

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**TEGEVUSPIIRANGUTE SEOSSED MATERIAALSE
DEPRIVATSIOONIGA 55-AASTASTEL JA VANEMATEL
INIMESTEL EESTIS: UURING SHARE ANDMETE PÕHJAL**

Magistritöö

Liisa Kruse

**Juhendaja: Liili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikool,
Ühiskonnateaduste Instituut, Eesti demograafia keskus, projektijuht**

Tartu 2016

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 26.05.2016 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Astrid Saava, PhD, TÜ emeritprofessor

Kaitsmine: 08.06.2016

SISUKORD

SISUKORD.....	3
KOKKUVÕTE.....	4
1. SISSEJUHATUS.....	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	7
2.1 Tegevuspiirangud ja nende mõõdikud	7
2.2 Tegevuspiirangute seosed demograafiliste näitajatega	8
2.3 Tegevuspiirangute seosed tervisliku seisundiga	10
2.4 Materiaalne deprivatsioon ja selle mõõdikud.....	11
2.5 Tegevuspiirangute seosed materiaalse deprivatsiooniga.....	13
3. MAGISTRITÖÖ EESMÄRGID	15
4. MATERJAL JA METOODIKA	16
4.1 Andmestik ja valimi moodustamine.....	16
4.2 Töös kasutatavad tunnused	16
4.2.1 Tegevuspiirangud.....	16
4.2.2 Demograafilised näitajad	17
4.2.3 Tervislik seisund.....	18
4.2.4 Materiaalse deprivatsiooni indikaatorid.....	18
4.3 Andmeanalüüs.....	19
5. TULEMUSED.....	21
5.1 Tegevuspiirangute jaotus 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis	21
5.2 Tegevuspiirangute seosed demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooniga	25
6. ARUTELU	30
7. JÄRELDUSED	34
8. KASUTATUD KIRJANDUS	35
SUMMARY	39
TÄNUAVALDUS.....	40
ELULUGU	41

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgid olid kirjeldada tegevuspiirangute esinemist 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis ning selgitada, millised on seosed tegevuspiirangute, demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite vahel. Töö põhineb SHARE (Euroopa tervise, tööjātu ja vananemise uuring) 5. laine andmetel. SHARE on üle-euroopaline uuring, mis hõlmab kesk- ja vanemaealist (50+) rahvastikku. SHARE 5. laine keskendus esmakordselt sotsiaalse ja materiaalse deprivatsiooni kaardistamisele.

Magistritöö valimisse kaasati 5300 uuritavat, kellest 2113 olid mehed ja 3187 naised. Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid, hii-ruut testi ja logistilist regressioonanalüüsi. Arvutati tegevuspiirangute šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (95% CI).

Kõige suurem tegevuspiirangutega inimeste osakaal oli vanusgrupis 75-aastased ja vanemad, põhiharidusega ja vähemalt ühte pikaajalist haigust omavate vanemaealiste hulgas. Samuti oli rohkem tegevuspiiranguid nende seas, kes ei saanud rahalistel põhjustel tarbida liha rohkem kui kaks korda nädalas ning neil kes rahaliselt ei suutnud puu- ja juurvilja rohkem kui kaks korda nädalas tarbida. Suurem oli tegevuspiirangutega inimeste osakaal ka nende seas, kes ei suutnud endale regulaarselt toidukaupu osta ja neil, kes olid prillide ostmist rahapuuduse tõttu edasi lükanud.

Suurem šans tegevuspiirangute tekkeks ilmnes vanemaealistel, kes kuulusid vanusgruppi 75-aastased ja vanemad, omasid põhiharidust, ei olnud tööalaselt aktiivsed (nii pensionärid kui muudel põhjustel mittetöötajad) või omasid vähemalt ühte pikaajalist haigust võrreldes nendega, kes kuulusid vanusgruppi 55–64, omasid kõrgharidust, töötasid või ei omanud ühtegi pikaajalist haigust. Materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes oli suurem šans tegevuspiirangute tekkeks neil, kel polnud rahaliselt võimalik endale aastas vähemalt ühenädalast puhkust lubada, ja neil, kes ei saanud rahapuuduse tõttu uusi jalatseid osta, võrreldes nendega, kes said rahaliselt puhkust või uusi jalatseid lubada.

Käesoleva magistritöö põhjal võib järeldada, et vanemaealiste tegevuspiirangud on lisaks demograafilistele ja tervislikele teguritele seotud ka materiaalse deprivatsiooniga.

1. SISSEJUHATUS

Seoses inimeste keskmise eluea pikenemisega on hakatud rohkem tähelepanu pöörama sellele, kuidas vananeda tervena ja võimalikult aktiivsena. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on defineerinud aktiivsena vananemist kui protsessi, kus vananevate inimeste elukvaliteet säilib tänu heale tervisele, turvatundele ja aktiivsele osalemisele ühiskonnaelus (1). Aktiivsena vananemise eesmärk on pikendada inimeste tervena elatud eluiga ning tagada vanemaelastele võrdsed võimalused ühiskonna erinevates eluvaldkondades kaasa löömiseks (2).

Vananemist võib vaadelda kahelt vaatenurgalt – indiviidi ja rahvastiku tasemel. Indiviidi vananemist iseloomustab inimeste üha pikem eluiga. See on elu loomulik osa ja puudutab meist igapäevaste. Individuaalse vananemise käigus läbib inimene erinevaid eluetappe kuni jõuab surmani. Rahvastikuvananemine tähistab erinevat protsessi ja toimub ajaloos esmakordselt. Siinkohal tähendab vananemine vanemaelaste osakaalu suurenemist ühiskonnas. Ühelt poolt on see tingitud inimeste eluea pikenemisest, teisalt olukorrast, kus sündimus on langenud alla rahvastiku taastootmise tasemele. Tegu on demograafilise üleminekuga, mille käigus vahetub rahvastiku taastetüüp tervikuna, jõudes lõpuks modernse rahvastiku taastetüübini (3). Rahvastiku-, sotsiaal-, majanduslik, meditsiiniline ja tehnoloogiline areng ning inimeste väärtuste teisenemine pereloomu seisukohalt on rahvastikuvananemise peamised tegurid.

Euroopa elanikkond hakkas vananema 18. sajandi lõpust ja 19. sajandi algusest ning see protsess kestab (4). Elanikkonna vananemist hinnatakse tavaliselt 60-aastaste ja vanemate või 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaaluga rahvastikus või tööealise rahvastiku suhtes. Eesti on olnud üks kiiremini vananevaid riike Euroopas. 2013. aastal moodustasid 60-aastased ja vanemad inimesed 24% rahvastikust (5), olles selle arengu poolest vananevate riikide esirinnas (6). Selleks, et teada milline on tööjätule eelnev periood ja kuidas toimub vananemine, on oluline jälgida ka nooremaid kui 60-aastaseid inimesi. Aastaks 2050 prognoositakse Eesti rahvastikus kõige arvukamateks vanuserühmadeks 55–59-, 60–64- ja 65–69-aastaseid (7) – seega hoogustub rahvastiku vananemine tulevikus veelgi, mistõttu on oluline vanemaelaste uurimine.

Keskmise eluea tõustes võib pikeneda periood, mil elatakse näiteks krooniliste haigustega või tegevuspiirangutega. Tegevuspiirang on terviseprobleemidest tingitud piirang inimese igapäevategevustes (8). Seega tuleb juurde eluaastaid, mil vajatakse igapäevastes toimingutes abi. Kui ühiskond vananeb ja vanemate inimeste tervislik seisund ei parane, siis võib suurendada vajadus sotsiaal- ja tervishoiuteenuste järele ja kasvada sotsiaalse kaitse kulu.

Võrreldes teiste Euroopa riikidega, on Eesti vanemaealistele iseloomulik üsna kõrge eani töötamine (9), kuid samas on nende tervis halvem kui eakaaslastel teistes riikides (10). Eestis on Euroopa riikidest suhteliselt kõrgem tegevuspiirangutega vanemaealiste osakaal. SHARE uuringus osalenud riikidest on Eestis igapäevategevustes olulisel määral piiratud 29,9% 50-aastastest ja vanematest inimestest, olles seega juba teist uuringulainet järjest kõrgeim näitaja vaadeldud riikide seas (11).

Inimese tervise üheks oluliseks mõjuteguriks on materiaalne heaolu, sest materiaalsed ressursid võimaldavad paremat ligipääsu teenustele aga ka näiteks tervislikumale toitumisele. SHARE 5. laine keskendus materiaalsele ja sotsiaalsele deprivatsioonile ehk ilmajäetusele (12). Materiaalne deprivatsioon tähendab, et inimene ei ole võimeline endale lubama selliseid püsikaupu, elamistingimusi või tegevusi, mis selles ühiskonnas on tavapärane. Seetõttu on materiaalselt ilmajäetud inimeste elukvaliteet madalam ja tervis halvem (13). SHARE 5. laine andmete põhjal on Eesti vanemaealistel kõige kõrgem materiaalse deprivatsiooni tase võrreldes teiste uuringus osalenud riikidega – tervelt 60% 50-aastaste ja vanemate inimeste leibkondadest on materiaalselt deprivatsiooniga (14).

Materiaalse deprivatsiooniga inimeste tervisenäitajad on halvemad kui nendel, kellel materiaalselt deprivatsiooni ei ole. Materiaalselt deprivatsiooniga inimestel esineb rohkem enneaegset suremust (15, 16) ja on üle kahe korra kõrgem risk omada füüsilisest või vaimsest tervisest tingitud tegevuspiiranguid (17).

Varasemalt on Eestis tegevuspiirangute kohta mitmeid uuringuid läbi viidud. On kaardistatud Eesti rahvastiku üldine tegevuspiirangute levimus (18), tegevuspiiranguid põhjustavad vigastused (19) ja ka näiteks sotsiaalsete suhete kujunemist igapäevategevuspiirangute tekkimisel (20). Siiski ei ole Eesti vanemaealistele kohta infot, kuidas on materiaalse deprivatsiooni tegurid seotud eakate tervise ja igapäevase toimetulekuga.

Kuna Eestis on suhteliselt kõrge tegevuspiirangutega vanemaealiste osakaal ning deprivatsiooni määr (21), siis on oluline aru saada, kuidas need kaks nähtust omavahel seotud on. Käesolev magistr töö analüüsib, millised demograafilised, tervislikud ning materiaalse deprivatsiooni tegurid on seotud tegevuspiirangute tekkimisega.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1 Tegevuspiirangud ja nende mõõdikud

Seoses eluea pikenedamisega proovitakse jätkuvalt välja selgitada, kas pikeneva elueaga ühiskondades suureneb ka tervete inimeste osakaal (22) või vastupidi, suureneb haigete inimeste osakaal. Eluea tõustes võib pikeneda periood, mil elatakse mõne haiguse või piiranguga (23). Arenenud riikides on suurimaks terviseiga seotud koormaks ühiskonnas muutumas tegevuspiirangud (18).

Tegevuspiirangud on üheks oluliseks vanemaealiste elukvaliteedi näitajaks. Inglise keeles on kasutusel mõiste *disability*, mis tähendab, et inimese sooritusvõime on piiratud või langenud. Eestis kasutatakse mõiste *disability* vastena sõna „puue“ või „puuded“. Kuna siinses keeleruumis viitab see pigem püsivale tervisekahjustusele või organi puudumisele, siis kasutatakse käesolevas töös *disability* eestikeelse vastena mõistet tegevuspiirang vastavalt Eesti teadlaste soovitudele (8).

Selleks, et teada kui palju on ühiskonnas tegevuspiirangutega inimesi, on vaja mõõdikuid, mille abil hinnata, kes kuuluvad tegevuspiirangutega inimeste hulka ja kes mitte. Nii on võimalik kujundada toetusmehhanisme igapäevategevustes piiratud inimestele ning aidata taastada või säilitada nende tegevusvõimet (24).

Esimesed hindamismõõdikud arendati välja 1960. aastatel. Need olid ADL (igapäevategevused) ja IADL (instrumentaalsed igapäevategevused) mõõdikud. ADL toimingud on inimese elus püsimiseks vajalikud kõige elementaarsemad tegevused (söömine, riietumine jne) (25). Ainult põhitegevuste sooritamist ei piisa aga edukaks iseseisvaks toimetulekuks. Seetõttu arendasid Lawton ja Brody (26) mõõdikut edasi. Kujunes IADL ehk teatud vahendi või instrumendi kasutamist nõudvad igapäevategevused (tegevused, mis nõuavad rohkem suhtlemist, plaanimist ja keerukamaid töövõtteid, näiteks toidu valmistamine, poes käimine jne).

Leidub veel teisigi tegevuspiirangute esinemise mõõdikuid. Schmitz et al (27) kasutasid oma uuringus näiteks WHO-DAS-II (*WHO Disability Assessment Schedule*) ankeeti, mis koosneb kuuest toimetulekuga seotud kategooriast: vaimne tervis, liikumine, enese eest hoolitsemine, suhtlemine teistega, aktiivsed tegevused, osalemine ühiskondlikes tegevustes (WHODAS 2.0). Adamson et al (28) kasutasid OPCS (*Office of Population Census and Surveys*) tegevuspiirangute küsimustikku liikumise, käelise osavuse, haaramise, nägemishäirete, uriinipidamatuse ja jõudluse ning paindumise kohta. Kuna liikumisvõime on

iseseisva toimetuleku puhul ülimalt oluline, siis on mõned autorid oma töödes kasutanud just liikumispiiranguid hindamaks tegevuspiirangute esinemist (29).

Üheks laialt kasutatud tegevuspiirangute mõõdikuks on tegevuspiirangute indeks GALI (*Global Activity Limitation Index*). GALI abil on võimalik mugavalt ja kiiresti määrata tegevuspiirangute tase, mis võib hõlmata ka eelnevates mõõdikutes kajastatud aspekte. GALI küsimus on lihtne ja tulemusi on võimalik rahvusvaheliselt võrrelda. Tegevuspiirangute esinemise määratlemiseks palutakse uuritaval vastata järgmisele küsimusele: „Mil määral on terviseprobleem viimasel kuuel kuul igapäevategevusi piiranud?“ Küsimusele on kolm vastusevarianti: „oluliselt piiranud“, „piiranud, kuid mitte oluliselt“ ja „ei ole piiranud“ (30). GALI mõõdikut on kasutatud ka SHARE uuringus.

GALI abil arvutatakse Euroopa Liidus kasutusel olevat indikaatorit tervena elatud eluiga, mis näitab kui kaua elavad inimesed ilma haigusteta või piiranguteta. Tervena elatud eluiga iseloomustab eakate terviseseisundit ja elukvaliteeti paremini kui keskmine oodatav eluiga (30). Eesti meestel oli 2014. aastal tervena elatud eluiga 53,1 aastat ja naistel 57,1 aastat, olles seega Euroopa riikides viimaste seas (11). Tegevuspiirangutega rahvastiku osatähtsus kasvab vanusega, Eesti meeste hulgas hakkab tegevuspiirangutega inimeste osakaal suurenema juba 45. ja naistel 50. eluaastast (31).

2.2 Tegevuspiirangute seosed demograafiliste näitajatega

Demograafilistel teguritel on oluline roll tegevuspiirangute tekkimise seletamisel. Vanusega tavaliselt tervis halveneb ja haigused sagenevad (32). Risk tegevuspiirangute esinemiseks kasvab vanemaks saades (33, 34). Tavaliselt esineb tohkem tegevuspiiranguid naistel kui meestel. Osaliselt on see tingitud sellest, et naiste eluiga on pikem (34, 35). Kuna meeste keskmine eluiga on võrreldes naiste elueaga lühem, siis võrreldes meestega veedavad naised pikema osa oma elust krooniliste haiguste või tegevuspiirangutega (31). Kõigis Euroopa Liidu riikides on piirangute esinemine naiste hulgas veidi suurem kui meestel (36).

Nooremas eas omandatud haridus mõjutab tervist ja tegevuspiirangute kujunemist veel vanemas easki (27, 37). Mida haritum on inimene, seda väiksem on tulevikus tema tegevuspiirangute tase (27, 38, 39) ja seda kõrgem on tervena elatud eluaastate arv (40). Madalama haridusega vanemaealistel on lisaks väiksem tõenäosus tegevuspiirangutest terveneda (39). Blane (37) selgitab hariduse mõju tervisele mitme võimaliku põhjusega. Haridus on seotud tulevase töökohavaliku ning sissetuleku ja töötingimustega, mis mõjutavad

hilisemat tervist. Madalama haridusega inimesed töötavad sageli füüsilist pingutust nõudvatel või tervistkahjustavatel töökohtadel ning neil on seetõttu suurem tõenäosus tegevuspiirangute tekkeks vanemas eas. Haritumad inimesed on üldiselt teadlikumad tervislikest eluviisidest ja nad elavad tervislikumalt. Kõik eelnev mõjutab tervise säilitamise võimekust.

Pensioniealistel inimestel on enamasti väiksemad sissetulekud kui tööelistel inimestel, sest pension pole võrreldes keskmise palgaga kuigi kõrge. Pension võimaldab küll teatud majanduslikku hakkamasaamist, kuid töötavate inimestega võrreldes on pensionäride majanduslik olukord halvem. Üks võimalus rahalist olukorda parandada on töötamine pensionieas, mis on Eestis sagedane nähtus (9, 41).

Vanemaealistel, kes töötavad, on vähem tegevuspiiranguid võrreldes nende vanemaealistega, kes on jäänud pensionile või on töötud (27, 42). Meeste puhul on leitud, et pikem tööstaaž tähendab paremat füüsilist ja kognitiivset seisundit. Naiste puhul on pikemal tööstaažil positiivne mõju vaid füüsilisele võimekusele. Tööl käimiseks on vaja säilitada head tervist ja seetõttu hoolitsevad töötavad vanemaealised oma tervise eest rohkem. Töökoha omamine ja piisav sissetulek võimaldab inimestel endale hea tervise säilitamiseks lubada mitmeid teenuseid ja kaupu (42). Teiselt poolt pakub töökollektiiv sotsiaalset tuge ja suhtlemisvõimalust. Samuti nõuab töötamine rohkem koordineeritud tegevust ja see omakorda võib mõjuda hästi kognitiivsele ja vaimsele tervisele. Samas võib siin tegu olla ka vastupidise seosega ehk töötatakse nii kaua kuni tervislik seisund võimaldab.

Eestis on vanemas eas töötamine küllaltki levinud, eriti meeste seas. 2007. aastal sai lisaks pensionile ka töötasu ligi 25% vähemalt 60-aastastest. Vanuse tõustes hõivatute osatähtsus väheneb. 75-aastastest ja vanematest sai töötasu vaid 3%. Põhjuseks võib tuua tööst loobumise kas tervislikel, tööandjapoolsetel või muudel põhjustel. Vanemaealistel on keerulisem leida uut töökohta või võimalusi ootamatute kulutustega toimetulekuks. Sellest tulenevalt on oht püsivatesse majanduslikesse raskustesse sattuda suurem (41). Antud uuring ei kajastanud aga mitteametlikku töötamist (nt lapsehoidmine, koduabiliseks olemine), mistõttu võib vanemaealiste töötamise määr olla veelgi kõrgem.

Rahvastiku vananemise ja tööeliste osatähtsuse vähenemise seisukohalt oleks hea, kui rohkem inimesi suudaksid võimalikult kõrge eani töötada ja seda ka pensioniea saabudes (eeldusel, et inimesed soovivad ja saavad teha enda jaoks sobivat tööd). Vanematel inimestel on rohkem kogemusi ja oskusteadmisi, mistõttu võiksid nad olla hinnatud töötajad ja suuta konkureerida nooremate töölistega. (2)

Vanemaealised, kes elavad koos kaaslasega, saavad üldjuhul majanduslikult paremini hakkama ning kui leibkonnas on võimalik kulutusi partneriga jagada, siis on eluolu parem

(41). Rohkem tegevuspiiranguid on leitud neil, kes elavad leibkonnas üksi (18). Kuna lahtumus on kasvava trendiga ja peredesse sünnib järjest vähem lapsi, siis on tõenäoliselt tulevikus üha rohkem üksi elavaid vanemaealisi (4). Üksi elavatel inimestel on vähem ressursse võrreldes mitmekesi koos elavate leibkondadega. Lisaks pakub partneri olemasolu lähedust ja emotsionaalset tuge (43). Tegevuspiirangutega inimese puhul on partner tihti peale tema põhihooldaja. Paljud tegevuspiirangutega vanemaealised on kolunud ka tagasi partneri või laste juurde (20). Üksi elavaid tegevuspiirangutega vanemaealisi on küll vähe, kuid samas on nad üks kõige haavatavamaid rahvastikurühmi (44).

Naistel on vanemaks saades üha suurem risk jääda üksi. See olukord on osaliselt tingitud meeste ja naiste keskmise oodatava eluea suurest erinevusest Eestis. Eesti naised elavad meestest keskmiselt kümme aastat kauem. Kui 2010. aastal oli Eestis naiste keskmine oodatav eluiga sünnil 80,5 aastat, siis meestel 70,6 aastat. Meestel on suurem tõenäosus elada elu lõpuni koos partneriga (41). Naised küll haigestuvad mitmesugustesse kroonilistesse haigustesse, mis piiravad nende igapäevategevusi, kuid samal ajal on nad oma tervise suhtes hoolsamad ning käivad sagedamini arsti juures. See võib seletada naiste pikemat keskmist eluiga kui meestel (35).

Tegevuspiirangute esinemises on erinevusi põlis- ja välispäritolurahvastiku vahel. Eesti välispäritolurahvastikul esineb tegevuspiiranguid sagedamini kui põlisrahvastiku seas (45). Umbes 30% tegevuspiirangutega inimestest on välispäritolu. Puudulik keeleoskus võib olla üks põhjuseid, miks välispäritolu vanemaealine ei saa põlisrahvastikuga sarnaseid tervishoiuteenuseid ja seetõttu on tema tervis halvem (35). Lisaks võib tegevuspiirangute esinemist osaliselt mõjutada elukoha tüüp - maal elavatel inimestel esineb mõnevõrra rohkem tegevuspiiranguid kui linnas elavatel (35). See, kas inimene elab linnas või maal, võib mõjutada näiteks ligipääsu tervishoiuteenustele (11).

2.3 Tegevuspiirangute seosed tervisliku seisundiga

Mida vanemaks saab inimene, seda suurema tõenäosusega esineb tal ka mõni krooniline haigus või pikaajaline terviseprobleem. Enam kui 90%-l puude, töövõimekao või tegevuspiirangutega inimestest esineb mõni krooniline haigus või pikaajaline terviseprobleem (46). Pikaajaliste haiguste esinemine soodustab tegevuspiirangute tekkimist (11).

Kui vanemaealine enam iseenda eest hoolitsemisega hakkama ei saa, võib see viia psühhosotsiaalsete probleemide ja madala enesehinnangu tekkimiseni. Samuti võib inimene

sattuda isoleeritusse. Sõltuvus kõrvalisest abist tähendab vajadust tervishoiuteenuste ning hooldusravi järele. Kui vanemaealine tegevuspiirangutega inimene abi ei saa, võivad kaasneda komplikatsioonid nagu kukkumised ja vaegtoitumus (47).

Tervis mõjutab olulisel määral elukvaliteeti, heaolu ja toimetulekut. Mõistet toimetulek võib tõlgendada mitmeti. Antud magistritöö käsitleb toimetulekut kui olukorda, kus inimene ei ole oma igapäevastes tegevustes tervise tõttu piiratud. Selleks, et vanemaealised saaksid ka edasises elus aktiivsed olla, on vaja püsida tervena. Hea elukvaliteedi säilitamine vanemas eas eeldab toimetulekut igapäevaelu toimingutega.

2.4 Materiaalne deprivatsioon ja selle mõõdikud

Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) defineerib materiaalselt deprivatsiooni ehk materiaalselt ilmajäetust kui rahast tingitud võimetust lubada endale selles ühiskonnas normiks olevaid püsikaupu, elamistingimusi või tegevusi (13). Materiaalne deprivatsioon hõlmab ühelt poolt rahalistest vahenditest tingitud puudujääke üksikisiku elus, teisalt arvestab ühiskonna arengutaset ja teiste sama ühiskonna liikmete tarbimisvõimalusi. Materiaalselt deprivatsiooniga inimeste elukvaliteet on madalam kui konkreetses ühiskonnas on normiks (48).

Materiaalse heaolu hindamiseks on lisaks sissetuleku suuruse arvestamisele kasutusel mitmed materiaalse deprivatsiooni indikaatorid. Sissetulek üksi ei pruugi alati inimese majanduslikku seisundit tõepäraselt iseloomustada, seda eriti vanemate inimeste puhul (14). Mitterahalistel näitajatel toovad tihtipeale paremini esile need inimesed, kes tegelikult elavad materiaalses kitsikuses ja on loomulikest hüvedest ilmajäetud (49). Materiaalse deprivatsiooni indikaatorite abil on võimalik võrrelda erinevate riikide või väiksemate rahvastikurühmade materiaalse heaolu taset (14).

Materiaalse deprivatsiooni indikaatoritena on läbi aegade välja toodud erinevaid näitajaid. Halleröd (50) kasutas oma uuringus 36 temale kättesaadavat indikaatorit, mis võiksid näidata materiaalselt deprivatsiooni. Analüüsi inimese rahalist võimet lubada endale teatud hüvesid või esemeid. Nende hulka kuulusid näiteks sobivate prillide omamise ja vajadusel vahetamise võimalus, uute riiete ostmise võimalus, auto omamine, hobi või vabaaja tegevuse võimaldamine, hambaarsti külastamine vähemalt kord aastas, pesumasina, mikrolaineahju ja teleri omamine jm.

Praeguseks ajaks on kasutusele jäänud need tegurid, mis on kujunenud kõige täpsemateks. Nolan ja Whelan (49) toovad välja kolme kategooriasse jagunevad materiaalse deprivatsiooni indikaatorid. Esimene kategooria koondab enda alla igapäevast tarbimist iseloomustavad näitajad, mis on seotud toidu ostmise, kodu kütmise, puhkuse võimaldamise, auto või arvuti omamise ja võlgade vältimise võimega. Teine kategooria iseloomustab koduseid mugavusi – dušši või vanni ja sisetualeti olemasolu, telefoni, värviteleri ja pesumasina omamine. Kolmandasse kategooriasse kuulub naabruskonnaga seonduv – müra, saastatus, kuritegevus ja vägivald.

Pampalon (51) kasutas materiaalse deprivatsiooni mõõtmiseks Quebeci indeksit, mis koosneb kuuest näitajast: lõpetamata keskkool, töötus, sissetulek, lehestunud/lahutatud olemine, üksi elamine, üksikvanemaks olemine. Selles uuringus käsitleti materiaalsel deprivatsiooni nii naabruskonna kui indiviidi tasemel. Kuna info vähesuse tõttu ei ole võimalik analüüsi alati üksikisiku tasemel läbi viia, siis kasutatakse sageli rahvastikupõhiseid uuringuid. Pampalon leidis, et nii indiviidi kui naabruskonna tasemel on materiaalne deprivatsioon tegevuspiirangute tekkimisega seotud. Mida kõrgem on materiaalse deprivatsiooni tase, seda lühem on tegevuspiiranguteta elatud eluaeg.

Schmitzi (27) töös põhineb materiaalne deprivatsioon kolmel põhinäitajal: haridus, tööhõive ja sissetulek. Ta vaatles materiaalsel deprivatsiooni naabruskonna tasemel. Piirkond, kus inimene elab, omab mõju ka tervisele. Kui naabruskonnas on suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus ja halvad toitumisharjumused laialt levinud, siis on seal elaval inimesel suurem tõenäosus ka ise need käitumismustrid omaks võtta. Selgus, et kõrgema materiaalse deprivatsiooni tasemega piirkondades esineb inimestel rohkem tegevuspiiranguid. Sellistes piirkondades elas ka rohkem suitsetajaid ja füüsiliselt väheaktiivseid inimesi.

Dorynska (29) kasutas oma uuringus kolme näitajat: arвете maksmine, toidukauba ostmine ja riiete ostmine. Tulemused näitasid, et mida kõrgem on materiaalse deprivatsiooni skoor, seda suurem on šanss olla liikumispiirangutega. Uuringus analüüsiti ka perekonnaseisu, hariduse ja tööstaatusel mõju liikumispiirangute kujunemisele, kuid kõige tugevam mõju leiti siiski olevat materiaalsel deprivatsioonil ja tööstaatusel. See, miks just antud tegurid kõige suuremat mõju omavad, jäi aga ebaselgeks. Groffen et al (17) kasutasid oma töös kuut materiaalse deprivatsiooni näitajat: probleemid elamiskuludega, probleemid leibkonna sissetulekuga toimetulekul, negatiivne väljavaade eeloleva aasta rahalisele olukorrale, probleemid võlgade tasumisega, majandusliku surve mainimine ja puudus püsikaupadest rahapuuduse tõttu. Materiaalse deprivatsiooni puhul oli šanss tegevuspiiranguid omada kõrgem võrreldes nendega, kel deprivatsiooni ei esinenud. Kõige

suurem oli šanss tegevuspiiranguid omada kõigi materiaalse deprivatsiooni näitajate koostoimel.

SHARE uuring töötas 5. laines välja eraldi materiaalse deprivatsiooni indeksi, kuhu kuulub 11 materiaalse deprivatsiooni põhinäitajat, mis on sarnased eelnevates töödes kasutatud näitajatega. Indeks koosneb järgmistest tunnustest: liha tarbimine, puu- ja juurvilja tarbimine, toidukauba ostmine, puhkuse võimaldamine, ootamatute kulutustega toimetulek, uute riiete ja jalanõude ostmine, kodu soojana hoidmine, prillide ostmine, arsti ja hambaarsti külastamine. Nende indikaatorite põhjal arvutatakse välja materiaalse deprivatsiooni skoor - mida kõrgem number, seda tõsisem deprivatsioon (52).

On leitud, et vanemas eas esineb materiaalsel deprivatsiooni enam 55–64-aastaste vanusgrupis, hiljem hakkab materiaalse deprivatsiooni esinemine jälle langema (17). Üheks põhjuseks võib olla see, et need vanemaealised, kes on kogunud tõsist materiaalsel deprivatsiooni, on 65-aastaseks saades juba surnud. Võrreldes Eesti vanemaealisi mehi ja naisi, siis naiste hulgas esineb materiaalsel deprivatsiooni oluliselt rohkem – aastal 2013 oli materiaalselt deprivatsioon 36 tuhat meest ja 65 tuhat naist (53).

Kokku on Eestis materiaalselt tõrjutud 60 protsenti üle 50-aastaste leibkondadest. SHARE uuringus osalevate riikide keskmine näitaja on 35,8 protsenti. Samuti on Eestis kõrgeim osakaal neid vanemaealisi, kes on tõrjutud vähemalt nelja materiaalse deprivatsiooni indikaatori osas (52). Antud töö käsitleb materiaalsel deprivatsiooni, materiaalsel ilmajäetust ja materiaalsel tõrjutust sünonüümidenä.

Euroopas on SHARE uuringu järgi eakate madalaim materiaalse deprivatsiooni määr Skandinaaviamaades, kõrgeim Eestis, Itaalias, Sloveenias ja Hispaanias. Käesolev töö vaatlleb SHARE uuringu materiaalse deprivatsiooni indeksi elemente eraldi, et aru saada, millised neist on enim seotud tegevuspiirangutega Eestis.

2.5 Tegevuspiirangute seosed materiaalse deprivatsiooniga

Sotsiaalmajanduslikul ebavõrdsusel on tervisele oluline mõju nii nooremate kui vanemaealiste inimeste seas (54). Inimese toimetulek vanemas eas on sõltuv nooremana elatud elust. Mõju avaldab oma tervise eest hoolitsemine, millist tööd on tehtud ja millises keskkonnas elatud (55). Materiaalse deprivatsiooni all kannatavatel vanemaealistel on enam kui kaks korda kõrgem risk olla piiratud füüsilise või vaimse toimetulekuga võrreldes nendega, kellel

materiaalset deprivatsiooni ei esine (17). See, kui piiratud oma tegevustes eakas on, määrab suuresti tema heaolu ja elukvaliteedi (38).

On leitud, et materiaalsel deprivatsioonil on seos liikumiskiirangutega hilisemas elus (17, 38) ja enneaegse suremusega. Meeste puhul on materiaalse deprivatsiooni mõju suurem – eeldatava keskmise eluea erinevused on deprivatsiooniga meestel suuremad kui deprivatsiooniga naistel (15).

Seega on materiaalne deprivatsioon üheks oluliseks teguriks nii füüsilise kui vaimse düsfunktsioneerimise tekkimisel. Materiaalne deprivatsioon võib esineda nii vaesemates kui jõukamates riikides. Majanduslik ebavõrdsus üha suureneb ja seejuures on teatud rahvastikurühmad rohkem haavatavad, eriti lapsed ja vanemaealised. Seetõttu on materiaalsest deprivatsioonist tingitud tegevuskiirangud oluline valdkond rahvatervise poliitika planeerimisel (17).

Mida kõrgem on deprivatsiooni tase, seda suurem on šanss omada tegevuskiiranguid. Kõrge deprivatsioonitasemega inimesel on üle kahe korra suurem šanss olla tegevuskiirangutega võrreldes madala deprivatsioonitasemega inimesega (28, 29).

Tervena elada jäänud aastad – mida arvutatakse tegevuskiirangute põhjal – näitavad, kui kaua keskmiselt on inimesel jäänud aega elada ilma tegevuskiiranguteta. Ajavahemikul 2005–2010 süvenes ebavõrdsus tervena elada jäänud aastates nii meeste kui naiste hulgas Euroopas (56). Ka Eestis on vahe tervena elada jäänud aastates suurenenud (11). Leiti, et materiaalse deprivatsiooniga 50-aastastel on jäänud elada vähem tervena elatud eluaastaid kui neil, kel materiaalselt deprivatsiooni ei esine. Aastal 2010 oli materiaalse deprivatsiooniga meestel keskmiselt 2,19 tervena elada jäänud aastat vähem võrreldes ilma deprivatsioonita meestega, naistel oli sama näitaja 1,97. Ebavõrdsuse suurenemise üheks põhjuseks võib olla majanduskriisi ajal tekkinud tööpuuduse kasv ja seda eriti just vanemaealiste hulgas (56).

3. MAGISTRITÖÖ EESMÄRGID

Magistritöö eesmärgid olid kirjeldada, milline on tegevuspiirangutega inimeste osakaal 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis ning selgitada, millised on seosed tegevuspiirangute, demograafiliste näitajate, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite vahel 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis.

Lähtuvalt magistritöö eesmärkidest püstitati järgmised uurimisküsimused

- 1) Milline on tegevuspiirangutega inimeste osakaal erinevates demograafilistes rühmades ja erineva tervisliku seisundi korral 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis?
- 2) Milline on tegevuspiirangutega inimeste osakaal erinevate materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis?
- 3) Kuidas on Eesti 55-aastaste ja vanemate inimeste tegevuspiirangute esinemine seotud demograafiliste, tervislike ja materiaalse deprivatsiooni teguritega?

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1 Andmestik ja valimi moodustamine

Käesolev magistr töö on koostatud SHARE uuringu andmete põhjal. Antud peatükk annab esmalt ülevaate SHARE uuringust ja kirjeldab, kuidas moodustati magistr töö valim. Edasi tuuakse välja andmeanalüüsis kasutatavad tunnused ning selgitatakse nende moodustamist. Lõpuks antakse ülevaade magistr töös kasutatavatest andmeanalüüsi meetoditest.

SHARE on üle-euroopaline uuring, mis hõlmab kesk- ja vanemaealist (50-aastased ja vanemad) rahvastikku. Tegu on longituuduuringuga, mida viiakse läbi küsitluslainetena iga kahe aasta tagant alates 2004. aastast. Eesti osaleb uuringus alates 2010. aastast (neljandast lainest). Antud töö vaatleb 5. uuringulaine andmetel 55-aastaseid ja vanemaid inimesi Eestis. 5. uuringulaines ei uuendatud Eesti valimit 50–52-aastaste arvelt (4), seega ei ole see vanuserühm rahvastikuesinduslik. Magistr töös analüüsitavast valimist jäeti välja isikud, kellel puudus vastus tegevuspiirangute küsimusele ja kes olid nooremad kui 55-aastased. Seega koosneb töö valim 5300 vastajast.

SHARE uuringus kasutati inimeste küsitlemisel arvuti abil tehtavat silmast-silma intervjuud ehk CAPI meetodit. SHARE valimisse sattunud vanemaealist küsitletakse iga kahe aasta tagant kuni tema surmani, mis võimaldab jälgida inimese elus toimunud muutusi aja jooksul ning ka tema elu lõppu (elulõpuintervjuu kaudu). Ühtlasi on SHARE ainuke uuring Eestis, mis käsitleb nii suurt hulka vanemaealisi (5. laines 6064 vastajat) ja seetõttu võimaldab analüüsi teha ka väiksemate rahvastikurühmade lõikes. Igal SHARE uuringulainel on üks uurimisfookus, mida lähemalt vaadeldakse. 5. laine keskendus esmakordselt sotsiaalse ja materiaalse deprivatsiooni kaardistamisele (57). SHARE uuringus osalevaid inimesi on teavitatud uuringu eesmärkidest ja toimumisest, samuti on neilt küsitud nõusolek uuringu läbiviimiseks.

4.2 Töös kasutatavad tunnused

4.2.1 Tegevuspiirangud

Vastavalt magistr töö eesmärgile olid peamised huvialused näitajad **tegevuspiirangud**. Näitaja põhineb tegevuspiirangute indeksi GALI küsimusel, mille abil tehti kindlaks, kas

uuritaval esineb tegevuspiiranguid või mitte. Vastajal paluti nimetada, millisel määral on viimase kuue kuu jooksul mõni terviseprobleem piiranud teda igapäevategevustes, mida inimesed tavaliselt teevad. Võimalikud vastusevariandid olid „oluliselt piiranud“, „piiranud, kuid mitte oluliselt“ ja „üldse mitte piiranud“. Andmete analüüsimiseks moodustati kaks tegevuspiirangute kategooriat: piiratud (oluliselt piiratud; piiratud, kuid mitte oluliselt) ja piiranguteta.

4.2.2 Demograafilised näitajad

Demograafilised näitajad ja nende kategooriad on valitud vastavalt kirjanduse ülevaates toodud tulemustele.

Sugu jagab vastajad kategooriateks mees ja naine.

Vanus arvutati vastaja sünnikuu ja –aasta põhjal. Andmete analüüsimiseks jagati vastajad kolme vanusgruppi: 55–64-, 65–74- ning 75-aastased ja vanemad. Noorim vanusrühm koosneb peamiselt töötavatest inimestest. Järgmisse vanusrühma kuuluvad pensioniealised, kellest osa käib veel töö. Kõige vanemasse rühma kuuluvad need, kes suure tõenäosusega enam töö ei käi ning võivad vajada abi igapäevategevustes.

Sünnikoht jaotab vastajad Eestis ja mujal sündinuteks.

Partner leibkonnas kajastab vastajate kooselu paremini kui ametlik perekonnaseis kuna vastaja võib olla ametlikult küll abielus, aga tegelikult elatakse abikaasast lahus. Samuti võib tekkida olukord, kus vastaja ei ole ametlikult abielus, kuid elab kellegagi koos. Partner leibkonnas on kahe võimaliku vastusevariandiga: jah/ei.

Haridus jagati analüüsimiseks kolme rühma: „põhiharidus“ (algharidus, põhiharidus, kutseharidus põhihariduse baasil), „keskharidus“ (keskharidus, kutseharidus keskhariduse baasil, keskeriharidus) ja „kõrgharidus“ (kutsekõrgharidus, rakenduskõgharidus, akadeemiline kõrgharidus).

Tööseisund jaotati kolme rühma: „töötav“ (töötav või iseendale tööandja), „pensionär“ (pensionil ja töötamise lõpetanud) ja „muu“ (töötu, töövõimetu, kodune).

Elukoht koosneb kahest vastusevariandist: „maal“, „linnas“.

4.2.3 Tervislik seisund

Tervisliku seisundi kirjeldamiseks on kasutatud **pikaajalise haiguse olemasolu**. Vastajad jagunevad kaheks – need, kellel esineb vähemalt üks pikaajaline haigus või terviseprobleem ja need, kellel seda ei esine. Pikaajalise haiguse olemasolu iseloomustab hästi vanemaealiste tervislikku seisundit kuna koondab enda alla kõik esineda võivad kroonilised haigused ja terviseprobleemid.

4.2.4 Materiaalse deprivatsiooni indikaatorid

Käesolevas töös vaadeldakse SHARE uuringu 5. laine tarbeks välja töötatud materiaalse deprivatsiooni indeksis (14) kasutatud iga elementi eraldi, et saada paremini aru nende seostest tegevuspiirangutega ning leida need tegurid, mis Eesti puhul kõige rohkem tegevuspiirangute seostesse panustavad.

Materiaalse deprivatsiooni indikaatoritena on kasutatud 11 näitajat, mis kirjeldavad vanemaealiste majanduslikku olukorda paremini kui näiteks sissetulek. Need indikaatorid peegeldavad hästi seda, mida vanemaealine olemasolevate rahaliste ressursside eest endale lubada saab. Järgnevalt on toodud iga tunnuse kohta küsimus, millele vastamine näitas, kas vanemaealine on selles aspektis materiaalselt depriviteeritud või mitte. Liha tarbimine ja puu- ning juurvilja tarbimine on jagatud kolme kategooriasse kuna paljud vanemaealised ei tarbi neid toiduaineid sageli just mitterahalistel põhjustel.

Liha tarbimine. Kas te ei tarbi liha, kana või kala vähemalt kolm korda nädalas kuna te ei saa seda rahaliselt lubada? Vastajad jagati kolme gruppi:

- 1) kes ei söönud liha, kana või kala muudel põhjustel vähemalt kolm korda nädalas
- 2) kes sõid liha, kana või kala vähemalt kolm korda nädalas
- 3) kes ei saanud liha, kana või kala rahalistel põhjustel süüa vähemalt kolm korda nädalas

Puu- ja juurvilja tarbimine. Kas te ei tarbi puu- või juurvilja vähemalt kolm korda nädalas kuna te ei saa seda rahaliselt lubada? Vastajad jagati kolme gruppi:

- 1) kes ei söönud puu- või juurvilja muudel põhjustel vähemalt kolm korda nädalas
- 2) kes sõid puu- või juurvilja vähemalt kolm korda nädalas
- 3) kes ei saanud puu- või juurvilja rahalistel põhjustel süüa vähemalt kolm korda nädalas

Regulaarne toidu- ja tarbekaupade ostmine. Kas teie leibkond suudab rahaliselt võimaldada regulaarset toidu- ja tarbekauba ostmist?

Nädalase puhkuse võimaldamine. Kas teie leibkond suudab rahaliselt võimaldada vähemalt ühte nädalast puhkust aastas eemal kodust?

Ootamatute kulutustega toimetulek. Kas teie leibkond tuleb toime ootamatult tekkiva rahalise väljaminekuga ilma kuskilt raha laenamata?

Riiete ostu edasilükkamine. Kas te olete viimase kaheteist kuu jooksul rahapuuduse tõttu riiete ostmist edasilükanud ja jätkanud kulunud riiete kandmist?

Jalatsite ostu edasilükkamine. Kas te olete viimase kaheteist kuu jooksul rahapuuduse tõttu jalatsite ostmist edasilükanud ja jätkanud kulunud jalatsite kandmist?

Kodusooja arvelt kokkuhoidmine. Kas te olete viimase kaheteist kuu jooksul rahapuuduse tõttu kodusooja arvelt kokkuhoidnud?

Prillide ostu edasilükkamine. Kas te olete viimase kaheteist kuu jooksul rahapuuduse tõttu prillide ostmist edasilükanud ja jätkanud vanade prillide kandmist või käinud ilma prillideta?

Hambaarsti külastuse edasilükkamine. Kas te olete viimase kaheteist kuu jooksul rahapuuduse tõttu hambaarsti külastust edasilükanud?

Arsti külastuse edasilükkamine. Kas viimase kaheteist kuu jooksul on ette tulnud olukordi, kus olete pidanud minema arsti juurde, kuid ei ole seda teha saanud raha vähesuse tõttu?

4.3 Andmeanalüüs

Tegevuspiirangute kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid. Gruppidevahelise erinevuse testimiseks tegevuspiirangutes kasutati hii-ruut testi. Kirjeldavates tabelites on kasutatud nii absoluut- kui suhtarve, lisaks on välja toodud p-väärtus. Statistiliselt olulised erinevused (p-väärtus alla 0,05) on märgitud tärnikesega tunnuste juurde. Seoste hindamiseks tegevuspiirangute ja materiaalse deprivatsiooni tegurite vahel kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Arvutati šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (95% CI).

Selleks, et analüüsida, millised on seosed tegevuspiirangute, demograafiliste tegurite, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite vahel, viidi läbi logistilise regressiooni analüüs. Iga teguri kohta koostati üks kohandamata logistilise regressiooni mudel, mis analüüsib selle konkreetse näitaja mõju tegevuspiirangutele eraldi. Kuna nii demograafilistel, tervislikel kui materiaalse deprivatsiooni teguritel on tegevuspiirangute tekkele oma mõju, siis tehti lisaks kolme tüüpi kohandatud mudelid. Mudel 1 võtab arvesse kõigi demograafiliste tegurite mõju. Mudel 2 arvestab lisaks demograafilistele teguritele ka tervislikku seisundit ja mudel 3 võtab analüüsi kõik tabelis toodud tunnused (demograafilised,

tervislikud ja materiaalse deprivatsiooni). Sellisel viisil tulemuste tõlgendamine ja esitamine annab terviklikuma ülevaate sotsiaalsete (nagu deprivatsioon) ja tervislike näitajate omavahelistest suhetest. Mudelites on välja toodud ka statistiliselt mitteolulised liikmed, jälgides statistilisi soovitusi (58), sest need tunnused on mudelitesse lisatud sisulistel põhjustel ning annavad sel kujul parema ülevaate tegevuspiirangute seostest.

Kohandatud mudelite kohta on Tabel 3 all toodud ka Pseudo R^2 näitaja, mis iseloomustab mudeli kirjeldusvõimet ja näitab, kuidas tunnuste lisamisel muutus kirjeldusvõime järjest paremaks. Andmete analüüsimiseks kasutati programmi Stata 12.1. Tabelid on koostatud programmiga MS Office Word 2013.

5. TULEMUSED

Magistritöö valimi moodustasid 5300 uuringus osalenut. Nende hulgas olid nii juhuvalimisse sattunud põhiisikud kui nende elukaaslased. Käesolev peatükk annab ülevaate tegevuspiirangutest erinevates demograafilistes rühmades, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite alusel. Edasi järgneb analüütiline osa, mis kajastab tegevuspiirangute seoseid demograafiliste, tervislike ja materiaalse deprivatsiooni teguritega 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis.

5.1 Tegevuspiirangute jaotus 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis

Tabelis 1 on kirjeldatud tegevuspiirangute jagunemine demograafiliste näitajate ja tervisliku seisundi lõikes. Mehed moodustasid valimist 39,9% ja naised 60,1%. Sugude lõikes statistiliselt olulist erinevust tegevuspiirangute esinemises ei ilmnunud, meestest omas tegevuspiiranguid 61,5%, naistest 63,8%.

Vanusega tegevuspiirangute esinemissagedus tõusis. Kui vanusgrupis 55–64 omas 51,7% tegevuspiiranguid, siis 75-aastaste ja vanemate vanusgrupis juba 77,7%. Eestis sündinutest olid tegevuspiirangutega 61,1%, mujal sündinutest 68,0%. Leibkonnas partnerit omavatest vastajatest olid tegevuspiirangutega 61,2% ja ilma partnerita vastajatest 65,9%

Hariduse puhul ilmnes, et mida madalam haridus, seda rohkem esineb tegevuspiiranguid. Põhihariduse rühmas olid tegevuspiirangutega 72,8% vastajatest, keskhariduse puhul oli vastav näitaja 60,9% ja kõrghariduse puhul 52,2%.

Pensionäride seas esines oluliselt rohkem tegevuspiiranguid kui töötavate vastajate hulgas, vastavalt 70,1% ja 40,2%. Samuti oli oluliselt suurem tegevuspiirangutega vastajate osakaal mõnd pikaajalist haigust omavate vanemaealiste seas (79,8% ja 16,5%). Maal elavatest olid tegevuspiirangutega 60,7% ja linnas elavatest 63,0%.

Tabel 1. Tegevuspiirangute jaotus demograafiliste tunnuste ja tervisliku seisundi lõikes 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2012–2013

Tunnus	Tegevuspiirangud					
	Ei	% (rida)	Jah	% (rida)	Kokku	% (veerg)
Vanus (N=5300)*						
55-64	883	48,3	946	51,7	1829	34,5
65-74	712	39,5	1090	60,5	1802	34,0
75+	373	22,4	1296	77,7	1669	31,5
Sugu (N=5300)						
Mees	813	38,5	1300	61,5	2113	39,9
Naine	1155	36,2	2032	63,8	3187	60,1
Sünnikoht (N=5267)*						
Eesti	1546	38,9	2432	61,1	3978	75,5
Muu	413	32,0	876	68,0	1289	24,5
Partner leibkonnas (N=5300)*						
Jah	1337	38,8	2112	61,2	3449	65,1
Ei	631	34,1	1220	65,9	1851	34,9
Haridus (N=5267)*						
Põhiharidus	446	27,2	1196	72,8	1642	31,2
Keskharidus	981	39,1	1530	60,9	2511	47,7
Kõrgharidus	532	47,8	582	52,2	1114	21,2
Tööseisund (N=5263)*						
Pensionär	1040	29,9	2442	70,1	3482	66,2
Töötav	825	59,8	555	40,2	1380	26,2
Muu	98	24,4	303	75,6	401	7,6
Elukoht (N=4947)*						
Maal	575	35,2	1060	64,8	1635	33,1
Linnas	1256	37,9	2056	62,1	3312	67,0
Pikaajaline haigus (N=5300)*						
Jah	787	20,3	3099	79,8	3886	73,3
Ei	1181	83,5	233	16,5	1414	26,7

* p-väärtus <0,05

Olulised erinevused tegevuspiirangute esinemises ilmnud kõigi materiaalse deprivatsiooni indikaatorite rühmades, millest annab ülevaate tabel 2. Nendest, kes rahalistel põhjustel sõid liha kuni kaks korda nädalas, esines 77,5%-l tegevuspiirangud. Nendest, kes tarbisid liha vähemalt kolm korda nädalas, esines tegevuspiiranguid 61,2%-l. Puu- ja juurviljade puhul olid samad näitajad vastavalt 75,8% ja 62,0%.

Regulaarselt toidukaupu mitte osta suutvate vastajate seast esines tegevuspiiranguid 73,1%-l. Uuritavatel, kellel oli raskusi ootamatute kulutustega toimetulekul, esines 71,4%-l tegevuspiiranguid. Nädalast puhkust endale lubada saavate vanemaealiste seas olid tegevuspiirangutega 44,8% ja nendest, kes majanduslikel põhjustel nädalast puhkust lubada ei saa 69,6%. Rahapuuduse tõttu uute riiete ostu edasi lükkajatest omas tegevuspiiranguid 71,2% ja jalanõude ostu edasi lükkajatest 73,3%.

Nendest, kes olid kodusooja arvelt raha kokku hoidnud, olid tegevuspiirangutega 67,9% ja nendest, kellel ei olnud rahalisi raskusi küttekulude eest tasumisel 62,0%. Prillide ostu edasilükkajate seast olid tegevuspiirangutega 73,8% ja hambaarsti ning arsti külastust edasilükkavatest vastajatest vastavalt 68,3% ja 71,6%.

Tabel 2. Tegevuspiirangute jaotus materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2012–2013

Tunnus	Tegevuspiirangud					
	Ei	%	Jah	%	Kokku	%
	(rida)	(rida)	(rida)	(rida)		(veerg)
Liha tarbimine (N=5275)*						
Vähemalt 3x nädalas	1657	38,8	2616	61,2	4273	81
Ei tarbi sageli rahalistel põhjustel	73	22,5	252	77,5	325	6,2
Ei tarbi muudel põhjustel	233	34,4	444	65,5	677	12,8
Puu- ja juurvilja tarbimine (N=5279)*						
Vähemalt 3x nädalas	1814	38,0	2960	62,0	4774	90,4
Ei tarbi sageli rahalistel põhjustel	32	24,2	100	75,8	132	2,5
Ei tarbi muudel põhjustel	116	31,1	257	68,9	373	7,1
Regulaarne toidukaupade ostmise võimalus (N=5144)*						
Jah	1457	43,1	1924	56,9	3381	65,7
Ei	475	26,9	1288	73,1	1763	34,3
Nädalase puhkuse võimaldamine (N=5134)*						
Jah	820	55,2	665	44,8	1485	28,9
Ei	1109	30,4	2540	69,6	3649	71,1
Ootamatud kulutused (N=5123)*						
Jah	1244	45,4	1496	54,6	2740	53,5
Ei	681	28,6	1702	71,4	2383	46,5
Riiete ostu edasilükkamine (N=5142)*						
Jah	694	28,8	1716	71,2	2410	46,9
Ei	1239	45,4	1493	54,7	2732	53,1
Jalatsite ostu edasilükkamine (N=5142)*						
Jah	545	26,7	1499	73,3	2044	39,8
Ei	1388	44,8	1710	55,2	3098	60,3
Kodusooja arvelt kokkuhoidmine (N=5146)*						
Jah	134	32,1	283	67,9	417	8,1
Ei	1799	38,0	2930	62,0	4729	91,9
Prillide ostu edasilükkamine (N=5138)*						
Jah	305	26,2	860	73,8	1165	22,7
Ei	1627	41,0	2346	59,1	3973	77,3
Hambaarsti külastuse edasilükkamine (N=5144)*						
Jah	518	31,7	1114	68,3	1632	31,7
Ei	1415	40,3	2097	59,7	3512	68,3
Arsti külastuse edasilükkamine (N=5281)*						
Jah	290	28,4	732	71,6	1022	19,4
Ei	1674	39,3	2585	60,7	4259	80,7

* p-väärtus <0,05

5.2 Tegevuspiirangute seosed demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooniga

Tabelis 3 on toodud tegevuspiirangute šansisuhted (OR) ja 95% usaldusintervallid (CI) demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite vahel. Šanss üle ühe näitab suuremat šanssi tegevuspiiranguteks võrreldes referentsrühmaga (OR 1,00).

Nii vanusgrupis 65–74 kui 75-aastased ja vanemad oli kohandamata mudelis šanss tegevuspiiranguid omada oluliselt kõrgem kui noorimas vanusgrupis (OR 1,43 ja 3,24). Demograafiline struktuur ja pikaajalised haigused vähendasid seost tegevuspiirangutega (Mudel 1 ja 2), nii et vanusgrupis 65–74 kadus statistiliselt oluline erinevus (OR 1,07 ja 0,94). Samal ajal säilis vanusgrupis 75-aastased ja vanemad oluliselt suurem šanss tegevuspiiranguteks (OR 2,11 ja 1,84). Materiaalse deprivatsiooni tunnuste lisamine (Mudel 3) tõstis seost 75-aastaste ja vanemate hulgas ja tegevuspiirangute šanss selles vanusgrupis tõusis 55–64-aastaste suhtes kahekordseks (OR 2,04).

Päritolu seletas osaliselt tegevuspiirangute erisusi. Välispäritolu vanemaealistel oli kohandamata mudelis suurem šanss tegevuspiiranguteks (OR 1,35). Demograafilised tunnused vähendasid seost ehk seletasid osa põlis- ja välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute erisusi (Mudel 1). Materiaalse deprivatsiooni tunnuste lisamisel (Mudel 3) muutus seos tegevuspiirangute ja päritolu vahel ebaoluliseks (OR 1,16). Seega seletab materiaalne deprivatsioon suure osa põlis- ja välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute erisustest ning on eriti oluline tegur välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute vähendamisel.

Leibkonnas partneri omamine oli statistiliselt oluline vaid kohandamata mudelis, mille järgi partnerit omavatel vanemaealistel oli suurem šanss tegevuspiiranguteks võrreldes nendega, kel partnerit ei olnud (OR 1,22). Võttes arvesse demograafilised tunnused (Mudel 1), muutus seos ebaoluliseks. Pikaajaliste haiguste arvestamisel (Mudel 2) erisus tegevuspiirangutes kadus.

Maapiirkondades elavatel vanemaealistel oli kohandamata mudelis suurem šanss omada tegevuspiiranguid võrreldes linnas elavatega (OR 1,13). Lisades analüüsi demograafilised tunnused (Mudel 1), muutus šanss tegevuspiiranguteks statistiliselt ebaoluliseks. Lisades analüüsi ka tervisliku seisundi (Mudel 2), siis seos elukohaga suurenes (OR 1,19) ja muutus statistiliselt taas oluliseks. Kõiki tunnuseid arvestavas mudelis (Mudel 3) muutus seos

ebaoluliseks. Seega on demograafilised tunnused olulised maal ja linnas elavate vanemaealiste tegevuspiirangute erisuste seletamisel.

Haridus oli statistiliselt oluline tegur tegevuspiirangute erisuste seletamisel. Mida madalam haridustase, seda suurem oli šanss omada tegevuspiiranguid. Materiaalse deprivatsiooni näitajaid arvesse võttes (Mudel 3) kadus aga keskhariduse puhul oluline erinevus ning vaid põhiharidusega inimestel ilmnis oluliselt kõrgem tegevuspiirangute šanss võrreldes kõrgharidusega inimestega.

Tööseisund oli tegevuspiirangute erisuste üks olulisemaid seletajaid. Nii pensionäridel kui muu hõiveseisundiga vanemaealistel oli suurem šanss tegevuspiiranguteks. Kohandamata mudelis oli pensionäridel 3,49 korda ja muu hõiveseisundi puhul 4,60 korda suurem šanss tegevuspiiranguteks kui töötavatel vanemaealistel. Seose tugevus vähenes demograafiliste tunnuste lisamisel analüüsi (OR vastavalt 2,31 ja 4,06) ja samuti tervisliku seisundi arvestamisel (OR vastavalt 2,04 ja 3,31). Ka kõiki tunnuseid arvesse võttes šanss tegevuspiiranguteks vähenes, kuid seos jäi siiski statistiliselt oluliseks (OR vastavalt 1,64 ja 2,38).

Tabelis esitatud tunnustest seletas tegevuspiirangute erisusi kõige rohkem pikaajalise haiguse olemasolu. Need, kel esines vähemalt üks pikaajaline haigus, oli šanss tegevuspiiranguteks 19,96 korda kõrgem võrreldes nendega, kel ühtegi haigust ei esinenud. Lisades analüüsi demograafilised tunnused (Mudel 2) ja materiaalse deprivatsiooni näitajad (Mudel 3) jäi seos tugevaks.

Kõigil materiaalse deprivatsiooni indikaatoritel esines kohandamata mudelis tegevuspiirangutega oluline seos. Kohandades analüüsi aga kõigile tunnustele, kadus enamikul juhtudel seose statistiline olulisus. Nädalase puhkuse võimaldamine oli tegevuspiirangutega oluliselt seotud. Neil, kes rahalistel põhjustel ei saanud endale puhkust lubada, oli algselt 2,82 korda suurem šanss tegevuspiiranguteks kui endale puhkust võimaldada saavatel vanemaealistel. Kõigile tunnustele kohandades (Mudel 3) šansisuhe vähenes (OR 1,46), kuid seos jäi siiski statistiliselt oluliseks. See on üks kahest materiaalse deprivatsiooni tunnusest, mis jäi oluliseks ka kõigile tunnustele kohandatud mudelis.

Teine materiaalse deprivatsiooni indikaator, mille puhul säilis statistiliselt oluline erinevus ka kõigile tunnustele kohandatud mudelis, oli jalanõude ostmise edasilükkamine. Jalanõude ostmise edasilükkajatel oli suurem šanss tegevuspiiranguteks (OR vastavalt 2,23) kui nendel, kel oli piisavalt rahalisi vahendeid, et vajadusel uued riided või jalanõud osta. Riiete ostmise edasilükkamine oli oluline vaid kohandamata mudelis, kus riiete ostu edasilükkamise puhul oli šanss tegevuspiiranguteks suurem (OR 2,05).

Enamus tunnuste puhul (liha tarbimine, puu- ja juurvilja tarbimine, regulaarne toidukauba ostmine, ootamatute kulutustega toimetulek, riiete ostu edasilükkamine, kodusooja arvelt kokkuhoidmine, prillide ostu edasilükkamine, hambaarsti ja arsti külastuse edasilükkamine) on näha, et tegevuspiirangute risk on kõrgem kui depriveeritus vastavas elemendis esineb. Samas tuleb aga arvestada, et nende konkreetsete tunnuste puhul ei ole lõplik seos Eestis statistiliselt oluline.

Tabel 3. Tegevuspiirangute šansisuhted demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis aastatel 2012–2013

Tunnus	Kohandamata mudel		Mudel 1		Mudel 2		Mudel 3	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Sugu								
Mees	1,00		1,00		1,00		1,00	
Naine	1,10	0,98–1,23	1,06	0,93–1,21	0,97	0,83–1,14	0,99	0,84–1,16
Vanus								
55-64	1,00		1,00		1,00		1,00	
65-74	1,43	1,25–1,63*	1,07	0,90–1,28	0,94	0,76–1,16	1,02	0,82–1,27
75+	3,24	2,80–3,76*	2,11	1,72–2,59*	1,84	1,44–2,36*	2,04	1,58–2,64*
Sünnikoht								
Eesti	1,00		1,00		1,00		1,00	
Muu	1,35	1,18–1,54*	1,22	1,05–1,41*	1,35	1,13–1,62*	1,16	0,96–1,40
Partner leibkonnas								
Jah	1,00		1,00		1,00		1,00	
Ei	1,22	1,09–1,38*	0,95	0,82–1,09	0,99	0,84–1,17	0,84	0,70–1,00*
Elukoht								
Linnas	1,00		1,00		1,00		1,00	
Maal	1,13	1,00–1,27*	1,12	0,98–1,29	1,19	1,01–1,41*	1,13	0,96–1,34
Haridus								
Kõrgharidus	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskharidus	1,43	1,24–1,64*	1,41	1,21–1,66*	1,33	1,10–1,61*	1,15	0,94–1,40
Põhiharidus	2,45	2,08–2,88*	1,73	1,44–2,07*	1,68	1,35–2,09*	1,35	1,07–1,70*
Tööseisund								
Töötav	1,00		1,00		1,00		1,00	
Pensionär	3,49	3,07–3,97*	2,31	1,93–2,76*	2,04	1,65–2,53*	1,64	1,31–2,06*
Muu	4,60	3,57–5,91*	4,06	3,12–5,28*	3,31	2,40–4,55*	2,38	1,70–3,32*
Pikaajaline haigus								
Ei esine	1,00				1,00		1,00	
Esineb	19,96	16,00–23,44*			18,96	15,91–22,59*	19,19	16,02–22,99*
Liha tarbimine								
Vähemalt 3x nädalas	1,00						1,00	
Ei saa rahaliselt lubada	2,19	1,67–2,86*					0,93	0,65–1,64
Ei tarbi muul põhjusel	1,21	1,02–1,43*					1,10	0,87–1,40
Puu-ja juurvilja tarbimine								
Vähemalt 3x nädalas	1,00						1,00	
Ei saa rahaliselt lubada	1,92	1,28–2,86*					1,37	0,78–2,39
Ei tarbi muul põhjusel	1,36	1,08–1,70*					1,34	0,99–1,83

Tunnus	Kohandamata mudel		Mudel 1		Mudel 2		Mudel 3	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Regulaarne toidukauba ostmine								
Saab lubada	1,00						1,00	
Ei saa lubada	2,05	1,81–2,33*					1,18	0,97–1,44
Nädalane puhkus								
Saab lubada	1,00						1,00	
Ei saa lubada	2,82	2,49–3,20*					1,46	1,20–1,77*
Ootamatud kulutused								
Tuleb toime	1,00						1,00	
Ei tule toime	2,08	1,85–2,33*					1,20	0,99–1,45
Riiete ostu edasilükkamine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	2,05	1,82–2,30*					1,04	0,82–1,32
Jalatsite ostu edasilükkamine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	2,23	1,98–2,52*					1,45	1,13–1,86*
Kodusooja arvelt kokkuhoidmine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	1,30	1,05–1,61*					0,77	0,59–1,05
Prillide ostu edasilükkamine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	1,96	1,69–2,27*					1,13	0,90–1,42
Hambaarsti külastuse edasilükkamine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	1,45	1,28–1,64*					0,94	0,76–1,15
Arsti külastuse edasilükkamine								
Ei	1,00						1,00	
Jah	1,63	1,41–1,90*					1,12	0,89–1,40

Mudel 1 Kohandatud demograafilistele tunnustele. Pseudo $R^2=0,0758$

Mudel 2 Kohandatud demograafilistele tunnustele ja tervislikule seisundile. Pseudo $R^2=0,3001$

Mudel 3 Kohandatud demograafilistele tunnustele, tervislikule seisundile ja materiaalse deprivatsiooni indikaatoritele. Pseudo $R^2=0,3180$

*p-väärtus <0,05

6. ARUTELU

Käesolevas töös kirjeldati tegevuspiirangute esinemist ja tegevuspiirangute seoseid demograafiliste tunnuste, tervisliku seisundi ning materiaalse deprivatsiooni indikaatoritega 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis. Antud peatükk annab kirjanduse taustal ülevaate magistr töö peamistest uurimistulemustest ja analüüsib seoseid varasemate uurimistöödega ning seoste võimalikke põhjuseid. Peatüki lõpus tuuakse välja magistr töö võimalikud tugevused ja nõrkused.

Varasemate uuringutega on leitud, et vanemaealistel naistel on võrreldes meestega suurem šanss tegevuspiiranguteks (34, 35). Antud magistr töös sooline erinevus tegevuspiirangute erisusi ei seletanud - pärast erinevate tunnuste kontrollimist kadus naiste veidi suurem tegevuspiirangute šanss. Pärast pikaajalise haiguse tunnuse kontrollimist muutus šanss suuremaks hoopis meestel, mis annab aimu meeste ja naiste erinevatest haigusstruktuuridest (45) ja võimalikest tagajärgedest tegevuspiirangute sooliste erinevustele. Kuna materiaalse deprivatsiooni lisamisel analüüsi sooline erinevus taas taandus ja kadus täielikult, siis võib see tähendada, et materiaalne deprivatsioon on naistel kõrgem kui meestel ning võrdsustab soolised tegevuspiirangute riskid. Eesti vanemaealiste puhul ei leia kinnitust, et naistel on suurem šanss tegevuspiirangute tekkeks, eriti vähendavad seoseid demograafilised tunnused ning pikaajalised haigused.

Varasemad uuringud on avaldanud, et mida vanemasse ikka jõutakse, seda suurem on šanss tegevuspiiranguteks (33, 34). Osaliselt on see koosõlas antud magistr töö tulemustega. Demograafilise struktuuri ja pikaajaliste haiguste arvesse võtmisel oli tegevuspiirangute seos vanusega väiksem, nii et kahe noorema vanusgrupi šanss tegevuspiiranguteks muutus peaaegu võrdseks. Samal ajal säilis 75-aastaste ja vanemate vanusgrupis pea kahekordne risk. Ühe põhjusena võib välja tuua selle, et näiteks töötavatel vanemaealistel esineb vähem tegevuspiiranguid. Samuti on vähem tegevuspiiranguid neil, kes ei oma ühtegi pikaajalist haigust. Materiaalne deprivatsioon tõstis aga taas seose tugevust ning 75-aastaste ja vanemate tegevuspiirangute šanss tõusis materiaalse deprivatsiooni tunnuste lisamisel pea kahekordseks 55–64-aastaste suhtes. See näitab, et materiaalse deprivatsiooni tegurid omavad tugevat seletusjõudu tegevuspiirangute kõrgele šansi kohta just eakaimate puhul. Tulemust võib tõlgendada nii, et Eesti kõige vanemate inimeste puhul on materiaalse deprivatsiooni tagajärjed tegevuspiirangutele eriti haavatavad.

Päritolu seletas osaliselt tegevuspiirangute erisusi. Demograafilised tunnused vähendasid põlis- ja välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute erisususi, ehkki välispäritolul jäi

endiselt kõrgem tegevuspiirangute risk, kinnitades ka varasemaid tulemusi (45). Põhjuseks võib olla välispäritolurahvastiku puhul levinum madalam haridustase, madalama sissetulekuga või tervistkahjustava töö tegemine. Materiaalne deprivatsioon seletas samuti osa põlis- ja välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute erisustest ning on seega oluline tegur välispäritolu vanemaealiste tegevuspiirangute kõrgendatud riskis. Kuna välispäritolu vanemaealised teevad tihtipeale madalama sissetulekuga tööd, siis on see ka üks tegureid kõrgema materiaalse deprivatsiooni võimaluseks.

Leibkonnas partnerit mitteomavatel vanemaealistel ilmnes väiksem šanss tegevuspiiranguteks, ehkki see polnud lõpuks statistiliselt oluline. Eelnevalt on saadud vastupidiseid tulemusi (18). Erinevate tunnuste kontrollimisel selgus, et tegevuspiirangute erisused leibkonnas partnerit omavate ja mitteomavate vanemaealiste vahel on seotud peamiselt demograafiliste ja materiaalse deprivatsiooni teguritega.

Samuti oli maal elavatel vanemaealistel suurem šanss omada tegevuspiiranguid, mis kinnitab varasemaid uuringutulemusi (44). Maal elavate vanemaealiste juurdepääs tervishoiuteenustele võib olla raskendatud näiteks puuduliku transpordi tõttu. Samuti teevad maal elavad inimesed rohkem füüsilist tööd, mis võib näiteks luu- ja lihaskonna seisundit halvendada ja sel viisil tegevuspiirangute tekkeni viia. Seda kinnitab ka asjaolu, et tervisliku seisundi lisamisel analüüsi suurenes tegevuspiirangute šanss.

Käesolev magistritöö kinnitab varasemates uuringutes (27, 38, 39) leitud haridustaseme seost vanemaealiste tegevuspiirangutega. Töö tulemusena ilmnes, et põhiharidusega inimestel jääb tegevuspiirangute šanss oluliselt kõrgemaks ka peale demograafiliste, tervislike ning materiaalse deprivatsiooni näitajate kontrollimist. Haritumad inimesed on üldiselt teadlikumad tervislikest eluviisidest ja hoolitsevad oma tervise eest rohkem. Madalam haridus võib viia tervistkahjustava töökohani ja see omakorda soodustada tegevuspiirangute tekkimist.

Töötavatel vanemaealistel leiti olevat vähem tegevuspiiranguid kui pensionäridel või teistel mittetöötavatel vanemaealistel. Sama on leidnud ka Schmitz (27) ja Min (42). Neil, kes jätkavad töötamist ka vanemas eas, on ühelt poolt töötamiseks vaja säilitada head füüsilist ja vaimset vormi, teisalt võimaldab suurem sissetulek tervisliku seisundi eest rohkem hoolitseda. Samas võib seos seisneda vastupidises suunas ehk töötamist jätkavad need, kellel on parem füüsiline vorm.

Pikaajalist haigust omavatel vanemaealistel esines oluliselt rohkem tegevuspiiranguid. Kuna ka varasemalt on leitud, et enam kui 90% tegevuspiirangute, puude või töövõimekaoga inimestest omab vähemalt ühte pikaajalist haigust (46), siis on pikaajalise haiguse olemasolu

tegevuspiirangutega oluliselt seotud. Pikaajalise haiguse olemasolu võib piirata vanemaealise liikumist, mistõttu tema füüsiline võimekus langeb ning võivad tekkida tegevuspiirangud. Samuti võib haigus mõjuda negatiivselt emotsionaalsele heaolule ning põhjustada vaimse tervise halvenemist, mis omakorda võib vähendada motivatsiooni oma füüsilise tervise ja igapäevase toimetuleku eest hoolt kanda.

Varasemalt on tegevuspiirangute seoseid materiaalse deprivatsiooniga analüüsitud pigem deprivatsiooni skoori alusel ja on leitud, et mida suurem deprivatsioon, seda rohkem esineb tegevuspiiranguid (17, 28, 29). Antud töö vaatles materiaalse deprivatsiooni indikaatoreid üksikult, et saada aimu, milline neist omab kõige suuremat rolli tegevuspiirangute erisuste seletamisel. Enamiku materiaalse deprivatsiooni indikaatorite puhul ilmnas suurem šans tegevuspiiranguteks. Vastavate näitajate kõrgendatud šansisuhte põhjal võib järeldada, et nendel, kes on materiaalselt depriveeritud kasvõi ühes aspektis, võib olla suurem šans tegevuspiiranguteks (ehkki enamus šansisuhetest ei olnud statistiliselt olulised).

Materiaalne deprivatsioon on antud töö põhjal tervise ja tegevuspiirangute tekkimisega seotud pigem kaudselt. Töös eeldati, et materiaalselt depriveeritud inimene ei pruugi jõuda piisavalt sageli arsti või hambaarsti juurde ja selle tulemusel võivad näiteks kroonilised haigusseisundid süveneda ja viia tegevuspiirangute tekkeni. Samuti võib vanemaealiste seas levinud liiga vähene liha ning puu- ja juurviljade tarbimine olla tegevuspiirangute taga, sest keha ei pruugi kõiki vajalikke toitaineid saada ja füüsiline seisund nõrgeneb. Logistilise regressiooni tulemustes aga ei ilmne kõrgemat tegevuspiirangute šanssi neil, kes rahalistel põhjustel ei tarbi näiteks liha või puu- ja juurvilju piisavalt sageli. Lisaks sellele tõlgendusele, et vastavad materiaalse deprivatsiooni näitajad ei pruugi olla Eesti vanemaealiste tegevuspiirangute taga võib ühe põhjusena nimetada ka vastava rühma väiksearvulisust. Tulevastes uurimustes tuleks vastavat seost edasi uurida.

Kõige olulisemad materiaalse deprivatsiooni tegurid seoses tegevuspiirangutega olid nädalase puhkuse võimaldamine ja jalatsite ostu edasilükkamine. Vanemaealistel, kes ei saanud endale nädalast puhkust rahaliselt võimaldada, esines oluliselt suurem šans tegevuspiiranguteks kui referentsrühmal. Sarnaseid tulemusi on varem leidnud Groffen (17). Kui inimene ei suuda endale kodust eemal puhkust lubada, siis võib see mõjutada tema emotsionaalset tervist ja üldist heaolu ning soodustada tegevuspiirangute tekkimist. Ka neil vanemaealistel, kes olid viimase kaheteist kuu jooksul uute jalatsite ostu edasi lükanud, oli antud töös oluliselt suurem šans tegevuspiiranguteks võrreldes referentsrühmaga. Teisalt võib siin tegu olla põhjuslikkuse vastupidise suunaga. Need, kellel on juba tegevuspiirangud tekkinud, ei pruugi olla võimelised endale rahaliselt nii palju lubama kui tervemad inimesed.

Vanemaealised, kellel tegevuspiiranguid ei esine, käivad suurema tõenäosusega tööl ja on majanduslikult paremal järjel. See võimaldab neil endale võimaldada näiteks puhkusereise ning uusi riideid ja jalatseid.

Käesoleva magistritöö põhjal võib järeldada, et Eesti vanemaealiste tegevuspiirangud on kõige rohkem seotud tervislike põhjustega, kuid lisaks on tegevuspiirangute erisused olulisel määral seotud ka demograafiliste ja materiaalse deprivatsiooni teguritega.

Magistritöö tugevuseks on valimi esinduslikkus ja ülemise vanuspiiri puudumine, mis andis võimaluse käsitleda ka kõige vanemaid vanusgruppe. Uuring, mille andmeid töös on kasutatud, on üks vähestest, mis keskendub just vanemaealisele Eesti rahvastikule. Autorile teadaolevalt ei ole Eestis varasemalt tehtud töid, mis käsitleksid vanemaealiste tegevuspiirangute seoseid materiaalse deprivatsiooniga. Töö tulemusena selgus, et materiaalne deprivatsioon on tegevuspiirangute riskiga seotud, kuid risk on lisaks seotud tervisliku seisundi ja demograafilise struktuuriga. Samas peab arvestama, et enamus materiaalse deprivatsiooni indikaatorite puhul ei ilmnenud statistiliselt olulist seost.

Magistritöö nõrkusena võib välja tuua asjaolu, et ei ole teada, millised on põhjuse ja tagajärje seosed tegevuspiirangute ja materiaalse deprivatsiooni indikaatorite vahel. Näiteks puhkuse mittevõimaldamise puhul ei ole teada, kas puhkusele ei ole võimalik minna tegevuspiirangu tõttu või tekib tegevuspiirang vähese puhkamise tagajärjel.

7. JÄRELDUSED

Peamised järeldused on esitatud uurimisküsimuste lõikes:

- **Tegevuspiirangutega inimeste osakaal erinevates demograafilistes rühmades ja erineva tervisliku seisundi korral.**

Suurim tegevuspiirangutega inimeste osakaal oli vanusgrupis 75-aastased ja vanemad, põhiharidusega ja vähemalt ühte pikaajalist haigust omavate vanemaealiste seas.

- **Tegevuspiirangutega inimeste osakaal erinevate materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes.**

Suurim tegevuspiirangutega inimeste osakaal oli nende seas, kes ei saanud rahalistel põhjustel tarbida liha rohkem kui kaks korda nädalas, samuti nende hulgas, kes rahaliselt ei suutnud puu- ja juurvilja rohkem kui kaks korda nädalas tarbida. Suurem oli tegevuspiirangutega isikute osakaal ka nende hulgas, kes ei suutnud endale regulaarselt toidukaupu osta ja nende seas, kes olid prillide ostmist rahapuuduse tõttu edasi lükanud.

- **Tegevuspiirangute esinemise seosed demograafiliste, tervislike ja materiaalse deprivatsiooni teguritega.**

Suurem šanss tegevuspiirangute tekkeks ilmnes vanemaealistel, kes kuulusid vanusgruppi 75-aastased ja vanemad, omasid põhiharidust, ei olnud tööalaselt aktiivsed (nii pensionärid kui muudel põhjustel mittetöötajad) või omasid vähemalt ühte pikaajalist haigust. Materiaalse deprivatsiooni indikaatorite lõikes oli suurem šanss tegevuspiirangute tekkeks neil, kel polnud rahaliselt võimalik endale aastas vähemalt ühenädalast puhkust lubada ja neil, kes ei saanud rahaliselt uusi jalatseid osta, kui selleks tegelikult vajadus oli. Vanemaealiste tegevuspiirangud on lisaks demograafilistele ja tervislikele teguritele seotud materiaalse deprivatsiooniga.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. World Health Organisation. Ageing and life-course. (http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/).
2. Sotsiaalministeerium. Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2013.
3. Katus K, Puur A, Põldma A, et al. Rahvastikuvananemine Eestis. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus; 1999.
4. Sakkeus L. SHARE ehk uuring rahvastikuvananemisest Euroopas. In: Sakkeus L, Leppik L. (Toim). Pilk hallile alale. Tallinn: Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus; 2016.
5. Eesti Statistikaameti andmebaas. Rahvaarv ja rahvastiku koosseis. (<http://pub.stat.ee>).
6. United Nations. World Population Ageing 2013. New York: United Nations; 2013.
7. Luuk M. Eakate taandumine tööturult. Eesti statistika kvartalikiri 2009;1:8–21.
8. Sakkeus L, Medar M. (Toim). Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. Tallinn: Statistikaamet; 2014.
9. Philips K. Vanemaealiste tööturu käitumine ja seda mõjutavad tegurid. In: Sakkeus L, Leppik L. (Toim). Pilk hallile alale. Tallinn: Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus; 2016.
10. Saks K, Tiit E-M. Tervise subjektiivsed ja objektiivsed hinnangud. In: Sakkeus L, Leppik L. (Toim). Pilk hallile alale. Tallinn: Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus; 2016.
11. Abuladze L. Tegevuspiirangutega rahvastikuseisundi muutus Eestis 2011.–2013. aastal. In: Sakkeus L, Leppik L. (Toim). Pilk hallile alale. Tallinn: Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus; 2016.
12. Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, et al. SHARE: a European policy device for inclusive ageing societies. In: Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, et al. (Toim). Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society. Berliin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 2015.
13. OECD Glossary of Statistical Terms. (<https://stats.oecd.org/glossary>).
14. Adena M, Myck M, Oczkowska M. Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life. In: Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, et al. (Toim). Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society. Berliin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 2015.
15. Yngwe Å, Kondo N, Hägg S, et al. Relative deprivation and mortality – a longitudinal study in a Swedish population of 4,7 million, 1990–2006. BMC Public Health 2012;12:664.
16. Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, et al. Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. Int J Equity Health 2014;13:94.
17. Groffen DA, Bosma H, van den Akker M, et al. Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people: findings from the SMILE study. Eur J Public Health 2008;18:258–63.

18. Altmets K, Katus K, Puur A, et al. Toimetulekupiirangud Eesti täisealises rahvastikus – levimus ja tegelik abistamine. *Eesti Arst* 2008;87:92–101.
19. Saava A, Puur A, Altmets K, et al. Toimetulekupiiranguid põhjustanud vigastused Eestis: rahvastikupõhine sündmuslooline uuring. *Eesti Arst* 2011;90:165–73.
20. Abuladze L, Sakkeus L. Social networks and everyday activity limitations. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, et al (Toim.). *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. Berliin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 2013.
21. Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, et al. (Toim). *Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society*. Berliin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 2015.
22. Fries J. Ageing, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130–5.
23. Sanders BS. Measuring community health levels. *Am J Public Health Nations Health* 1964;54:1063–70.
24. Sakkeus L. Tegevuspiiranguga rahvastiku käsitluste areng. Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. In: Sakkeus L, Medar M. (Toim). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. Tallinn: Statistikaamet; 2014.
25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. *JAMA* 1963;185:914–9.
26. Lawton PM, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–86.
27. Schmitz N, Nitka D, Garipey G, et al. Association between neighborhood-level deprivation and disability in a community sample of people with diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:1998–2004.
28. Adamson JA, Ebrahim S, Hunt K. The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequality in disability among older adults: data from the West of Scotland Twenty-07 Study. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:974–80.
29. 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;41:728–35.
30. 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;638:892–9.
31. EHLEIS riikide ülevaated. Tervena elatud aastad Eestis.
(http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue8_translated/Eesti.pdf)
32. Verbrugge LM. A global disability indicator. *J Aging Stud* 1997;11:337–62.
33. 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.
34. 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.
35. Leinbock R, Sakkeus L. Tegevuspiiranguga elanike üldiseloomustus. In: Sakkeus L, Medar M. (Toim). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. Tallinn: Statistikaamet; 2014.

36. Eurostat. Tegevuspiirangute andmebaas. (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).
37. Blane D. Commentary: explanations of the difference in mortality risk between different educational groups. *Int J of Epidemiol* 2003;32:355–6.
38. Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, et al. Educational Differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality and recovery. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56:294–301.
39. 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.
40. 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.
41. Tasuja M. Vanemaealiste materiaalne heaolu ja majanduslik toimetulek. In: Jalak A. (Toim). *Sotsiaaltrendid 5*. Tallinn: Statistikaamet; 2010.
42. Min J, Park JB, Lee K, et al. The impact of occupational experience on cognitive and physical functional status among older adults in a representative sample of Korean subjects. *Ann Occup Environ Med* 2015;27:11.
43. Väljaots P. Tervise enesehinnangu seosed lähivõrgustikuga 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2014.
44. Leinbock R, Abuladze L. Tegevuspiiranguga inimeste leibkondade koosseis ja elamistingimused. In: Sakkeus L, Medar M. (Toim). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. Tallinn: Statistikaamet; 2014.
45. Sakkeus L, Karelson K. The health transition in Estonia: breaking away from the Soviet Legacy. In: Hoque N, Swanson DA, (Toim). *Opportunities and challenges for applied demography in the 21st century*. London: Springer; 2012.
46. Karelson K. Tegevuspiiranguga inimeste tervises seisund. In: Sakkeus L, Medar M. (Toim). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. Tallinn: Statistikaamet; 2014.
47. Saks K, Allev R, Soots A, et al. *Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis*. Tartu: Tartumaa Trükikoda; 2001.
48. Kutsar D. (Toim). *Vaesus Eestis*. Tallinn: Statistikaamet; 2010.
49. Nolan B, Whelan CT. Measuring Poverty Using Income and Deprivation Indicators: Alternative Approaches. *J Eur Soc Policy* 1996;6:225–40.
50. Halleröd B, Larsson D, Gordon D, et al. Relative deprivation: a comparative analysis of Britain, Finland and Sweden. *J Eur Soc Policy* 2006;16:328–45.
51. Pampalon R, Hamel D, Gamache P. A comparison of individual and area-based socio-economic data for monitoring social inequalities in health. *Health Rep* 2009;20:85–94.

52. Bertoni M, Cavapozzi D, Celidoni M, et al. Assessing the material deprivation of older Europeans. In: Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, et al. (Toim). Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG; 2015.
53. Peedomaa K. Eesti vanemaealiste leibkondade toimetulek ning seda mõjutavate tegurite analüüs. [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli rahvamajanduse instituut; 2014.
54. Coppin AK, Ferrucci L, Lauretani F, et al. Low socioeconomic status and disability in old age: evidence from the InChianti study for the mediating role of physiological impairments. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:86–91.
55. Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, et al. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982–2002. *Am J Public Health* 2005;95:2065–70.
56. Fourthweather T, Gillies C, Wohland P, et al. Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *Eur J Public Health* 2015;25:978–83.
57. Malter F, Börsch-Supan A. (Toim). SHARE Wave 5: innovations & methodology. München: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2015.
58. Hoem JM. The reporting of statistical significance in scientific journals. *Demogr Res* 2008;18:437–42.

Activity Limitations among Estonian Population Aged 55 Years and Older and its Associations with Material Deprivation: Data from the SHARE Project.

Liisa Kruse

SUMMARY

The aim of this study was to describe activity limitations among Estonian population aged 55 years and older and to analyze associations between activity limitations, demographic factors, health condition and material deprivation items.

This study is based on SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) 5th wave data which focused for the first time on social and material deprivation. 5300 respondents were analysed, 2113 of them were men and 3187 were women. The frequency tables, chi-square test and logistic regression models were used to describe and analyse the data. The odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated.

More activity limitations appeared among people who were 75 years and older, had basic education, at least one long-term illness, could not afford to eat meat or fruits and vegetables more often than twice a week, could not afford to buy regularly groceries and could not buy new glasses because they had not enough money for it.

Activity limitations were associated with age 75 years and older, basic education, retirement/unemployment, having at least one long-term illness, inability to afford at least one week long holiday away from home and inability to buy new shoes when needed.

The given survey indicated that the activity limitations of older people are significantly related to material deprivation in addition to demographic factors and health condition.

TÄNUAVALDUS

Suured tänud:

- juhendaja Liili Abuladzele kasulike nõuannete, igakülgse toetuse ja vastutulelikkuse eest
- õppejõud Katrin Langile motiveerimise ja nõuannete eest
- vanemõde Riina Tiidole, kes võimaldas töö kõrvalt õppimise
- kõikidele lähedastele mõistva suhtumise ja emotsionaalse toe eest õpingute perioodil

ELULUGU

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Liisa Kruse

2. Sünniaeg: 3. oktoober 1986

3. Kodakondsus: Eesti

4. Haridus:

- 2014–2016 Tartu Ülikool, eriala: rahvatervishoiu magistriõpe
- 2010–2014 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, eriala: õendus (rakenduskõrgharidus)
- 2006–2007 Eesti Maaülikool, eriala: loodusturism (lõpetamata bakalaureus)
- 2003–2006 Tartu Kivilinna Gümnaasium, inglise keele süvaõppe suund (keskharidus)
- 1993–2003 Tartu Forseliuse Gümnaasium (põhiharidus)

5. Praegune töökoht, amet: Tartu Ülikooli Kliinikum, Närvikliinik, õde

6. Töökogemus (teenistuskäik):

- 2013 mai–praeguseni SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Närvikliinik, õde
- 2006–2007 OÜ Altaan aknakatted, klienditeenindaja

7. Keelteoskus:

- eesti keel – emakeel
- inglise keel – B2
- vene keel – A1
- saksa keel – A1

II. Erialane enesetäiendus

- 13.11.2014 Konverents "Tervisetehnoloogiate hindamine Eestis 2014", korraldaja Tartu Ülikooli tervishoiu instituut

Kuupäev: 26.05.2016

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, LIISA KRUSE (sünd. 03.10.1986)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tegevuspiirangute seosed materiaalse deprivatsiooniga 55-aastastel ja vanematel inimestel Eestis: uuring SHARE andmete põhjal“, mille juhendaja on Liili Abuladze,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 26. mail 2016. a