

Alkoholi tarvitamine ning selle seosed lapsepõlvkodu ja sotsiaal-majanduslike teguritega

Kristina Köhler, Taavi Lai

Käesolev teemaleht annab ülevaate alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise levikust „Eesti terviseuuringu 2006” andmetel. Veel vaatleb teemaleht alkoholi tarvitamise seoseid alkoholi tarvitamisega lapsepõlvkodus ning hilisemate sotsiaal-majanduslike teguritega (sissetulek ja haridus). Samuti käsitleb teemaleht alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise seoseid tarvitajate hinnanguga oma tervisele ning tervishoiuteenuste kasutamisega.

Sissejuhatus

Alkoholi tarvitamine mängib olulist rolli enneaegses suremuses kõigis Kesk- ja Ida-Euroopa riikides ning eriti endise Nõukogu Liidu aladel. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul on alkoholi tarvitamine otseselt seotud üle 60 haiguse ja vigastuse tekkega (McKee *et al.* 2000). Alkoholi tarvitamine on nii südamehaiguste, vigastuste, maksatsirroosi ja paljude kasvaja kui ka vaimse tervise häirete tekke riskitegur. Seetõttu on ligikaudu 10% Euroopa Liidu ja üle 15% Eesti surmasid otseselt seotud alkoholi tarvitamisega (World Health Organization 2010). Lääne- ja Ida-Euroopa riikide meeste (20–64-a) oodatava eluea erinevusest tuleb 25% just alkoholi tarbimise erinevustest (World Health Organization 2010a).

Alkohol mõjub kahjulikult nii alkoholitartitajale kui ka teda ümbritsevatele inimestele, näiteks sagenevad ümbritsevas keskkonnas vigastused ja vägivald (World Health Organization 1999). Alkoholi liigtarvitamise tõttu kaasnevad alkoholitartitajal ja tema lähedastel sageli ka sotsiaalsed probleemid, mis avalduvad sotsiaalse ja majandusliku toimetuleku ning elukvaliteedi halvenemises (World Health Organization 2000). Alkoholi tarbimise materiaalne kulu (inglise k *tangible cost*) oli Euroopa Liidus 2003. aastal 125 miljardit eurot ehk 1,3% sisemajanduse koguproduktist (World Health Organization 2010a). Alkoholiga seotud probleemide (töötus, tootlikkuse vähenemine) kulu oli 66 miljardit eurot ning 59 miljardit eurot kulu tekkis alkoholi tarbi-

misest põhjustatud enneaegse suremuse tõttu (*ibid.*).

Teistes riikides tehtud uuringute kohaselt on lapsevanemate alkoholi tarvitamise ja laste hilisema alkoholi tarvitamise vahel tugevad seosed (Chassin *et al.* 1991), ühtlasi on see tugevalt seotud ka sotsiaal-majandusliku staatusega. On leitud, et kõrgema sotsiaal-majandusliku staatusega inimesed on tervist mõjutavatest teguritest teadlikumad ja teevad tervislikumaid valikuid. Teisalt on alkoholi (riski)tarvitajatel väiksem tõenäosus jõuda kõrgemale haridustasemele ja saavutada suur sissetulek kui neil, kes tarvitavad alkoholi vähesel määral (Haapanen-Niemi *et al.* 1999).

Selles teemalehes esitatud põhineb Tervise Arengu Instituudi 2006. a Eesti terviseuuringu andmetel. Uuringu intervjuud tehti kogu Eesti 15–84-aastaste elanike juhuvalimi seas ajavahemikus 2006. aasta oktoober kuni 2007. aasta oktoober. Intervjuud käsitlesid selliseid teemasid nagu hinnang oma tervisele, krooniliste haiguste ja vaimse tervise häirete esinemine, arstiabi ja ravimite kasutamine ning tervisekäitumine (Oja *et al.* 2008).

Alkoholitartitaja on käesolevas uuringus määratletud kui inimene, kes on vähemalt kord elus joonud korraga üle ühe ühiku alkoholi. Alkoholi riskitartitajana on määratletud inimene, kes on tarvitanud viis või enam alkoholiühikut ühe tarvitamiskorra jooksul. Sealjuures võrdub üks alkoholiühik 10 grammi

absoluutse (st puhta) alkoholiga, mis sisaldub näiteks ühes pitsis viinas (4 cl) või ühes pokaalis veinis (100 ml). Tavalises Eesti õlles (0,5-liitrisel pudelil, alkoholisisaldusega 4,5% mahust) on absoluutset alkoholi ligikaudu 18 grammi ehk 1,8 alkoholiühikut.

Kuna alkoholi tarvitamine soodustab paljude haiguste teket, mõjutab alkoholi tarvitamine ka vajadust tervishoiuteenuste järele ja nende kasutamist. Nii on uuringutes osutatud, et alkohol suurendab tarvitavate koguste kasvades näiteks vigastuste ja südame isheemiatõve tõttu haiglaravile sattumise riski (Van Oers *et al.* 1999). Peale haiglasse sattumise riski suurenemise pikeneb alkoholitartitajatel ka keskmine haiglas olnud aeg: näiteks päevas üle ühe alkohoolse joogi tarvitanul on haiglaravipäevi 21% enam kui alkoholi vähem tarvitaval inimesel. Samuti on alkoholi riskitartitaja ravi tihti keskmisest kallim, sest lisaks pikemale raviajale on kasvanud ka raskemate haigusseisundite, nagu näiteks vigastuste osakaal (Lai *et al.* 2010).

Teemaleht annab ülevaate alkoholi tarvitamisest, riskitartitamisest ja tarvitamise erinevusest Eestis soo ja vanuse järgi. Vaadeldakse alkoholi tarvitamist lapseõlvokodus, selle muutusi aja jooksul ja seoseid alkoholi tarvitamisega hilisemas elus. Samuti kirjeldab teemaleht alkoholi tarvitamise ja mitme sotsiaal-majandusliku näitaja vahelisi seoseid, nagu ka alkoholi tarvitamise mõju tervisele, tervisekäitumisele ja tervishoiuteenuste kasutamisele.

1. Alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise levik Eestis

Esimene peatükk käsitleb alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise levikut Eestis soo ja vanuse järgi. Eraldi tähelepanu on sealjuures pööratud alkoholi riskitarvitamise alustamisele põlvkondade kaupa, sest alkoholi riskitarvitamisega alustaja vanus mõjutab suurel määral tema hilisemate haigestumiste ja alkoholisõltuvuse tekke riski suurust.

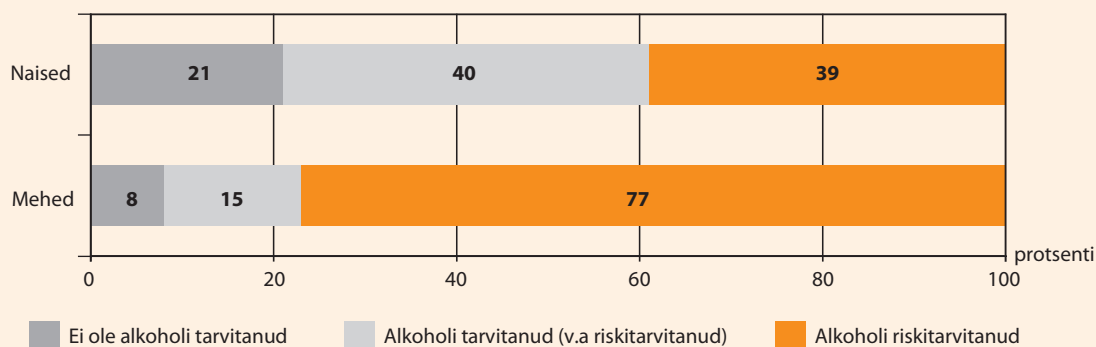
„Eesti terviseuuringus 2006” osalenud meestest on 92% ja naistest 79% vähemalt kord elus alkoholi tarvinud. Vähemalt korra on oma

elus alkoholi riskitarvitanud 77% mehi ja 39% naisi. Seega on vähemalt korra elus alkoholi tarvinud meestest 84% ja naistest 49% seda vähemalt korra ka riskitarvitanud (joonis 1).

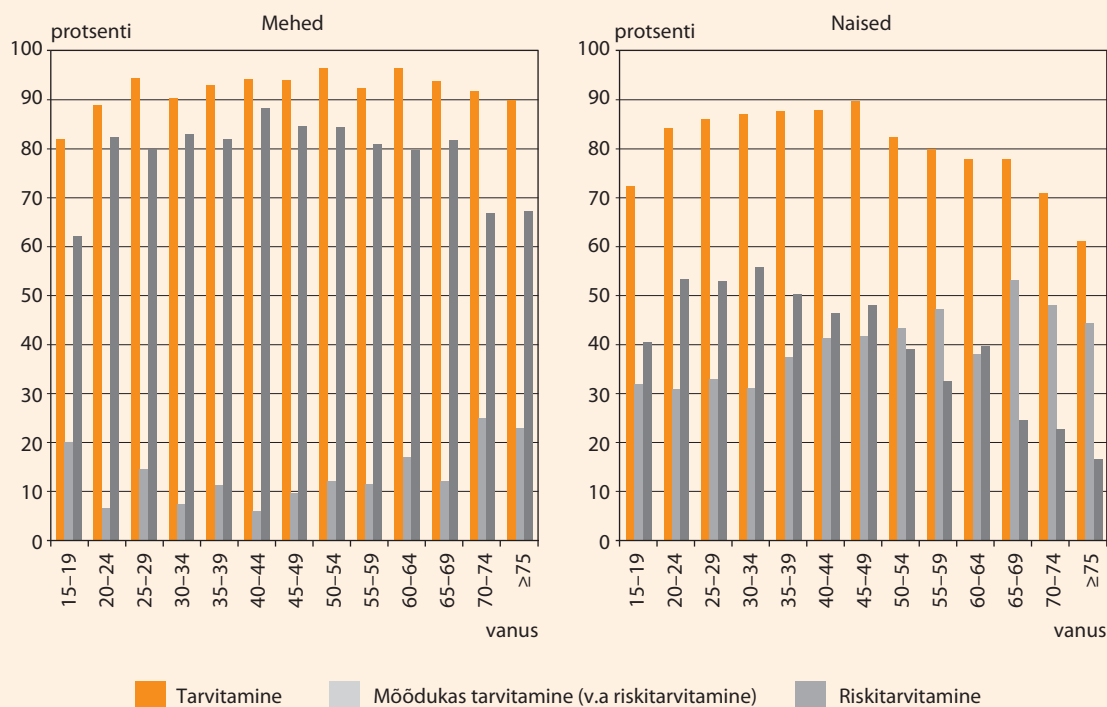
Alkoholi on tarvinud 82% 15–19-aastasi mehi. Vanemate kui 19-aastaste seas on alkoholi tarvitavate osakaal kõigis vanuserühmades vahemikus 89–97%, kusjuures suurim on see 60–64-aastaste seas (joonis 2). Naistel saavutab alkoholi tarvitavate osakaal maksimumi (90%) 45–49-aastaste seas ja jõuab

Üle kolmandiku alkoholi tarvitanud mehed ja ligi pooled alkoholi tarvitanud naised on seda ka riskitarvitanud.

Joonis 1. Alkoholi tarvitamine soo järgi



Joonis 2. Alkoholi tarvitamise, riskitarvitamise ja mõõduka tarvitamise (v.a riskitarvitamise) levimus vanuse ja soo järgi



Mõõdukate alkoholitarvitajate levimus on naiste seas tunduvalt suurem kui meeste seas.

Mehed riskitarvitavad alkoholi esimest korda elus keskmiselt 2,2 eluaastat nooremana kui naised.

Alkoholi riskitarvitatakse esimest korda elus üha nooremas eas.

mõõduka languse järel 79%-ni vanimas vanuserühmas.

Alkoholi riskitarvitamise levimus jõuab naistel haripunkti vanuses 30–34 ja meestel vanuses 40–44, kui alkoholi riskitarvitajaid on vastavalt 56% ja 88% (joonis 2). Seejärel alkoholi riskitarvitamise levimus väheneb, jõudes miinimumi vanimates vanuserühmades (naistel 17% ja meestel 67%). Seega on soolised erinevused suurimad alkoholi riskitarvitamises, kus suurim erinevus esineb 65–69-aastaste seas, kus meeste puhul on riskitarvitajate osakaal 57% suurem kui naiste puhul. Vanuserühmade järgi on meeste hulgas riskitarvitajaid keskmiselt 15% vähem kui tarvita- jaid ning oluline on erinevuste suurenemine vanuse kasvades. Näiteks 15–59-aastaste meeste seas on riskitarvitajate osakaal tarvita- jate osakaalust 11% võrra ning vanemate seas 19% võrra väiksem. Naistel on alkoholi tarvitajate ja riskitarvitajate osakaalude erine- vused vanuserühmiti suuremad (keskmiselt 40%), kasvades samuti vanuse suurenedes.

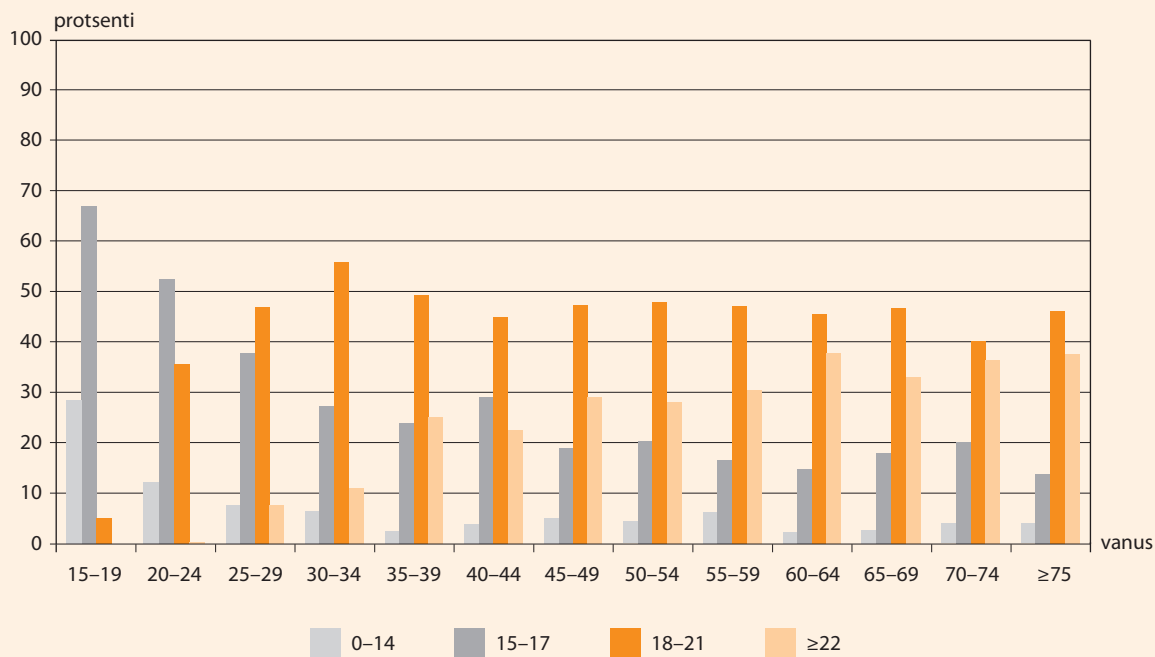
Mõõdukalt alkoholi tarvitavate (st mitte riskitarvitavate) osakaal on meestel suurim 15–19-aastaste ja üle 70-aastaste seas, kus selliste inimeste osakaal on ligikaudu 21%.

Mõõdukalt alkoholi tarvitavate osakaal 20–69-aastaste meeste seas kõigub vahemikus 7–17%. Naistel kõigub alkoholi mõõdukalt tarvitavate osakaal vahemikus 30–48%.

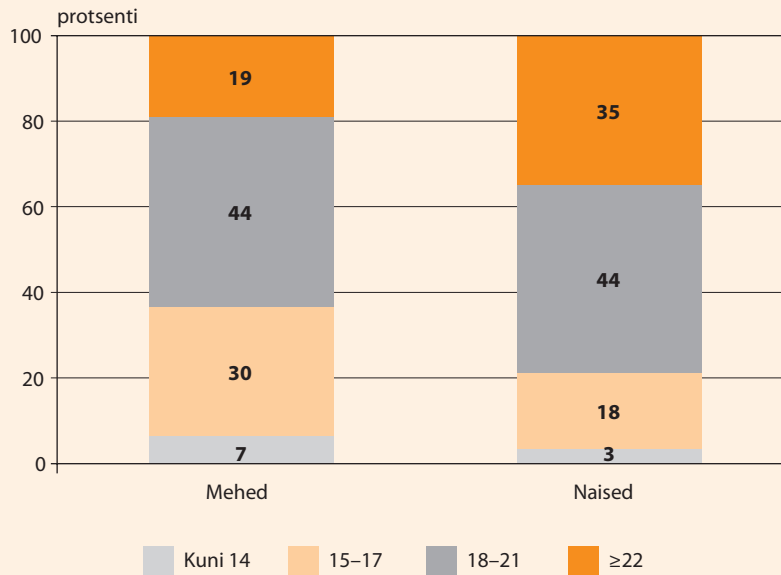
„Eesti terviseuuringu 2006” andmetel on enne 14. eluaastat alkoholi riskitarvitanud ligi 3% üle 75-aastasi ja 28% 15–19-aastasi inimesi (joonis 3), st alkoholi riskitarvitamine on nooremas põlvkonnas üheksa korda levi- num. Kõigi vanuserühmade kokkuvõttes oli uuringus osalenute keskmine vanus alkoholi esmakordsel riskitarvitamisel 19,8 aastat, sealhulgas meestel 19,1 ja naistel 21,3 aastat. Soolised erinevused alkoholi esmakordse riskitarvitamise vanuses tulenevad sellest, et vanuses 0–14 on alkoholi esmakordselt riski- tarvitanud mehi ligikaudu kaks korda enam kui naisi (joonis 4). Meestel on esimest korda alkoholi riskitarvitanute osakaal naistega võr- reldes suurem ka vanuses 15–17 ning alles vanuses 18–21 on esimest korda alkoholi riskitarvitanute osakaal meestel ja naistel võrdne.

Uuringu andmetel on alkoholi esmakordne riskitarvitamine aastatega nihkunud üha noo- remasse ikka ning kõik järgmised põlvkonnad on alustanud alkoholi riskitarvitamist varem

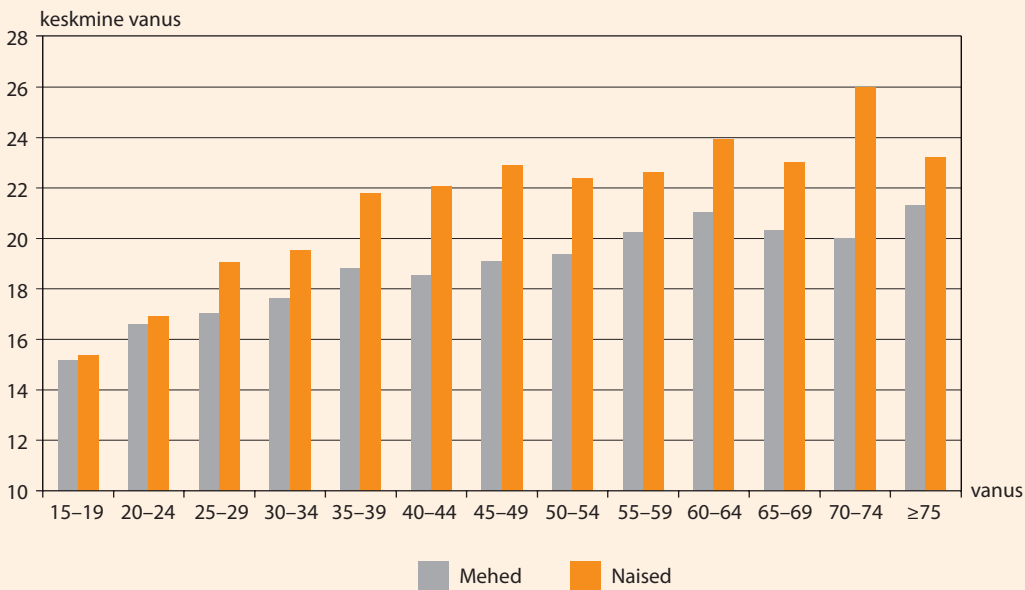
Joonis 3. Esmakordse alkoholi riskitarvitamise jaotus (protsentides) vanuse järgi



Joonis 4. Alkoholi esmakordne riskitarvitamine vanuse ja soo järgi



Joonis 5. Elus esimest korda alkoholi riskitarvitanu keskmine vanus soo järgi



kui nende emad-isad. Meeste seas on alkoholi riskitarvitamise algus nihkunud 6,1 eluaasta võrra nooremisse ikka: 15-19-aastaste seas on esmakordse riskitarvitamise keskmine vanus 15,2 aastat ning üle 75-aastaste seas 21,3 aastat (joonis 5). Naistel on alkoholi esmakordne riskitarvitamine nihkunud 7,9 eluaasta võrra varasemasse ikka. Kokkuvõttes on alkoholi riskitarvitamise algus nihkunud iga aastaga keskmiselt 0,46 eluaasta võrra ettepoole. Lisaks on pidevalt vähe-

nenud meeste ja naiste vahelised alkoholi esmakordse riskitarvitamise vanuselised erinevused. Kui üle 75-aastaste seas olid mehed alkoholi esimest korda riskitarvitanud keskmiselt 1,9 aastat nooremana kui naised, siis 15-19-aastaste seas soolised erinevused peaaegu puuduvad.

Esimest korda alkoholi riskitarvitanute keskmist vanust mõjutab peale tervisekäitumise muutumise kindlasti ka see, et aja möödudes

võib uuringu ajal vanuserühma 15–19-aastasi alkoholi riskitarvitajaid lisanduda, mistõttu võib tõusta vanuserühma keskmine esmakordselt alkoholi riskitarvitamise vanus. Näiteks võib uuringu tegemise ajal 15-aastane olnud inimene alkoholi esmakordselt elus riskitarvitada 17-aastaselt, st uuringu ajal ei olnud ta seda veel teinud. Samuti on vanemates vanuserühmades kõige varem alkoholi riskitarvitamist alustanud suurenenud suremusrisk, mille tagajärjel võib selliste inimeste osakaal olla nende varase surma tõttu käesoleva uuringu andmestikus tegelikult väiksem. Siiski kinnitavad alkoholi riskitarvitamise üha varasemasse ikka nihkumist ka eelmised samalaadsed uuringud (Aasvee ja Maser 2009).

Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uurin-gute põhjal on kooliõpilaste regulaarne alkoholi tarvitamine saagenud ning esmakordne alkoholijoove on nihkunud üha varase-

masse ikka (*ibid.*). 2001/2002. õppeaastal oli 15-aastastest poistest olnud oma 13. eluaastaks vähemalt kord elus joores 32% ja sama vanadest tüdrukutest 17%. Sama uuringu järgmises etapis 2005/2006. õppeaastal oli 13. eluaastaks vähemalt korra joores olnud juba 35% 15-aastasi poisse ja 21% tüdrukuid, mis on tunduvalt enam kui teistes EL-i riiki-des (*ibid.*).

Alkoholi tarvitamise teema kokkuvõtteks võib öelda, et naiste hulgas on alkoholi riskitarvitajate osakaal kõigi alkoholitarvitajate seas tunduvalt väiksem kui meestel. Samas kasvab noorte seas alkoholi tarvitajate ja joores olnute hulk ning alkoholi esmakordne riskitarvitamine nihkub üha varasemasse ikka. Viimati mainitud muutus on naiste hulgas kulgenud kiiremini ning praeguseks on naiste ja meeste (tüdrukute ja poiste) alkoholi esmakordse riskitarvitamise vanus peaaegu võrd-sustunud.

2. Alkohol ja lapsepõlvkodu

Inimese kasvukeskkond, ennekõike lapsepõlvkodu, mõjutab märkimisväärselt tema väärtushinnangute ja käitumise kujunemist. Teemalehe teine peatükk annab ülevaate alkoholi tarvitamisest Eesti elanike lapsepõlvkodudes ning vaatleb hilisemas elus alkoholi tarvitamise malle sellest lähtuvalt.

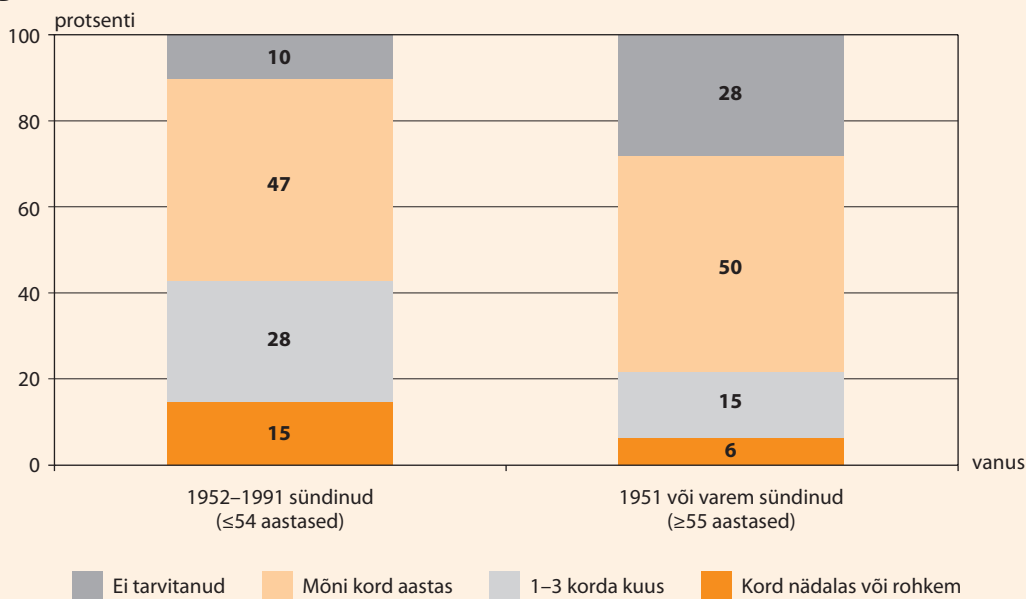
Aastatel 1952–1991 sündinute (alla 55-aastaste vanuserühm) peredest 90%-s tarvitati alkoholi, samas kui aastal 1951 või varem sündinute (55-aastased või vanemad) peredest tarvitati alkoholi vaid 72% peredes (joonis 6). Seega on nende perioodide võrdluses alkoholi tarvitanud perede osakaal kasvanud, kuid alkoholi mittetarvitanud perede osakaal ligikaudu kolm korda kahanenud. Sealjuures on tähelepanuväärne, et selle ajaga on enam kui kahekordistunud nende perede osakaal, kus alkoholi tarvitatakse vähemalt kord nädalas. Nii tarvitab enne 1952. aastat sündinute (55-aastased või vanemad) puhul vähemalt

korra nädalas alkoholi 6% peresid, ent hiljem sündinute puhul juba 15% peresid. Samade sünnipõlvkondade võrdluses tuleb lisaks välja see, et selle ajaga on alkoholi mittetarvitavate perede osakaal vähenenud algselt 28%-lt 10%-le. Eraldi väärib tähelepanu tõsiasi, et see kahanemine on tulnud eelkõige sagedasti alkoholi tarvitavate perede arvu suurenemise arvelt. Mõni kord aastas alkoholi tarvitavate perede osakaal (u 50%) on püsitud stabiilne.

Elmiste uuringute andmetel on alkoholisõltuvusega vanemate lastel 5,1 korda suurem tõenäosus alkoholi- ja uimastisõltuvuse tekkeks võrreldes ilma alkoholisõltuvuseta vanemate lastega (Chassin *el al.* 1991). 2006. aasta terviseuuringu andmetel on 85% alkoholitarvitajaid pärit peredest, kus oli tarvitatud alkoholi (joonis 7). Vähemalt korra kuus alkoholi tarvitanud peredest pärit lastest tarvitab 93% ka ise täiskasvanuna alkoholi ning ainult 7% neist kuulus alkoholi mittetarvitajate hulka.

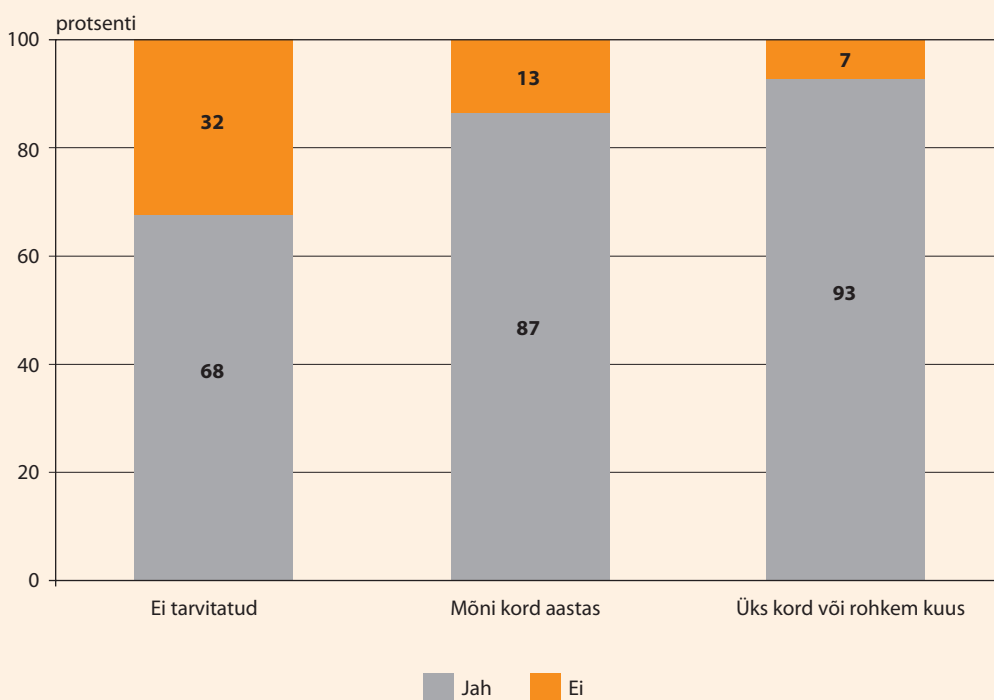
Perede osakaal, kus alkoholi tarvitatakse vähemalt korra nädalas, on peaaegu kahekordistunud ja seda alkoholi mittetarvitavate perede arvelt.

Joonis 6. Alkoholi tarvitamise sagedus lapsepõlvkodus vastaja vanuse järgi



Alkoholi tarvitanud peredest pärit inimestest ei tarvita täiskasvanuna alkoholi 7%, samal ajal kui alkoholi mittetarvitanud peredest pärit inimestest ei tee seda täiskasvanuna 32%.

Joonis 7. Alkoholi tarvitamise sagedus lapsepõlvkodus vastaja alkoholi tarvitamise järgi

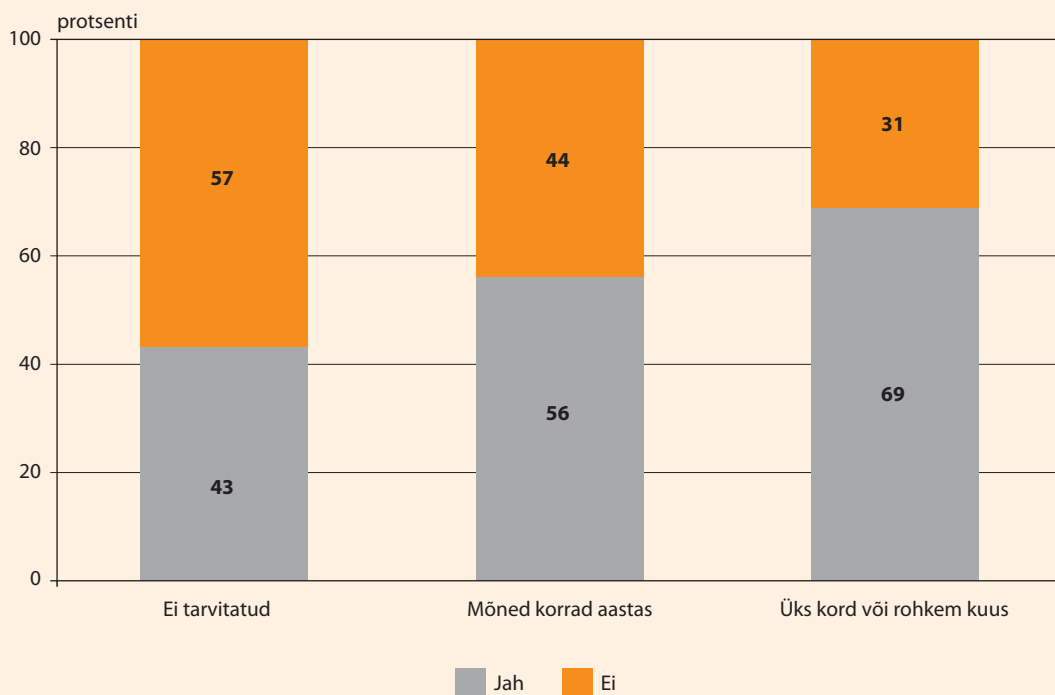


Alkoholi mittetarvitanud peredest pärit laste puhul on olukord teine, nimelt tarvitas 68% neist täiskasvanuna alkoholi ja 32% ei teinud seda.

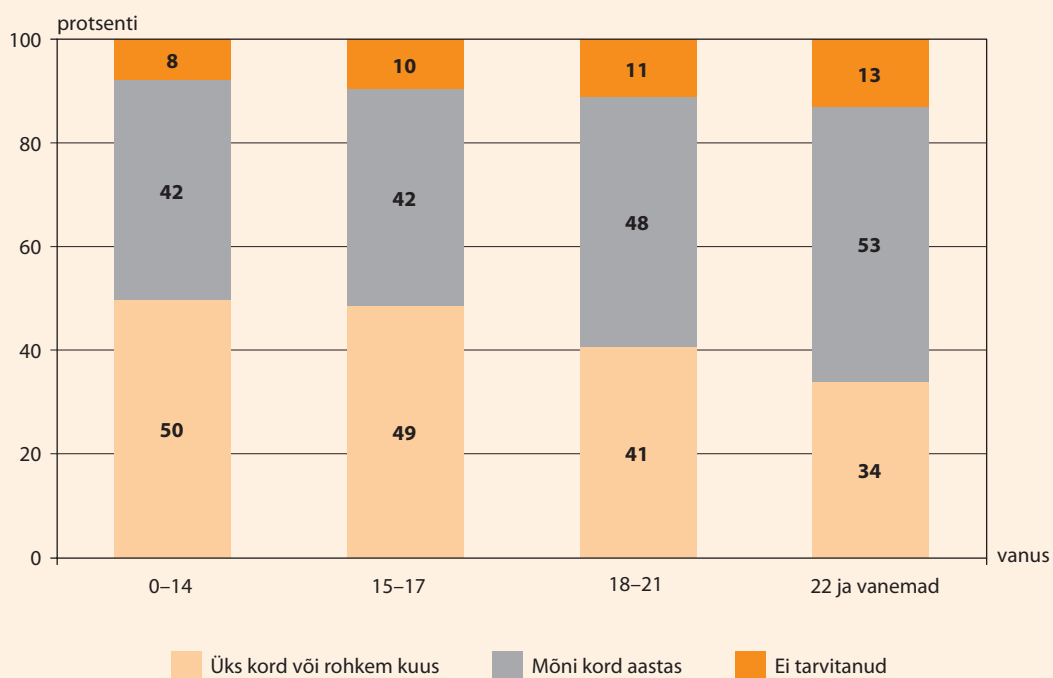
Lisaks on alkoholi tarvitanud peredest pärit 89% vähemalt korra alkoholi riskitarvitanud inimesi. Sealjuures on vähemalt korra kuus alkoholi tarvitanud peredest pärit 69% riski-

tarvitajaid, samas kui 57% neist, kes ei ole alkoholi riskitarvitanud, on pärit peredest, kus alkoholi ei tarvitatud (joonis 8). Alkoholi tarvitamine lapsepõlvkodus mõjutab ka esmakordse riskitarvitamise vanust: 50% enne 14. eluaastat alkoholi riskitarvitanuid pärineb perest, kus alkoholi tarvitati korra kuus või sagedamini (joonis 9). Samas on 13% vanemana kui 22 eluaastat alkoholi esi-

Joonis 8. Alkoholi tarvitamise sagedus lapsepõlvkodus vastaja alkoholi riskitarvitamise järgi



Joonis 9. Alkoholi tarvitamise sagedus lapsepõlvkodus (elus esmakordselt alkoholi riskitarvitamise vanuse järgi)



mest korda riskitarvitavate perest, kus alkoholi ei tarvitatud, ning koguni 66%, kui neile lisada ainult mõni kord aastas alkoholi tarvitavate perest pärit inimesed.

Alkoholi tarvitamine ja lapsepõlvkodu on omavahel tihedalt seotud. Mida sagedamini lapsepõlvkodus alkoholi tarvitatakse, seda suurema tõenäosusega kujuneb lapsest hil-

jem alkoholtarvitaja. Veelgi enam, sage alkoholi tarvitamine lapsepõlvkodus toob kaasa varasema alkoholi riskitarvitamise alguse koos riskitarvitamise suurema ohuga. Samas

sirguvad alkoholi mittetarvitavatest peredest suurema tõenäosusega alkoholi mittetarvitajad või alustavad nad alkoholi tarvitamist hilisemas eas ja väiksemas koguses.

3. Sotsiaal-majanduslik seisund ja alkoholi tarvitamine

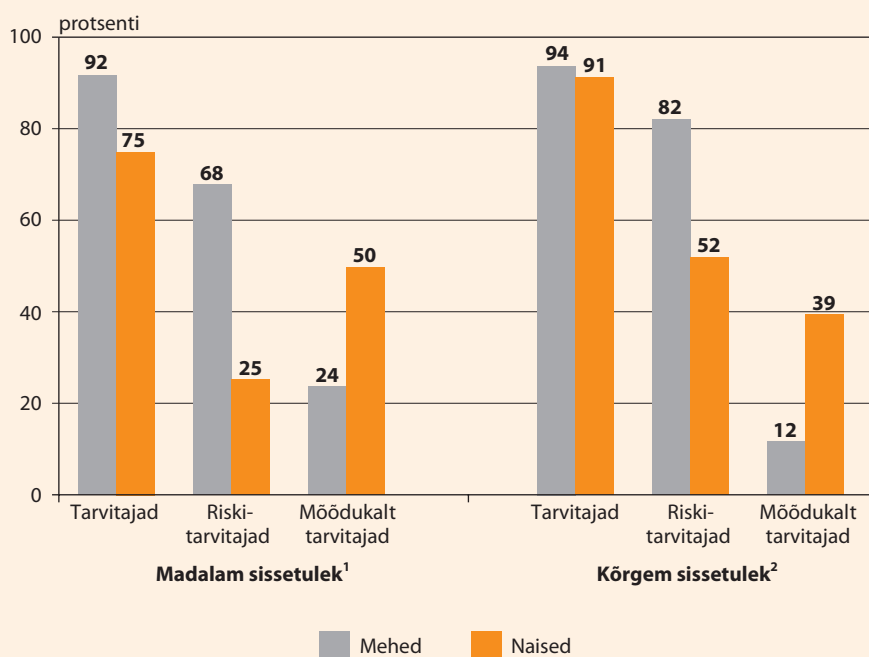
Alkoholi tarvitamise harjumused on seotud sotsiaal-majandusliku staatusega. Ühelt poolt tagab kõrgem staatus suurema teadlikkuse alkoholist tulenevatest terviseriskidest ja võimalused neid teadmisi rakendada. Teisalt võib inimese enda alkoholi tarvitamine või selle tarvitamine tema lapsepõlvkodus põhjustada madala sotsiaal-majandusliku staatuse ja madala haridustaseme (Van Oers *et al.* 1999). Teemalehe kolmandas osas kasutatakse sotsiaal-majandusliku staatuse näitajatena sissetulekut ja haridustaset.

Suurema sissetulekuga rahvastikurühmade seas oli 2006. aasta terviseuuringu andmetel rohkem alkoholi tarvitajaid ja riskitarvita-

nuid ning vähem alkoholi mõõdukalt tarvitajaid kui madalama sissetulekuga rahvastikurühmas. Üle 10 000-kroonise (639-eurose) kuusissetulekuga inimeste seas oli elu jooksul alkoholi tarvitajaid 93%, riskitarvitajaid 74% ja mõõdukalt tarvitajaid 19%, samas kui alla 6000-kroonise (384-eurose) kuusissetulekuga inimeste seas olid vastavad osakaalud 82%, 42% ja 39%. Üks sellise tulemuse võimalik põhjus on muu hulgas see, et kõrgem sissetulek tagab suurema võime osta alkohoolseid jooke ehk need on rahaliselt kättesaadavamad. Kõrgema sissetulekuga meeste seas ulatub vähemalt korra elus alkoholi tarvitajate osakaal ligikaudu 94%-ni ja riskitarvitajate osakaal 82%-ni (joonis 10). Ka naiste

Alkoholi tarvitajaid ja riskitarvitajaid on kõrgema sissetulekuga elanike hulgas rohkem kui madalama sissetulekuga elanike seas.

Joonis 10. Alkoholi tarvitajate, riskitarvitajate ja mõõdukalt tarvitajate (v.a riskitarvitajate) jagunemine soo ja sissetuleku järgi



¹ Sissetulek kuus on alla 6000 krooni (384 euro).

² Sissetulek kuus on vähemalt 10 000 krooni (639 eurot).

Kõrgema haridustasemega inimeste hulgas on alkoholi tarvitamine ja riskitarvitamine levinum kui madalama haridustasemega inimeste hulgas.

puhul on alkoholi tarvitavate ja riskitarvitavate osakaal suurema sissetulekuga inimeste seas kõrgem. Huvitav on asjaolu, et soolised erinevused tarvitavate ja riskitarvitavate osakaalude vahel on kõrgema sissetulekuga rühmas väiksemad. Madalama sissetulekuga rühmas on vähemalt korra elus alkoholi riskitarvitavate naiste osakaal ligikaudu 41% võrra väiksem kui meestel. Samas on mõõdukalt alkoholi tarvitavate osakaal nii kõrgema kui ka madalama sissetulekuga rühmades naistel tunduvalt suurem kui meestel, vastavalt 28% ja 26%. Eelnevalt kirjeldatud mustrid püsivad kõigis vanuserühmades.

ringu põhjal ei ole võimalik tarvitatud absoluutalkoholi koguseid arvutada.

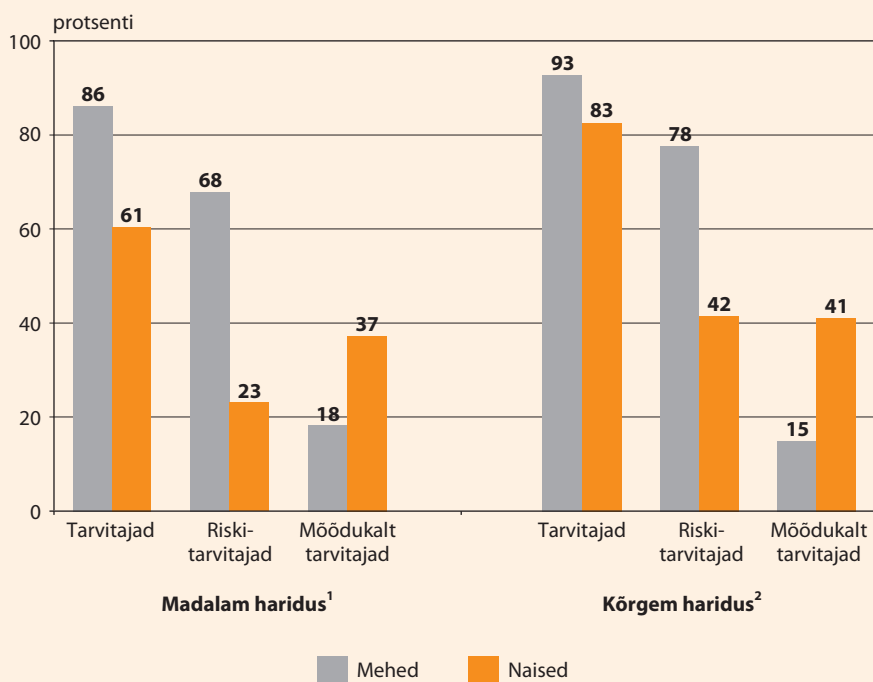
Kõrgema haridustasemega (vähemalt rakenduskõrgharidusega) inimeste seas on vähemalt korra elus alkoholi tarvitavate 93% ja riskitarvitavate 78%, samas kui algharidusega inimeste hulgas olid vastavad näitajad 86% ja 68%. Soolised erinevused alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise vahel on madalama haridustasemega inimeste hulgas palju suuremad kui kõrgema haridustasemega inimeste hulgas. Näiteks on alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise levimus madalama haridustasemega naistel vastavalt 18% ja 45% väiksem kui meestel (joonis 11). Samas on madalama haridustasemega meeste seas rohkem mõõdukalt alkoholi tarvitajaid (st riskitarvitajate osakaal on väikesem) kui kõrgema haridustasemega meeste seas. Naistel on see seos vastupidine: madalama haridustasemega naiste seas on alkoholi riskitarvitajate osakaal väiksem kui kõrgema haridustasemega naiste seas.

Kõrgema sissetulekuga inimesed riskitarvitavad alkoholi harvemini kui madalama sissetulekuga isikud.

Alkoholi tarvitamise sagedus küsitlemisele eelnenud neljal nädalal oli kõrgema sissetulekuga inimestel suurem (alkoholi tarvitati keskmiselt 5,1 päeval) kui madala sissetulekuga inimestel (keskmiselt 3,8 päeval). Sealjuures oli ainult mõni kord aastas alkoholi riskitarvitavate inimeste osakaal madalama ja kõrgema sissetulekuga rühmas sarnane, vastavalt 48% ja 41%. Siiski ei ole võimalik öelda, kas kõrgema sissetulekuga rühmas on peale alkoholi sagedasema tarvitamise suuremad ka tarvitatud kogused, sest 2006. a terviseuu-

Alkoholi tarvitamise keskmine sagedus küsitlusele eelnenud neljal nädalal on suurem

Joonis 11. Alkoholi tarvitajate, riskitarvitajate ja mõõdukalt tarvitajate (v.a riskitarvitajate) jagunemine soo ja haridustaseme järgi



¹ Madalam haridus – kuni algharidus.

² Kõrgem haridus – vähemalt rakenduskõrgharidus.

madalama haridustasemega inimestel: alkoholi tarvitati keskmiselt 7 päeval võrreldes 5,2 päevaga kõrgema haridustasemega inimeste seas. Osaliselt on see tingitud sellest, et kõrgema haridusega alkoholitartitajatest tarbib koguni 57% alkoholi ainult mõni kord aastas (madalama haridusega inimeste vastav näitaja on 32%).

Sissetuleku ja hariduse arvestuses muutuvad ka alkohoolsete jookide tüübi eelistused: kõrgema sissetulekuga inimesed tarvitavad eelkõige lahjat alkoholi (veini ja õlut), kuid madalama sissetulekuga inimesed eelistavad kanget alkoholi. Näiteks tarvitab õlut 66% kõrgema sissetulekurühma liikmeid ja 39% madalamasse sissetulekurühma kuuluvaid inimesi. Peaaegu iga päev kanget alkoholi tarvitavate inimeste osakaal oli madalama sissetulekuga rühmas 2% ja kõrgema sissetulekuga rühmas 0%. Sarnaselt eelnevaga eelistavad ka kõrgema haridustasemega inimesed lahjemaid alkohoolseid jooke ja madalama sisse-

tulekuga inimesed kangeid. Erandiks on õlu, mida tarbis 49% kõrgema ja 45% madalama haridustasemega inimesi. Kõrgema haridustasemega rühmas on eelistatuim alkohoolne jook vein (60% selle haridusrühma liikmeid tarvitab veini), samas kui madalama haridustasemega rühmas tarvitatakse enim kangeid alkohoolseid jooke (71% juhtudest).

Sotsiaal-majanduslike tegurite ja alkoholi teema kokkuvõtteks võib öelda, et sissetuleku ja haridustaseme tõusuga kaasneb alkoholi tarvitamise ja riskitarvitamise laiem levik. Samas on suur osa sellest laiemast levikust tõenäoliselt tingitud alkoholi ainult mõni kord aastas tarvitavate inimeste suuremast osakaalust kõrgema sissetuleku ja kõrgema haridustasemega rühmades. Samuti eelistavad mainitud rühmade liikmed eelkõige lahjemaid alkohoolseid jooke. Siiski ei ole teada, kummas rühmas tarvitatakse koguseliselt enam alkoholi, sest 2006. aasta terviseuuringu andmestik ei võimalda seda välja selgitada.

Kõrgema sissetulekuga inimesed tarvitavad eelkõige lahjemaid alkohoolseid jooke, nagu õlu ja vein.

Madalama haridustasemega inimesed tarvitavad suuremal määral kanget alkoholi.

4. Alkoholi ja tervishoiuteenuste kasutamine

Alkoholi tarvitamist seostatakse üle 60 haiguse tekkega (McKee *et al.* 2000), mis omakorda mõjutavad inimeste tervisehinnangut ja tervishoiuteenuste kasutamist. 2006. aasta terviseuuringu andmetel oli oma tervist heaks hindavate inimeste osakaal küsitlusele eelnenud 12 kuul alkoholi riskitarvitanud inimeste hulgas suurem (52%) kui nende seas, kes ei olnud alkoholi riskitarvitanud (35%) (joonis 12). Samuti hindasid alkoholi riskitarvitanud oma tervist vähem halvaks (7%) kui mitte riskitarvitanud (22%). Kui võtta arvesse ka alkoholi tarvitamise sagedus küsitlusele eelnenud 12 kuu vältel, on pilt ootuspärane: üksnes 26% suurima riskitarvitamise sagedusega inimesi pidas oma tervist vähemalt heaks, samas kui väikseima riskitarvitamise sagedusega inimestest andis sama hinnangu 54%. Sarnaselt olid kõige sagedasemate riskitarvitajate seas suurima osakaaluga oma tervist halvaks või väga halvaks hindavad inimesed (26%), mis ületas harva (mõni kord aastas) riskitarvita-

jate rühma vastava näitaja viis korda. Sealjuures oli murdepunktiks alkoholi tarvitamine kolm või enam korda nädalas, millest alates halvenes hinnang oma tervisele kiiresti.

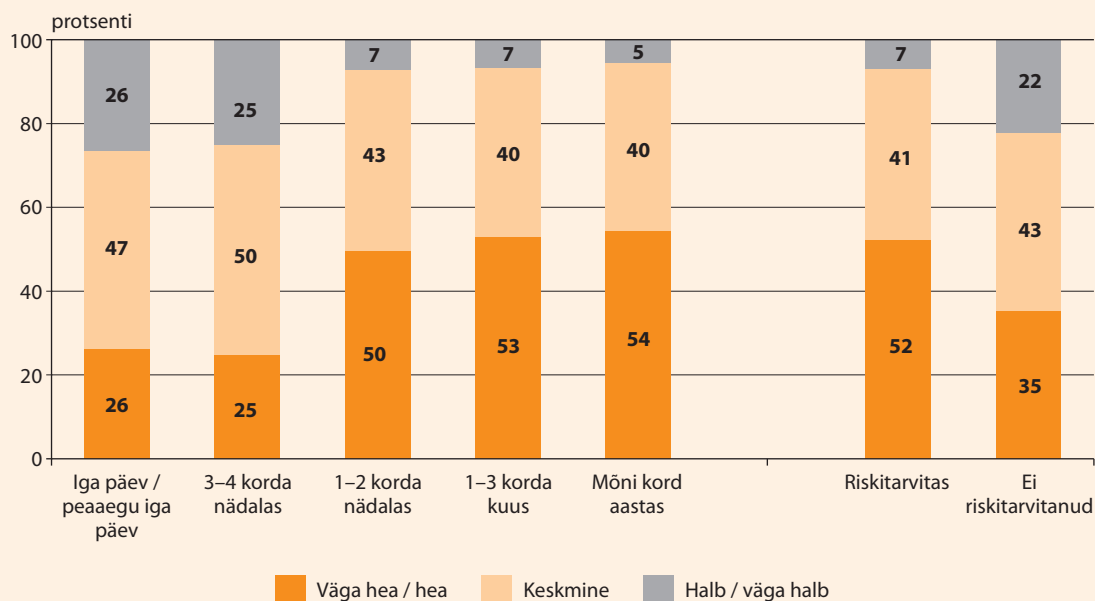
Terviseprobleemide tekkimise järel on inimese esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemis enamasti perearst, kes vajaduse korral suunab ta edasi eriarsti vastuvõtule või haiglaravile. Teine peamine esmakontakti koht tervishoius on kiirabi. Samuti on võimalik pöörduda otse haiglate erakorralise meditsiini osakonda või teatud erialade puhul ka eriarsti vastuvõtule ilma perearsti suunamiseta.

2006. aasta terviseuuringu andmetel suurenes perearsti poole pöördunute ja haiglaravil viibinute osakaal koos alkoholi riskitarvitamise sageduse kasvuga. Mõni kord aastas alkoholi riskitarvitanutest on ainult 10% olnud küsitlusele eelnenud ajal haiglaravil, ent üle nelja korra nädalas alkoholi riskitarvitanud ini-

Mida sagedamini alkoholi riskitarvitatakse, seda halvemaks oma tervist hinnatakse.

Kiirabilt on abi saanud 46% alkoholi riskitarvitanuid ja 12% neist, kes ei riskitarvita alkoholi.

Joonis 12. Hinnang tervisele viimase 12 kuu vältel alkoholi riskitarvitajate ja alkoholi riskitarvitamise sageduse järgi



Alkoholi riskitarvitajad pöörduvad tervishoiusüsteemi poole vigastuste ja mürgistuste tõttu sagedamini kui need, kes ei riskitarvita alkoholi.

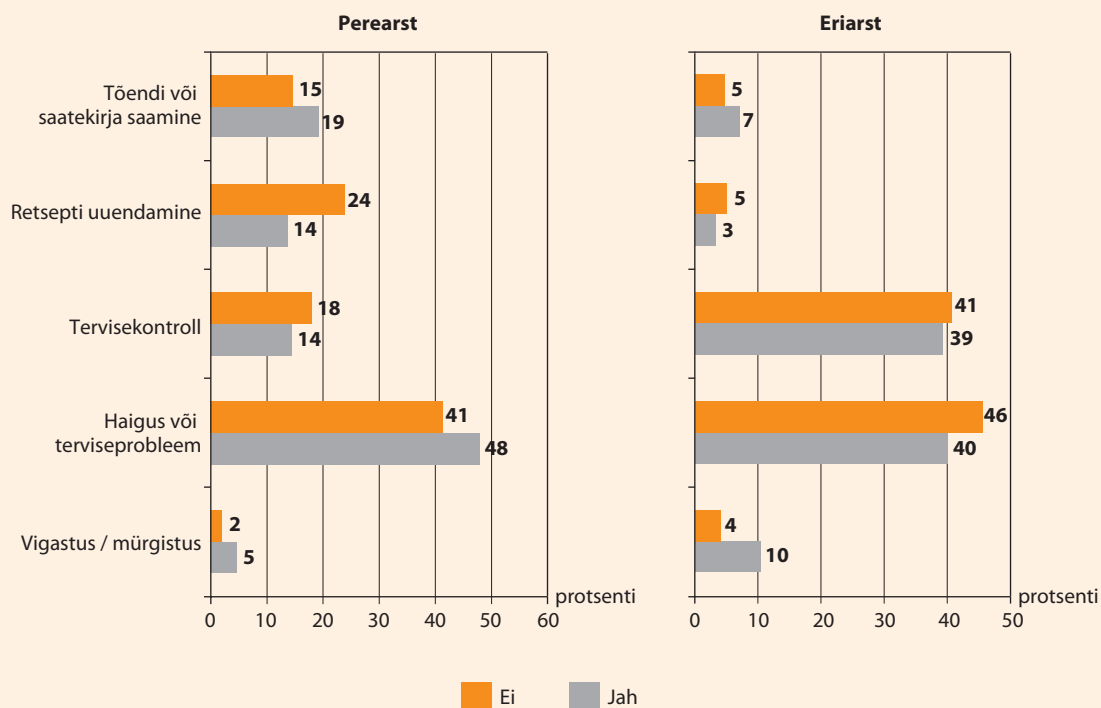
Tabel 1. Viimasel 12 kuul alkoholi riskitarvitamise sagedus ning perearsti, eriarsti ja kiirabi külastamine või haiglaravil viibimine

Kas olete viimasel 12 kuul käinud ... juures / olnud ...				
	perearsti	eriarsti	kiirabis	haiglaravil
Viimasel 12 kuul alkoholi riskitarvitamise sagedus				
Iga päev / peaaegu iga päev	91	36	5	24
3–4 korda nädalas	92	54	9	16
1–2 korda nädalas	86	52	12	13
1–3 korda kuus	88	54	8	10
Mõni kord aastas	86	63	6	10

mestest oli haiglaravil viibinud 24% (tabel 1). Riskitarvitamise suurenedes kasvas just haiglaravi saanute osakaal, samas kui kiirabisse pöördumise puhul sellist kasvu ei esinenud. See viitab käesoleval juhul tõenäoliselt asjaolule, et alkoholi sagedasel riskitarvitajal on perearsti poole pöördudes suurem tõenäosus, et ta suunatakse haiglasse. Samuti võib alkoholi sagedasel riskitarvitajal olla haiglaravile sattudes suurem roll pöörduda iseseisvalt erakorralise meditsiini osakonda. Siiski ilmneb üksnes mehi vaadates, et küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul kasutas kiirabi teenuseid alkoholi riskitarvitajatest 46% ja alkoholi mitte riskitarvitajatest 12%.

Alkoholi riskitarvitajate pöördumise tervishoiusüsteemi on teiste patsientidega võrreldes sagedamini põhjustanud vigastused ja mürgistused, samas kui alkoholi mõõdukalt tarvitavatel inimestel on pöördumise põhjuste seas ülekaalus näiteks tervisekontroll ja retsepti uuendamine (joonis 13). Nimelt pöördub alkoholi riskitarvitajatest 5% perearsti ja 10% eriarsti poole vigastuse või mürgistuse tõttu, ent alkoholi mõõdukalt tarvitajatest ainult vastavalt 2% ja 4%. Perearsti poole pöördumise peamised põhjused on mõlemas rühmas siiski sarnased, kuid ka siin on alkoholi riskitarvitajatel terviseprobleemid tähtsam ning rutiinne tervisekontroll vähem tähtis põhjus kui neil, kes tarvitavad alkoholi mõõdukalt.

Joonis 13. Viimasel 12 kuul perearsti ja eriarsti külastamise põhjused alkoholi riskitarvitamise järgi



Käesoleva peatüki kokkuvõttes tuleb tõdeda, et alkoholi riskitarvitamise sagenemisega kaasneb tervise ja tervisehinnangute halvenemine. See omakorda põhjustab tervishoiuteenuste ja eriti haiglaraviteenuse enama kasutamise. Ka perearsti juures käivad alkoholi riskitarvitajad sagedamini ning tervisekontrolli või mõne muu lihtsa küsimuse lahendamise asemel on sagedamini põhjuseks terviseprobleem või vigastus.

Kokkuvõte

„Eesti terviseuuringu 2006” andmetel on 85% Eesti 15–84-aastasi elanikke vähemalt korra elus alkoholi tarvitanud ja 59% neist riskitarvitanud. Meeste seas on nii alkoholi tarvitajate kui ka riskitarvitajate osakaal naistega võrreldes suurem, vastavalt 92% ja 77%. Kõigist alkoholitartvitajatest 69% on alkoholi ka riskitarvitanud: meestel on see näitaja 84% ja naistel 49%. Kui analüüsida alkoholi esmakordset riskitarvitamist uuringupõlvkondade järgi, ilmneb, et keskmine vanus alkoholi esmakordsel riskitarvitamisel on langenud 21,3 eluaastalt 15,2 eluaastale (võrreldes vähemalt 75-aastasi 15–19-aastastega). Sama ajavahemiku vältel on ühtlasi pidevalt kasvanud alkoholi tarvitajate ja riskitarvitajate osakaal rahvastikus ning ligikaudu kolm korda on kahanenud perede osakaal, kus alkoholi üldse ei tarvitata.

57% uuringu ajal alkoholi veel mittetarvitanud inimesi pärines peredest, kus alkoholi ei tarvitatud. Samas moodustasid korra kuus või sagedamini alkoholi tarvitanud peredest pärit inimesed 36% alkoholi tarvitajatest ja 42% riskitarvitajatest. Sellistest peredest olid pärit ka pooled neist, kes olid alkoholi esimest korda riskitarvitanud enne 14. eluaastat.

Kõrgema sissetuleku ja kõrgema haridustasemega inimeste seas on rohkem neid, kes on vähemalt korra elus alkoholi tarvitanud või riskitarvitanud. Samas on nad alkoholi riskitarvitanud sageli ainult mõni kord aastas – madalama sissetuleku ja madalama haridustasemega inimeste seas on riskitarvitamine sagedasem. Lisaks tarvitavad kõrgema sissetuleku ja kõrgema haridustasemega inimesed pigem lahjemaid alkohoolseid jooke, samas kui madalama sissetuleku ja madalama haridustasemega inimesed eelistavad sagedamini kanget alkoholi. Paraku ei võimalda 2006. a terviseuuringu andmed täpselt mõõta tarvitatava absoluutse alkoholi koguseid ega ka seda, kas need on suuremad kõrgema või madalama sissetuleku ja haridustasemega inimeste seas.

Alkoholi tarvitamine on seotud üle 60 haiguse tekkega, mis kajastub ka inimeste tervisehin-

nangu halvenemises alkoholi riskitarvitamise sageduses. Andmestiku järgi on kriitiline piir kolm või enam alkoholi riskitarvitamise korda nädalas, sest selle järel asendub tervisehinnangu mõõdukas halvenemine kiire halvenemisega. Tervise ja tervisehinnangu halvenemine peegeldub ühtlasi perearstiteenuse ja haiglaravi enamas kasutamises, mis sagedusega koos alkoholi riskitarvitamise sagedusega. Samuti asenduvad arsti poole või haiglasse pöördumise sellised tavapõhjused nagu tervisekontroll ja retsepti uuendamine osaliselt pöördumistega terviseprobleemi, vigastuse või mürgistuse tõttu.

Kokkuvõttes on alkoholi riskitarvitamise ennetustegevuste kavandamisel oluline silmas pidada, et lapsevanemate alkoholitartvitamise harjumused mõjutavad suurel määral laste vastavate harjumuste kujunemist. Peab arvestama, et hoolimata lahjade alkohoolsete jookide eelistamisest kõrgema sissetuleku ja kõrgema haridustasemega inimeste seas on alkoholi tarvitamise üldine sagedus nendes rühmades suur ning alkoholi riskitarvitamisest tingitud tervisekahjud võivad olla sama ulatuslikud kui teistes rahvastikurühmades.

Kindlasti tasub panustada regulaarse tervisekontrolli võimaluste ja sellealase teadlikkuse kasvatamisse, et tuvastada alkoholi riskitarvitamisega seotud terviseprobleeme võimalikult varakult ning vähendada sellega vajadust alkoholi riskitarvitamisest tingitud haiglaravi järele. Uuringud on osutanud, et alkoholi kahjulikkusest teavitamine ja sellealase hariduse edendamine on tähtis osa üldises teadlikkuse suurendamises alkoholist, ent see ei too kaasa käitumismallide püsivat muutumist (World Health Organization 2010. a). Seepärast peab selleks, et inimeste käitumist muuta ja alkoholi tarbimise kahjulikku mõju vähendada, kasutama klassikalisi sekkumisvahendeid, nagu näiteks alkoholiaktsiisi tõstmine, alkoholi reklaami piirangud ning alkoholimüügi aja ja koha piirangud. Nende meetmete rakendamist peaks jätkama ja laiendama (Lai *et al.* 2007; World Health Organization 2009).

Kirjandus

Aasvee, K., Maser, M. (2009). Ülevaade Eesti 2001/2002. ja 2005/2006. õppeaastal toimunud kooliõpilaste tervisekäitumise uuringutest (HBSC uuring) teiste riikide taustal. *Eesti Arst*, 88, 390–401.

Chassin, L., Rogosch, F., Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449–463.

Haapanen-Niemi, N., Miilunpalo, S., Vuori, M., Pasanen, M., Oja, P. (1999). The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. *American Journal of Public Health*, 89, 691–698.

Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Chisholm, D., Baltussen, R. (2007). Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 84 (1), 75–88.

Lai, T., Köhler, K., Rooväli, L. (2010). *Vigastused Eestis*. Sotsiaalministeeriumi toimetised. Tee-maleht. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

McKee, M., Pomerleau, J., Robertson, A., Pudule, I., Grinberga, D., Kadziauskienė, K., Abaravicius, A., Vaask, S. (2000). Alcohol consumption in the Baltic Republics. *J Epidemiol Community Health*, 54, 361–366.

Oja, L., Matsi, A., Leinsalu, M. (2008). *Eesti terviseuuring 2006. Metodoloogiaülevaade*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. http://www2.tai.ee/ETeU/met_51.pdf (25.11.2010).

Van Oers, J. A. M., Boenders, I. M. B., Van der Goor, L. A. M., Garretsen, H. F. L. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 78–88.

World Health Organization. (2010). *European Health for All Database (HFA-DB)*. <http://www.euro.who.int/hfaddb> (25.11.2010).

World Health Organization. (2010a). *European Status Report on Alcohol and Health 2010*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf (25.11.2010).

World Health Organization. (2009). *Evidence for the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Alcohol-Related Harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (1999). *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization. (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Geneva: World Health Organization.

Varem ilmunud toimetised

2010. a ilmunud toimetised:

- 9/2010 Töövaldkonna areng 2009–2010. – Trendide kogumik.
- 8/2010 Eesti tööealise rahvastiku väljarändepotentsiaal aastal 2010. – Poliitikaanalüüs.
- 7/2010 Puuetega täiskasvanute toimetulek ning puudega kaasnev hoolduskoormus. – Poliitikaanalüüs.
- 6/2010 Töötud mitte-eestlased Eesti tööturul. – Teemaleht.
- 5/2010 Pikaajalised töötud Eesti tööturul. – Teemaleht.
- 4/2010 Noored töötud Eesti tööturul. – Teemaleht.
- 3/2010 Sooline võrdõiguslikkus ja ebavõrdsus: hoiakud ja olukord Eestis 2009. aastal. – Poliitikaanalüüs.
- 2/2010 Töötervishoiu ja tööohutuse seadusega tööandjale kaasnevad probleemid. – Poliitikaanalüüs.
- 1/2010 Soolise võrdõiguslikkuse monitoring 2009. – Uuringuraport.

2009. a ilmunud toimetised:

- 5/2009 Vigastused Eestis. – Teemaleht.
- 4/2009 Ühe vanemaga pered: probleemid, vajadused ja poliitikameetmed. – Poliitikaanalüüs.
- 3/2009 Töövaldkonna areng 2008–2009. – Trendide kogumik.
- 2/2009 Mittetavapärane töökorraldus Eesti ettevõtetes. – Poliitikaanalüüs.
- 1/2009 Eesti rahvastiku tervisekaotus. – Teemaleht.

Kõik ilmunud toimetised on Sotsiaalministeeriumi koduleheküljel:
www.sm.ee > Väljaanded > Toimetised

Alkoholi tarvitamine ning selle seosed lapsepõlvekodu ja sotsiaal-majanduslike teguritega

Termineid

- **Alkoholiühik** – üks alkoholiühik on võrdne 10 mg puhta alkoholiga ehk 4 cl viinaga.
- **Alkoholi tarvitamine** – inimene on vähemalt korra elus tarvitanud korraga üle ühe ühiku alkoholi (st üle 10 mg puhast alkoholi ehk üle 4 cl viina).
- **Alkoholi riskitarvitamine** – inimene tarvitab korraga üle viie ühiku alkoholi (st üle 50 mg puhast alkoholi ehk üle 20 cl viina). Seda nimetatakse ka suurendatud riskimääraga alkoholi korraga tarvitamiseks (Oja *et al.* 2008).
- **Alkoholi mõõdukas tarvitamine** – alkoholi tarvitanud inimene, kes ei ole alkoholi riskitarvitanud (vaata termineid alkoholi tarvitamine ja alkoholi riskitarvitamine).

Teemaleht on Sotsiaalministeeriumi toimetiste sari, mille eesmärk on anda lühiülevaateid ja suundumuste kirjeldusi ühel konkreetsel sotsiaal-, töö- ja tervise poliitikaga seotud teemal ning seeläbi aidata kaasa teadmistepõhise poliitika kujundamisele.