

Toimetulekupiirangud Eesti täisealises rahvastikus – levimus ja tegelik abistamine

Katre Altmets^{1,2}, Kalev Katus³, Allan Puur³, Astrid Saava¹, Anneli Uusküla¹ –

¹TÜ tervishoiu instituut,

²TÜK terviseuuringute ja töötervishoiu

keskus, ³Eesti Kõrgkoolidevaheline

Demouuringute Keskus /

Eesti Demograafia Instituut

Võtmesõnad: toimetulekupiirangud, põlvkondlikkus, abi-/hooldusvajadus, Eesti

Rahvastiku vananemine on arenenud riikides muutmas toimetulekupiirangud igapäevategevuses suurimaks terviseiga seotud koormaks ühiskonnas. Eesti pere- ja sündimusuuringu II etapi (Euroopa pere- ja sündimusuuringu rahvuslik osa-projekt, 7855 vastanut vanuses 20–80 a) andmete põhjal oli 18,5%-l täisealisest rahvastikust piiranguid igapäevategevuses. Piirangute levimus meestel ja naistel oli sarnane, see kasvas vanemates sünnikohortides. Põlisrahvastikul oli rohkem piiranguid kui välispäritolu rahvastikul. Kõrvalabi vajadus oli hinnanguliselt 10,7% ja reaalselt sai abi/hooldust 8,7% kõigist vastanutest. Tugeva piiranguga rahvastikust oli 18,5% abivajadus rahuldamata. Riikliku hooldusteenuse roll Eestis on võrreldes vajadusega väike.

Inimese terviseseisundit vaadeldakse ühiskonna ühe olulisema alustalana. Muutused tervises avalduvad paratamatult ühiskonna kõige erinevamate valdkondades. Uues rahvastikuolukorras seoses rahvastiku vananemisega kerkib tarvidus ka vastava ter-

vise- ja sotsiaalpoliitika järele. See peab suutma integreerida vanurrahvastiku (sageli toimetulekupiirangutega) sotsiaalellu, vältides niiviisi liigkoormust ühiskonnale eelkõige majanduslikus mõttes (1–3). Kui ajalooliselt täitis sarnast ülesannet pere, siis tänapäeval on vanurrahvastiku sotsiaalne lähikeskkond teisenenud ning uudsed leib- ja perekonnastruktuurid ei suuda enam kanda kõiki vanurite sotsiaalse sidususe funktsioone (1). Rahvastiku ja majanduse arengu tasakaalustamatuse tõttu puuduvad Eestis mis tahes vananevale ühiskonnale omased samaväärsed tingimused ühiskonna kohanemiseks rahvastiku uue vanuskoostisega (4). Vanurrahvastiku enesega toimetulek väheneb veelgi kooskõlas Eestile iseloomuliku liigsuure üksikute eakate naiste arvuga (1). Toimetulekukorralduses on väga selgeid viiteid suurele nõudlusele mitut laadi hooldusabi järele eelkõige vanemate, aga ka nooremate sünnipõlvkondade hulgas.

Töö eesmärk oli selgitada välja toimetulekupiirangute levimus rahvastikus, sh soovanuselises, sotsiaal-majanduslikus ja põlisuse osas, piirangute liigid ning nendega seotud abistamise ja abivajaduse praegune tase Eesti täisealises rahvastikus.

TOIMETULEKUPIIRANGUTEGA SEOTUD MÕISTED

Inimese elukvaliteedi peamised determinantid on kehalise ja vaimse heaolu seisund, sõltumatus, sotsiaalsed suhted ja ümbritev keskkond. Need tegurid on vastastikus seoses toimetulekuga tavategevuses ja igapäevaelu põhitõimingutes (funktsioneerimisvõimega).

Tavategevuse all mõeldakse igapäevast tegevust nagu töö, õpingud, kodutoimingud (toiduvalmistamine jt kergemad või raske- mad majapidamistööd), pereelu, vaba aja veetmine ja muu seda laadi tegevus, millega inimene oma vanusele, soole ja sotsiaalse- le kuuluvusele vastavalt tavaliselt tegeleb. Muu hulgas kuulub siia liikumine väljaspool kodu, trepist käimine, raskuste kandmine jms tegevus.

Igapäevaelu põhitoomingud on (voo- dist) istuma ja püsti tõusmine, toas liikumi- ne, tualeti kasutamine, riietumine, söömine ja vannikäik (5–8). Samuti arvatakse siia baasfunktsioonid nagu nägemine, kuulmi- ne jt, mis võimaldavad teostada igapäevaelu põhitoominguid (9).

Toimetulekupiirang on tervisest johtuv piiratud võime teostada tavategevusi ja igapäevaelu põhitoominguid.

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon defineerib raskused, mida indiviid võib tegevuse ajal kogeda, **tegutsemispiiranguteks** (*daily activity limitations*). Tegutsemispiirang võib olla kas kerge või raske kõrvalekalle tegevuse sooritamise viisis või hulgas, kas kvalitatiivses või kvantitatiivses mõttes, võrreldes inimestega, kellel analoogset tervisehäiret ei ole (10).

UURIMISMATERJAL

Töö aluseks olid Eesti pere- ja sündimusuu- ringu (EPSU) II etapi andmed. EPSU on rahvuslik osaprojekt Euroopa pere- ja sün- dimusuuuringus, mida koordineerivad ÜRO Euroopa majanduskomisjon ja Euroopa demograafiainstituutide koostöövõrgustik. Uuringu II etapp toimus Eestis 2004.–2005. a, selles kasutati esimest korda tervisemoodulit. Uuringu sihtrahvastiku moodustasid Eesti kogurahvastiku sünnipõlvkonnad vahemikus 1924–1983, millele küsitlusperioodi seisuga vastab rahvastik vanuses 20–80 a. Uuringu raames küsitleti 7855 isikut (5034 naist ja 2821 meest). Küsitluskaotamiseks kasutati asendusprotseduuri. Valimialusena rakendas EPSU II 2000. a rahvaloendust, valimi moodustamisel kasutati juhuvaljavõt-

tu 1924.–1983. a sünnipõlvkondade hulgast, mida iseloomustas esinduslikkus koguvalimi suhtes, kätkedes sellega täpselt samasuguseid demograafilise, regionaalse ja sotsiaalse koos- tise proportsioone. Küsitlusmeetodina kasu- tati isikuintervjuud (*face-to-face interview*), osalesid vastava väljaõppe saanud küsitlajad EPSU teadusnõukogu koordineerimisel. EPSU II metodoloogia üksikasjalik kirjeldus on ilmumas (11).

Nagu uuringu tervikuna, oli ka terviseosa küsimustiku ülesehitus põlvkondlik (sünd- muslooline), võimaldades nii parimal moel võtta arvesse kumulatiivse iseloomuga protse- sesse ja seostada tervist teiste elusündmus- tega. Teavet koguti tervise enesehinnangu, vaimse tervise, vigastuste, mürgistuste ja pikaajaliste haiguste esinemise, nende põh- juse, iseloomu, toimumisaja ja ajalise kestuse, puude määramise, toimetulekupiirangute esinemise, nende iseloomu ja raskusastme, abivahendite kasutamise, abistamise/hool- duse ning tervisekäitumise kohta (5).

METOODIKA

Artiklis on keskendutud toimetulekupi- rangute esmasanalüüsile. Andmeanalüüs ja joonised tehti programmis Ms Office Excel. Kahe valimi statistiliselt oluliste erisuste hin- damiseks t-testi ja χ^2 -testi abil (olulisuse ni- voo 0,05) kasutati tarkvarapaketti STATA.

Toimetulekupiirangute levimust mõõtis küsimus, kas mõni vigastus või haigus piirab küsitletava tööd, õpinguid või toimetulekut igapäevaelus tänaseni. Täpsustamata oli nii piirangut tekitanud tervisehäire kui ka piirangu enese kestus. Arvutati piirangute levimusmäär meestel ja naistel 5 a sünni- kohortides ning koguvalimis ($n = 7855$) koos 95% usaldusvahemikega (95% CI). Hinnati meeste ja naiste piirangute levimus- määrade erinevust. Toimetulekupiirangute levimuse mõõtmiseks erinevates sotsiaal- majanduslikes rahvastikurühmades (põli- suse, elukohatüübi, hariduse, perekonna- seis, töötamise ja leibkonnakoostise järgi) arvutati neis esmalt piirangute levimusmäär 10aastase põlvkonnasammuna koos 95%

CIga ja standarditi seejärel koguvalimi põlvkondliku jaotuse suhtes (kaalutud, otsene meetod). Hinnati ka erisusi piirangute levimuses rahvastikurühmade kaupa.

Toimetulekupiirangute liikide levimust uuriti küsimusega, mil määral tervises seisund piirab Teie toimetulekut erinevate tegevuste juures. Võeti kokku hinnangud „piirab mõnevõrra”, „piirab tugevasti” ja „välistab” (välja jäeti hinnang „ei piira üldse”) ning arvatati piirangute levimusmäär liigiti 5 a kohortvahemikes ja kokkuvõtvalt. Ette oli antud 13 tegevuse liiki: õpingud/töötamine, suhtlemine ametiasutustega, suhtlemine sõprade ja sugulastega, liikumine väljaspool kodu, kodutoimetuste tegemine, trepist käimine, riietumine, söömine, istumine ja püstitõusmine, tualeti kasutamine, lugemine / teleri vaatamine, raadio/uksekella kuulmine ja kõnelemine. Arusaadavalt võis ühel inimesel esineda piiranguid rohkem kui ühe tegevuse juures. 142 juhul ei olnud vastaja piirangu raskusastet fikseerinud või ei saanud neid muul põhjusel arvestada. Need juhud jäeti andmeanalüüsist välja.

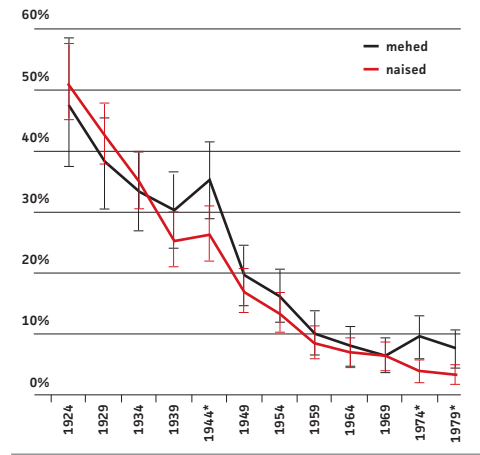
Realse abi saamise vastavust tõenäolisele abivajadusele hinnati vastuste põhjal, mis anti kolmele küsimusele: 1) kas olete pidanud tervisehäire või haiguse mõju vähemalt ühel korral tugevasti piiravaks või välistavaks; 2) kes Teid põhiliselt abistab/hooldab; 3) kui tihti Teid abistatakse/hooldatakse. Esimene neist sõelus välja tugeva toimetulekupiiranguga isikud, kes olid tõenäolised abivajajad. Selle rahvastikuosa määr arvatati koguvalimi (n = 7855) kohta. Teine küsimus aitas piiritleda ühelt poolt tegelikku abistamise määra, võttes arvesse kõiki vastuseid, kus mainiti erinevaid abistajaid (vt allpool), ja teisalt rahuldamata abivajadust vastusevariandi „mitte keegi” kaudu. Tegelikku abistamise määra ja rahuldamata abivajaduse analüüsist langes välja 5 naist, kelle ankeedis vastus puudus või oli see muul moel analüüsiks kõlbmatu (analüüs tehti 7850 isiku kohta). Tugevate piirangute levimusmäär, abistamismäär ja rahuldamata abistamismäär arvatati 5 a kohortvahemikes. Arvu-

tati ka tugevate piirangute levimusmäära ja abistamismäära vahelised erisused.

Küsimusi, kes Teid põhiliselt abistab/hooldab ja kui tihti Teid abistatakse/hooldatakse, kasutati ka abistamise sageduse ja abistajate koosluse mõõtmiseks tugeva piiranguga vastanute hulgas. Abistamise sagedus oli antud neljas jaotuses: “iga päev”, “kaks-kolm korda nädalas”, “kord nädalas” ja “harvemini”. Arvatati abistamise sagedus tugeva piiranguga isikutel (n = 842, neist langes välja 5 naist, kelle puhul ei olnud abistamise sagedus fikseeritud) soo järgi ja kokku. Analüüsiti erisusi meeste ja naiste abistamise sageduses. Abistajatena võrreldi “abikaasa/elukaaslase”, “vanemate”, “laste” ja “muude abistajate” rolli. Muude abistajate all võeti kokku “õded-vennad”, “teised sugulased”, “naabrid”, “sotsiaaltöötaja” ja “keegi teine”. Arvatati abistajate osakaal iga 10aastase kohortvahemiku tugeva piiranguga isikutest meestel ja naistel ning koguvalimis. Hinnati soolisi erinevusi abistajate kooslustes. Ka siin oli 5 väljalangenut.

TULEMUSED

Toimetulekupiiranguid omas kokku 1455 isikut (529 meest ja 926 naist) ehk 18,5% küsitletutest. Olulist soolist erinevust ei



Joonis 1. Toimetulekupiirangud (levimusmäär ja 95% CI) sünnikohordi ja soo järgi; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004. * p < 0,05

leitud, vastavalt 18,8% ja 18,4%, $p > 0,05$ (95% CI vastavalt 15,5–22,1 ja 15,9–20,9). Sünnikohorditi oli meeste ja naiste jaotus samuti suhteliselt sarnane (vt jn 1).

Kui üldiselt jäid naised piirangutes mees-est veidi allapoole, siis eakamates põlvkondades ületasid nad mehi mõnevõrra. Oluline erinevus ilmnes rahvastikupõlvkondades 1944–1948, 1974–1978 ja 1979–1983, mehed ja naised vastavalt 35,1% ja 26,5%; 9,5% ja 3,9% ning 7,6% ja 3,3%; $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 28,8–41,4 ja 21,9–30,7; 6,2–12,8 ja 2,1–6,0 ning 4,6–10,6 ja 1,6–5,0). Ootuspäraselt oli piiranguid rohkem vanemates sünnikohortides: kõige suurem piirangute levimusmäär oli sünnikohordil 1924–1928 (meestel 47,8% ja naistel 51,5%). Edasi esi-

nes peaaegu lineaarne langus nooremate põlvkondade suunas. Erandi moodustas 1944.–1948. a sünnipõlvkond, kus meeste piirangute levimusmääras toimus mõõdukas ülesvõnge.

Tabelis 1 on võrreldud toimetulekupii-ranguid erinevates rahvastikurühmades 10aastase põlvkonnasammuga ja kokkuvõt-valt. Põlisrahvastikul oli kõigis sünnikohor-tides rohkem piiranguid kui välispäritolu rahvastikul.

Statistiliselt oluline erinevus esines põlv-kondades 1934–1943 ($p = 0,001$) ja 1944–1953 ($p < 0,05$). Linnaelanikel oli kõikides sünni-põlvkondades väiksem piirangute levimusmäär kui maaelanikel, ületades mõnedes kohortides statistilise olulisuse piiri ($p < 0,05$). Põlvkon-

Tabel 1. Igapäevategevuse piirangute esinemine rahvastikurühmades sünnikohordi järgi: levimusmäär (%); 95% usaldusvahemik (95% CI) ja küsitletute arv (n); Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004

Tunnus	Sünnikohort						
	1924–1933 (n = 927)	1934–1943 (n = 1214)	1944–1953 (n = 1334)	1954–1963 (n = 1472)	1964–1973 (n = 1434)	1974–1983 (n = 1474)	Kokku (n = 7855)
1. Põlisus							
Põlisrahvastik	45,4; 41,5–49,3 (659)	32,7**; 29,5–36,0 (846)	24,9**; 21,9–27,8 (881)	12,8; 10,7–14,9 (994)	7,0; 5,5–8,6 (1085)	5,7; 4,4–7,1 (1132)	19,0; 17,9–20,0 (5597)
Välispäritolu	43,7; 37,6–49,7 (268)	26,4**; 21,8–31,0 (368)	20,1**; 16,3–23,9 (453)	10,0; 7,3–12,8 (478)	6,3; 3,7–8,9 (349)	5,0; 2,6–7,3 (342)	17,4; 15,8–19,0 (2258)
2. Elukohatüüp							
Linn	43,0; 39,1–46,9 (651)	28,7**; 25,6–31,9 (828)	19,4**; 16,8–22,0 (938)	10,8**; 8,8–12,7 (1023)	6,7; 5,1–8,3 (1001)	4,3**; 3,1–5,6 (1108)	16,7**; 15,7–17,7 (5549)
Maa	49,5; 43,4–55,5 (275)	35,2**; 30,4–40,1 (386)	32,3**; 27,6–37,0 (396)	14,5**; 11,2–17,8 (449)	7,2; 4,7–9,6 (433)	9,3**; 6,3–12,3 (366)	23,0**; 21,2–24,7 (2305)
3. Haridus							
Põhi ja madalam	49,4**; 45,2–53,7 (544)	37,4**; 33,0–41,8 (476)	40,2**; 34,3–46,2 (271)	25,3**; 18,2–32,4 (150)	19,1**; 12,2–26,0 (131)	15,3**; 10,8–19,8 (255)	36,0**; 33,8–38,3 (1827)
Kesk	39,8**; 33,8–45,7 (269)	29,1**; 25,2–33,0 (536)	22,1**; 19,1–25,1 (779)	11,2**; 9,3–13,2 (1005)	6,2**; 4,7–7,7 (1053)	3,8**; 2,6–5,0 (1017)	14,0**; 13,0–15,0 (4659)
Kõrgem	35,4**; 26,4–44,4 (113)	19,8**; 14,2–25,4 (202)	10,2**; 6,6–13,8 (284)	7,6**; 4,6–10,5 (317)	3,2**; 1,0–5,4 (250)	2,0**; 0,0–3,9 (202)	10,6**; 8,9–12,3 (1368)
4. Perekonnanais							
Vallaline	52,6; 36,4–68,8 (38)	42,2; 27,5–56,9 (45)	22,9; 10,8–35,0 (48)	17,8; 8,9–26,8 (73)	11,2**; 5,7–16,6 (134)	7,3**; 4,9–9,7 (490)	13,8**; 11,4–16,2 (828)
Kooselus	42,8; 37,8–47,8 (390)	30,2; 26,8–33,6 (729)	20,2**; 17,5–22,8 (922)	10,3**; 8,5–12,2 (1093)	5,1**; 3,8–6,4 (1096)	4,3**; 2,9–5,7 (859)	15,3**; 14,3–16,3 (5089)
Lesk	45,3; 40,4–50,3 (408)	31,9; 26,2–37,5 (270)	28,8**; 20,7–36,9 (125)	14,3; 4,3–24,3 (49)	0,0 (14)	0,0 (6)	30,0**; 32,8–39,3 (872)
Lahutatud	48,9; 38,4–59,4 (90)	28,8; 21,9–35,8 (170)	32,2; 26,2–38,3 (239)	16,3**; 11,7–21,0 (257)	14,2**; 9,1–19,3 (190)	7,6; 2,7–12,4 (119)	23,3**; 20,7–25,9 (1065)
5. Tööhõive							
Töötav	10,8**; 0,6–21,0 (37)	13,3**; 9,3–17,3 (286)	12,0**; 9,9–14,1 (940)	6,6**; 5,2–8,0 (1223)	4,9**; 3,6–6,1 (1152)	4,1**; 2,8–5,3 (1007)	7,2**; 6,4–7,9 (4645)
Mittetöötav	46,3**; 42,9–49,6 (889)	36,2**; 33,1–39,4 (928)	50,0**; 45,0–55,0 (394)	37,8**; 31,6–43,9 (249)	14,9**; 10,7–19,1 (282)	8,8**; 6,2–11,4 (467)	35,0**; 33,3–36,6 (3209)
6. Leibkonnakoostis							
Koos leibkonnaga	43,4; 39,0–47,7 (521)	30,5; 27,3–33,6 (870)	20,9**; 18,4–23,3 (1093)	11,0**; 9,3–12,7 (1360)	6,5**; 5,1–7,8 (1342)	5,6; 4,4–6,9 (1312)	15,9**; 14,9–16,8 (6498)
Üksi elav	46,9; 42,0–51,9 (405)	31,7; 26,7–36,7 (344)	34,0**; 27,9–40,1 (241)	22,3**; 14,5–30,2 (112)	12,0**; 5,2–18,7 (92)	4,9; 1,5–8,3 (162)	31,3**; 28,8–33,9 (1356)

** statistiliselt oluline erinevus sünnikohorditi, $p < 0,05$

* statistiliselt oluline erinevus kokkuvõtvalt, $p < 0,05$

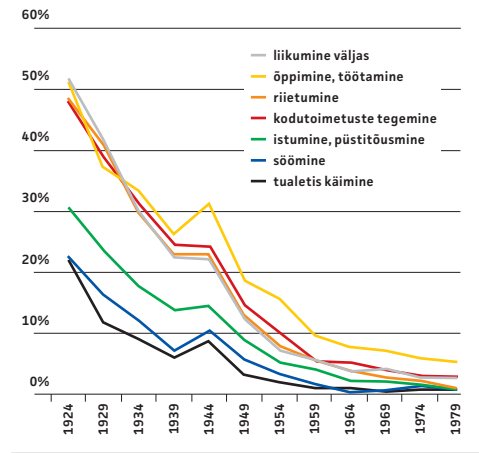
dade kokkuvõttes oli erinevus samuti oluline ($p < 0,001$). Haridustaseme järgi oli põhi- ja madalama haridusega rahvastikul süstemaatilisel oluliselt rohkem piiranguid kui kesk- või kõrgharidusega rahvastikul ($p < 0,05$). 1934.–1943. a ja 1944.–1953. a põlvkonnas oli piirangute levimus oluliselt erinev ka kesk- ja kõrgharidusega rahvastiku vahel (vastavalt $p < 0,05$ ja $p < 0,001$). Koguvõlimes olid samasuunalised olulised erinevused kõigi kolme haridustasemega isikute piirangute vahel ($p < 0,001$). Perekonnaseisu järgi esines kohortarvestuses süstemaatilisel kõige vähem piiranguid kooselus isikutel. Kui vanemates põlvkondades leiti statistiliselt oluline erinevus kooselus ja lahusrahvastiku vahel ($p < 0,05$), siis nooremates kohortides ka kooselus ja vallaliste isikute vahel ($p < 0,05$). Koguvõlimes oli leskedel ja lahusrahvastikul piirangute levimusmäär oluliselt suurem kui vallalistel ja kooselus isikutel ($p < 0,001$). Kõigis põlvkondades tuli selgelt esile mittetöötavate inimeste oluliselt suurem piirangute levimus võrreldes töötavatega (kokkuvõttes $p < 0,001$). Leibkonna-koostise järgi oli piiranguid süstemaatilisel rohkem üksi elavatel inimestel võrreldes nendega, kes elasid koos leibkonnaga. Mõnedes rahvastikupõlvkondades ilmnes siin statistiliselt oluline erinevus ($p < 0,05$), samuti põlvkondade kokkuvõttes ($p < 0,001$).

Toimetulekupiirangute levimusmäärade kohandamise järel nende põlvkondlikule jaotusele eeltoodud sotsiaal-majanduslikes rühmades ilmnes mõnes rühmas mõnevõrra teistsugune tunnuste jaotus kui tabelis 1. Põliselanike ja välispäritolu rahvastiku piirangute levimuse erinevus osutus põlvkondade kokkuvõttes statistiliselt oluliseks, vastavalt 19,4% ja 16,6%, $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 18,4–20,4 ja 15,1–18,1). Perekonnaseisu järgi olid suurimad erisused piirangutes vallaliste ja kooselus ning lahus- ja kooselus rahvastiku vahel, vastavalt 23,4% ja 16,8% ning 22,8% ja 16,8%; $p < 0,001$ (95% CI vastavalt 20,5–26,3 ja 15,8–17,8 ning 20,3–25,3 ja 15,8–17,8). Leskedel oli võrreldes vallaliste ja lahusrahvastikuga oluliselt

vähem (17,8%, 95% CI 15,3–20,3; $p < 0,05$) piiranguid. Teiste rahvastikutunnuste osas piirangute muster standardimisel ei muutunud.

Piirangute liigi järgi esines koguvõlimes enim piiranguid õpingute ja töötamise osas (15,4%), järgnesid kahanevas järjekorras kodutoimetused (13,0%), liikumine väljaspool kodu (12,3%), riietumine (12,1%), trepist käimine (12,1%), suhtlemine ametiasutustega (9,1%), istumine ja püstitõusmine (7,5%), suhtlemine sõpradega (7,0%), söömine (4,9%), lugemine / teleri vaatamine (3,9%), tualeti kasutamine (3,8%), raadio/uksekella kuulmine (1,7%), kõnelemine (1,4%).

Levimusjärjestus põlvkonniti oli siiski erinev (vt jn 2). Kõige suurem oli peaaegu kõigis põlvkondades õppimise ja töötamise piirangu levimusmäär. Kahes vanimas kohordis asendus see väljas liikumise piiranguga. Vanuse kasvades sagesid esmajoonel õppimise ja töötamise, väljas liikumise, kodutoimetuste ja riietumise piirangud.

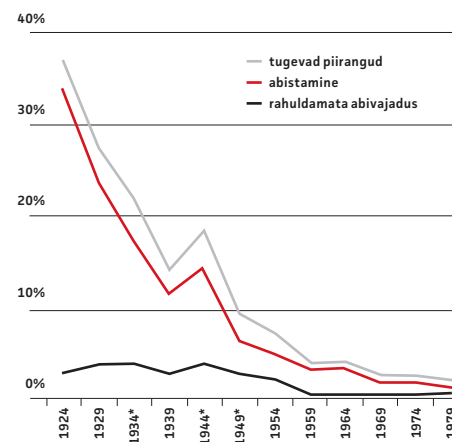


Joonis 2. Toimetulekupiirangute liigid, levimusmäär sünnikohordi järgi; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004.

1924.–1928. a sünnipõlvkonnal olid kõigi näidatud tegevuste piirangud maksimaalselt välja kujunenud. Kõige suurem levimusmäär oli selles kohordis väljas lii-

kumise piirangul (43,0%). Järgnesid õpimise/töötamise piirang (42,6%), riietumise piirang (40,4%), kodutoimetuste tegemise piirang (40,1%), istumise ja püstitõusmise piirang (25,8%), söömise piirang (19,2%) ja tualeti kasutamise piirang (18,4%).

Meie töö üheks oluliseks ülesandeks oli välja selgitada täiskasvanud rahvastiku hinnanguline/töenäoline abivajadus ja tegelik abistamine. Töenäolist abivajadust peegeldab nende inimeste hulk, kes pidasid oma tervisehäire mõju vähemalt ühes tegevuses tugevasti piiravaks või välistavaks. Reaalse abistamise hindamiseks võrreldi tugevate piirangute levimust abistamismääraga. Vanemates sünnipõlvkondades oli võrreldes noorematega üha rohkem neid, kes vähemalt ühes tegevuses pidasid oma haiguse mõju tegevust tugevasti piiravaks või seda välistavaks, ning neid, kes said kõrvalabi (vt jn 3). 1924. a põlvkonnas ulatus abi saamine koguni 33,8%ni. Noorimates rahvastikurühmades langes see aga paari protsendi piirimaile. Meestel oli oluliselt rohkem tugevaid piiranguid võrreldes naistega sünnikohordis 1944–1948, vastavalt 22,5% ja 15,6%; $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 17,0–28,0 ja 12,0–19,2).



Joonis 3. Tugevate piirangute levimusmäär, abistamismäär ja rahuldamata abivajadus; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004.
* $p < 0,05$

Samas kohordis oli meeste abistamismäär samuti oluliselt suurem võrreldes naistega, vastavalt 18,5% ja 11,8%; $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 13,4–23,6 ja 8,6–15,0). Abistamismäär järgis tugevate piirangute levimusmäära, jäädes eeskätt vananevas rahvastikuosas levimusmäärast mõne protsendi võrra maha. Siiski leiti oluline erinevus töönaolise abivajaduse ja reaalse abi saamise vahel põlvkondades 1934–1938 vastavalt 21,8% ja 17,3%; $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 18,5–25,1 ja 14,3–20,3) ja 1949–1953 vastavalt 9,2% ja 6,4%; $p < 0,05$ (95% CI vastavalt 7,1–11,3 ja 4,6–8,2). Isikud, kes vaatamata tugeva piirangu olemasolule abi ei saanud, on toodud joonisel 3 alumisel kõveral ja see peegeldab rahuldamata abivajadust. Kokkuvõttes võis kõigist vastanutest vajada kõrvalabi (omas tugevat piirangut) 10,7%, abistatavaid oli 8,7% ja isikuid, keda ei abistatud, 2,0%.

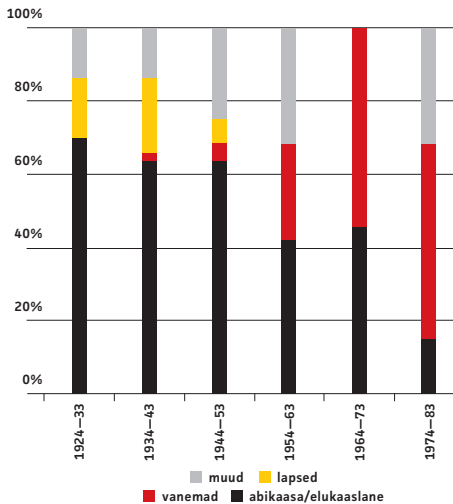
Tabel 2. Vähemalt ühte igapäevategevust tugevasti piiratuks või välistatuks pidanud inimeste ($n = 837$) abistamismäär; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004

Abistamise sagedus	Abistatavad		
	Kokku % ($n = 682$)	Mehed % ($n = 250$)	Naised % ($n = 432$)
iga päev	43,8 (367)	51,4*	39,8*
2-3 korda nädalas	14,1 (118)	11,2	15,7
kord nädalas	8,6 (72)	5,1	10,5
harvem	14,9 (125)	17,3	13,6
ei abistata üldse	18,5 (155)	15,0	20,4

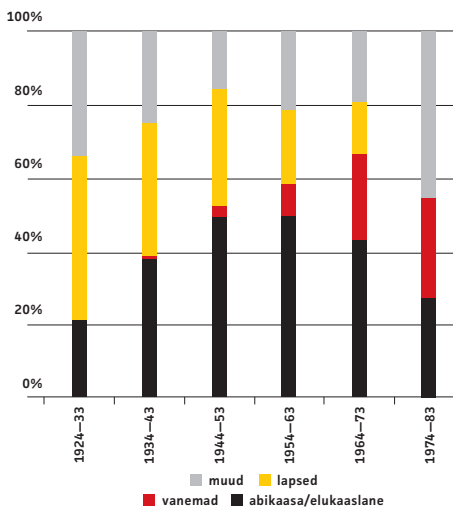
* $p < 0,05$

Tugeva toimetulekupiiranguga rahvastikust sai igapäevast abi või hooldust 43,8% (vt tabel 2). Kõige väiksem oli kord nädalas abi saajate hulk (8,6%). Abistamise sageduses leiti oluline soorisus ($p = 0,001$). Mehed said tunduvalt rohkem igapäevast abi kui naised ($p < 0,05$). Üldse ei saanud kõrvalabi 18,5% tugeva piiranguga inimestest.

Analüüsides meeste ja naiste abistajaid, saadi sünnipõlvkondade kokkuvõttes oluliselt erinev jaotus ($p < 0,001$). Meestel olid vanemates kohortides peamiseks abistajaks



Joonis 4. Vähemalt ühe tugeva piiranguga meeste põhilised abistajad; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004.



Joonis 5. Vähemalt ühe tugeva piiranguga naiste põhilised abistajad; Eesti pere- ja sündimusuuring II, 2004.

abikaasa/elukaaslane, nooremates aga ülekaalukalt vanemad (vt jn 4). Neid, kellel olid muud abistajad, oli meeste hulgas võrreldes naistega vähem. Silmatorkavalt väike oli meeste abistamises laste osakaal. Seevastu naistel olid vanemates sünnipõlvkondades põhilisteks abistajateks lapsed ja muud abistajad (vt jn 5).

Nooremates kohortides hakkasid laste kõrval järjest enam domineerima abikaasa/elukaaslane ja edaspidi vanemad ning teised. Nii näiteks sai sünnipõlvkonnas 1924–1933 abikaasalt/elukaaslaselt abi koguni 67,1% meestest ja vaid 18,0% naistest. Lapsed abistasid aga samas põlvkonnas meestest 15,9% ja naistest 39,0%.

Koguväliselt oli vanemates sünnipõlvkondades suurim abistamise osakaal lastel. Keskmistes kohortides suurenes abikaasa/elukaaslase osatähtsus. Nooremates põlvkondades oli rohkem neid, keda abistasid vanemad ja keda mitte keegi ei abistanud. Vaadates eraldi sotsiaaltöötaja kui riikliku abistaja rolli, kõikus see nullist kohortides 1964–1968, 1969–1973 ja 1979–1983 kuni 8,5%ni sünnikohordis 1929–1933, olles see- ga väga tagasihoidlik.

ARUTELU

Toimetulekupiirangute ristlääbilõikeline käsitlus võimaldas välja tuua nende leviku märgatavad erisused sünnipõlvkondade ja rahvastikutunnuste kaupa. Samas ei tule asjaomaseid seoseid käsitleda tingimata põhjuslikena, mille tuvastamist ristlääbilõikeline analüüs ei võimalda. Teiseks peab arvestama küsitlusuuringus paratamatut küsitletavate väljalangemisest tingitud kadu (keeldumine, mitteleidmine, vastamisvõimetus ja üksik- küsimuste vastuskadu). Tugeva poolena väärib samas rõhutamist uuringuprotseduuride andmekvaliteeti eesmärgistav suunitlus alates valimi moodustamisest kuni andmekontrollini. Uuringu tähtsusele viitab veel Eesti varasematest, meetoodiliselt sarnastest uuringutest tunduvalt suurem valimimaht.

Töö tulemusel selgus, et ligi ühel viien- dikul Eesti täisealisest rahvastikust esines küsitluse ajal igapäevategevuses toimetule- kupiiranguid. Teiste sündmuslooliste riigi- uuringutega ei saa mainitud tulemust siiski üks ühele võrrelda, sest paratamatult tuleb arvestada teatud erisustega küsimustikes (6, 12, 13). Nii oli 1996. a Eesti terviseuuringu järgi Eestis tervisehäirest tingitud haigus- perioode (vähemalt kuuajaline periood, mille

kestel tuli olla voodirežiimil või mis muul moel piiras tavategevust ja igapäevatoimingu (id) elu jooksul esinenud 56,2%-l meestest ja 59,9%-l naistest (14). Toimetulekupiirangut vähemalt ühes igapäevategevuses omas küsitlusperioodil 9,1% meestest ja 11,6% naistest. Vähemalt üks raskem piirang, millega kaasnes igapäevane abivajadus, esines 1,9%-l meestest ja 2,3%-l naistest. Eesti tööjõu-uuringu (2002) andmetel oli Eestis pikaajalise (kestusega 6 kuud ja enam) haiguse või puudega 15–64 a inimesi 22% (15). 6% isikutest piiras haigus või puue töövõimet oluliselt, 5% piiras veidi ja 11% ei olnud töövõime piiratud.

Nagu varasemast teada, oli ka käesolevas uuringus vanus toimetulekupiirangute kõige tugevam mõjutaja (16). Tähelepanu väärib meeste ja naiste suhtelisel suur sarnasus piirangute levimuses, seda eriti Eesti meeste ja naiste eluea väga suure erisuse taustal. Kasv piirangute levimuses 1944.–1948. a sünnipõlvkonnal (eeskätt meestel) muidu rahuliku kõvera taustal võib olla tulem sõjajärgsete raskete ühiskonnaolude mõjust nende põlvkondade tervisele (17). Samalaadne võnge on ka 1996. a Eesti terviseuuringus (14). Nimeetatud võngetes avaldub tõenäoliselt inertsus, mis on iseloomulik kõigile demograafilistele protsessidele, samuti tervisele, kus põhjust ja tagajärge eraldab üksteisest reeglina pikk ajavahemik (4). Hüpootees vajab tulevikus omaette analüüsi, kus on arvestatud möödunud sajandi algupoolest toimunud sündmuste kumulatiivsust.

Piirangute jaotumine ja seosed rahvastikutunnuste kaupa olid üldiselt ootuspärased. Teadaolevalt seletatakse sisserännanud rahvastiku paremat tervist võrreldes põlisrahvastikuga eeskätt asjaoluga, et kehva tervisega inimesed ei kipu välja rändama. Oluliselt väiksem piirangute levimus linnaelanikel võrreldes maaelanikega on seostatav peamiselt nende tervislikuma eluviisi, paremate elutingimuste ja arstiabi kergema kättesaadavusega. Haridustasemest sõltuva erisuse puhul domineerib peamiselt üks mõjusuund: kõrgemalt hari-

duselt paremale tervisele. Kooselus elava rahvastiku parem tervises seisund võrreldes vallaliste ja lahutatutega on erinevates kontekstides sageli esinev nähe, kuid põhjuslikud mõjudused toimivad korraka mõlemas suunas. Mittetöötava rahvastiku oluliselt suurema piirangute levimuse puhul tuleb arvestada, et põhjuse-tagajärje seos kulgeb ilmselt tervises seisundilt töötamisele, mitte vastupidi. Üksi elavate isikutel oluliselt suurema piirangute levimuse võib ühe asjaoluna esile tuua üksi elamist eelistavate vanurite kõrge osakaal põlisrahvastikus (18).

Piirangute liikide jaotus sünnipõlvkonniti vastas üsna hästi nende hierarhilise tekke loogikale, mille järgi peaks erinevate igapäevaelutoimingute väljalangemine toimuma vastupidi nende kujunemisele lapseas (8, 19). Piirangute liigi järgi oli kõige rohkem toimetulekuraskusi sotsialiseeritud valdkondades nagu õpingud/töö ja väljaspool kodu liikumine, vähem aga eluks vajalike baastoimingute osas, nagu söömine ja tualeti kasutamine. Liikumisvaegust, mis oli toimetulekupiirangute seas olulisel kohal, peetakse vanemaelistel inimestel üheks tähtsamaks igapäevatoimingu piirangute lähteteguriks (19). Sellega on otseselt seotud ka tööturult eemalejäämine (15).

Hinnates kõrvalabi vajadust ja haigete tegelikku abistamist, selgus, et ligikaudu kümnendikul vastanutest ja ühtlasi pisut rohkem kui pooltel toimetulekupiiranguga isikutest oli vähemalt ühes igapäevategevuses tugev piirang või tegevust välistava piirangu mõju (haiged). Enamus (neli viiendikku) tugeva piiranguga rahvastikust sai tõepoolest abi/hooldest, ligi ühe viiendiku haigete hooldusvajadus jäi aga katmata.

Põhjusi lahknevuste kohta tugeva piiranguga inimeste abistajate koosluses meeste ja naiste vahel võib vähemalt osaliselt seostada soorisustega lesepõlves. Mehed abielluvad märksa tõenäolisemalt pärast abikaasa kaotust uuesti, lesestudes harvem. Samal põhjusel on ühinemine laste/sugulaste leibkonnaga meesvanurite hulgas hoopis harvem kui naistel (1).

Eeldades, et küsitlusperioodil kõige sagedamini (igapäevaselt) abi saanud vastanud olid kõige halvema tervisega, on võimaluse korral lähitulevikus mõttekas nende tervise seisundit edasi jälgida.

Tulemuste kohaselt on ühiskondliku hooldusteenuse roll Eestis vajadusega võrreldes tagasihoidlik (kuigi kasvutrendiga); abistajate hulgas moodustas riikliku abiteenuse kasutamine vaid minimaalse osa perekondliku toimetulekukorralduse kõrval. See on pärand nõukogudeaegsest *resp.* vene mudelist, kus indiviidi autonoomia on vähem väärtustatud ja perekonna roll on hoopis suurem (18).

KOKKUVÕTE

Euroopa Liidus, sealhulgas eriti Eestis, kasvab järjekindlalt üle 60aastaste inimes-

te osatähtsus ja rahvastiku mediaanvanus. See toob kaasa kulutuste kasvu pensioni- ja tervishoiusüsteemile ning hoolekandeteenustele. Toimetulekupiirangud igapäevaelus on levinud eeskätt vanemaealiste hulgas. Hooldusteenuste vajaduse õige planeerimine on oluline tegur nende inimeste elukvaliteedi parandamisel.

TÄNUAVALDUS

Käesoleva artikli valmimisele on kaasa aidanud Haridus- ja Teadusministeeriumi sihtteema nr 0132703s05 "Eesti rahvastikuareng: sajamiljoni pööre ja ühiskonna taastevõime" ja ARTH sihtteema nr 0182648s04 "Eesti elanike tervise seisundit mõjutavad tegurid: mõõtmismetoodika ja sekkumiste tulemuslikkus". Tänu kuulub ka TÜ tervishoiu instituudi statistikule Inge Ringmet-sale nõuannete eest andmeanalüüsi tehnilisel teostusel.

katrea@ut.ee

KIRJANDUS

1. Katus K, Puur A, Pöldma A jt. Rahvastikuvananemine Eestis. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus; 1999. RU Sari D Nr 1.
2. Phelan EA, Williams B, Penninx BWJH, et al. Activities of daily living function and disability in older adults in a randomized trial of the health enhancement program. *J Geront. Series A, Biol Sciences Med Sciences* 2004;59: M838–43.
3. Wiener JM, Hanley RJ, Clark R, et al. Measuring the activities of daily living: comparisons across national surveys. Executive summary. *J Geront* 1990;45:S229–37.
4. Katus K, Puur A, Pöldma A. Eesti põlvkondlik rahvastikuareng. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus; 2002.
5. Eesti pere- ja sündimusuuring. Küsitlusmetodoloogia ja instrumentaarium: Küsitlajuhend. Tallinn: ÜRO Euroopa Majanduskomisjon, Eesti Demograafia Assotsiatsioon, Eesti PSU Teadusnõukogu; 2004.
6. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R. Eesti terviseuuring. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1998.
7. Van den Brink CL, Tjihuis M, Kalmijn S, et al. Self-reported disability and its association with performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countries. *JAGS* 2003;51:782–8.
8. Dunlop DD, Hughes SL, Manheim LM. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *Am J Public Health* 1997;87:378–83.
9. Long JS, Pavalko EK. The life course of activity limitations: Exploring indicators of functional limitations over time. 2004.
10. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon, RFK. EV Sotsiaalministeerium; 2005.
11. Eesti pere- ja sündimusuuringu metodoloogiaülevaade. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus; 2007. Ilmumas.
12. Noorkõiv R, Puur A. Estonian Labour Force Survey 1995: Experience from retrospective data collection. Paper to European Conference of Statisticians. Paris; 1996.
13. Katus K, Puur A, Sakkeus L. The demographic characteristics of national minorities in Estonia. In: Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. The demographic characteristics of national minorities in certain European states. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2000.
14. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R jt. Eesti terviseuuring. Tabelid. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1999.
15. Tööturu riskirühmad: puudega töötud. Sotsiaalministeeriumi toimetised. EV Sotsiaalministeerium; 2006.
16. Leinsalu M. Kolme küsitlusuuringu terviseküsimumte võrdlev analüüs. Tallinn: Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut; 2005.
17. Katus K, Puur A. Eesti rahvastiku suremusest elutabelite analüüsi põhjal. *Akadeemia* 1991;12:2516–49.
18. Katus K, Puur A, Pöldma A, et al. Population ageing and socio-economic status of older persons in Estonia. New York and Geneva: United Nations; 2003.
19. Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, et al. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *JAGS* 2001;49:404–9.

SUMMARY

Activity limitations of Estonian adult population: prevalence and real assistance

THE AIM of this study was to provide an overview of the prevalence of daily activity limitations, their structure and need for additional assistance in Estonian adult population.

METHODS. The study was carried out on the basis of the cross-sectional health questions of the first national survey in Estonia – the Estonian Family and Fertility Survey (EFFS) II, as part of the European FFS. A random sample (n=7855) of the target population (birth cohorts 1924–1983, of native and foreign origin) was interviewed (face-to-face interview). The replacement procedure, proportionality in respect to the regional, demographic and social composition of the total population and the single-stage selection procedure were opted as the sampling principles. The event history approach was applied. Descriptive statistics, standardization according to whole-sample cohort-distribution (Ms Excel), two-sample t-test and χ^2 -test (STATA) were used in data analysis.

RESULTS. The prevalence of daily activity limitations in Estonian adults was 18.5%.

It was quite similar for men and women and increased with age. A moderate rise in the prevalence of limitations in the linear setting appeared in the birth cohort of 1944–1948 in men. The biggest difference in the limitations even after standardization by the whole-sample cohort-distribution was revealed between the working population (8.7%) and the nonworking (31%) population. Native inhabitants had considerably more (19.4%) limitations than those of foreign origin (16.6%). All birth cohorts showed a maximum score of activity limitations related to studies and work (15.4% from the total sample). The need for assistance was 10.7% among the total population. Real assistance was received by 8.7% of the total population. Of the persons with severe activity limitations 18.5% did not receive any assistance.

CONCLUSIONS. In Estonia the role of socialized care is modest. Daily activity limitations is an increasing problem among the ageing population. Reasonable planning of resources and sufficient amount of assistance are important factors in ensuring the well-being of the elderly.