

## Tervisekäitumine ja vaimne tervis on kujundatud ümbritseva keskkonna pakutavate ressursside ning käitumuslike valikute ja võimaluste koosmõjus.

Kui eelnevast võib järeldada, et rohkem riskikäitumist tähendab suuremat tõenäosust vaimse tervise probleemide esinemiseks, siis lisaks tuleb arvestada nii demograafilise kui ka sotsiaal-majandusliku variatsiooniga. Kui enesehinnangulistest andmetes esineb vaimse tervise probleeme rohkem naistel ja sagedamini nooremates vanuserühmades, on vaimse tervise probleeme märgatavalt enam ka madalama sisetuleku korral. Ühtlasi suurendab kehv sotsiaal-majanduslik staatus nii tervist kahjustava käitumise kui ka vaimse tervise probleemi riski. Eriti silmatorkav on see riskikäitumise järgi kihitatud ana-

lüüsis, kus madala sotsiaal-majandusliku staatusega kaasnes enam kui 2 korda suurem šanss mitme vaimse tervise probleemi esinemiseks ka siis, kui käitumuslikke riskitegureid ei esinenud. Mõningaid erinevusi vaimse tervise näitajates ilmnes ka regionaalses vaates, kuid need maakondlikud variatsioonid stressi, üleväsimuse, depressiivsuse ja enesetapumõtete keskvaartustes on tervikuna vähesed.

Seega, eluviisi ja vaimse tervise seos täiskasvanutel on ilmne. Selle mitmetahulised ebavõrdsuse mustrid aga rõhutavad, et tervisest tuleb mõelda kui ressursist, mis ei jagune ühetaoliselt. Arvestades erinevaid viise, kuidas meid ümbritsevad keskkonnad toodavad individuaalseid erinevusi tervises, tuleb tõstatada küsimus: mil määral sõltub eluviis meie endi valikutest ja mil määral meie võimalustest? Kas ja kuidas suudame riskikäitumise ja vaimse tervise seonduvaid rahvatervishoiu probleeme ühiskonnas ennetada ja leevendada, sõltub suuresti selle küsimuse vastusest. ●

### VIIDATUD ALLIKAD

Alwan, A., MacLean, D. R., Riley, L. M., d'Espaignet, E. T., Mathers, C. D., Stevens, G. A., Bettcher, D. 2010. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. – *Lancet*, 376:1861–1868. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61853-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61853-3).

Reile, R., Leinsalu, M. 2019. Factors associated with improving diet and physical activity among persons with excess body weight. – *European Journal of Public Health*, 29(6), 1166–1171. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz170>.

Reile, R., Veideman, T. 2021. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. Tervise Arengu Instituut. [https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020\\_kogumik.pdf](https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf).

## 2.4

### Elukaarevaade eluviisi ja vaimse tervise seoste vanemas eas

LIILI ABULADZE JA LUULE SAKKEUS

#### PÕHISÕNUM

Vanemaealiste depressiivsuse sümptomid tekivad peamiselt hiljutiste või olemasolevate terviseprobleemide ja tegevuspiirangute tõttu. Täiskasvanuea tingimused ei näi puhverdavat lapsepõlvetingimuste mõju tervisele hilisemas eas eelkõige naiste puhul. Seega, vanemaealiste parem sotsiaalne ja füüsiline kaasamine ühiskonnaellu, olenemata terviseprobleemidest, aitaks kaasa ka vaimse tervise parandamisele vanemas eas.

#### SISSEJUHATUS

Vaimne tervis moodustab olulise komponendi üldisest tervise seisundist ning heaolust, mõjutades tahte- ja tegutsemisvõimet, toimetulekut igapäevaeluga ning eluga rahulolu. Vaimse tervise probleemid esinevad sagedamini noores (teisme) eas ning taas kõrgemas vanuses (WHO 2017; Laidra 2016).

Vaimse tervise häirete sagenemisel kõrgemas vanuses võivad olla erinevad põhjused. Elukaare lähenemine pakub kõige terviklikumat seletust, sidudes elus toimuva vanusspetsiifiliste muutuste ning ajalise ja sotsiaalse dimensiooniga (Elder jt 2003). See tähendab, et teatud vanuses on tõenäolisemad mingisugused elusündmused, mis oma ajastatuse ja järjestuse kaudu mõjutavad ka vaimset tervist. Vananemine või vanemaks saamine ise ei pruugi olla kuidagi masendav protsess. Elukaare lähenemise järgi mõjutab indiviidi tervist varasemas elus kogetu –

liiga palju negatiivseid, ebasoodsaid või ülejäänud ühiskonnaga võrreldes ebatüüpilisi tingimusi või sündmusi võivad kuhjades viia halvema terviseni.

#### Teatud vanuses on tõenäolisemad mingisugused elusündmused, mis oma ajastatuse ja järjestuse kaudu mõjutavad ka vaimset tervist.

Tervist mõjutavaid elukaaremehhanisme on erinevaid (Pearlin jt 2005). Esiteks võivad elu jooksul sotsiaalsete rollide ja positsiooni omandamise viisid erineda, olenedes inimese perekonna päritolust ja lapsepõlvkodu tingimustest, aga ka naabruskonnast, kus elatakse või kus üles kasvati. Need minevikutegurid võivad tervist

---

## **Elukaare lähenemine aitab selgitada ebavõrdsust tervises – elu algusest (või varemgi) haavatavust rohkem kogunud inimestel kuhjuvad sotsiaalsed ja majanduslikud riskitegurid ülejäänud elu jooksul, võimendades tervise seisundi ebavõrdsust ka hilisemas elus.**

---

mõjutada vajalikule informatsioonile ja ressurssidele ligipääsu piiramise kaudu. Samuti võib raskuste pidev või korduv kogemine sellistes peamistes elusfäärides nagu perekond või tööelu mõjutada tervist negatiivselt kuhjumise kaudu. Pidev majanduslik haavatavus või korduv oht identiteedile võivad tervist mõjutada pikaajalise püsimise kaudu. Kroonilist stressi ja pingeid võib tekitada ka varane traumakogemus. Traumast tulenevad teisesed stressitekitajad ja nende traumajärgne tõenäolisem kogemine võivad mõjutada vaimset tervist hilisemas eas eelkõige kaudsel teel. Samuti võib pingeid tekitada oluliste elusündmuste ajastuse ja järjestuse kõrvalekaldumine tavapärasest, mis võib mõjutada ligipääsu teatud võimalustele elus (nt haridus või tööturg). Elu tavapärase kulgemise katkestused, nagu lahkuminekud, soovimatu töökaotus või ootamatu hoolduskohustus, võivad rängemini mõjutada neid, kel pole uute olukordadega toimetulekuks piisavalt ressursse.

Elukaare lähenemine aitab selgitada ebavõrdsust tervises – elu alguses (või varemgi) haavatavust rohkem kogunud inimestel kuhjuvad sotsiaalsed ja majanduslikud riskitegurid ülejäänud elu jooksul, võimendades tervise seisundi ebavõrdsust ka hilisemas elus. Seega, lisaks inimeste endi vastutust ning isiklike valikuid rõhutavatele en-

netusmeetmetele mängivad tervise parandamises olulist rolli nii riiklikult kui ka kogukondlikult tehtavad sotsiaalsed ja majanduslikud muudatused.

Artikli eesmärk on anda ülevaade 65-aastaste ja vanemate inimeste eluviisi ja vaimse tervise seostest, selgitades vaimse tervise muutusi ning erinevusi vanema ea eluviisitegurite kaudu. Kasutame selleks SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) longituuduuringu andmeid. Selle uuringuga kogutakse Euroopa riikides andmeid individuaalse vananemise, tervise ja tööturult lahkumise kohta.

---

## **Elukaar ja eluviisid**

---

Tervise vaatlemine elukaare perspektiivis võimaldab hinnata ja mõista nii eri eluetappidel kui ka eri ajastutel kogetu mõju hilisemale elule. Paljud varase elu stressi tekitavad kogemused või sündmused võivad tervisele mõju avaldada hilisemas elus. Kui vastavaid stressitekitajaid kogetakse tundlikel või kriitilistel eluperioodidel, siis võivad need mõjutada bioloogilisi stressireguleerimise mehhanisme, närvisüsteemi või geneetilise eelsoodumuse avaldumist stressireaktsioonina (WHO 2014). Samuti võib eluviis muutuda elu erinevatel perioodidel olenevalt ümbritsevast sotsiaalsest keskkonnast ning inimese vajadustest ja võimalustest. Eluviisi aspektist vaatame lähemalt toitumist, kehalist aktiivsust, unehäireid, suitsetamist ning alkoholi

---

## **Eluviis võib elu erinevatel perioodidel muutuda olenevalt ümbritsevast sotsiaalsest keskkonnast ning inimese vajadustest ja võimalustest.**

---

tarbimist – need on peamised tegurid, mis on varasemate teadustööde põhjal olulised vaimse tervise seisukohalt.

Toitumise muutust võib vaadelda elukaare perspektiivist – esiteks kujunevad teatud toiduvaliku hoiakud ja strateegiad välja varases nooruses ning need jäävad elu jooksul üsna stabiilseks (Devine 2005). Teiseks võivad toiduga seotud valikud ja toitumiskäitumine muutuda pöördeliste elusündmuste tagajärjel, kui tekib näiteks suurem vajadus enda või oma lähedaste tervise eest hoolitseda, enesetõhusust parandada dieedivalikute kaudu või ennast toidu kaudu ümber defineerida. Kolmandaks on toiduvalikul oluline toidule omistatav tähendus ning normid, mis võivad erineda või muutuda olenevalt inimese sotsiaalsest paigutusest näiteks sotsiaalse klassi, etnilise rühma, soo või põlvkonna mõttes. Need seosed võivad toimida nii toitumisharjumuse, toidukvaliteedi mõju, erinevatele toitainetele ligipääsu kui ka toidu valmistamiseks kuluva vaba aja olemasolu kaudu. Samuti võivad toitumisharjumused erineda põlvkonniti. Näiteks 20. sajandi algupoolel sündinud inimesed kasvasid üles keskkonnas, kus oli hilisemate põlvkondadega võrreldes vähem toitumisjuhiseid või olid need teistsugused. Juhul kui põlvkonnale iseloomulikud harjumused on piisavalt levinud või vältavad piisavalt pikka aega, võivad need avalduda ka rahvastiku tervisenäitajates.

Kehalist aktiivsust võib mõista (tervise)käitumise või harjumusena – esimene neist rõhutab kognitiivset, emotsionaalset ja tegevuslikku komponenti,

---

## **Uni pakub igapäevaelu probleemidele head leevendust. Samas on unemustri muutused ja halb uni vaimse tervise sage sümptom.**

---

viimase puhul on tegu automaatse ning tihtipeale teadvustamata tegevusega (Hirvensalo ja Lintunen 2011). Elukaare perspektiivist lähtudes on leitud, et lapsepõlve ja teismeeea kehaline aktiivsus ennustab ette täiskasvanuea kehalist aktiivsust, ehkki lisaks lapsepõlvetingimustele mõjutavad täiskasvanu kehalist aktiivsust ka paljud teised tegurid. See seos võib toimida motivatsiooni ja kogemuse tekkimise kaudu. Seos lapsepõlve ja vanema ea kehalise aktiivsusega on aga nõrgem – ilmselt seetõttu, et nende eluperioodide vahele jäävad pikad intervallid. Sellegipoolest võivad varasema elu kehalise aktiivsuse mustrid mõjutada ka hilisema ea kehalist aktiivsust – näiteks oskuste varajase omandamise kaudu. Samuti on uute sotsiaalsete rollide omandamise puhul tõenäolisem muutus ka kehalises aktiivsuses (Hirvensalo ja Lintunen 2011). Pensionilemineku puhul on täheldatud nii kehalise aktiivsuse vähenemist, näiteks tööle ja töölt koju liikumise arvelt, kuid samas on eelnevalt istuva loomuga töötajad selles elufaasis kehaliselt aktiivsemaks muutunud.

Uni pakub igapäevaelu probleemidele head leevendust, kuid seegi võib erineva tausta ja toimetulekustrategiatega inimestel erineda. Üldiselt on kehvema sotsiaal-majandusliku olukorraga inimestel rohkem unehäireid – seda võivad põhjustada nii struktuurilised ebasoodumused, nendega seotud psühholoogiline stress, eluviisitegurid kui ka erinevad teadmised paremast unehügieenist (van de Straat jt 2020). Üldiselt esineb kesk- ja vanemaealistel naistel rohkem unehäireid kui meestel. Kui meestel on unehäired seotud vaid praeguse sotsiaal-majandusliku seisundiga, siis naiste unehäired on seotud nii praeguse kui ka lapsepõlve sotsiaal-majanduslike tingimustega. Seega, kehvematel sotsiaal-majanduslikes tingimustes üleskasvamise mõjutab vanemaealiste naiste une kvaliteeti, mida isegi hilisema elu sotsiaal-majanduslik

olukord ei pruugi tasandada (van de Straat jt 2020). Samas ei tasu unustada, et unemustri muutused ja halb uni on ka vaimse tervise probleemide sagedasem sümptom.

Suitsetamine ja alkoholi tarvitamine peegeldab stressile või pingele reageerivat käitumist, mis võib kujuneda tervist kahjustavaks üleliigse tarvitamise korral, põhjustades sõltuvust ning vaimse tervise probleeme. Üldiselt on vanemaegalise rahvastiku puhul tervist kahjustav tubaka- ja alkoholitarvitamine olnud levinum meeste seas, mõjutades nende haigestumust ja suremust enam. Kuna meeste eluiga on Eestis oluliselt lühem naiste elueast, siis ei pruugi see mõju tervisetulemitele aga uuringute põhjal välja tulla, sest vastajate seas on pigem tervemad ning kauem elus püsinud inimesed.

## Depressiivsus vanemas eas

Meie analüüsis on Eesti SHARE uuringu 2013. aasta andmed, mil küsiti põhjalikumalt lapsepõlvetingimuste kohta – see võimaldab erinevaid elukaare tingimusi arvesse võtta. Aluseks on 2011. aastal intervjueritud 65-aastased ja vanemad inimesed, kes vastasid ka 2013. aastal. Analüüsi-me vastanute vaimse tervise muutust 2013. aastaks. Eesti lõppvalimi suurus 65-aastaste ja vanemate inimestega on 2026 inimest (684 meest ja 1342 naist).

Peamiselt vaatleme EURO-D depressiivse meeleolu skaalat, mis on rahvusvaheliselt välja töötatud, võrreldav ja valideeritud just kesk- ja vanemaegalise rahvastiku jaoks (Guerra jt 2015). See skaala mõõdab 12 erineva sümptomi (sh alanenud meeleolu, enesetapumõtted, süütunne, ärrituvus, üksindustunne, unehäired, huvi puudumine, söömishäired, väsimus, keskendumisvõime langus, nutmishood, naudin-

gu puudus) olemasolu viimase nelja nädala jooksul, mis on kokku liidetud koondskooriks – suurem väärtus viitab depressiivsuse esinemisele (juhul kui skoori väärtus on rohkem kui 3). Tegemist pole meditsiiniliselt diagnoositud depressiooni tulemiga, vaid enesehinnanguliste vastustega, mille tõttu on depressiivsuse levimus oluliselt suurem depressiooni levimusest, kuid aitab see-eest hinnata inimeste hulka, kes vajaksid mingit sorti vaimse tervise (esma)abi. Käesoleva artikli puhul saab seetõttu rääkida korrektsemalt „depressiivsusest“ või „depressiivsuse sümptomitest“.

Üldiselt on Eesti keskmine depressiivsuse sümptomite arv 65-aastaste ja vanemate seas võrreldes teiste uuringus osalenud riikide omaga suhteliselt suur. Eesti vastajatel oli depressiivsuse levimus 2011. aastal 40% (naistel 46%, meestel 29%), 2013. aastaks oli see mõnevõrra kahanenud 38%ni (naistel 43%ni ning meestel 28%ni). Kuigi naistel on nii Eestis kui ka teistes riikides meestest suurem depressiivsuse sümptomite arv, on Eesti meeste suhteline positsioon halvem kui naistel Euroopa võrdluses (joonis 2.4.1). Eesti meestel on keskmiselt 2,5 depressiivsuse sümptomit ning see on üks kõrgemaid näitajaid 2013. aastal – sarnased on veel vaid Itaalia, Prantsusmaa ja Sloveenia mehed. Eesti naistel on aga keskmiselt 3,4 sümptomit (ületades depressiivsuse lävendi) – see on veidi madalam kui Hispaanias ja Itaalias ning on võrreldav Prantsusmaa naistega.

### Eesti keskmine depressiivsuse sümptomite arv 65-aastaste ja vanemate seas on võrreldes teiste uuringus osalenud riikide omaga suhteliselt suur.

**Joonis 2.4.1.** Keskmine depressiivsuse sümptomite arv ja 95% usaldusvahemikud (EURO-D, skaala 0–12) 65-aastaste ja vanemate vastajate seas, soo lõikes.



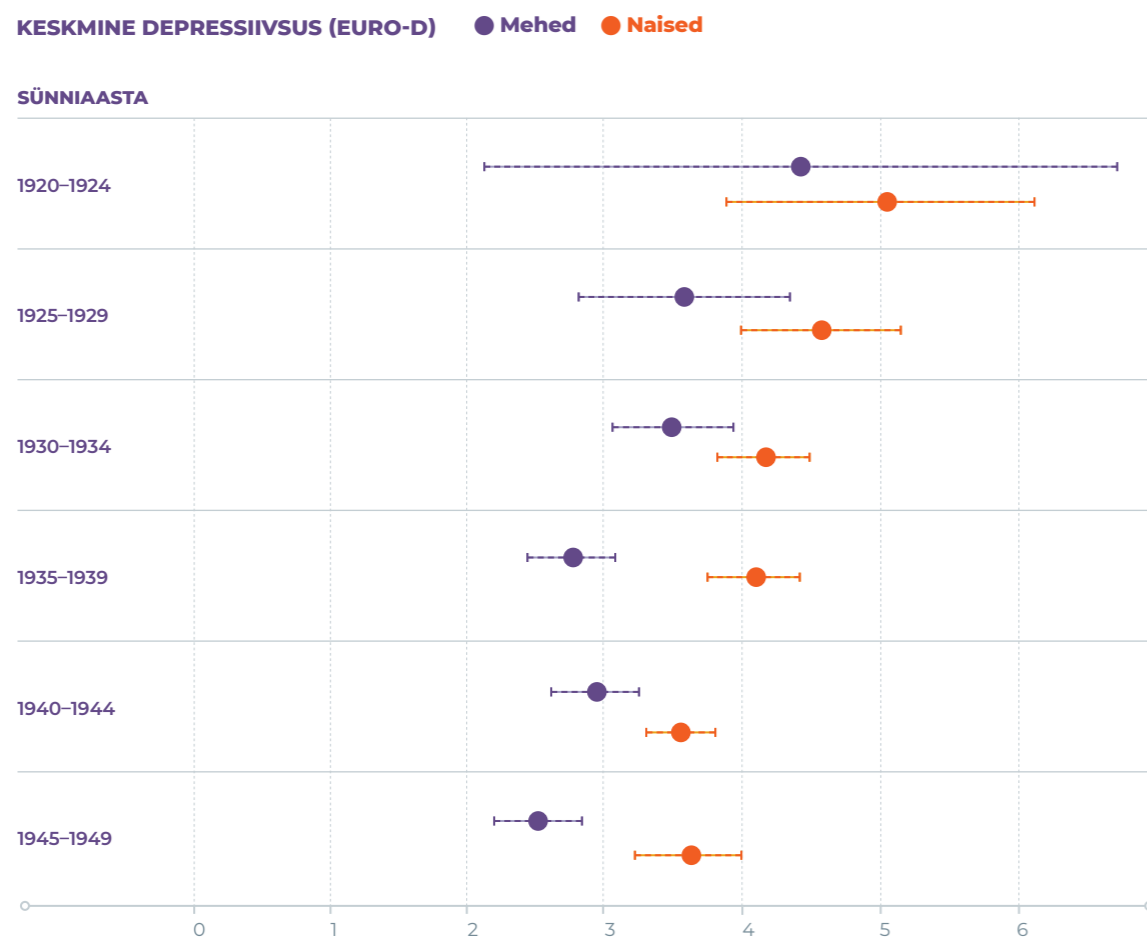
ALLIKAS: autorite joonis, SHARE 2013 uuringu andmete põhjal

Vanusega kasvab keskmine depressiivsuse sümptomite arv kõigis uuringus osalenud riikides. Samas ei ilmne 85-aastaste ja vanemate meeste puhul sümptomite arvus riikide vahel olulisi erinevusi. Depressiivsuse olemasolu lävendi ehk keskmiselt kolme sümptomi taseme ületavad Eesti naised juba 60. eluaastate keskel, samas kui mehed jõuavad sama kõrge näitajani alles 80. eluaastateks (joonis 2.4.2).

## Eluviisi ja vaimse tervise seosed

Peamiste eluviisi kirjeldavate tunnustena vaatleme erinevate toitainete tarvitamissagedust, mõõduka ja intensiivse kehalise aktiivsuse sagedust, unehäirete olemasolu, suitsetamist (kas suitsetab praegu või on varem suitsetanud) ning suures koguses alkoholi tarvitamise sagedust. Peamised sotsiaal-demograafilised tunnused, millele tulemusi regressioonimudelites

**Joonis 2.4.2.** Keskmine depressiivsuse sümptomite arv ja 95% usaldusvahemikud (EURO-D, skaala 0–12) sünniaasta ja soo lõikes Eestis



ALLIKAS: autorite joonis, SHARE 2013 uuringu andmete põhjal

kohandame, on vanus, sünniaasta, sün- niriik (Eestis või välismaal sündinud), elukoht (maa või linn), perekonnaseis (abielus/kooselus, lahutatud / lahku läi- nud, vallaline, lesk), laste arv, hariduses osaletud aastate arv ning tööhõivesei- sund (kodune/haige, pensionil, töötav). Tervist kirjeldavad eelnev depressiivsus (EURO-D 2011. aastal), tervisest tingitud tegevuspiirangute tase (tõsised, mõõ- dukad, pole piiranguid) ning kehamas- siindeks – kõigile neile tunnustele on mudelid kohandatud. Lapsepõlvkodu tingimuste kohandamiseks kasuta- takse kolme tunnust, mis kirjeldavad lapsepõlves kogetud elamistingimusi (lapsepõlvkodu tiheloleku aste ehk tubade arv inimeste kohta), majandus-

likke tingimusi (lapsepõlve pere ma- jandusliku toimetuleku hinnang) ning terviseseisundit (lapsepõlve tervise enese- hinnang).

Kõikidele tunnustele kohandatud lõplike regressioonimudelite tulemu- sed eluviisi ja vaimse tervise seoste koha- ta meestel ja naistel on näidatud **jooni- sel 2.4.3**. Nende põhjal on näha, et kuigi üldiselt on seosed vähesed või nõrga- poolised, esineb depressiivsus oluliselt sagedamini neil naistel ja meestel, kes kogevad unehäireid ning kelle puhul ei ole teada alkoholitarvitamise sagedust või kes tarvitavad seda harva (1–3 kor- da kuus võrreldes viimasel kolmel kuul mitte kordagi tarvitanutega). Kuna unehäireid on üks depressiivsuse peamisi

**Tabel 2.4.1.** Depressiivsuse šansisuhted eluviisi tunnuste lõikes pärast erinevatele tunnustele kohandamist, Eesti 65-aastaste ja vanemate **naiste** seas

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	Mudel 4	Mudel 5	Mudel 6	Mudel 7	Mudel 8	Mudel 9
Unehäired on	3,46***	3,44***	3,37***	3,37***	3,25***	2,00***	2,00***	2,00***	1,98***
Praegune suitsetaja	1,33	1,42	1,41	1,46	1,48	1,21	1,21	1,22	1,28
Endine suitsetaja	0,99	1,01	1,04	1,06	1,13	1,08	1,08	1,08	1,06
Alkohol: ei ole teada	1,91***	1,86***	1,83***	1,84***	1,74***	1,55**	1,55**	1,52**	1,51**
Alkohol: 1–3 x kuus/ harvem	1,96**	2,04**	1,98**	1,97**	2,04**	1,77*	1,76*	1,74*	1,73*
Alkohol: 1–2 x nädalas	4,92	5,34	4,94	4,83	4,62	2,86	2,91	3,00	3,21
Alkohol: 3–7 päeval	1,48	1,69	1,44	1,59	1,43	0,94	0,93	0,82	0,72
Intensiivne kehaline liikumine: harvem	1,27	1,23	1,21	1,19	1,14	0,89	0,89	0,90	0,89
Möödukas kehaline liikumine: harvem	1,63**	1,53**	1,55**	1,57**	1,51*	1,23	1,23	1,24	1,20
Kaunviljad, munad: harvem	1,23	1,24	1,20	1,21	1,29	1,16	1,15	1,15	1,16
Piimatooted: harvem	1,10	1,10	1,11	1,11	1,09	1,09	1,09	1,11	1,10
Kala-, kana-, lihatooted: harvem	1,07	1,06	1,07	1,09	1,06	1,03	1,02	1,01	1,03
Juur- ja puuviljad: harvem	1,12	1,10	1,09	1,10	1,07	0,97	0,97	0,96	0,95

ALLIKAS: autorite tabel, SHARE 2013 uuringu andmete põhjal

MÄRKUSED: Statistiline olulisus: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05.

Võrdlusrühmad: unehäireid ei ole; pole kunagi suitsetanud; pole 3 kuu jooksul alkoholi tarvitanud; igapäevane intensiivne kehaline tegevus; igapäevane mõdukas kehaline tegevus; igapäevane kaunviljade, munade, piimatoodete, kala-, kana-, lihatoodete ning juur- ja puuviljade tarbimine.

Tunnustele kohandamise järjekord mudelites: mudel 1: eluviisi tunnused; mudel 2: + vanus, sünnikohort; mudel 3: + päritolu, elukoht; mudel 4: + pereseis, laste arv; mudel 5: + haridus, hõiveseisund; mudel 6: + depressiivsus, tegevuspiirangud, KMI; mudel 7: + lapsepõlvkodu tiheloleku aste; mudel 8: + lapsepõlve majanduslik seis; mudel 9: + lapsepõlve terviseseisund.

sümptomeid, siis on tulemus ootuspä- rane – meie analüüsis kohandatud tun- nused seda seost ära ei kaota. Alkoholi- tarvitamise tulemused võivad tunduda esialgu paradoksaalsena. Tulemust aga selgitab asjaolu, et alkoholi harva või üldse mitte tarvitavate seas on rohkem krooniliste haiguste või tegevuspiiran- gutega inimesi, seega olemasolev halb terviseseisund on nii alkoholi mittetarvi- tamise kui ka halvema vaimse tervise taga (*Abuladze jt 2020*).

Naiste puhul seletavad sotsiaal- demograafilised ja -majanduslikud tunnused (v.a perekonnaseis ja laste arv) depressiivsuse erinevusi unehäire-

te, alkoholi tarvitamise ning mõõduka kehalise aktiivsuse puhul mõnevõrra, tervisetunnused aga seletavad erinevusi kõige enam (*tabel 2.4.1*). Mõõduka kehalise aktiivsuse puhul isegi nii palju,

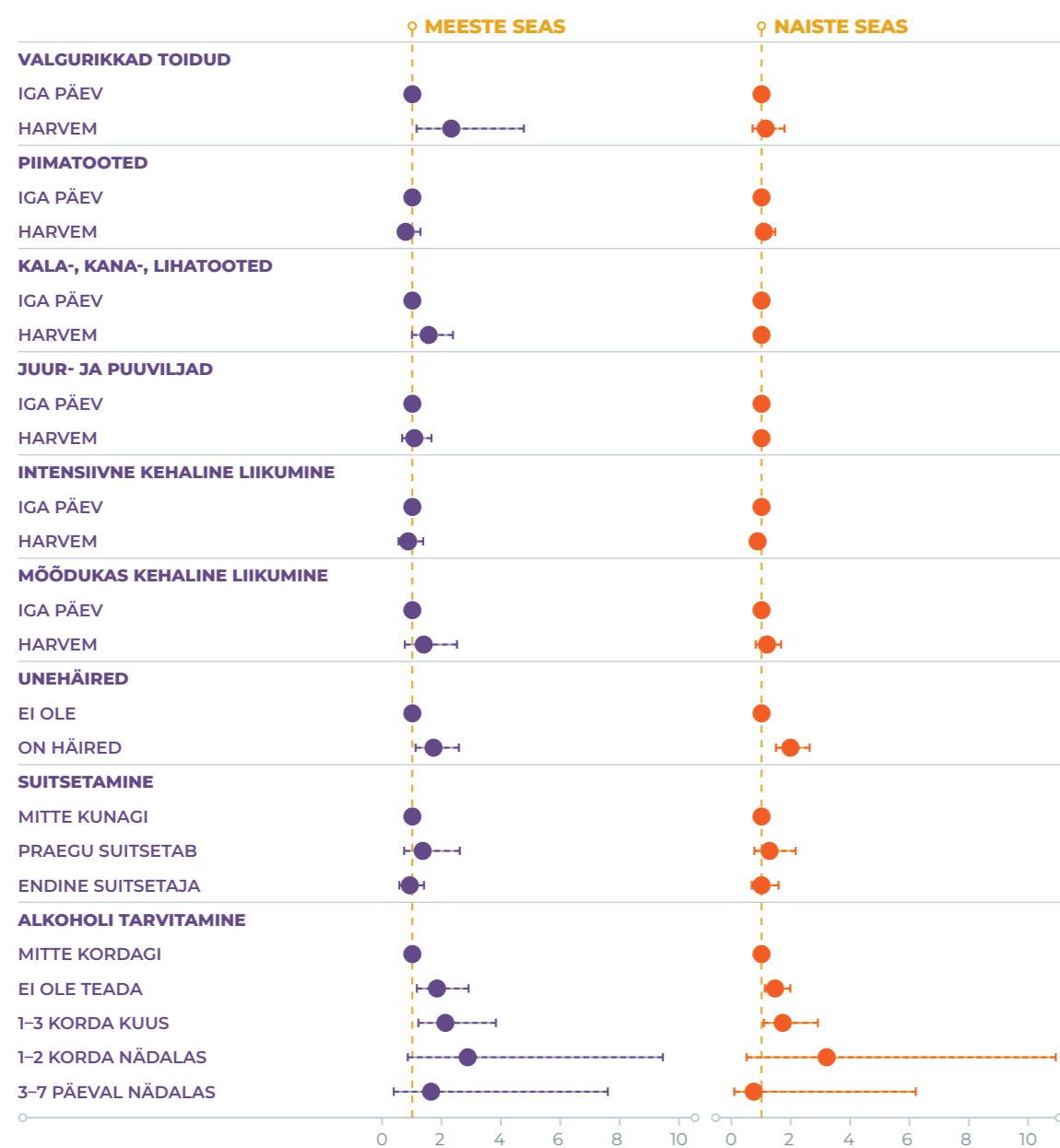
**Nii meeste kui naiste puhul ennus- tavad Eesti vanemaealiste depres- siivsust kõige selgemini unehäirete olemasolu ning alkoholitarvitamise sageduse erinevused.**

et olulised erinevused depressiivsuse šansis kaovad (mudel 6, tabel 2.4.1). Lapsepõlveteguritest seletavad depressiivsuse erinevusi mõnevõrra lapsepõlve majanduslikud tingimused ning lapsepõlve tervise enesehinnang.

Meestel on depressiivsuse šanss kaks korda suurem neil, kes sõid valgurikkaid toite harvem kui kolmel päeval nädalas võrreldes igapäevaste sööjate-

ga (tabel 2.4.2). Peale tervisetunnuste kohandamist kadus tunnuse olulisus, viidates sellele, et terviseprobleemid võivad mõjutada vastavate toitainete tarbimissagedust (mudel 6, tabel 2.4.2). Kuid lapsepõlvetingimustele kohandades muutus see tunnus taas oluliseks, viidates siiski teatud kahjuliku seose olemasolule toitainete tarbimises (mudelid 8 ja 9, tabel 2.4.2).

**Joonis 2.4.3.** Depressiivsuse šansisuhe koos 95% usaldusvahemikuga eluviisi tunnuste puhul lõplikult kohandatud mudelites Eesti vanemaalaste seas



ALLIKAS: autorite joonis, SHARE 2013 uuringu andmete põhjal

MÄRKUS: Mudelid on kohandatud sotsiaal-demograafilistele, majanduslikele, tervise ja lapsepõlvetingimuste tunnustele.

Ehkki depressiivsuse šansi erinevusi seletab tervises seisund nii meestel kui ka naistel kõige rohkem, paistab ühe erinevusena välja, et lapsepõlvetingimustele kohandamine vähendab depressiivsuse tekke erinevusi mõnevõrra just naiste seas. Lapsepõlvetingimused, eelkõige majanduslik olukord ja tervise enesehinnang, selgitavad vaimse tervise erinevusi naistel. Seega võib öelda, et naiste seas on lapsepõlves kogetud ebavõrdsus kandunud hilisemasse ellu, võimendades teatud määral eluviisi

negatiivseid seoseid vaimsele tervisele vanemas eas.

Niisiis ennustavad Eesti vanemaalaste depressiivsust kõige selgemini unehäirete olemasolu ning alkoholitavitamise sageduse erinevused nii meeste kui ka naiste puhul. Meestel aga on märgata ka valgurikka toitumise olulist rolli depressiivsuse tekkes. Ülejäänud eluviisi tegurid, nagu erinevate toitainete tarbimine, kehaline aktiivsus ja suitsetamine, depressiivsust vanemas eas hästi ei ennusta.

**Tabel 2.4.2.** Depressiivsuse šansisuhted eluviisi tunnuste lõikes pärast erinevatele tunnustele kohandamist, Eesti 65-aastaste ja vanemate meeste seas

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	Mudel 4	Mudel 5	Mudel 6	Mudel 7	Mudel 8	Mudel 9
Unehäired on	3,03***	2,95***	2,99***	3,04***	2,97***	1,65*	1,65*	1,67*	1,68*
Praegune suitsetaja	1,30	1,43	1,47	1,47	1,44	1,23	1,23	1,34	1,34
Endine suitsetaja	0,97	0,96	0,98	0,97	0,96	0,87	0,88	0,88	0,90
Alkohol: ei ole teada	1,98**	1,90**	1,92**	1,92**	1,89**	1,65*	1,71*	1,80*	1,80*
Alkohol: 1-3 x kuus/ harvem	1,86*	1,95*	1,95*	1,86*	1,86*	2,00*	1,94*	2,04*	2,10*
Alkohol: 1-2 x nädalas	2,59	2,96	2,96	3,19*	3,23*	2,42	2,18	2,74	2,83
Alkohol: 3-7 päeval	1,34	1,42	1,42	1,27	1,26	1,54	1,40	1,61	1,62
Intensiivne kehaline liikumine: harvem	1,19	1,09	1,05	1,05	1,04	0,82	0,83	0,83	0,83
Mõõdukas kehaline liikumine: harvem	1,67	1,71	1,70	1,69	1,72	1,45	1,46	1,39	1,37
Kaunviljad, munad: harvem	2,25*	2,30*	2,29*	2,37*	2,42*	2,03*	2,12*	2,34*	2,32*
Piimatooted: harvem	0,77	0,78	0,78	0,80	0,81	0,79	0,79	0,83	0,82
Kala-, kana-, lihatooted: harvem	1,45	1,46	1,44	1,44	1,42	1,34	1,36	1,55	1,52
Juur- ja puuviljad: harvem	1,11	1,13	1,16	1,16	1,17	1,17	1,20	1,04	1,05

ALLIKAS: autorite tabel, SHARE 2013 uuringu andmete põhjal

MÄRKUSED: Statistiline olulisus: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \*p < 0,05

Võrdlusrühmad: unehäireid ei ole; pole kunagi suitsetanud; pole 3 kuu jooksul alkoholi tarvitanud; igapäevane intensiivne kehaline tegevus; igapäevane mõõdukas kehaline tegevus; igapäevane kaunviljade, munade, piimatoodete, kala-, kana-, lihatoodete ning juur- ja puuviljade tarbimine.

Tunnustele kohandamise järjekord mudelites: mudel 1: eluviisi tunnused; mudel 2: + vanus, sünnikohort; mudel 3: + päritolu, elukoht; mudel 4: + pereseis, laste arv; mudel 5: + haridus, hõiveseisund; mudel 6: + depressiivsus, tegevuspiirangud, KMI; mudel 7: + lapsepõlvekodu tihedoleku aste; mudel 8: + lapsepõlve majanduslik seis; mudel 9: + lapsepõlve tervises seisund.

## KOKKUVÕTE

nesehinnangulise mõõdiku järgi oli 2013. aastal Eesti 65-aastaste ja vanemate inimeste seas keskmine depressiivsuse sümptomite arv Euroopa võrdluses suhteliselt suur. Suhteline positsioon võrreldes teiste riikidega oli meestel halvem kui naistel, ehkki keskmine depressiivsuse sümptomite arv oli suurem naistel. Veel vanemas eas – 85-aastaste ja vanemate puhul – aga olid mehed kõikides riikides sarnaselt depressiivsed, viidates meeste puhul universaalsemate depressiivsuse tegurite mõjule selles eas. Nii nagu depressiivsus on üldiselt levinum pigem naiste kui meeste seas, arenes tõsine depressiivsuse seisund naistel varem kui meestel – depressiivsuse olemasolu lävendi piiri ületasid Eesti naised juba 60. eluaastates, mehed aga alles 80. eluaastates.

Kõikidele tunnustele kohandamise järel oli Eesti 65-aastaste ja vanemate meeste ja naiste depressiivsuse tekke šanss oluliselt suurem unehäiretega inimestel ning neil, kes tarvitasid alkoholi harva (võrreldes mittetarvitavatega). Unehäirete seos vaimse tervisega on teada ka varasemast – see on üks peamisi depressiooni ja depressiivsuse sümptomeid, kuid käesolev analüüs viitas sellele, et vanemaealiste unehäirete seos depressiivsusega on seletatav

**Vaimse tervise parandamise viisid võiksid vanemaealiste puhul põhineda kompleksel ja terviklikul lähenemisel, võttes arvesse nii sotsiaalse kui ka füüsilise keskkonna ning üldise heaolu kujundamise vajadust.**

eelkõige tervisest tingitud tegevuspiirangutega ning eelnevalt esinenud depressiivsuse sümptomitega. Tegevuspiirangute oluline roll on kooskõlas teoreetilise raamistikuga, mille järgi ei ole ühiskondlik korraldus (nii sotsiaalne kui ka institutsionaalne) inimeste tervisest tingitud vajadustele järele tulnud (Verbrugge ja Jette 1994). Eelneva depressiivsuse oluline roll aga viitas vaimse tervise probleemide püsimisele, mida tervishoiusektor ega inimese sotsiaalne keskkond pole suutnud ennetada. Seega võiksid vaimse tervise parandamise viisid vanemaealiste puhul põhineda kompleksel ja terviklikul lähenemisel, võttes arvesse nii sotsiaalse kui ka füüsilise keskkonna ning üldise heaolu kujundamise vajadust.

Alkoholi mitte tarvitavad vanemaealised inimesed on tihti juba eksisteerivate terviseprobleemidega; alkoholi tarvitavad aga on tervemad nii füüsilise kui ka vaimse tervise poolest (Abuladze jt 2020). Naistel selgitasid tervisetegurid ka depressiivsuse erinevusi mõõduka kehalise aktiivsuse puhul. Erinevalt võib-olla teistest elufaasidest või levinud soovist leidsime, et kehaline aktiivsus vanemas eas sõltus väga palju olemasolevast terviseseisundist. Erinevad haigused või terviseprobleemid piiravad igapäevatoimetusi, ühiskonnaelus osalemist ning vaimse tervise säilitamist. Seega, kui vältida ühiskonna tasandil sotsiaalseid ja füüsilisi barjääre, mis takistavad erineva terviseseisundiga inimestel elus osalemist (Verbrugge ja Jette 1994), siis võiks kehalise aktiivsuse positiivseid mõjusid depressiivsuse leevendamisele või vastavate sümptomite ärahoidmisele näha ka Eesti vanemate naiste puhul.

Ka meestel selgitasid käesoleva terviseseisundi tunnused erinevusi depressiivsuses, aga eelkõige üldise toitumise kvaliteedi kaudu. Seega ka toitu-

misvalikute mõju depressiivsuse tekkele toimus hiljuti kogetud tegevuspiirangute ning eelneva depressiivsuse kogemuse kaudu – nende terviseprobleemide olemasolul jätsid mehed teatud toitainete söömise unarusse, mis võis omakorda mõjuda vaimsele tervisele halvasti. Huvitav oli aga see, et erinevalt naistest ei seleta lapsepõlvetingimused meeste depressiivsuse tekke ebavõrdsusi hilisemas eas.

Elukaare varasematel etappidel kogetu omas teatud seoseid vaimse tervisega vanemas eas, ehkki hiljutine või käesolev terviseseisund mõjutas vaimse tervisega seotud eluviisi tegureid kõige tugevamalt. Lapsepõlve sotsiaal-majandusliku ning terviselu-korra negatiivset seost hilisema elu unehäiretega ning seeläbi ka vaimse tervisega puhverdasid mõnevõrra vanema ea sotsiaal-majanduslikud tingimused, kuid mitte tervenisti, nii et lapsepõlves kogetud ebavõrdsuse seos tervisega kandus üle ka elukaare viimastesse aastakümnetesse. Seda oli märgata selgelt naiste puhul, mis kinnitas ka varasemaid tulemusi (van de Straat jt 2020).

Ehkki lapsepõlves võivad olla omandatud ka tervist toetavad harjumused või suhtumised seoses toitumise või kehalise aktiivsusega (Hirvensalo ja Lintunen 2011; Devine 2005), see seos Eesti vanemaealiste puhul selgelt esile ei tulnud. Vastupidi – kui hiljutiste tervisest tulenevate tegevuspiirangute ja vaimse tervise probleemidega tegeledes parandada naiste kehalist aktiivsust ja meeste toitumist, võiks see omakorda vähendada vanema ea depressiivsust.

Kui eemaldada sotsiaalsed ja füüsilised barjäärid ühiskonnas osalemiselt, ennetada ja leevendada vanemae-

**Vanemaealistel piiravad erinevad haigused või terviseprobleemid igapäevatoimetusi, ühiskonnaelus osalemist ning vaimse tervise säilitamist.**

liste depressiivsuse sümptomeid õigeaegselt ning parandada ka tulevaste põlvkondade lapsepõlvetingimusi, paraneksid vaimse tervise tulemid vanemas eas. Ehkki vanemas eas on depressiivsuse sümptomite levimus taas suurem kui eelnevatel elukümnetel, peaks nende leevendamisel ja ennetamisel Eestis rohkem arvesse võtma vanemaealiste sotsiaal-majanduslikku ja tervisest tulenevat ebavõrdsust. See tähendab, et vaimse tervise järelevalve ning terviseteenuste pakkumine võiks rohkem arvestada erinevate sündipõlvkondade tausta, aga ka selgelt sihitada haavatavama elukäiguga inimesi. ●

**Kui eemaldada sotsiaalsed ja füüsilised barjäärid ühiskonnas osalemiselt, ennetada ja leevendada vanemaealiste depressiivsuse sümptomeid õigeaegselt ning parandada ka tulevaste põlvkondade lapsepõlvetingimusi, paraneksid vaimse tervise tulemid vanemas eas.**

Artikli valmimine on saanud toetust Eesti Teadusagentuuri grandist PRC71 ning Soome Teadusakadeemia grantidest 345184 ja 345183.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Abuladze, L., Opikova, G., Lang, K. 2020. Factors associated with incidence of depressiveness among the middle-aged and older Estonian population. – SAGE Open Medicine, 8, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2050312120974167>.
- Devine, C. J. 2005. A life course perspective: Understanding food choices in time, social location, and history. – Journal of Nutrition Education and Behavior, 37(3), 121–128. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60266-2](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60266-2).
- Elder, G. H., Johnson, M. K., Crosnoe, R. 2003. The emergence and development of life course theory. – Mortimer, J. T., Shanahan, M. J. (eds.). Handbook of the Life Course. Handbooks of Sociology and Social Research. Boston (MA): Springer, 3–19.
- Guerra, M., Ferri, C., Llibre, J., Prina, A. M., Prince, M. 2015. Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: A cross-cultural validation study. – BMC Psychiatry, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0390-4>.
- Hirvensalo, M., Lintunen, T. 2011. Life-course perspective for physical activity and sports participation. – European Review of Aging and Physical Activity, 8, 13–22. <https://doi.org/10.1007/s11556-010-0076-3>.
- Laidra K. 2016. Vaimne ja kognitiivne tervis. – Sakkeus, L., Leppik, L. (toim). Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitused eakate poliitika kujundamiseks. Tallinn: Tallinna Ülikool, 73–96.
- Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M., Meersma, S. C. 2005. Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. – Journal of Health and Social Behavior, 46 (June), 205–219.
- Van de Straat, V., Cheval, B., Schmidt, R. E., Sieber, S., Courvoisier, D., Kliegel, M., Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Bracke, P. 2020. Early predictors of impaired sleep: A study on life course socioeconomic conditions and sleeping problems in older adults. – Aging & Mental Health, 24:2, 322–332. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1534078>.
- Verbrugge, L. M., Jette, A. M. 1994. The disablement process. – Social Science and Medicine, 38(1), 1–14.
- WHO 2014. Social determinants of mental health. Geneva: Calouste Gulbenkian Foundation, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789?sequence=1>.
- WHO 2017. Mental health of older adults. Fact sheet. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.

## Eesti inimarengu aruanne 2023

# 3

# Psühho- sotsiaalsed ehk suhte- keskkonnad ja vaimne heaolu