

Tervis ja elukvaliteet vanemas elueas

Virve-Ines Laidmäe¹, Taimi Tulva¹, Lauri Leppik¹, Krista Tammsaar¹, Helika Saar¹

Eesti Arst 2011;90(8):
372-379

Saabunud toimetusse
04.03.2011
Avaldatud internetis
30.09.2011

¹ Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö
instituut

Korrespondent autor:
Virve-Ines Laidmäe
ines@tlu.ee

Võttesõnad:
eakad, elukvaliteet,
subjektiivne tervisehinnang,
stress, unehäired

Eesmärk. Uurimuse eesmärk on teha kindlaks üle 65 aasta vanuste subjektiivsed hinnangud oma elukvaliteedile ning selgitada selle mõjutamise võimalikke sotsiaal-demograafilisi ja tervisenäitajatest tulenevaid ressursse.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuring põhineb Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudi ja Helsingi Arcada rakenduskõrgkooli koostöös 2010. aastal korraldatud postiküsitlusel, milles osales 581 Tallinna ja Lääne-Virumaa vanemaealist. Väljasaadetud ankeetidest tagastati 39%. Andmeid analüüsiti, kasutades sagedustabeleid ja Pearsoni χ^2 -testi ning sellele vastavat olulisuse tõenäosust p. Tulemused peegeldavad uuritavate subjektiivseid arvamusi.

Tulemused. Vastanutest 25% hindas oma elukvaliteeti 100 palli süsteemis 40–50 palliga ning 39% 61 ja enama palliga. Elukvaliteedi skoor oli suurem töötavatel kõrgema haridusega ja suurema sissetulekuga uuritavatel. Eaka elukvaliteet sõltub oluliselt tema positiivsest eluhoiakust ja terviseseisundi erinevatest iseloomustajatest. Naiste hulgas oli meestest suurem luustiku ja lihaskonna haiguste (50%) ning väsimuse ja stressivaevuste esinemine (51%). Enamus vastajatest kaebas unehäireid (90%). Kõige enam põhjustasid unehäireid muremõtted, eluraskused, stress ja terviseprobleemid.

Järeldused. Hoiaku puhul, kus vanemaealine tajub ennast kasutu ja väärtusetuna ning tunneb ennast üksikuna, kaasneb madalam hinnang elukvaliteedile. Unetuse varajane avastamine aitaks vähendada mitmeid terviseriske. Andmed ei kinnita eluga rahulolu suurenemist vanemas eas (U-pööre), kuna nii elukvaliteedi näitaja kui ka rahulolu näitajad pärast 70. eluaastat kahanevad.

Eakad peavad kohanema vananemisega, ent ka ühiskonnal tuleb kohaneda oma liikmete vananemisega. On oluline, et eakas saaks vananeda väärikalt, et tema vajadused oleksid rahuldatud, et ta oleks oma eluga rahul. Kuigi pikem eluiga on positiivne uudis, kaasneb sellega psühholoogilise ja füüsilise funktsioneerimise halvenemine, kaotatakse ka sissetulekus, liikumisvõimes ja iseseisvas eluga toimetulekus. Sellepärast on uurijate seisukohalt vanematel inimestel kehvem elukvaliteet võrreldes rahvastiku teiste vanuserühmadega (1).

Eakate elukvaliteedi käsitlustes räägitakse palju tervisehinnangutest, mis on üks sagedamini esile tõstetud teguritest, mis seostub elukvaliteediga vanemas eas. Nii leidis Raphael kolleegidega, et eakate subjektiivsetel tervisehinnangutel on väga tugev korrelatsioon elukvaliteedi näitajaga (2). Browne ühes kolleegidega tõdes (3),

et terviseseisund on elukvaliteedi määrajana tähtsusest teine vaba aja veetmise ja sotsiaalse aktiivsuse võimaluste järel (uuritavate keskmine vanus oli 73,7 aastat). Vanemas eas eluga toimetuleku ja eduka vananemise indeksi AGEWELL moodustamisel on uurijad lähtunud inimeste subjektiivsetest hinnangutest. Selle koondnäitaja üheks oluliseks komponendiks on olnud rahuloluhinnang oma tervisele (4).

Ehkki tervisehinnangute kõrvutamine elukvaliteediga on põhjendatav, on elukvaliteet siiski laiem mõiste kui tervis. Elukvaliteedi hindamine on kompleksne ülesanne, nagu võib näha uurimusest, kus selgitati üle 65aastaste uuritavate arusaamu heast elukvaliteedist. Nende vastused sisaldasid terviklikku pilti eluolust: „Et oleksid head suhted, vajaduse korral abi ja toetus; elamine ümbruskonnas, kus on heatahtlik ja meeldiv suhtumine, kus tuntakse end kindlalt,

kus on soodsad võimalused tegelda hobide ja vaba aja harrastustega ning vajalikud teenused, sh transport; et oleks positiivne eluhoiak ja olukordade aktsepteerimine, mida pole võimalik muuta; et oleks hea tervis ja liikuvus; et oleks piisavalt raha põhiliste eluvajaduste rahuldamiseks; et saaks osaleda ühiskonnaelus, nautida elu, säilitada sõltumatus ja kontroll oma elu üle“ (5).

Et elukvaliteedi mõjureid on palju, on WHO elukvaliteedi töörihm välja pakkunud ka selle hindamise lühendatud variandi (6), mis koosneb neljast valdkonnast (füüsiline tervis, psühholoogiline seisund, sotsiaalsed suhted ja elukeskkond). Erinevaid käsitlusi ühendab arusaam, et elukvaliteediks peetakse isiku subjektiivset hinnangut oma kehalisele ja sotsiaalsele heaolule ning ümbritsevate kultuuri-, majandus- ja elukeskkonnale (7).

Käesoleva uurimuse eesmärk on teha kindlaks üle 65 aasta vanuste subjektiivsed hinnangud oma elukvaliteedile ning selgitada selle mõjutamise võimalikke sotsiaal-demograafilisi ja tervisenäitajatest tulenevaid ressursse.

UURINGU METOODIKA

Uuring korraldati 2010. aastal Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudi ja Helsingi Arcada rakenduskõrgkooli Interreg IVA projekti „Omastehooldajate ja hooldatavate toetamine Eestis ja Soomes“ raames. Eestis olid potentsiaalseteks uuritavateks AS Andmevara moodustatud rahvastikuregistri juhuvalimisse (n = 1500) kuulunud üle 65 aasta vanused Tallinna ja Lääne-Virumaa elanikud. Andmete kogumiseks koostati küsimustik, mis saadeti 2010. aasta augustis postiga kõigile valimis olnud isikutele. Mõned küsitletud polnud tervislikel vm põhjustel (pimedad, polnud adekvaatsed) võimelised ankeedile vastama (6 vastajat) ja osa ankeete saadeti postiametist tagasi teatega, et inimene ei ela sellel aadressil, on ära kolinud (15 ankeeti). Postitatud ankeetidest tagastati täidetult 581 ehk 39%. Meile vastanud inimeste ealine sooline jaotus vastas küllaltki hästi uuritud piirkondade elanikkonna kui terviku vastavatele näitajatele.

Ankeet sisaldas nii etteantud vastusevariantidega kui ka poolavatud lõpuga küsimusi ning lõppes kahe avatud küsimusega. Lahtiseid vastuseid analüüsiti

tematiseerimise abil ning kasutati statistilise analüüsi selgitamiseks. Ankeet algas üldandmete plokiga (sugu, vanus, haridus, töötamine, abielulisus jm), millele järgnesid küsimused subjektiivse tervisehinnangu ja diagnoositud haiguste kohta. Küsimustiku III osa sisaldas küsimusi, mille abil eakad andsid subjektiivse hinnangu oma vaimsele seisundile, elukvaliteedile, väsimuse ja stressi esinemisele, unehäiretele ja nende põhjustele, liikumisharrastustele, suhtlemisele sugulaste ja sõpradega. Eraldi küsimusteplokiga selgitati, kas küsitletu hooldab pereliiget/lähedast ja millised on selles valdkonnas esile tulevad probleemid.

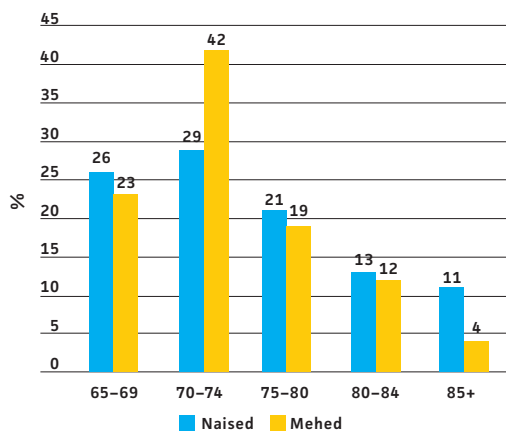
Uuritaval paluti elukvaliteeti hinnata joonskaalal (0–100 palli), mille alusel hiljem moodustati koondtunnus, kus tulemusele 0–40 palli vastas madal, 41–60 palli keskmine ja 61–100 palli kõrge elukvaliteet. Uuritavad jagati vanuse alusel sarnaselt teiste uurimustega 5aastase intervalliga rühmadesse, üksnes kõige vanemad uuritavad vanuses 85–101 eluaastat koondati nende vähese arvu tõttu ühte rühma (vt joonis 1).

Saadud kvantitatiivseid andmeid analüüsiti, kasutades võrdlevat sagedusjaotust protsentides. Pearsoni χ^2 -testi ja olulisuse tõenäosuse $p < 0,05$ kriteeriumi abil võrreldi meeste ja naiste, erineva elukvaliteedi, tervisehinnangu ja enesehinnanguga seotud näitajaid.

UURINGU TULEMUSED

Valimi iseloomustus

Küsitlusele vastanud 581 uuritavast oli naisi 71% ja mehi 29%. Enamus vastanutest elas



Joonis 1. Küsitletute jagunemine vanuse ja soo järgi. Rõhtteljel on esitatud vanuserühmad ning püstteljel rühmade osatähtsused (%).

Tallinnas (76%) ja oli kesk- või keskeri- või kõrgharidusega (79%). Meeste hulgas oli abielus vastajaid 75% ning naiste seas vaid 51%. Naistest elas üksinda 44%, meestest 21%. Vaadates sissetulekut meeste ja naiste kaupa, oli kuus 6000 krooni ja rohkem saajaid naiste hulgas 12%, meeste seas seevastu 35%. Eestlasi oli küsitletute hulgas 65%, venelasi 21%, muust rahvusest 7% ja 7% jättis sellele küsimusele vastamata.

Elukvaliteet

Viiendik vastajaist hindas oma elukvaliteeti vähem kui 40 palliga ja üle kolmandiku enam kui 61 palliga. Arvuliselt kõige sagedamini (25%) nimetati vahemikku 41–50. Nii väga madalaid kui ka maksimaalseid hinnanguid (90–100 punkti) andis mõlemal juhul 7% vastajatest. Naiste hulgas on madala elukvaliteediga vastajaid meeste omast natuke rohkem ja kõrge hinnanguga mõnevõrra vähem (vt tabel 1), ent need

erinevused pole statistiliselt olulised. Meie küsitluses olid kõige suuremad lahkuminekud elukvaliteedi erinevatel tasemetel subjektiivses tervisehinnangus, enesehinnangus (olen õnnelik; saan eluga hakkama), üksindustunde esinemises, sõprade ja sugulastega suhtlemise sageduses, hariduses ning sissetulekus ja töötamises. Esitatud tunnuste puhul oli olulisustõenäosus $p < 0,001$, üksindustunde juures $p < 0,01$. Võib öelda, et meie andmestik kattub suure osas Erik Allardti heaolumudeliga (8), kuid käesolevas töös on tähelepanu all tervise seisundi erinevate iseloomustajate mõju elukvaliteedi näitajale.

Tervisehinnang

Naiste hulgas esines meestega võrreldes mõnevõrra vähem neid, kes andsid oma tervisele hea või suurepärase hinnangu, ning sagedamini neid, kes andsid halva või väga halva hinnangu (vt joonis 2). Mida vanemat earühma vaadelda, seda vähem oli hea tervisehinnanguga vastajaid. Hea või suurepärase terviseiga vastajate osakaal langes aste-astmelt eakamate suunas, olles 20% 65–69aastaste hulgas ning kuni 4% vanuses 85 ja enam eluaastat ($p < 0,001$). Küsitlusest selgus samuti, et kõrgema haridusega vastajatel oli ka parem tervis. Töötamise seos terviseiga on oodatav, sest just hea või suurepärase tervis annab võimaluse töötada ning kehvem tervis takistab tööl käimist ($p < 0,001$). Sissetuleku osas näeme, et kõrgema sissetuleku puhul oli kõige rohkem hea või suurepärase terviseiga vastajaid ($p < 0,001$). Hea sissetulek laiendab võimalusi oma tervise eest paremini hoolitseda, osta vajalikke ravimeid, raviteenuseid või tervist turgutavaid protseduure.

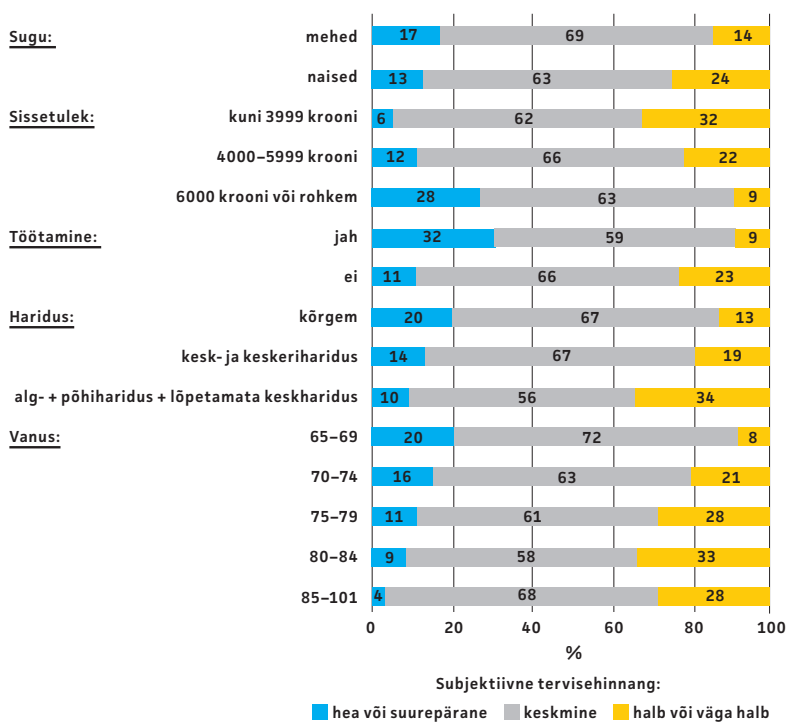
Erinevatest tervisevaevustest esines vanemaegaste hulgas kõige sagedamini südame- ja veresoonehaigusi (66%), levikult järgnesid luustiku ja lihaskonna ning sidekoehaigused. Kui esimesel juhul ei olnud meeste ja naiste vahel erinevusi, siis meestest põdes luustiku ja lihaskonna ning sidekoehaigusi 36% ning naistest 50%. Neile järgnesid esinemissageduselt hingamisteede haigused (12%) ja depressioon (9%).

Muretsemine ja stressinähud

Uuringu andmed viitasid naiste kõrgemale stressimäärale. Küsimusele väsimuse ja stressi oleku kohta vastas „mõnevõrra või palju rohkem kui tavaliselt“ 38% meestest

Tabel 1. Viimase kuu elukvaliteedile antud hinnang meeste ja naiste kaupa (%)

Elukvaliteet	Kogu valimis (n = 482) %	Mehed (n = 153) %	Naised (n = 329) %	n
Madal (0–40 punkti)	22	18	23	105
Keskmine (41–60 punkti)	39	39	40	190
Kõrge (61–100 punkti)	39	43	37	187



Joonis 2. Subjektive tervisehinnang erinevates uuritavate rühmades (%).

ja 51% naistest ($p < 0,004$). Väitele „Tunnen ennast õnnetuna ja depressioonis“ vastas jaatavalt 18% meestest ja 30% naistest ($p < 0,001$). Küsimusele: „Kas teil on olnud järgmisi probleeme: rahutus, ärritus või ärevus?“ vastas positiivselt 35% meestest ja 42% naistest. Ka küsimusele hirmu tajumise kohta andis jaatava vastuse meestest 2% ja naistest seevastu juba 13% ($p < 0,001$). Kõrge stressimäära põhjenduseks on teised uurijad viidanud ka vananemisprotsessile, mis viib selleni, et seoses vananemisega suureneb hirm, mure ja kartus eluga toimetuleku ees tulevikus (9).

Elukvaliteet ja positiivne eluhoiak

Elukvaliteeti mõjutab oluliselt vastaja positiivne suhtumine endasse ja üldine positiivne eluhoiak. Uuringus leidsime, et kõrge elukvaliteedi puhul saadi hakkama igapäevatoodega, tunti, et ollakse teiste jaoks oluline, oldi võimelised lahendama ettetulevaid probleeme, tajuti elu mõttekust ja tähendusrikkust, tunti end õnnelikuna ning turvaliselt ja kindlal rajal olevana (vt tabel 2).

Mõned uuringud on näidanud, et vastu-pidi levinud arvamusele, et alates keskeast lähivad asjad vaid allamäge, muutuvad inimesed keskeast alates hoopiski õnnelikumaks. Seda nähtust on hakatud nimetama heaolu U-pöördeks ehk tagasipöördeks õnnetunde märkimisväärsele suurenemisele vanemas eas (10). Käesoleva uuringu andmetest (vt tabel 3) on näha, et kõige paremat tegevusvõimet ja õnnetunnet tajusid 65–69aastased uuritavad. Vanemates earühmades olid hinnangud vaadeldud aspektidele suhteliselt sarnased: igas earühmas olid 2/3 õnnelikud, iga teine ei tundnud end väsinuna ega stressis olevana ja iga kolmas-neljas hindas oma tegevusvõimet heaks või suurepäraseks. Ometi peab nägema, et hinnangud vaadeldud aspektidele vanemates earühmades mõnevõrra halvenesid.

Tabel 2. Küsitletute hinnang oma elukvaliteedile ja erinevad enesehinnangud (%)

Küsimused	Elukvaliteet		n
	Madal	Kõrge	
Kas olete viimisel ajal ...			
suutnud kontsentreeruda oma igapäevatoodele?	45	88	336
tundnud, et olete teiste jaoks oluline?	61	92	382
tundnud, et suudate teha otsuseid?	49	84	344
suutnud toime tulla oma probleemidega?	38	86	320
tundnud ennast üksikuna?	34	5	70
tundnud ennast kasutuna ja väärtusetuna?	52	4	111
tundnud ennast õnnelikuna?	33	88	333
tundnud, et teie elu on mõttekas, tähendusrikas?	25	74	244
tundnud, et elu on kindlal rajal ja turvaline?	23	85	281

Kõikide tunnuste puhul erinevuste $p < 0,001$

Unehäirete esinemine vanemaelistel

Unehäired vanemas elueas on muutunud viimasel kümnendil tõsiseks meditsiiniliseks ja sotsiaalseks probleemiks (11). Tabelisse 4 koondatud andmestik viitab, et 60%-l vastajatest esines unehäireid mõnikord ja veel 30% on uuritavaid, kellel esines neid tihti või pidevalt. Unehäirete esinemises olid meestel ja naistel küllaltki märgatavad erinevused: naised väitsid end tihti või pidevalt hädas olevat unehäiretega poolteist korda sagedamini kui mehed. Vanuse poolest rühmadevahelisi olulisi erinevusi ei ilmnunud.

On mõisteta, et unehäired mõjutavad elukvaliteeti. Kõrge elukvaliteedi puhul vaeveldakse unehäirete käes harvemini, üksnes iga kuues vastanu viitas sagedasele või pidevale unehäirele, seevastu madalama elukvaliteedi grupis tegi seda juba iga teine. Samalaadse tulemuse andis ka võrdlus terviseseisundi alusel: halvema terviseseisundiga inimestel esineb sagedamini unehäireid ($p < 0,001$).

Unehäirete põhjuste selgitamiseks anti sellekohasele lahtisele küsimuseks kõige

Tabel 3. Uuritavate hinnangud vanuserühmade kaupa oma tegevusvõimele, stressile ja õnnelikkusele (%)

Tunnused	65–69 a	70–74 a	75–79 a	80–84 a	> 85 a	n
Tegevusvõime (hea või suurepärase)	37	32	25	16	26	146
Tundnud end väsinud ja stressis (üldse mitte või mitte rohkem kui tavaliselt)	64	51	51	50	47	305
Tundnud end õnnelikuna (rohkem või samapalju kui tavaliselt)	75	71	66	63	64	393

sagedamini vastuseks, et und segavad muremõtted ja eluraskused (vastanud meestest viiendik, naistest juba kolmandik). Unehäirete põhjustena toodi välja ka mure lähedaste töö ja tuleviku pärast; rahapuudus; pingeline olukord kodus või tööl. Iga kuues (16%) nimetas unehäirete põhjuseks tervi-

seprobleeme. Vähemal määral tõsteti esile väliseid häirivaid tegureid (nt lärmakad naabrid; liiklusrütm), eksimist toiduvaliku suhtes õhtul (nt liiga hilja õhtul söömine, kohvijoomine enne magamaminekut).

Uurides täpsemalt unehäirete peapõhjuste (muremõtted ja eluraskused) olemasolu seoseid negatiivse enesehinnangu esinemisega, selgus, et unetus, muremõtted ja eluraskused on oluliseks põhjuseks, mis tekitavad stressi, mille puhul ei suudeta kontsentreeruda igapäevatoodele, ei tulla toime eluprobleemidega, tuntakse end õnnetuna, depressioonis ja üksikuna. Kokkuvõttes halvendab selline olukord nii elukvaliteeti kui ka terviseseisundit (vt tabel 5).

Tabel 4. Unehäirete esinemine soo, vanuse, tervise ja elukvaliteedi järgi (%)

Tunnused	Unehäirete esinemise sagedus			
	Mitte kunagi (n = 49)	Mõnikord (n = 351)	Tihti (n = 124)	Pidevalt (n = 53)
Sugu:				
Mehed	13	62	19	6
Naised	6	60	23	11
Vanus:				
65–69	10	65	18	7
70–74	10	59	22	9
75–79	8	61	23	8
80–84	3	65	23	10
85+	12	55	19	14
Terviseseisund:				
Halb	3	40	32	26
Rahuldav	8	66	21	5
Hea	21	70	7	2
Elukvaliteet:				
Madal	7	41	34	18
Keskmine	7	66	18	9
Kõrge	13	70	15	2

Tabel 5. Unehäirete esinemine uuritavatel muremõtete ja eluraskuste tõttu erinevate enesehinnangute korral (%)

Enesehinnang	Unehäirete esinemine muremõtete ja eluraskuste tõttu		n
	Üldse mitte või mitte rohkem kui tavaliselt	Palju rohkem kui tavaliselt	
Tunnen ...			
ennast pidevalt väsinuna ja stressis	2	97	260
et ei suuda kontsentreeruda igapäevatoodele	16	74	168
et ei suuda toime tulla oma eluprobleemidega	21	91	189
ennast kasutuna ja väärtusetuna	16	67	135
et olen kaotanud enesekindlust	19	79	163
ennast õnnetuna ja depressioonis	15	75	147
ennast üksikuna	12	52	91
et elu pole kindlal rajal ega turvaline	8	67	97
Minu tervisehinnang on halb või väga halb	17	64	119
Minu elukvaliteet on madal	28	68	104

Kõikide tunnuste puhul on erinevuste $p < 0,001$

ARUTELU

Uuringus osalenute valimi esinduslikkuse analüüsimisel leidsime, et kuigi uuringus osalenud 581 isikut moodustavad üksnes 0,7% uuritavate üldpopulatsioonist (78 646 üle 65aastast elanikku Tallinnas ja Lääne-Virumaal), esindavad nad seda siiski küllalt hästi. Enamikule küsimustest vastas 97–98% küsitletutest, üksnes oma elukvaliteedile hinnangu andnud oli oluliselt vähem (83%). Mittevastanute sooline ja vanuseline struktuur langes kokku vastajate omaga, ning et ka elukvaliteedi madalama ja kõrgema taseme puhul ilmnesid suured erinevused uurimuse põhinäitajas, siis võime ometi väita, et selle tunnuse kasutamine oli usaldusväärne (Cronbachi alfa = 0,61). Sünniaastat polnud märgitud 5,5%-l ankeetidest (mehi 47% ja naisi 53%), mis viitab, et mittevastanute hulgas oli naisi valimi andmetega võrreldes vähem (71%). Samas oli mittevastanute arv tulemuste muutmiseks liiga väike. Eeltoodut kokku võttes leiame, et mittevastanute osakaal ei mõjutanud uurimuse tulemusi.

Uurimusest ilmnes, et subjektiivse hinnangu kohaselt on vanemaealiste meeste tervis naistega võrreldes mõnevõrra parem. Eesti elanikkonna küsitluses (uuritavad 18–69aastased) ilmnes samalaadne tendents, mille kohaselt oli nii 1993., 2003. kui ka 2008. aasta küsitluses meeste tervisehinnangute keskmine 5 palli skaalal suurem kui naistel, näiteks 2008. aastal vastavalt 3,61 ja 3,51 (12). Vanuse mõju tervisele on ootuspärane, s.t hea või suurepärase tervisega vastajate osakaal langeb aste-astmelt uuritute vanuse kasvades. Kõige vähem

on hea või suurepärase tervisega vastajaid vanuses 80 ja enam eluaastat. Kõige enam on vanemaealiste hulgas levinud südame- ja veresoonkonnahaigused, järgnevad luustiku ja lihaskonna ning sidekoehaigused, mis esinevad eriti sageli naiste hulgas (50%-l küsitletud naistest). Viimasele faktile tasub eraldi tähelepanu juhtida, sest nagu uurijad on tõdenud, võivad vanemad mehed jääda hätta enese eest hoolitsemisega ja nad ei toitu tervislikult, mistõttu halveneb nende tervises seisund veelgi (13). Vanuses 50–70 aastat suudab enamik naisi tulla toime koduste töödega ja enda eest hoolitsemisega. Ent pärast seda võib neil väheneda füüsiline jõudlus, seda eriti osteoartriidi tõttu, mis paneb naised samasse olukorda meestega (13). Ka meie uurimuses tuli esile väga suur meeste ja naiste erinevus luustiku ja lihaskonna ning sidekoehaiguste esinemises ning igat teist naist vaevavad nimetatud tervisevaevused. Veel kinnitasid meie andmed sarnaselt teiste uurijate töödega (14), et mitte ainult noorte või keskealiste, vaid ka eakate kohta kehtib seisukoht, et jõukamad, haritumad ja ametiredelil kõrgemal positsioonil asuvad inimesed on parema tervisega kui madalama sotsiaalse staatuse puhul.

Paljud uurimused on kinnitanud naiste kõrgemat stressitaset (15). Ka Eesti elanikkonna küsitlustes on selgunud, et naised kannatavad rohkem stressivaevuste all ning seda iseäranis pärast 55. eluaastat (12). Käesoleva uuringu andmed viitavad samuti naiste kõrgemale väsimus- ja stressimäärale ning ka sellele, et nad tunnevad end sagedamini õnnetuna, depressioonis, tajuvad rohkem ärritust, ärevust ja rahutust. Eesti elanikkonnas sai vanemaealiste naiste kõrge stressitaseme põhjendusena viidata ennekõike madalamale tervisehinnangule ja üksindusele (vanemaealisi naisi on (vaba-) abielus 58% ja mehi 85% (12)). Ka Ginn ja Arber (16) on rõhutanud, et selle earühma naistel võib psühholoogilis-emotsionaalseks stressoriks olla mitte niivõrd vanus iseeneest kui teatud eluetapile iseloomulikud muutused elukorralduses, näiteks lahutus või abikaasa surm või see, et elatakse üksi, mis omakorda põhjustab materiaalse toimetuleku probleeme ning toob kaasa suhtlemisvaeguse. Samad põhjendused kehtivad ka meie uuringu puhul, sest siingi ilmnes meeste kõrgem abielulisus ja ka see, et nende hulgas on vähem üksikuid inimesi.

Kui siia lisada veel ebapiisav sissetulek ja mure, kartus ning hirm toimetuleku ees tulevikus, siis on naiste kõrgem stressitaset mõistetav.

Marlit Veldi hinnangul kannatavad enam kui pooled 65aastased unehäirete all (11). Meie andmete alusel võib väita, et see osakaal võib olla isegi suurem. Küsitletutest ütles 30%, et neil esineb unehäireid tihti või pidevalt. Ent kui lisada siia veel see 60% vastajatest, kelle vastuseks oli mõnikord, saame väga kõrge unetuse käes vaevlejate osakaalu. Uurimuses tõusid unetuse olulisemate põhjustena esile muremõtted ja eluraskused (29%) ning terviseprobleemid (16%). Rõhutada tuleks asjaolu, et unetus muremõtete ja eluraskuste tõttu võib oluliselt halvendada tervist ja elukvaliteeti, sest end tuntakse pidevalt väsinuna ja pinges, vajaka jääb elutahtest, kogetakse ärritust ja ärevustundeid, ei suudeta kontsentreeruda igapäevatöödele, tuntakse end üksikuna ja õnnetuna depressiooni tõttu. Meie andmestik kinnitab täielikult Marlit Veldi sõnumit, et unetuse esinemine võib olla depressiooni ja erinevate kehaliste haiguste kujunemise oluliseks riskiteguriks (11).

Oluliseks teemaks on, kuidas noorem põlvkond suhtub vananevatesse ühiskonnaliikmetesse. Uurimuses „Integratsiooni monitooring 2008” on toodud näiteid tajutud ühiskonnast võõrdumise kohta, mis on tugevalt seotud vanusega, sest vanemaealised inimesed (60–75aastased) nõustuvad kõige sagedamini võõrdumist mõõtvate väidetega (nt ei vaata lootusega tulevikku; tunnevad end ühiskonnas teisejärgulise inimesena; tunnevad, et on rongist maha jäänud) (17). Ent eakad tulevad paremini toime, kui neid väärtustatakse ega väljendata seisukohta, mille kohaselt vanemat iga kirjeldatakse kui liikumist tarbetuse ja mitteproduktiivsuse suunas (5). Käesolevast uuringust ilmnes, et positiivne eluhoiak tagab parema elukvaliteedi. Sel juhul tuntakse end õnnelikuna; tajutakse, et elu on mõttekas; suudetakse lahendada oma probleeme ning nauditakse igapäevaseid toimetusi ja ülesandeid. Kahjuks oli meie küsitluses 25% vastajaid, kes tunnevad ennast kasutuna ja väärtusetuna.

Mõnedest uurimustest on selgunud, et alates keskeast ei pruugi asjad sugugi halvemaks minna, vaid inimesed muutuvad isegi õnnelikumaks ja suureneb eluga rahuolu, s.t esineb U-pöörde (10). Mida räägivad Eesti

andmed U-pöörde võimalikkusest? Võtame aluseks stressinäitaja ja eluga rahulolu. Stressinäitaja puhul ilmneb küll U-kujuline seos vanusega, ent nähtuse olemus on vastu-pidine. Nii saab Eesti elanikkonna küsitluste alusel väita, et kõige stressirohkem iga on nii noorus- kui ka pensioniaeg, seda eriti naiste puhul. 40. eluaasta ümber on stressinäitajad kõige madalamad (12). Eluga rahulolu näitaja puhul on kõikides vanuserühmades peaaegu samasugune osakaal neid, kes on eluga täiesti või põhiliselt rahul (nt alla 44aastastest 73% ja üle 55aastastest 69%) (18). Seega võib öelda, et hoolimata alates keskeast süvenevast stressist on vanema-ealised eluga samavõrd rahul kui noored, kuigi ilmselt naudivad elus erinevaid asju. Käesoleva uuringu tulemused ei kinnita U-pöörde olemasolu vanema-ealiste eluga rahulolus, sest nii elukvaliteedi kui ka rahulolu näitajad halvenesid pärast 70. eluaastat. Ja kui neil ongi raskusi, siis püüavad nad mitte viriseda, vaid leida igas olukorras häid külgi ja võimalust normaalselt ära elada. Ilmselt alandavad nad seejuures ka oma nõudluste nivood ja lepivad lihtsamalt ebaõnnestumistega (9, 10).

Niisiis võib öelda, et hea tervisega kaasneb positiivsem ellusuhtumine, vananemise aktsepteerimise, aktiivne elulaad ja parem elukvaliteet ka vanemas elueas. Samalaadne tulemus ilmnes ka Eesti elanikkonna küsitlustest, mille andmetel võib terviseseisundit nimetada omalaadseks koondtunnuseks, mis näitab, milline on vanema-ealiste elujõu ja toimetuleku ressurss ning suutlikkus vastu seista eluraskustele (19).

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Vanemas eas edukamaks toimetulekuks tuleb seniseid hoiakuid ja mõtteviise ümber hinnata. Käesoleva uuringu tulemused võimaldavad selles vallas teha järgmisi järeldusi:

- Uurimuses ilmnes elukvaliteedi mõjustajana eriti selgelt subjektiivne tervisehinnang. Need andmed räägivad, kui oluline on parandada meie ühiskonnas eakate tervist, toimetulekut ning tervishoiu- ja hoolekandeteenuste kättesaadavust.
- Suuremat tähelepanu vajab vanema-ealiste naiste olukord, iseäranis nende halb tervis (eriti luustiku ja lihaskonna ning sidekoehaiguste tõttu), rahapuudus, üksindus, kõrgem stressitase, sagedasemad unehäired. Kuigi elukvaliteet on

oluline kõikide elanikkonnarühmade tervishoiu korraldamises, on see eriti tähtis naiste puhul, kuna nad vastutavad enam koduse majapidamise eest, samuti on neil rohkem sotsiaalseid rolle ja nende eluiga on pikem.

- Unehäirete esinemisel on tugev seos nii tervisehinnangu kui ka elukvaliteedi näitajatega. Seetõttu võib väita, et unetuse varajane avastamine aitaks vähendada mitmeid terviseriske.
- Uurimus kinnitas, et eakad tulevad paremini toime, kui neid väärtustatakse ning vanemat iga ei kirjeldata kui vältimatut degeneratsiooniprotsessi. Ühiskonna sellekohase halvustava hoiaku muutmine võiks olla meedia oluline eesmärk.
- Käesoleva uuringu andmed ei kinnita eluga rahulolu suurenemist vanemas eas (U-pööre), vaid pigem viitavad need olukorra mõnesugusele halvenemisele. Samas tuleb näha, et pärast 70. eluaastat ei tunne iga teine end väsinuna ega stressis olevana, iga kolmas-neljas hindab oma tegevusvõimet heaks ja kaks vastajat kolmest on õnnelikud.

Käesolevas artiklis on analüüsi valdkonda piiritletud vanema-ealiste terviseiseloostajate ja enesehinnangutega. Elukvaliteedi paremustamise ressurssidena tõusid uurimuses tervise kõrval esile veel haridustase, majanduslik olukord ja tööhõive, partneri olemasolu ja üksinduse puudumine, suhted laste ja sugulastega, vaba aja aktiivse veetmise võimalused. Neis aspektides näeksime meie edasisi uurimisvaldkondi.

SUMMARY

Health and quality of life in older age

Virve-Ines Laidmäe¹, Taimi Tulva¹, Lauri Leppik¹, Krista Tammsaar¹, Helika Saar¹

Aim. The study aimed to identify the elderly (+65) people's subjective assessments of their quality of life and the possible socio-demographic and health-related resources to influence it.

Material and methods. The study is based on a postal survey conducted in 2010 in cooperation between the Institute of Social

¹ Institute of Social Work, Tallinn University, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Virve-Ines Laidmäe ines@tlu.ee

Keywords: elderly; quality of life, health assessments, self-assessments, sleep disorders

Work of Tallinn University in Estonia and the Helsinki Arcada University of Applied Sciences in Finland. In Estonia 500 questionnaires were sent out and 581 were completed and returned by elderly people from Tallinn and Lääne-Virumaa, which accounts for 39% of the total number of delivered questionnaires. The data were analysed by using frequency tables and Pearson's χ^2 test analysis and the significance level p corresponding to it. The results represent the subjective opinions of the respondents.

Results. Of the respondents 25% evaluated their quality of life on a 100-point scale as 40-50 and 39% evaluated it as higher than 61. The indicators of quality of life are higher for those who are employed, have higher education and higher income level. The quality of life of the elderly depends to a considerable extent on their positive outlook on life and different health indicators. Women showed higher incidence of bone and connective tissue diseases (50%) and fatigue and stress symptoms (51%). The majority of the respondents complained about sleep disorders (90%). Sleep disorders were most frequently caused by worrying thoughts, stress and health problems.

Conclusions. Among elderly persons, the perception of being useless and worthless and feeling lonely are accompanied by lower assessment of quality of life. Early detection of sleep disorders would help reduce many health risks. The data do not confirm improvement in quality of life in older age (U-turn approach) as both the indicators of quality of life and satisfaction decrease after 70 years of age.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Abbasimoghadam MA, Dabiran S, Safdari R, et al. Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Teheran. *Geriatric Gerontology International* 2009;9:270-75.
2. Raphael D, Brown I, Renwick R, et al. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. *International Journal of Nursing Studies* 1997;34:231-39.
3. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, et al. Individual quality of life in healthy elderly. *Quality of Life Research* 1994;3:235-44.
4. Jonson TF. Aging well in contemporary society. In: Fontane PE, Solomon JC, eds. *Aging well in contemporary society. Part I. Concepts ja contexts.* American Behavioral Scientist 1995;39:120-130.
5. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society* 2004;24:675-91.
6. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998;46:1569-85.
7. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology* 2008;13:764-75.
8. Allardt E. Having, loving, being. An alternative to the Swedish model of welfare research. In: Nussbaum M, Sen A, eds. *The quality of life.* Oxford: Clarendon Press, 1993:88-94.
9. Quine S, Morrell S, Kendig H. The hopes and fears of older Australians: for self, family, and society. *Australian Journal of Social Issues* 2007;42:321-35.
10. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine* 2008;66:1733-49.
11. Veldi M. Vanemaealiste unehäired. *Eesti Arst* 2003;82:198-201.
12. Laidmäe V.-I. Tervisehinnangud ja tervisekäitumine. Rmt: Hansson, L, koost. Töö, kodu ja vaba aeg. *Argielu Eestis 1985-2008.* Tallinn: TLU rahvusvaheliste ja sotsiaaluringute instituut, 2009:115-49.
13. Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, et al. Social inequalities in Health in Estonia. Main report. Tallinn: The World Bank, Ministry of Social Affairs of Estonia; 2002.
14. Mudege NN, Ezech AC. Gender, aging, poverty and health: survival strategies of older men and women in Nairobi slums. *Journal of Aging Studies* 2009;23:245-57.
15. Jang Y, Kim G, Chirigoga DA. Gender differences in depressive symptoms among older Korean American immigrants. *Social Work in Public Health* 2011;26:96-109.
16. Ginn J, Arber S. "Only connect": gender relations and ageing. In: Arber S, Ginn J, eds. *Connecting gender and ageing: a sociological approach.* Buckingham; Philadelphia: Open University Press, 2002:1-15.
17. Eesti Inimarengu Aruanne 2008. Eesti Koostöö Kogu. Tallinn: AS Printon Trükikoda; 2009. http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf.
18. Laidmäe V.-I., Hansson L, Leppik L, et al.. Later life in Estonia: satisfaction with life and intergenerational support. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology* 2011;6. http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_geriatrics_and_gerontology/volume_6_number_1_51/article/late-life-in-estonia-satisfaction-with-life-and-intergenerational-support.html.
19. Laidmäe V.-I. Tervis ja vajadus sotsiaalse toe järele vanemas elueas. Rmt: Vanemaealised Eestis: valikud ja võimalused, riskid ja ebakindlus. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikool, rahvusvaheliste ja sotsiaaluringute Instituut; 2004:42-60.