil määral on Eesti kesk- ja vanemaealiste tervisekäitumine seotud tegevuspiirangute esinemisega. Käesolev magistr töö annab ülevaate tegevuspiirangute levimusest, tervisekäitumise tegurite levimusest ning tegevuspiirangute ja tervisekäitumise tegurite vahelistest seostest.

2. Kirjanduse ülevaade

Tervist käsitletakse laialdaselt erinevates teadusharudes. Rahvastiku tervise olukorrale antakse hinnang tavapäraselt oodatava eluea ning tervena elatud eluea näitajatega. Epidemioloogias on ühed sagedamini kasutatavad tervist iseloomustavad protsessid haigestumus ja suremus. Tervise iseloomustamisel rahvastiku tasandil kasutatakse tänapäeval ka tervise enesehinnangut. Subjektiivne tervise enesehinnang aitab prognoosida suremust (16) ja tegevuspiirangute esinemist (17) aga ka vastupidi – tegevuspiirangud prognoosivad tervise enesehinnangut (18). Tegevuspiirangud koos eneseraporteeritud tervisega prognoosivad omakorda mõningate terviseseisundite puhul suremust (19).

2.1 Tegevuspiirangud

Tegevuspiirang on tervisekahjustusest (nt kroonilisest haigusest või vigastusest) tulenev piirang või suutmatuse sooritada igapäevaseid toiminguid tavapäraseks peetavas vahemikus või viisil. Toiminguteks peetakse põhilisi füüsiliste ja vaimsete tegevuste sooritamist, mis on konkreetses soo- ja vanuserühmas tavapäraselt levinud ning mis näitavad keha ja vaimu üldist võimet teha sihipäraseid tegevusi. Põhilised füüsilised tegevused hõlmavad keha üldist liikuvust, konkreetseid liigutusi ja nende tugevust, nägemis-, kuulmis- ja suhtlemisfunktsioone (näiteks kõndimine, raskuste kandmine, trepist käimine, trükikirja nägemine ja teise inimese kuulmine). Põhilised vaimsed toimingud hõlmavad kognitiivseid ja emotsionaalseid funktsioone (nt lühimälu, arusaadavalt kõnelemine, igapäevane toimetulek, orienteerumine ajas ja ruumis). (3)

Füüsiliste ja vaimsete piirangute kindlakstegemiseks on kasutusel erinevaid viise. Raskuste esinemine igapäevategevusi tehes (ei esine, mõningased raskused, suured raskused, ei ole võimalik) võib olla nii enesehinnanguline kui ka eestkostja/volitatud isiku (näiteks abikaasa/elukaaslane, vanem, arst) öeldud. Küsitleja võib vaadelda uuritavat tegevusi tegemas ning hinnata tema sooritust (täielikult võimeline, osaliselt võimeline, ei ole võimeline) või lugeda arvuliselt (näiteks sammud, tegevuste kordused enne väsimist). Võimalik on ka ülesande põhine soorituse hindamine koos ajavõtuga. Kõik eelnimetatud viisid mõõdavad inimese võimet sooritada ülesandeid ise. See tähendab alati ilma kellegi abi kasutamata, mõnikord ei hõlma see ka regulaarselt kasutatavaid seadmeid (näiteks kõnnikepp, prillid, ratastool). (3)

Haber kirjeldab **tegevuspiiranguid** inimese individuaalse võimekusena, mis ei arvesta olukorra-spetsiifilisi nõudmisi (20). Pope ja Tarlov leiavad, et **puue** viitab **tegevuspiirangu** väljendusele sotsiaalses kontekstis, olles erinevus inimese võimete ja ühiskonna eelduste vahel. **Tegevuspiirangutega** inimesed ei ole oma olemuselt tingimata **puudega**, tegevuspiirangute mõiste viitab raskustele isiklike, perekondlike või sotsiaalsete rollide täitmisel. Nende füüsiliste ja vaimsete piirangute koosmõju sotsiaalsete ja keskkondlike teguritega võivad aga määrata **puude** olemasolu ja raskusastme, st kui keskkond ei ole toetav, võib **tegevuspiirang** väljenduda **puudena**. (4) Lawrence jt leiavad, et **puude** teket ennustavad enim **tegevuspiirangud** – alakehaga seotud piirangutel on seejuures kõige tugevam seos, mis peegeldab tõenäoliselt alajäsemete olulist rolli pingutust vajavate tegevuste (nt ostlemine, majapidamine ja toidu valmistamine) sooritamisel (21).

2.1.1 Tegevuspiirangute tekkimine

Peamine teekond **tegevuspiirangute** ja **puudeni** algab patoloogiaga (haiguse diagnoos, vigastus, kaasasündinud või väljaarenenud tervises seisund), millele järgneb sellest tulenev kahjustus (talitlushäired ja struktuursed kõrvalekalded organsüsteemides). Nimetatud seisundite riskitegurid võivad olla demograafilised, sotsiaalsed, elustiili või tervisekäitumisega seotud, psühholoogilised, keskkondlikud ja bioloogilised. Niinimetatud välised tegurid mõjutavad tegevuspiirangute teket näiteks ravimite ja terapeutiliste protseduuride kättesaadavuse, tugivõrgustiku olemasolu ja kodu- ja töökeskkonnas tehtavate muudatuste kaudu. (3)

Sisemiste individuaalsete tegurite osas on oluline elustiili ja käitumise muutmine (nt alkoholi ja tubaka tarvitamise lõpetamine), et mõjutada haiguse kulgu ning kohanemine olukorraga nii füüsiliselt kui vaimselt. Individuaalsetest teguritest olenemata võivad **tegevuspiirangud** tekkida tavalistes füüsilistes ja vaimsetes tegevustes (kõndimine, haaramine, kummardumine, treppidest käimine, arusaadavalt rääkimine, trükikirja nägemine). Raskusastmelt järgmine seisund, mis võib areneda, on puue ning võivad tekkida tõsisemad raskused igapäevaelu tegevustes (tööl käimine, majapidamine, isiklik hügieen, hобid, pere ja sõpradega sotsialiseerumine). (3)

2.1.2 Tegevuspiirangute levimus ja võimalikud mõjud

Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringu põhjal tundsid 56% Eesti kesk- ja vanemaealistest (50-aastased ja vanemad) 2020. aastal mõne terviseprobleemi tõttu piiratuna tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad (23,5% oluliselt piiratud; 32,5% piiratud, aga mitte oluliselt) (13). Euroopas esineb tegevuspiiranguid 55-aastastel ja vanematel keskmiselt 39,8% inimestest. Soome (44,7%), Rootsi (18,3%) ja Norraga (25,9%) võrreldes esineb Eesti elanikel tegevuspiiranguid rohkem. Võrreldes Lätiga (62,8%) on tegevuspiirangute levimus Eestis madalam. (22)

Arvestades, et Eestis tõuseb pensioniiga 2026. aastaks 65. eluaastani (23) ning samas on 50–59-aastaste seas 41% ja 60–69-aastaste seas 50% tegevuspiirangutega inimesi (13), on tegevuspiirangute mõjuteguritest arusaamine üha olulisem. Tegevuspiirangutega ja nende mõjuteguritega peab nii inimeste töötamisel, tööjätul kui ka pensioniea tõstmisel rohkem arvestama, sest tegevuspiirangute esinemine võib mõjutada inimese heaolu ja tööelus osalemist (13).

2.2 Tegevuspiirangute esinemise riskitegurid

2.2.1 Sotsiaaldemograafilised tegurid

Tegevuspiirangute esinemine tõuseb koos vanusega ning neid esineb üldiselt rohkem naistel kui meestel (24–26). Sooline erinevus võib tuleneda erinevustest haridustasemes, tööhõives (27) ning sellest, et naised teatavad tegevuspiirangutest rohkem kui mehed (25, 28). Naistel on suurem tõenäosus olla madalama haridustasemega ja töötada tasustamata või kodumajapidamises (25, 28). Need tegurid võivad suurendada naistel kokkupuudet terviseriskiteguritega nagu vaesus ja madalapalgalisus, millest tulenevalt võivad tegevuspiirangud esineda sagedamini kui meestel (28).

Kooselul on kaitsev mõju tervisele, eriti meeste puhul (29, 30). Leibkonnas oleva partneriga kaasneb inimeste vaheline suhtlus, sotsiaalne ja majanduslik tugi (30). Taaniga sarnastes ühiskondades võivad aga ametlikust abielust olla olulisemad sotsiaalmajanduslikud tegurid, näiteks haridus, sissetulek ja jõukus. Kõrgharidusega kooselus elavate inimeste suremus oli madalam (olenemata elukaaslase haridustasemest) kui kõrgharidusega inimestel ametlikus abielus. (31)

On leitud, et eri päritolu rahvastikurühmad võivad üksteisest oluliselt erineda tervisekäitumises ja -hoiakutes, mis võib omakorda tuleneda (päritolu)riikide kultuuride, tavade

ja tervishoiupoliitika erinevustest (32–34). Viimase rahvaloenduse andmetel elab Eestis 15,1% inimesi, kes pole sündinud Eestis (35). Sakkeus ja Karelson leidsid, et Eestis elava välispäritoluga rahvastiku tervise enesehinnang oli keskmiselt 15% halvem kui Eestis elaval põlisrahvastikul. Oluliste igapäevategevuste tegevuspiirangutega oli enesehinnangu põhjal 39% välispäritoluga rahvastikust (alates 15. eluaastast) ja 33,3% põlisrahvastikust. Erinevus kahe rühma vahel oli 35–63-aastaste seas vastavalt 42,2% ja 35,9% ning 65-aastaste ja vanemate seas vastavalt 74,7% ja 65%. Antud uuringu tulemuste põhjal on ilmne, et Eestis elav välispäritoluga rahvastik on halvema tervisetulemiga, mille üheks põhjuseks võib olla vastava rühma madalam sotsiaalmajanduslik staatus. (36) Vastupidiselt on Altmets jt leidnud, et põlisrahvastikul esineb rohkem tegevuspiiranguid kui välispäritolu rahvastikul (2).

Oodatava eluea pikenedes võivad suureneda erinevused eri sotsiaalmajandusliku taustaga rahvastikurühmade vahel, st kõrgemalt haritud inimesed elavad kauem ja tervemana (37). Madalama haridustasemega (põhiharidus või madalam) inimestel on suurem risk tegevuspiirangute tekkimiseks (36–40), mis võib tuleneda hariduse olulisest rollist sotsiaalse positsiooni, ameti ja sissetuleku määramisel. Statistikaameti 2021. aasta andmetel (41) on keskmiselt 25,2% Eestis elavatest kesk- ja vanemaealistest madala haridustasemega (varieeruvus vanuserühmiti 6,4% – 52,6%), vanuse kasvades tõuseb madalama haridusega olevate inimeste osakaal. Kõrge sotsiaalmajandusliku positsiooniga eakatel on parem füüsiline võimekus võrreldes madala sotsiaalmajandusliku positsiooniga inimestega (42). Kõrgema sissetulekuga inimestel esineb vähem tegevuspiiranguid kui neil, kelle sissetulek on madalam (43). Kesk- ja Ida-Euroopa kontekstis on majanduslikus kitsikuses elamine üks kõige olulisematest selgitavatest teguritest tegevuspiirangute esinemisel (40).

Halb tervis on seotud tööelus mitteosalemisega, sealhulgas töölt lahkumise ja tööle tagasi mitte naasmisega (44–46). Kümne Euroopa riigi näitel hindasid oma tervist halvaks 50–64-aastastest töötavatest inimestest 18%, kodustest 35%, pensionäridest 37% ja töötutest 39% (44). Seda võib seostada ka tegevuspiirangute esinemisega, sest halb terviseenesehinnang prognoosib tegevuspiiranguid (17). Ka Kesk- ja Ida-Euroopa 45–69-aastaste elanike seas läbiviidud uuringus leiti, et töötavate inimeste seas esines piiranguid vähem kui töötute, pensionäride, koduste, talunike ja töötavate pensionäride seas. Samas tuleb arvestada pöördpõhjusliku seose võimalusega – näiteks võib majanduslik kitsikus olla nii tegevuspiirangute esinemise põhjus kui ka tagajärg (40).

2.2.2 Tervisekäitumise tegurid

Tervisekäitumiseks peetakse inimese tegevust tervise edendamiseks, kaitsmiseks või säilitamiseks, tema praegust või eelnevat terviseseisundit arvestamata. Seejuures ei ole oluline, kas see tegevus on efektiivne ehk kas inimene oma tegevusega suudab mõjutada oma tervise seisundit. (47) Tervisekäitumise tegur ehk tervisemõjur on riski- või kaitsetegur, mis võib avaldada inimese või rahvastiku tervisele ebasoovitavat või soovivat mõju (48). Tervisekäitumise tegurite all mõistetakse mh inimese individuaalset käitumist ja eluviisi, kuid ka näiteks elukeskkonda, bioloogilisi ja sotsiaalmajanduslikke tegureid. Eluviisist tulenevad individuaalsed tervisekäitumise tegurid on näiteks suitsetamine, alkoholi tarvitamine, kehaline aktiivsus. (49) KMI prognoosib haigestumust ja suremust, mistõttu on see sobiv terviseriskide näitaja (50).

Eesti 2019. aasta terviseuuringu järgi on normaalkaalus 28% alates 55-aastastest meestest ja naistest, ülekaalus 41% ja rasvunud 30%. Kui normaalkaalus mehi ja naisi on antud vanuserühmas võrdselt (29% ja 28%), siis ülekaalus mehi (45%) on rohkem kui naisi (38%). Naiste seas on rasvumine levinum (33%) kui meestel (24%). Kõige enam on ülekaalulisi 75-aastaste ja vanemate seas (mehi 49% ja naisi 42%), enim rasvunud on aga 65–74-aastaste seas (mehi 29% ja naisi 40%). (9) Uuringus vaadeldi ka kehalist aktiivsust, mille all mõisteti tervisespordi, treeningu tegemist või muul aktiivsel viisil vaba aja veetmist vähemalt 10 minutit järjest, millega kaasnes väike hingeldamine. Leiti, et vähemalt kord nädalas olid kehaliselt aktiivsed vähemalt 10 minutit järjest 28% (13,4% 5–7 korda nädalas; 3–4 korda nädalas 5,3%; 1–2 korda nädalas 9,1%) ja mõni kord kuus või üldse mitte 72% vastanutest (10). Eesti liikumissoovitused täiskasvanutele ja eakatele on liikuda igal nädalal keskmise intensiivsusega vähemalt 150 minutit või kõrge intensiivsusega vähemalt 75 minutit, sh vajaliku liikumishulga võib koguda vähemalt 10-minutiliste järjepanu kestvate tegevustena. Siinkohal tuleb arvestada inimese tervislikust seisundist tulenevat võimekust ja alustada endale sobivast ajalimiidist ja koormusest. Igasugune liikumine tuleb tervisele kasuks ka siis, kui liikumisvõime on piiratud. (51)

Tegevuspiirangutega täiskasvanute kehaline aktiivsus on madalam kui kui tegevuspiiranguteta täiskasvanutel (52, 53) ning võib eeldada, et tegevuspiirangute ilmnemine võib kaasa tuua hilisema kehalise aktiivsuse vähenemise (54). Regulaarne kehaline aktiivsus (52, 55, 56) ja jõutreening (57) võib tegevuspiirangute tekkimist edasi lükata või aeglustada nende süvenemist, kuid vanemate täiskasvanute kehalise aktiivsuse mõjutamisel tuleb arvestada nende tervislikust seisundist tuleneva võimekuse erinevustega (54). Suurema

lihasjõuga keskealised inimesed säilitavad kaitse raskuste tekkimise ees vanemas eas, olenemata aastate jooksul tekkida võivatest haigustest (57). Täpseid kehalise aktiivsuse soovitusi tegevuspiirangute tekke edasilükkamiseks on keeruline anda, seda on võimalik teha tervishoiutöötajatel (52), kuid vähemalt mõõdukas kehaline aktiivsus võib tegevuspiirangute vältimisel kasuks olla (56).

Rasvunud kesk- ja vanemaealistel esineb rohkem tegevuspiiranguid kui nende normaalkaalulistel eakaaslastel (39, 58, 59). Liigne kaal võib põhjustada liigete suuremat kulumist (60) ja vähendada painduvust (61). Kehamassi lisandudes muutuvad keha proportsioonid, mis mõjutab igapäevaelu tegevuste teostamist. Esineda võib ka sooline erinevus, sest meestel ja naistel ladestub rasv erinevalt. (39) Kõrge kehamassiindeks (KMI) ja rasvumine võivad peegeldada üldist vähest kehalist aktiivsust, mille tulemuseks on väiksem lihasjõud ja aeroobne võimekus ning kehaline aktiivsus võib olla olulisem näitaja kui kehakaal (62). Rasvumise ja tegevuspiirangute vaheline seos võib tuleneda ka suurenenud riskist kõrge KMI-ga kaasnevate haiguste esinemisele (63, 64). Kõrge KMI võib olla seotud inimese geneetiliste eelsoodumustega, kuid antud mõju võivad vähendada tervisekäitumise tegurid (näiteks suurem kehaline aktiivsus, õige toitumine), seega on tervislikul eluviisil olulisem roll (65). Lisaks rasvumisele on leitud, et rohkem tegevuspiiranguid on ka alakaalus olevatel inimestel (39, 59). Tegevuspiirangute seos alakaalususega võib olla põhjustatud valedest toitumisharjumustest või tervislikus seisundist tingitud osteoporoosist, vähenenud lihasjõust ja nõrgenenud immuunsüsteemist (39).

Suitsetamine põhjustab mitmeid kroonilisi haigusi (66), mis võivad viia tegevuspiirangute tekkeni (3, 67). USA-s leiti, et 50–64-aastaste seas esineb tegevuspiiranguid rohkem suitsetajatel kui mittedsuitsetajatel (68), antud leidu toetavad ka süstemaatilise kirjanduse ülevaate tulemused (69), lisaks toodi välja, et ka endistel suitsetajatel esineb tegevuspiiranguid rohkem kui eluaegsetel mittedsuitsetajatel. Kesk- ja Ida-Euroopa uuringus leiti, et suitsetavatel meestel esineb rohkem tegevuspiiranguid kui meestel, kes ei suitseta (40). Hollandi longituuduuringus uuriti, kas suitsetamisest loobumine kesk- ja vanemaealiste seas on seotud tegevuspiirangute esinemisega. Tulemustest selgus, et tegevuspiirangud võivad suitsetajatel tekkida varem kui eluaegsetel mittedsuitsetajatel või suitsetamisest loobunutel. (70) Suitsetamisest loobumisel võivad paraneda hingamisteedega seotud vaevused, kuid elukvaliteedi tõusu võib paremini kirjeldada vanus ja sotsiaalmajanduslik staatus (71). Vaatamata suitsetamise kahjulikkusest tervisele, ei seletanud suitsetamine USA-s uuritud etniliste gruppide vahelisi erinevusi oodatavas elueas tegevuspiirangutega (72). Eesti 2019.

aasta terviseuuringu andmetel on 55-aastaste ja vanemate elanikest mittedisainsetajaid rohkem kui pool (58%). Oma elu jooksul disainsetanud on 42%, kellest on rohkem endisi (25%) kui praeguseid disainsetajaid (17%). Meeste seas on üle poole rohkem disainsetajaid kui naiste seas, kuid mõlema puhul langeb vanuse tõustes disainsetajate osakaal. (12)

Eesti 2019. aasta terviseuuringu andmetel oli kolmandik 55-aastastest ja vanematest elanikest nelja nädala jooksul alkoholi tarvitanud, mehed rohkem kui naised (48% vs. 21%) (11). On leitud, et tegevuspiiranguid esineb vähem vanemaealistel, kes tarvitavad alkoholi mõõdukalt (73, 74) ja alkoholi mittetarvitajatel esineb rohkem tegevuspiiranguid (40, 75). Samas ei viita see tulemus sellele justkui tegevuspiirangute esinemise vähendamiseks tuleks hakata alkoholi tarvitama, vaid tähendab lihtsalt, et endistel alkoholi tarvitajatel esineb tegevuspiiranguid rohkem (74). Alkoholi tarvitamise lõpetamine võib olla kehva tervise näitaja – tarvitamine lõpetatakse, sest tervis on halvenenud (40). Tegevuspiirangute esinemise tõenäosus on suurem neil, kes lõpetavad alkoholi tarvitamise halva tervise tõttu kui neil, kes mingil muul põhjusel lõpetasid (76).

3. Eesmärgid

Käesoleva uurimistöö eesmärk on uurida tegevuspiirangute ning tervisekäitumise seoseid Eesti kesk- ja vanemaealiste seas SHARE uuringu põhjal.

Alaesmärgid

- Kirjeldada tegevuspiirangute levimust, sh tervisekäitumise tegurite (alkoholi tarvitamine, suitsetamine, kehaline aktiivsus, KMI) lõikes.
- Kirjeldada tervisekäitumise tegurite levimust.
- Analüüsida ja selgitada tegevuspiirangute seoseid tervisekäitumise teguritega.

4. Materjal ja metoodika

4.1 SHARE uuring ning valimi moodustamine

Magistritöö analüüs baseerub Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuringu (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) SHARE andmetel. SHARE on üle-euroopaline vanemaealisele elanikkonnale (50-aastased ja vanemad) keskenduv paneeluuring. Lisaks kaasati uuringu põhivalimisse kuuluvate inimeste elukaaslased, kes võisid olla nooremad kui 50-aastased. Uuring käivitus 2004. aastal, Eesti liitus uuringuga 2010. aastal ehk 4. laines. Iga kahe aasta tagant küsitletakse samu inimesi ning üle laine kaasatakse uusi sobivasse vanuserühma jõudnud inimesi ehk 50–52-aastaseid.

Intervjuud toimuvad silmast silma ning neid viivad läbi koolituse saanud küsitlejad. Kasutatakse arvutipõhist meetodit CAPI (*Computer-assisted personal interviewing*), eelnevalt kooskõlastatud ja tagasitõlgete kaudu kontrollitud küsimustikuga. Eestis on küsitlus eesti- ja venekeelne. (77) Magistritöös kasutakse SHARE 6. küsitluslaine (2015. aasta) Eesti vastajate andmeid, vastamismäär oli 52% (78). Kasutatud 6. küsitluslaine oli tunnuste poolest kõige sobivam töö eesmärkide saavutamiseks. Uuringus osales 5638 inimest, kellest jäeti magistritöös välja alla 50-aasta vanused ($n = 90$) ja tegevuspiirangute esinemise väärtuse puudumisel või sellele küsimusele vastamisest keeldumisel ($n = 12$). Kokku jäeti välja 102 uuringus osalejat ning antud magistritöö valimiks kujunes 5536 vastanut.

4.2 Tunnused

Tuginedes eesmärgile on käesoleva magistritöö sõltuvaks tunnuseks tegevuspiirangud. Kirjeldavad tunnused on sotsiaaldemograafilised (sugu, vanus, haridus, partner leibkonnas, tööhõive, majanduslik toimetulek) ja tervisekäitumist iseloomustavad (alkoholi tarvitamine, suitsetamine, KMI, kehaline aktiivsus).

4.2.1 Tegevuspiirangud

Tegevuspiiranguid hinnati GALI (*Global Activity Limitation Index*) näitajaga. Uuritavatelt küsiti, millisel määral on viimase kuue kuu jooksul terviseprobleem igapäevategevusi piiranud. Vastusevariante oli esitatud kolm – tõsiste tegevuspiirangutega („oluliselt piiratud“), mõningate tegevuspiirangutega („piiratud, kuid mitte oluliselt“) ja piiranguteta („ei ole piiratud“). (79) Käesolevas töös rühmitati andmeanalüüsis tegevuspiirangute tunnus binaarseks: „jah“ („oluliselt piiratud“ ja „piiratud, kuid mitte oluliselt“), ja „ei“ („ei ole piiratud“).

4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused

Sugu oli eneseraporteeritud ja tunnus on binaarne (mehed ja naised). **Vanus** oli eneseraporteeritud ja tunnuse moodustamiseks jagati käesolevas töös uuritavad sünniaasta alusel kolme vanuserühma: 50–64-aastased, 65–79-aastased ning 80-aastased ja vanemad. Vanus on arvestatud küsitluse toimumise ajal (aastal 2015). (79)

Üksinda ja kellegagi koos elavate inimeste võrdlemiseks kasutati binaarset **partneri leibkonnas** näitavat tunnust. Seda eelistati ametlikule pereseisule (registreeritud abielule), mis ei anna tegelikku ülevaadet partneri olemasolust ja sotsiaalsest toest. (79)

Haridus oli eneseraporteeritud. Käesolevas töös jagati see kolme rühma – kuni põhiharidus (põhihariduse või madalama haridustasemega uuritavad; ISCED-97 kood 0–2), keskharidus (kesk-, kutse- ja keskeriharidusega uuritavad; ISCED-97 kood 3–4) ja kõrgharidus (bakalaureuse-, magistri- või doktorikraadiga uuritavad; ISCED-97 kood 5–8). (79)

Tööhõive oli eneseraporteeritud – uuritavad vastasid, milline seisund neid küsitluse hetkel kõige rohkem iseloomustas (pensionil; töötav; iseenda tööandja; töötu; töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu; kodune ja muu). Käesolevas töös jagati tunnus nelja rühma: „töötav“ („töötav“ või „iseendale tööandja“), „pensionär“, „töötu/kodune“ („töötu“; „kodune“ ja „muu“) ja „püsivalt haige/puue“ („töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu“). Tööhõive tunnuse moodustamisel lähtuti sellest, et tööturul osalevad tõenäoliselt aktiivsemad inimesed, kelle tegevuspiirangutest tulenev tervislik seisund seda võimaldab. (79)

Majandusliku toimetuleku osas paluti vastamisel arvestada kogu leibkonna sissetulekuid ühes kuus ning kas leibkond tuleb toime: „ilma mingite raskusteta“, „ilma suuremate raskusteta“, „mõningate raskustega“ või „suurte raskustega“. (79)

4.2.3 Tervisekäitumist iseloomustavad tunnused

Kehalise aktiivsuse tunnus oli mõõdukas kehaline aktiivsus, uuritavad vastasid küsimusele „Kui sageli Te teete mõõdukat füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi? Mõõdukat füüsilist pingutust nõudvad tegevused on näiteks aiatööd, auto pesemine, jalutamine,“ vastusevariandid olid „rohkem kui kord nädalas“, „kord nädalas“, „1–3 korda kuus“ ja „peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi“ (79). Käesolevas töös kasutati tunnust binaarsena: „vähemalt kord nädalas kehaliselt aktiivne“ („rohkem kui kord nädalas“ ja „kord nädalas“) ja „vähem kui kord nädalas kehaliselt aktiivne“ („1–3 korda kuus“ ja „peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi“).

Kehamassiindeks oli esitatud eneseraporteeritud kaalu ja pikkuse põhjal. Kehamassiindeksi leidmiseks jagati kehakaal (kg) pikkuse ruuduga (m²) ja väljendati ühikutes kg/m². Kehamassiindeks jaguneb nelja rühma: alakaal (KMI < 18,5), normaalkaal (KMI 18,5–24,9), ülekaal (KMI 25–29,9) ja rasvunud (KMI ≥ 30).

Suitsetamise tunnus moodustati kahest tunnusest. Esmalt vastasid uuritavad küsimusele „Kas Te olete kunagi suitsetanud sigarette, sigareid, sigarillosid või piipu iga päev vähemalt ühe aasta jooksul?“, „jah“ vastanutelt küsiti lisaks „Kas Te suitsetate praegu?“ (79). Esimesele küsimusele „ei“ vastanud moodustasid mittersuitsetajate rühma. Mõlemale küsimusele „jah“ vastanud moodustasid praeguste suitsetajate rühma. Esimesele küsimusele „ei“ vastanud moodustasid mittersuitsetajate rühma. Esimesele küsimusele „jah“, kuid teisele küsimusele „ei“ vastanud moodustasid endiste suitsetajate rühma.

Alkoholi tarvitamise osas ülevaate andmiseks kasutati küsimust „Kas Te olete viimase 7 päeva jooksul tarvitanud alkoholi?“, vastusevariandid olid „jah“ ja „ei“. Kaaluti ka riskitarvitamise küsimuse kasutamist „Kui sageli viimase kolme kuu jooksul Te tarvitasite korraga vähemalt kuus alkoholiühikut?“, mille vastusevariandid olid „iga päev või peaaegu iga päev“, „viis–kuus päeva nädalas“, „kolm–neli päeva nädalas“, „kord või paar nädalas“, „kord või paar kuu jooksul“, „vähem kui üks kord kuus“, „viimase kolme kuu jooksul mitte kordagi. Kuna antud vanuserühmas oli riskitarvitajate osakaal väike ja mudelis ei olnud olulist erinevust kahe alkoholi tarvitamist uuriva küsimuse vahel, siis otsustati kasutada üldist alkoholi tarvitamise näitajat 7 päeva jooksul.

4.3 Andmeanalüüs

Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid, hii-ruut testi ning logistilist regressiooni. Valimi tegevuspiirangute esinemist erinevate sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumist iseloomustavate tunnuste lõikes on kirjeldatud täisarvude ja protsentide abil. Lisatud on p-väärtus, mille puhul statistiliselt oluline erinevus tegevuspiirangute esinemise ja erinevate tunnuste vahel esineb juhul kui $p < 0,05$.

Seoste uurimiseks kasutati logistilist regressiooni, näidatud on šansisuhted (*OR*) ja 95% usaldusvahemikud (*95% CI*). Tunnuseid lisati mudelisse järk-järgult, et näha, millised tunnused tulemusi oluliselt mõjutasid.

Antud töös esitatakse kahe mudeli tulemused – kohandamata mudel iga tunnuse kohta ja mudel, milles on tegevuspiirangute esinemine kohandatud kõikidele töös kasutatud tunnustele korraga. Andmeanalüüs on teostatud programmiga STATA 14.0.

5. Tulemused

5.1 Tegevuspiirangute esinemise jaotumus

Magistritöö valimi moodustasid 5536 vastajat. Käesolevas peatükis kirjeldatakse valimit ja uuritavate tegevuspiirangute esinemise levimusi ja seoseid sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumist iseloomustavate tunnustega. Tegevuspiirangute levimus 6. laine Eesti vastajate seas oli 61,7%. Tabelis 1 on kirjeldatud tegevuspiiranguid demograafiliste ja tabelis 2 tervisekäitumise tunnuste lõikes. Tabelites on välja toodud ridade ja veergude protsendid. Reaprotsendid on arvatud iga tunnuse kategooria reas ning veeruprotsendid on arvatud kokkuvõtvalt iga tunnuse kohta. Tabelis on tunnuste kaupa välja toodud puuduvad väärtused (vt Tabel 1 ja Tabel 2).

Lõpliku valimi moodustanutest 39,4% olid mehed ja 60,6% naised (Tabel 1). Uuritavatest enamus olid 50–64 või 65–79-aastased (vastavalt 40% ja 43,6%), vanimasse vanuserühma (80-aastased ja vanemad) kuulus 16,4%. Üle poole uuritavatest (51,1%) olid kesk- või kutseharidusega, ligi veerand olid kuni põhiharidusega (25,7%) või kõrgharidusega (23,2%). Enamus uuritavatest moodustasid pensionärid (60,4%), kolmandik käis tööl (32,5%), vähem oli töötuid/koduseid (2,1%) ja püsivalt haigeid või puudega uuritavaid oli 5%. Valdav enamus uuritavatest olid sündinud Eestis (77,1%), kuid umbes viiendik oli sündinud väljaspool Eestit (22,9%). 63,6% uuritavatest elas partneriga ühes leibkonnas, 36,4% vastajatest ei olnud partnerit leibkonnas. Mõningased raskused majanduslikul toimetulekul esines 40,4% uuritavatest, kolmandik sai hakkama ilma suuremate raskusteta (33,3%), suured raskused esinesid 14,9% ja raskused puudusid 11,5% vastanutest.

Üle poole vastanutest olid eluaegsed mittersuitsetajad (56,1%), uuringu hetkel suitsetas 19,7% ja endiseid suitsetajaid oli 24,2% vastanutest (Tabel 2). Suurem osa (67,4%) vastanutest viimase seitsme päeva jooksul alkoholi ei tarvitanud, kuid ligi kolmandik (32,6%) uuritavatest tarvitas. Valdav enamus vastanutest olid vähemalt kord nädalas mõõdukalt kehaliselt aktiivsed (82,7%), alla viiendiku oli kehaliselt mõõdukalt aktiivne vähem kui kord nädalas või üldse mitte (17,3%). Enim oli ülekaalus uuritavaid (38,3%), normaalkaalulisi ja rasvunuid oli samaväärselt (vastavalt 30,4% vs. 30,1%), alakaalulisi oli 1,2%.

Tegevuspiirangute esinemine meeste ja naiste seas oli sarnane (61,0% vs. 62,1%). Uuritavate vanuse ning tegevuspiirangute esinemise vahel oli oluline seos – vanuse kasvades suurenes tegevuspiirangute esinemise osakaal, vastavalt 48,1% kõige nooremas vanuserühmas

(50–64-aastased), 65,4% keskmises vanuserühmas (65–79-aastased) ja 85,0% vanimas vanuserühmas (80-aastased ja vanemad). Tegevuspiiranguid esines enim põhihariduse või madalama haridustasemega inimeste seas (76,2%), järgnesid kesk- või keskeriharidusega inimesed (59,1%), kõrgharidusega inimestel esines tegevuspiiranguid kõige vähem (49,5%). Kui tööl käivatest inimestest esines tegevuspiiranguid rohkem kui kolmandikul (38,2%), siis püsivalt haigetest või puudega uuritavatest olid valdav enamus tegevuspiirangutega (91,9%). Tegevuspiiranguid esines ka suuremal osal pensionäridest (71,9%) ja pooltel töötutest ja kodustest (53,5%). Välismaal sündinud inimestel esines tegevuspiiranguid rohkem kui Eestis sündinutel vastavalt 69,9% ja 59,2% (vt Tabel 1).

Inimestel, kes elasid oma abikaasa või elukaaslasega samas leibkonnas, oli mõnevõrra vähem tegevuspiiranguid kui neil, kes elasid ilma partnerita (58,9% vs. 66,5%). Tegevuspiirangute esinemine kasvas koos majandusliku toimetuleku halvenemisega. Suurte majanduslike raskustega vastajatest esines tegevuspiiranguid 80,0%, mõningate raskuste puhul 67,0%, ilma suuremate raskusteta 53,8% ja ilma raskusteta 39,5% (vt Tabel 1).

Tabel 1. Tegevuspiirangute esinemine sotsiaaldemograafiliste tegurite lõikes Eesti kesk- ja vanemaealistel aastal 2015 (SHARE, $n = 5536$)

Tegevuspiirangute esinemine							
Tunnus	Jah	% rida	Ei	% rida	p väärtus	Kokku	% veerg
Sugu					0,396		
Mees	1331	61,0	851	39,0		2182	39,4
Naine	2084	62,1	1270	37,9		3354	60,6
Vanus					< 0,001		
50–64	1064	48,1	1149	51,9		2213	40,0
65–79	1579	65,4	836	34,6		2415	43,6
80 ja vanemad	772	85,0	136	15,0		908	16,4
Haridus					< 0,001		
Kuni põhiharidus	1084	76,2	338	23,8		1422	25,7
Kesk-/keskeriharidus	1696	59,1	1135	40,9		2831	51,1
Kõrgharidus	635	49,5	648	50,5		1283	23,2
Tööhõive					< 0,001		
Töötab	675	38,2	1094	61,8		1769	32,5
Pensionär	2368	71,9	924	28,1		3292	60,4
Töötu/kodune	62	53,5	54	46,6		116	2,1
Püsivalt haige/puue	248	91,9	22	8,2		270	5,0
<i>Puuduv väärtus</i>						89	
Sünnikoht					< 0,001		
Eesti	2529	59,2	1740	40,8		4269	77,1
Välismaa	886	69,9	381	30,1		1267	22,9
Partner leibkonnas					< 0,001		
Ei	1340	66,5	674	33,5		2014	36,4
Jah	2075	58,9	1447	41,1		3522	63,6
Majanduslik toimetulek					< 0,001		
Raskusteta	245	39,5	376	60,6		621	11,5
Suuremate raskusteta	966	53,8	830	46,2		1796	33,3
Mõningate raskustega	1459	67,0	719	33,0		2178	40,4
Suurte raskustega	641	80,0	161	20,1		802	14,9
<i>Puuduv väärtus</i>						139	

Suitsetamise staatuse ja tegevuspiirangute esinemise vahel olid mõned erinevused, ehkki need polnud väga suured. Kõige rohkem tegevuspiiranguid oli mittediitsetajate seas (63,9%), mõnevõrra vähem endistel diitsetajatel (60,4%) ja kõige vähem diitsetajatel (57,2%). Seitsme päeva jooksul alkoholi tarvitanud vastajatel esines vähem tegevuspiiranguid (50,3%) kui neil, kes alkoholi ei tarvitanud (67,3%). Suuremal osal uuritavatest, kes olid vähem kui kord nädalas mõõdukalt kehaliselt aktiivsed, esines tegevuspiiranguid (86,6%). Rohkem kui pooltel neist, kes olid nädalas vähemalt ühel korral mõõdukalt kehaliselt aktiivsed (56,5%), esinesid tegevuspiirangud. Kõige vähem tegevuspiiranguid esines normaalkaalulistel (56,5%) ja ülekaalulistel (58,0%), tunduvalt suurem tegevuspiirangute osakaal oli rasvunute (70,0%) ja alakaaluliste seas (80,3%; vt Tabel 2).

Tabel 2. Tegevuspiirangute esinemine tervisekäitumise tegurite lõikes Eesti kesk- ja vanemaalistel aastal 2015 (SHARE, $n = 5536$)

Tegevuspiirangute esinemine							
Tunnus	Jah	% rida	Ei	% rida	p väärtus	Kokku	% veerg
Suitsetamine					< 0,001		
Mittediitsetajad	1978	63,9	1119	36,1		3097	56,1
Praegused diitsetajad	623	57,2	466	42,8		1089	19,7
Endised diitsetajad	808	60,4	530	39,6		1338	24,2
<i>Puuduv väärtus</i>						12	
Alkoholi tarvitamine 7 päeva jooksul					< 0,001		
Ei	2505	67,3	1217	32,7		3722	67,4
Jah	906	50,3	896	49,7		1802	32,6
Mõõdukas kehaline aktiivsus					< 0,001		
Vähemalt kord nädalas	2583	56,5	1992	43,5		4575	82,7
Vähem kui kord nädalas	828	86,6	128	13,4		956	17,3
<i>Puuduv väärtus</i>						5	
KMI					< 0,001		
Alakaal (< 18,5)	53	80,3	13	19,7		66	1,2
Normaalkaal (18,5–24,9)	934	56,5	719	43,5		1653	30,4
Ülekaal (25,0–29,9)	1206	58,0	873	42,0		2079	38,3
Rasvunud (≥ 30)	1144	70,0	490	30,0		1634	30,1
<i>Puuduv väärtus</i>						104	

5.2 Tegevuspiirangute ning erinevate tunnuste vahelised seosed

Logistilise regressiooni tulemused on toodud tabelis 3. Meeste ja naiste tegevuspiirangute esinemise šanss ei erinenud. Vaadates tegevuspiirangute šansside ja vanuse seoseid, oli kohandamata mudelis tegevuspiirangute esinemise šanss 65–79-aastastel (*OR* 1,99; 95% *CI* 1,76–2,24) ja 80-aastastel ja vanematel (*OR* 6,26; 95% *CI* 5,06–7,75) kõrgem kui 50–64-aastastel. Kõiki tunnuseid arvesse võttes jäi statistiliselt oluline tegevuspiirangute esinemise šanss 65–79-aastastel (*OR* 1,47; 95% *CI* 1,21–1,77) ja 80-aastastel ja vanematel (*OR* 3,98; 95% *CI* 2,99–5,30) kõrgemaks kui 50–64-aastastel.

Mida kõrgem oli haridustase, seda väiksem oli šanss tegevuspiirangute esinemiseks. Kohandamata mudelis oli statistiliselt oluline, kõrgem tegevuspiirangute esinemise šanss põhihariduse või madalama haridustasemega uuritavatel 3,17 (95% *CI* 2,67–3,75) ja kesk-/keskerihariduse puhul 1,51 (95% *CI* 1,32–1,73), võrreldes kõrgharidusega inimestega. Kohandamine teistele tunnustele muutis nimetatud šansse oluliselt madalamaks. Lõplikus mudelis oli statistiliselt oluline seos kuni põhiharidusega inimeste tegevuspiirangute esinemine (*OR* 1,35; 95% *CI* 1,11–1,65), kesk-/keskeriharidusega uuritavate kõrgem šanss omada tegevuspiiranguid ei olnud enam kõrgharidusega vastajate šansist statistiliselt oluliselt erinev.

Tööhõiveseisundi puhul olid tegevuspiirangute esinemises statistiliselt olulised seosed nii kohandamata kui ka kõikidele tunnustele kohandatud mudelis. Ootuspäraselt oli suurim šanss tegevuspiirangute esinemiseks püsivalt haigetel või puudega uuritavatel (*OR* 17,47; 95% *CI* 11,17–27,32), kohandades muutus šanss väiksemaks, kuid püsis endiselt kõrgeim (*OR* 9,85; 95% *CI* 6,22–15,61). Ka pensionäridel (*OR* 4,00; 95% *CI* 3,54–4,53) ja töötutel/kodustel (*OR* 1,94; 95% *CI* 1,32–2,86) oli kohandamata mudelis šanss suurem kui töötavatel uuritavatel ning seda ka kõigile tunnustele kohandamise järel (*OR* 1,92; 95% *CI* 1,59–2,32 ja *OR* 1,58; 95% *CI* 1,05–2,39).

Kohandamata mudelis oli Eestis sündinud uuritavatel statistiliselt oluliselt väiksem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui välismaal sündinutel (*OR* 0,62; 95% *CI* 0,54–0,72). Kohandades kõigile tunnustele statistiline olulisus kadus, eriti majandusliku toimetuleku tunnuse lisamisega (antud töös ei ole see tulemus eraldi välja toodud).

Tegevuspiirangute esinemise šanss suurenes koos majandusliku toimetuleku halvenemisega. Võrreldes uuritavatega, kes tulid majanduslikult toime ilma raskusteta oli suurte raskuste puhul tegevuspiirangute esinemise šanss 6,06 (95% *CI* 4,77–7,69), mõningate raskuste puhul 3,16 (95% *CI* 2,62–3,80) ja ilma suuremate raskusteta 1,81 (95% *CI* 1,50–2,19).

Kohandamise järel šansid vähenesid ja olid vastavalt 4,50 (95% CI 3,44–5,90), 2,47 (95% CI 2,00–3,04) ja 1,58 (95% CI 1,28–1,94). Erinevused olid statistiliselt olulised mõlemas mudelis.

Koos partneriga elavatel uuritavatel oli võrreldes ilma partnerita elavate uuritavatega kohandatama mudeli tulemusel väiksem šanss tegevuspiirangute esinemiseks (OR 0,76; 95% CI 0,67–0,85), kuid kõigile tunnustele kohandades muutus seos vastupidiseks (OR 1,21; 1,05–1,40). Mõlemas mudelis oli erinevus statistiliselt oluline.

Suitsetamist iseloomustava tunnuse šansisuhted olid kohandamata mudelis statistiliselt olulised, omades seejuures nn. kaitsvat toimet. Endistel suitsetajatel (OR 0,87; 95% CI 0,76–0,99) ja uuringu hetkel suitsetavatel uuritavatel (OR 0,78; 95% CI 0,67–0,90) oli väiksem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui mittesuitsetajatel. Kõigile tunnustele kohandamise järel erinevuse statistiline olulisus kadus.

Alkoholi tarvitamise tunnus oli samuti nn. kaitsva toimega ja mõlemas mudelis statistiliselt oluline. Kohandamata mudelis selgus, et viimase seitsme päeva jooksul alkoholi tarvitanud uuritavatel oli tegevuspiirangute esinemise šanss väiksem (OR 0,50; 95% CI 0,44–0,56) kui neil, kes ei tarvitanud. Kõigile tunnustele kohandades muutus alkoholi tarvitajate šanss (OR 0,74; 95% CI 0,65–0,85), kuid püsis väiksem kui mittetarvitajatel.

Kehalist aktiivsust iseloomustava tunnuse tulemused olid statistiliselt olulised mõlemas mudelis. Vähemalt kord nädalas mõõdukalt aktiivsetel uuritavatel oli väiksem šanss tegevuspiirangute esinemisele (OR 0,19; 95% CI 0,16–0,24) kui neil, kes olid mõõdukalt aktiivsed vähem kui kord nädalas või üldse mitte. Kõigile tunnustele kohandades muutus tegevuspiirangute esinemise šanss aktiivsematel (OR 0,33; 95% CI 0,26–0,42), jäädes väiksemaks kui vähem aktiivsetel.

Normaalkaaluliste ja ülekaaluliste uuritavate tegevuspiirangute esinemise vahel puudus statistiliselt oluline erinevus. Võrreldes normaalkaalus uuritavatega esines alakaalulistel suurim šanss tegevuspiirangute esinemiseks (OR 3,29; 95% CI 1,74–6,22), kohandades kõigile tunnustele šanss vähenes (OR 2,76; 95% CI 1,38–5,49), jäädes siiski suurimaks. Ka rasvunud uuritavatel oli normaalkaalulistest suurem šanss tegevuspiirangute esinemiseks (OR 1,79; 1,55–2,08) ning kohandamise järel tugevnes šanss mõnevõrra (OR 1,95; 95% CI 1,65–2,31).

Tabel 3. Tegevuspiirangute esinemise šansisuhted sotsiaaldemograafiliste ja tervisekäitumise tegurite lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastal 2015 (SHARE, $n = 5251$)

Tunnus	Kohandamata mudel <i>OR (95% CI)</i>	Kohandatud mudel <i>OR (95% CI)</i>
Sugu		
mees	1	1
naine	1,03 (0,92–1,15)	0,89 (0,77–1,03)
Vanus		
50–64	1	1
65–79	1,99 (1,76–2,24)	1,47 (1,21–1,77)
80 ja vanemad	6,26 (5,06–7,75)	3,98 (2,99–5,30)
Haridus		
kõrgharidus	1	1
kesk-/keskeriharidus	1,51 (1,32–1,73)	1,15 (0,99–1,35)
kuni põhiharidus	3,17 (2,67–3,75)	1,35 (1,11–1,65)
Tööhõive		
töötab	1	1
pensionär	4,00 (3,54–4,53)	1,92 (1,59–2,32)
töotu, kodune	1,94 (1,32–2,86)	1,58 (1,05–2,39)
püsivalt haige või puue	17,47 (11,17–27,32)	9,85 (6,22–15,61)
Sünnikoht		
välismaa	1	1
Eesti	0,62 (0,54–0,72)	0,89 (0,76–1,04)
Majanduslik toimetulek		
ilma raskusteta	1	1
ilma suuremate raskusteta	1,81 (1,50–2,19)	1,58 (1,28–1,94)
mõningate raskustega	3,16 (2,62–3,80)	2,47 (2,00–3,04)
suurte raskustega	6,06 (4,77–7,69)	4,50 (3,44–5,90)
Partner leibkonnas		
ei	1	1
jah	0,76 (0,67–0,85)	1,21 (1,05–1,40)
Suitsetamine		
mittesuitsetaja	1	1
endine suitsetaja	0,87 (0,76–0,99)	1,01 (0,85–1,18)
praegune suitsetaja	0,78 (0,67–0,90)	0,97 (0,81–1,16)
Alkoholi tarvitamine viimase 7 päeva jooksul		
ei	1	1
jah	0,50 (0,44–0,56)	0,74 (0,65–0,85)
Möödukas kehaline aktiivsus		
vähem kui kord nädalas	1	1
vähemalt kord nädalas	0,19 (0,16–0,24)	0,33 (0,26–0,42)
KMI		
normaalkaal (18,5–24,9)	1	1
ülekaal (25,0–29,9)	1,06 (0,93–1,21)	1,14 (0,98–1,33)
rasvumine (≥ 30)	1,79 (1,55–2,08)	1,95 (1,65–2,31)
alakaal ($< 18,5$)	3,29 (1,74–6,22)	2,76 (1,38–5,49)

Paksus kirjas märgitud väärtused on statistiliselt olulised ($p < 0,05$).

Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele.

6. Arutelu

6.1 Tegevuspiirangute esinemine ja sellega seotud tegurid

Käesoleva magistritöö eesmärk oli kirjeldada ja analüüsida tegevuspiirangute esinemist ja seoseid tervisekäitumisega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel. Tegevuspiirangute levimus SHARE 6. laine Eesti vastajate seas oli 61,7%, mis on suurem Euroopa keskmisest ja naaberriikidest Soomest, Rootsist ja Norrast ning võrdväärne Lätiga (22). Tulemused näitasid, et tegevuspiiranguid esines rohkem 65-aastaste ja vanemate, madalaima haridustasemega, püsivalt haigete/puudega, pensionäride ja töötute/koduste, majanduslike raskustega, alkoholi mittetarvitavate, kehaliselt mitteaktiivsete ning rasvunud või alakaalus vastajate seas.

Kui varasemad uuringud leidsid, et naistel esineb tegevuspiiranguid meestest rohkem (24–26), siis käesolevas töös ei ilmnenu tegevuspiirangute esinemises ega seostes sugude vahelist erinevust. Eestis on täiskasvanud rahvastiku puhul sarnane tulemus ilmnenu ka varem (2). Seda võib selgitada naiste tööelus osalemine võrdväärselt meestega (25). Naiste oodatav eluiga on pikem kui meestel, ning seetõttu selgitatakse üldiselt soolisi terviseerisusi sellega, et kuigi naised elavad kauem, veedavad nad rohkem aega oma elust tegevuspiirangutega (37). Vanuse kasvades võivad avalduda või süveneda kroonilised haigused, mis võivad olla tingitud elustiilist või elu jooksul peetud ametist (kutsehaigestumisest tingitud vaegused). Sarnaselt varasematele tulemustele tõusis ka käesoleva töö põhjal tegevuspiirangute esinemine koos vanusega (24–26). Vanaduspensionile jäämine raskendab majanduslikku toimetulekut, kuid vanemas eas võib inimene sattuda olukorda, kus ta ei ole enam tervise tõttu võimeline olemasoleval töökohal jätkama ning pensioniea tõstmisel (23) tuleb sellega arvestada. Uue ja jõukohasema töö leidmine võib olla raskendatud ealise diskrimineerimise tõttu, mil tööandja eelistab nooremalt töötajat (80).

Tööelus mitteosalemine võib tegevuspiirangutega inimestel peegelduda majanduslikes toimetulekuraskustes. Mida suuremad olid inimese toimetulekuraskused, seda suurema tõenäosusega esinesid tegevuspiirangud, antud leidu toetavad ka varasemate uuringute tulemused (40, 42, 43). Majanduslikud raskused tähendavad inimese vajadustest väiksemat sissetulekut. Pensionäride ja erinevatel põhjustel mittetöötavate inimeste sissetulek võib Eestis olla niivõrd madal, et ei ole võimalik toime tulla igapäevaeluks vajaliku soetamisega ning kulud, mis toetaksid tervist või sotsiaalset heaolu, jäävad tagaplaanile. Püsiva haiguse või puudega inimesel võivad lisanduda tavapärasest suurematest kulutustest tervishoiule ja

muudele terviseseisundist tingitud kuludele (nt transport). Pidev mure, kuidas toime tulla ja puuduses elamine, võivad mõjutada inimese turvatunnet ja vaimset heaolu.

Tööhõiveseisundi ja tegevuspiirangute esinemise seosed olid ootuspärased – tööl käivatel inimestel esines kõige väiksema tõenäosusega tegevuspiiranguid. Tööelus osalemine võib näidata, aga ka toetada inimese kehalist ja sotsiaalset aktiivsust, mis võivad mõjutada (edasiliükata või vähendada) tegevuspiirangute tekkimist. Arvestada tuleks ka teistpidise võimaliku põhjuslikkusega ehk pöördpõhjuslikkusega – tegevuspiirangute tekkimine võib olla tingitud töötamisest ja ametiga seotud aspektidest nagu ülekoormus, sundasendid, vigastused ja kutsehaigestumine. Halb tervis on seotud tööelus mitteosalemisega, töölt lahkumisega ja tööle tagasi mittenaasmisega (44–46). Arusaadavalt oli ka käesolevas töös kõige suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks püsiva haiguse või puude tõttu tööl mitte käivatel inimestel. Tööl käivate inimestega võrreldes oli suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks ka pensionäridel ja töötutel või kodustel, olles kooskõlas ka varasemate tulemustega (40). Olenemata eelpool mainitust, ei tohiks pensionile jäämine olla tegevuspiirangute tekke põhjuseks. Inimestel peaks olema võimalus vananeda aktiivselt – tegeleda hobidega või võtta osa kogukonnas toimuvatest üritustest.

Hariduse omamine näib tegevuspiirangute esinemisel kaitsetegurina. Põhiharidusega (või madalama haridustasemega) uuritavatel oli suurem šans tegevuspiirangute esinemiseks kui kõrgharidusega uuritavatel. Tulemus on kooskõlas ka varasemalt leitud tulemustega (36–40), mis näitasid tugevat seost madala haridustasemega inimeste ja tegevuspiirangute esinemise vahel. Madal haridustase võib mõjutada inimese võimalusi tööturul ning seeläbi ka sissetulekut ja heaolu ning piirata tervishoiuteenuste kättesaadavust. Samuti võib lühike haridustee mõjutada inimese terviseteadlikkust ja -käitumist (81, 82).

Päritolu võib olla seotud erinevate tervisekäitumiste ja hoiakutega (32–34), mis võivad tuleneda eri kultuuride, tavade ja tervishoiupoliitika erinevustest. Eesti puhul on tegevuspiirangute esinemise ja inimese päritolu vahelised seosed varasemate uurimustulemuste põhjal olnud vastandlikud. Sakkeus ja Karelson leidsid, et põlisrahvastikul esineb tegevuspiiranguid vähem (36) kui välispäritoluga Eesti elanikel, kuid Altmets jt uuringust ilmnenud tulemused olid vastupidised (2). Käesoleva töö tulemustest ei ilmnenud erinevusi eri päritoluga inimeste tegevuspiirangute ja tervisekäitumise seoste vahel. Üks võimalikke selgitusi võib olla kahe rahvastikurühma sarnasemaks muutumine tööhõives ja majanduslikus toimetulekus (83). Majandusliku toimetuleku raskused võivad olla tegevuspiirangute esinemisel olulisemaks teguriks kui inimese päritolu. Eesti kontekstis tuleb arvestada vene

rahvusest inimeste suure osakaaluga välispäritolu rahvastikus. Kuna suur osa välispäritolu rahvastikust elab teatud Eesti piirkondades (nt Ida-Eesti, Harjumaa), kus on ka toetav sotsiaalne keskkond lähemal, ei pruugi terviseerinevus päritoluti antud juhul esile tulla.

Kooselu kaitsvat mõju (29, 30) tegevuspiirangute ilmnemisele käesoleva tööga ei leitud. Kooselu kaitsvat mõju on varem selgitatud peamiselt majandusliku toe olemasolu kaudu (30). Käesoleva töö tulemusi võis mõjutada see, et uuringus osalesid mõlemad partnerid – nii võis kaasneda uuritavate samaväärne majanduslik toimetulek ehk mõlemal partneril võisid olla majandusliku toimetuleku raskused, mis on riskitegur tegevuspiirangute esinemiseks. Teine võimalik selgitus on ühe partneri mõju teisele ehk kui ühel partneril esineb tervisehädasid (sh tegevuspiiranguid), siis võib see mõjutada ka teise partneri tervisehinnangut ja toimetulekut. Samuti võib halva tervisega partneri eest hoolitsemine mõjutada inimese enda tervist.

Suitsetamine on üks peamisi kroonilisi haigusi põhjustav riskitegur (66). Varasemate uuringutega leiti, et suitsetajatel ja endistel suitsetajatel esineb rohkem tegevuspiiranguid kui eluaegsetel mittesuitsetajatel (68, 69). Vaatamata suitsetamise tervist kahjustavale mõjule, ei ole käesoleva valimi puhul tegevuspiirangute seostes suitsetamine oluline tegur, samuti ei ilmnenud erinevusi erinevate suitsetamisstaatusega inimeste vahel lõplikes mudelites. Et suitsetamine ei ole tegevuspiirangute esinemist kõige paremini seletav tegur, on leitud ka varasemalt (71, 72) ning olulisem võib olla vanus ja sotsiaalmajanduslik staatus. Üheks võimalikuks selgituseks on käesoleva valimi vanuseline struktuur (50-aastased ja vanemad), kelle puhul vanus võib olla suitsetamisest olulisem tegur.

Tegevuspiiranguid esineb rohkem inimestel, kes alkoholi ei tarvita (40, 75). Käesolevas töös leiti, et viimase seitsme päeva jooksul alkoholi tarvitanud inimestel oli väiksem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui neil, kes alkoholi ei tarvitanud. Käesolevas töös ei uuritud alkoholi tarvitamise koguseid, kuid varasemalt on leitud seoseid mõõdukalt alkoholi tarvitamisega ja vähesema tegevuspiirangute esinemise vahel (73, 74). Seost võib selgitada kehva tervise tõttu alkoholi tarvitamise lõpetamisega, mida on leitud ka varasemalt (40, 76). Täpsemate järelduste tegemiseks oleks vaja uurida tegevuspiirangute esinemist ja piirangute tõsidust alkoholi tarvitamise lõpetamise ajal ning pärast lõpetamist ning varasemaid alkoholi tarvitamise harjumusi (kogused, sagedus).

Tegevuspiirangutega inimestel oli väiksem šanss olla kehaliselt aktiivne kui tegevuspiiranguteta inimestel ning see on kooskõlas ka varasemate uuringutega (52, 62). Ühest küljest võivad inimesel esineda niivõrd tõsised tegevuspiirangud, et kehaliselt aktiivne olemine on raskendatud või võimatu. Kehalist aktiivsust võib piirata ka inimese mõtteviis – kartus

kukkumise ees või vigastuse puhul uuesti liikuma hakata. Teisalt võib tegevuspiirangute esinemise üheks põhjuseks olla vähene kehaline aktiivsus. Kirjandusele tuginedes saab öelda, et regulaarne kehaline aktiivsus võib tegevuspiirangute tekkimist edasi lükata või aeglustada nende süvenemist (52, 55) ning keskeas olev lihasjõud on kaitsetegur raskuste esinemise ees ka vanemas eas (57), mistõttu võib üheks selgituseks olla ka eluaegne kehalise aktiivsuse tase. Kesk- ja vanemaealiste kehalise aktiivsuse taseme tõstmiseks on üks oluline tegur ka liikumisharjumuse kujunemine noores eas, et vanemasse ikka jõudes oleks liikumine harjumuspärane. See võib toetada inimese suutlikust võimalikult pika eani ise toime tulla ja vanemas eas võimalikult väheste tegevuspiirangutega elada või nende teket edasi lükata.

Rasvunud kesk- ja vanemaealistel oli suurem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui nende normaalkaalus eakaaslastel, see leid ühtib ka varasema kirjandusega (39, 58, 59). Seda võib selgitada liigsest kaalust tekkiv liigeste suurem kulumine (60), painduvuse vähenemine (61) ja keha proportsioonide muutus (39), mis ülekaalu puhul ei pruugi veel nii suurt mõju avaldada. Rasvumine võib peegeldada inimese valesid toitumisharjumusi kui ka vähest kehalist aktiivsust, mis omakorda võib tegevuspiirangute esinemise riski suurendada. Samuti võib oluline roll olla kõrge KMI-ga kaasnevatel haiguslikel seisunditel (63, 64). Tegevuspiirangute esinemise vältimiseks või edasilükkamiseks on oluline reageerida kaalu tõusule enne kui tekib rasvumine. Lisaks liigsele kaalule on tegevuspiirangute esinemise oluline riskitegur ka liiga väike kehakaal. Sarnaselt varasemale kirjandusele (39, 59) näitasid ka käesoleva töö tulemused, et alakaalulistel oli suurem šanss tegevuspiirangute esinemiseks kui normaalkaalulistel. Seda on varasemalt seletatud vähenenud lihasjõuga ja nõrgenenud immuunsüsteemiga ning osteoporoosiga, mis on tingitud valedest toitumisharjumustest või tervislikus seisundist (39). Seetõttu on oluline, et kesk- ja vanemaealised oskaksid toitumise osas teha teadlikke valikuid ning oleksid kasuteguritest tulenevalt motiveeritud.

Käesoleva analüüsi põhjal ei ilmne, et alkoholi tarvitamine ja suitsetamine oleksid kesk- ja vanemaeliste tegevuspiirangute olulised riskitegurid. Määravam on vähene kehaline aktiivsus, rasvumine ja alakaal, mille ennetamisele ja adresseerimisele tuleb rohkem tähelepanu pöörata. Tegevuspiirangud põhjustavad terviselõhesid erinevate sotsiaalmajandusliku taustaga elanikkonnarühmade vahel ehk näiteks kõrgema haridusega inimesed elavad tervemana. Oodatava eluea kasvuga võivad tulevikus suurened ka terviselõhed. Tegevuspiirangud on seotud majandusliku toimetulekuga – seose ajalisest kulust sõltumata, on tegevuspiirangutega inimestel suurema tõenäosusega majanduslikud raskused. Sellega tuleb tervisealaste soovitude ja poliitikate kujundamisel arvestada, sest tegevuspiirangutega inimesed võivad vajada tavapäraselt rohkem nii sotsiaalset kui ka meditsiinilist tuge. Võimaldades tervist toetava keskkonna kõige laiemas mõttes, võib langeda inimeste hooldusvajadus, sest inimesed saavad tänu toetavale keskkonnale ise hakkama, hoolimata tegevuspiirangute olemasolust.

6.2 Magistritöö puudused ja tugevused

Magistritöö nõrkuseks võib pidada SHARE uuringu andmete kogumise metoodikat – paneeluuring raskendab tunnuste vaheliste seoste põhjuslikkuse suuna hindamist. Võimalik on pöördpõhjuslikkus ehk ei saa hinnata, kas enne tekkisid inimesel tegevuspiirangud või kehakaalu tõus. Magistritöö analüüsiosa puuduseks on väike juhtude arv teatud tunnuste puhul, mis võivad mõjutada tulemuste tõlgendamist. Magistritöö kirjutamise ajaks olid avaldatud SHARE 4., 5., 6., 7. ja 8. laine andmed, kuid töös on analüüsitud vaid 6. laine vastuseid. Varasemates ja hilisemates lainetes ei ole korduvalt küsitud kõiki samu küsimusi ning põhjuslikke seoseid ei olnud võimalik uurida, seetõttu otsustasin valida tunnuste osas kõige paremini sobiva küsitluslaine. 6. laine valimit uuendati noorematega (ehk 50–52-aastasteks saanutega), vanemate inimeste osa võib olla vähem esindatud, kui varasemate lainete puhul vastavate inimeste uuringust väljalangemise või surma tõttu, mis võib mõjutada töö tulemusi.

Magistritöö tugevuseks on SHARE uuringu esinduslik ja ülemise vanusepiirita valim. Individuaalandmed võimaldavad uurida mitmete tunnuste vahelisi seoseid ning metoodika võimaldab tulemusi võrrelda teiste Euroopa riikidega. Tugevuseks on ka uuritud teema vajalikkus ja aktuaalsus vananevas ühiskonnas.

7. Järeldused

Järeldused on esitatud uurimisküsimuste lõikes:

- **Kirjeldada tegevuspiirangute levimust, sh tervisekäitumise tegurite (alkoholi tarvitamine, suitsetamine, kehaline aktiivsus, KMI) lõikes.**

Tegevuspiirangute levimus Eesti kesk- ja vanemaealiste seas oli 61,7%. Tegevuspiiranguid esines enim mittesuitsetajatel, mõnevõrra vähem endistel suitsetajatel ja uuringu hetkel suitsetanutel. Seitsme päeva jooksul alkoholi mitte tarvitanud inimestel esines tegevuspiiranguid rohkem kui neil, kes alkoholi tarvitasid. Kehaliselt mitteaktiivsetel inimestel esines rohkem tegevuspiiranguid kui kehaliselt aktiivsetel inimestel. Samuti esines tegevuspiiranguid rohkem KMI järgi rasvunud või alakaalus inimestel.

- **Kirjeldada tervisekäitumise tegurite levimust.**

Rohkem kui pooled Eesti kesk- ja vanemaealiste seast olid mittesuitsetajad, endiste suitsetajate osakaal oli suurem kui uuringu hetkel suitsetanute. Kolmandik uuringule vastajatest tarvitas viimase seitsme päeva jooksul alkoholi. Valdav enamus inimesi oli vähemalt kord nädalas kehaliselt aktiivsed. Normaalkaalus kesk- ja vanemaealisi oli vaid kolmandik vastajatest, valdav enamus olid ülekaalus või rasvunud.

- **Analüüsida ja selgitada tegevuspiirangute seoseid tervisekäitumise teguritega.**

Tegevuspiirangute esinemine oli seotud alkoholi mittetarvitavate, kehaliselt mitteaktiivsete ning rasvunud või alakaalus Eesti kesk- ja vanemaealistega peale kõigi tunnuste arvesse võtmist. Seost suitsetamise ja tegevuspiirangute esinemise vahel ei leitud. Seosed tegevuspiirangute esinemise selgitamisel ilmnid ka vanuse, haridustaseme, tööhõive ja majandusliku toimetuleku puhul.

8. Kasutatud kirjandus

1. Sakkeus L, Leppik L. Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitud eakate poliitika kujundamiseks. Tallinn: Tallinna Ülikool; 2016.
2. Altmets K, Katus K, Puur A, et al. Toimetulekupiirangud Eesti täisealises rahvastikus – levimus ja tegelik abistamine. Eesti Arst 2008;87(2):92–101.
3. Verbrugge LM, Jette MJ. The disablement process. Soc. Sci. Med. 1994;38:1–14.
4. Pope A. M. and Tarlov A. R. Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention. Division of Health Promotion and Disease Prevention. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academy Press;1991.
5. Hayes SL, Salzberg CA, McCarthy D, et al. High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? The Commonwealth Fund 2016;26:1–14.
6. Ageing and health. World Health Organization. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>) [13.04.2023].
7. Katus K, Puur A, Pöldma A, et al. Rahvastikuvananemine Eestis. Tallinn: Greif; 1999.
8. Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020. Sotsiaalministeerium. (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf) [13.04.2023].
9. Kehamassiindeks soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_05Uuringud_01ETeU_07KehalineAktiivsus/ETU71.px/table/tableViewLayout2/) [20.03.2023].
10. Kehalise aktiivsuse sagedus nädalas soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_05Uuringud_01ETeU_07KehalineAktiivsus/ETU70.px/) [20.03.2023].
11. Alkoholi tarvitamine viimasel neljal nädalal soo ja vanuserühma järgi. Eesti Terviseuuring. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_05Uuringud_01ETeU_09Alkohol/ETU92.px/table/tableViewLayout2/) [20.03.2023].
12. Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti Terviseuuring.

- (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_05Uuringud_01ETeU_10_Suitsetamine/ET101.px/table/tableViewLayout2/) [20.03.2023].
13. 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) [20.05.2022].
 14. 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.
 15. Kruse L. Tegevuspiirangute seosed materiaalse deprivatsiooniga 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal [magistritöö]. Tartu Ülikool Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2016.
 16. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006;21(3):267–75.
 17. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; (2):123–9.
 18. Galenkamp H, Deeg DJH, Huisman M, et al. Is Self-Rated Health Still Sensitive for Changes in Disease and Functioning Among Nonagenarians? *The Journals of Gerontology: Series B* 2013;68(5):848–58.
 19. Bernard SL, Kincaid JE, Konrad TR, et al. Predicting Mortality from Community Surveys of Older Adults: The Importance of Self-Rated Functional Ability. *The Journals of Gerontology: Series B* 1997;52B(3):S155–63.
 20. Haber L. D. Issues in the definition of disability and the use of disability survey data. In *Disability Statistics: an Assessment*. *Disability Statistics* 1990;35–51.
 21. Lawrence RH, Jette AM. Disentangling the disablement process. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51(4):173–82.
 22. Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile. Eurostat. (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_12_custom_5691855/default/table?lang=en) [06.04.2023].

23. Pensioniiga. Sotsiaalkindlustusamet. (<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/pension-ja-seotud-huvitised/pension-itaotlemine/pensioniiga>) [23.03.2023].
24. 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(1):69–79.
25. Bloomberg M, Dugravot A, Landré B, et al. Sex differences in functional limitations and the role of socioeconomic factors: a multi-cohort analysis. *Lancet Healthy Longev* 2021;2(12):780–90.
26. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL, et al. Prevalence and Factors Associated with Functional Limitations during Aging in a Representative Sample of Spanish Population. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 2018;36(2–3):156–67.
27. Reza Hosseinpoor A, Stewart Williams J, Jann B, Kowal P, et al. Social determinants of sex differences in disability among older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. *Int J Equity Health* 2012;11:52.
28. Wheaton FV, Crimmins EM. Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing Soc* 2016;36(6):1136.
29. 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(21).
30. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, et al. Marital and cohabitation status as predictors of mortality: A 10-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Soc Sci Med* 2008;1;67(9):1456–64.
31. Drefahl S. Do the Married Really Live Longer? The Role of Cohabitation and Socioeconomic Status. *Journal of Marriage and Family* 2012;74(3):462–75.
32. Campostrini S, Carrozzi G, Severoni S, et al. Migrant health in Italy: A better health status difficult to maintain – Country of origin and assimilation effects studied from the Italian risk factor surveillance data. *Popul Health Metr* 2019;17(14).
33. Razum O. Commentary: Of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol* 2006;35(4):919–21.
34. Villalonga-Olives E, Kawachi I. The changing health status of economic migrants to the European Union in the aftermath of the economic crisis. *J Epidemiol Community Health* 2014;68(9):801–3.

35. Põlisus. Statistikaamet. (<https://rahvaloendus.ee/et/tulemused/polisus>) [20.03.2023].
36. Sakkeus L, Karelson K. Välispäritolu rahvastiku tervis. Eesti Arst 2008;88(Lisa2):24–36.
37. 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.
38. von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. Soc Sci Med 2006;63(5):1344–51.
39. An R, Shi Y. Body weight status and onset of functional limitations in U.S. middle-aged and older adults. Disabil Health J 2015 ;8(3):336–44.
40. Doryńska A, Pajak 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(6):728.
41. Kõrgeima haridustaseme jaotus vanuse järgi. Statistikaamet. (https://public.flourish.studio/visualisation/10746894/?utm_source=showcase&utm_campaign=visualisation/10746894) [19.02.2023].
42. Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. Soc Sci Med 2005;60(11):2405–16.
43. von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Lüdecke D. Income and functional limitations among the aged in Europe: a trend analysis in 16 countries. Journal of Epidemiology and Community Health 2017;71(6).
44. Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: A cross-sectional analysis across European countries. Int Arch Occup Environ Health 2008;82(1):39–45.
45. Schuring M, Robroek SJW, Ferdy WJO, et al. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. Scand J Work Environ Health 2013;39(2):134–43.
46. van den Berg T, Schuring M, Avendano M, et al. The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occup Environ Med 2010;67(12):845–52.

47. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I: Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda; 2007.
48. Rahvatervishoiu sõnastik. Sõnaveeb. (<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/dsall/tervisem%C3%B5jur/1>) [18.05.2023].
49. Determinants of health. World Health Organization. (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>) [18.05.2023].
50. Body Mass Index: Considerations for Practitioners. Centers for Disease Control and Prevention. (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/25368>) [18.05.2023].
51. Pitsi T, Zilmer M, Vaask S, et al. Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: 2017
52. Smith J, Ylitalo KR. Physical Activity Recommendation by Health Care Providers to Adults with and without Functional Limitations. *Prev Med* 2021;153.
53. Germain CM, Vasquez E, Batsis JA. Physical Activity, Central Adiposity, and Functional Limitations in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2016;39(2):71–6.
54. Jerome GJ, Glass TA, Mielke M, et al. Physical activity participation by presence and type of functional deficits in older women: The Women’s Health and Aging Studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(11):1171–6.
55. Mullen SP, McAuley E, Satariano WA, et al. Physical Activity and Functional Limitations in Older Adults: The Influence of Self-Efficacy and Functional Performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2012;67B(3):354.
56. Paterson DH, Warburton DER. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada’s Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:38.
57. Rantanen T, Guralnik JM, Foley D, et al. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *JAMA* 1999;281(6):558–60.
58. Riebe D, Blissmer BJ, Greaney ML, et al. The relationship between obesity, physical activity, and physical function in older adults. *J Aging Health* 2009;21(8):1159–78.
59. Ahamed F, Rehman T, Krishnamoorthy Y, et al. Underweight is an important predictor for functional impairment among the older adults in Urban West Bengal, India: A cross sectional analytical study. *J Family Med Prim Care* 2022;11(5):2008.

60. Harding GT, Hubley-Kozey CL, Dunbar MJ, et al. Body mass index affects knee joint mechanics during gait differently with and without moderate knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2012;20(11):1234–42.
61. Jeong Y, Heo S, Lee G, et al. Pre-obesity and obesity impacts on passive joint range of motion. *Ergonomics* 2018;61(9):1223–31.
62. Bruce B, Fries JF, Hubert H. Regular vigorous physical activity and disability development in healthy overweight and normal-weight seniors: a 13-year study. *Am J Public Health* 2008;98(7):1294–9.
63. Larsson SC, Burgess S. Causal role of high body mass index in multiple chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. *BMC Med* 2021;19(1):1–10.
64. Balluz LS, Okoro CA, Mokdad A. Association Between Selected Unhealthy Lifestyle Factors, Body Mass Index, and Chronic Health Conditions Among Individuals 50 Years of Age or Older, by Race/Ethnicity. *Ethnicity & Disease* 2008;18(4):450–7.
65. Calvin CM, Hagenaars SP, Gallacher J, et al. Sex-specific moderation by lifestyle and psychosocial factors on the genetic contributions to adiposity in 112,151 individuals from UK Biobank. *Sci Rep* 2019;9(1):363.
66. Tobacco. World Health Organization. (https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1). [19.03.2023].
67. Chamberlain AM, Sauver JLS, Boyd CM, et al. Multi-morbidity and patient-reported functional limitations: a population-based cohort study. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity* 2022;12:1–11.
68. 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(3):496.
69. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48(4):445–69.
70. 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(12):1722–8.

71. Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med* 1997;19(3):268–73.
72. Garcia MA, Reyes AM, García C, et al. Nativity and Country of Origin Variations in Life Expectancy With Functional Limitations Among Older Hispanics in the United States. *Res Aging* 2020;42(7–8):199–207.
73. Wang L, van Belle G, Kukull WB, et al. Predictors of Functional Change: A Longitudinal Study of Nondemented People Aged 65 and Older. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(9):1525–34.
74. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, García-Esquinas E, et al. Alcohol drinking patterns and risk of functional limitations in two cohorts of older adults. *Clinical Nutrition* 2017;36(3):831–8.
75. Lin JC, Guerrieri JG, Moore AA. Drinking Patterns and the Development of Functional Limitations in Older Adults: Longitudinal Analyses of the Health and Retirement Survey. *J Aging Health* 2011;23(5):806.
76. Borok J, Galier P, Dinolfo M, et al. Why Do Older Unhealthy Drinkers Decide to Make Changes or Not in Their Alcohol Consumption? Data from the Healthy Living as You Age Study. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(8):1296–302.
77. Kõsitluse instrumentaarium 6. laine. SHARE Estonia. (<http://share-estonia.ee/kusitluse-instrumentaarium-6-laine/>) [20.02.2023].
78. Malter F, Börsch-Supan A. SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich Center for the Economics of Aging: 2017.
79. SHARE wave 6. SHARE Data & Documentation Tool. (https://www.share-datadocutool.org/study_units/view/9) [13.03.2023]
80. Pettai I. Ealine diskrimineerimine tööturul. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut: 2018.
81. Harper S, Lynch J. Trends in socioeconomic inequalities in adult health behaviors among U.S. states, 1990–2004. *Public Health Rep* 2007;122(2):177–89.
82. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468–81.
83. Mägi E, Polynin I, Koppel K, et al. Eesti ühiskonna lõimumismonitooring 2020. Kultuuriministeerium: 2020.

Health behaviour associations with everyday activity limitations among middle-aged and older people in Estonia

Mari Tõnissoo

Summary

The ageing society is the result of the development of various population processes. One of the individual factors is health behavior, which at the population level can manifest in life expectancy and mortality outcomes. As a result of population ageing, everyday activity limitations are one of the most important health-related challenges in developed countries. A longer lifespan can lead to either a longer or shorter period of living with activity limitations, or to a medium scenario – a longer period of lifetime spent with milder level of limitations.

Everyday activity limitations refer to restrictions or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal. Living with functional limitations may affect a person's quality of life as well as increase health care costs at both the individual and national level. Health behaviour of the Estonian population still needs to improve. Also, Estonia has a high proportion of middle-aged and older people with everyday activity limitations. The purpose of this research is to examine the associations between everyday activity limitations and health behaviour among middle-aged and older people in Estonia.

The analysis of the master's thesis is based on data from the SHARE survey. This is a pan-European panel study focusing on people aged 50 and above. The data used in the present thesis is from the Estonian respondents of the 6th survey wave of SHARE (2015). The sample of the thesis is 5536 respondents. Frequency tables, percentages, Chi-square test and logistic regression were used to describe and analyse the data. The aim of this study was to describe and evaluate the relationship of socio-demographic and health behaviour factors with everyday activity limitations.

The prevalence of everyday activity limitations among Estonian respondents of the 6th wave of SHARE was 61.7%, which is higher than the European average and the neighbouring countries of Finland, Sweden and Norway, but similar to Latvia. The results showed that activity limitations were more common among those aged 65 and older, with the lowest educational level, permanently ill/disabled, retired or unemployed/homemaker, having economic difficulties, among non-drinkers of alcohol, physically inactive, and obese or

underweight people. Despite the health-damaging effects of smoking, it was not significantly associated everyday activity limitations. Abstaining from alcohol may occur in the presence of activity limitations due to health-related cessation of alcohol consumption. The occurrence of activity limitations was significantly related to low physical activity and being obese or underweight.

Tänuavaldus

Täna juhendajaid Liili Abuladzet ja Katrin Langi põhjaliku juhendamise, kasulike nõuannete, igakülgse toetuse ja kiire tagasiside eest.

Käesolevas töös on kasutatud SHARE andmeid 6. lainest, väljalase 8.0.0. SHARE andmete kogumine on peamiselt rahastatud Euroopa Komisjoni 5. raamprogrammi (projekt QLK6-CT-2001- 00360 temaatiline programm Elukvaliteet), 6.raamprogrammi (projektid SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 ja SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) ja 7. raamprogrammi kaudu (SHARE-PREP, 211909 , SHARE-LEAP, 227822 ja SHARE M4, 261982). Täiendav rahastamine USA Riikliku Vananemise Instituudi poolt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 ja OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) ning samuti on teised erinevad riiklikud allikad tänulikult tunnustatud. (täielik nimekiri toetavatest institutsioonidest: www.share-project.org ja www.share-estonia.ee).

Curriculum vitae

Üldandmed:

Ees- ja perenimi: Mari Tõnissoo
Sünniaeg: 24.05.1998
E-post: mari.tonissoo@ut.ee

Hariduskäik:

2021–2023 Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
2018–2021 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bakalaureuseõpe (tervisekaitse)

Keelteoskus:

eesti keel emakeel
inglise keel hea

Töökogemus:

2022–... Tartu Ülikool, Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,
uuringukoordinaator
2020–2022 Terviseamet, Covid-19 kõnekeskuse spetsialist

Kuupäev: 22.05.2023

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Mari Tõnissoo

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervisekäitumise seosed tegevuspiirangutega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel”, mille juhendajad on Liili Abuladze ja Katrin Lang, 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.

Mari Tõnissoo

30.05.2023