

## 2.0 SISSEJUHATUS

Eluviisi ja vaimse tervise seosed inimese elukaarel

KERSTI PÄRNA JA RAINER REILE

105

2.1 Eluviis ja vaimne tervis eel- ja algkooliealistel lastel

MAARJA KUKK JA EHA NURK

112

2.2 Noorte vaimne tervis ja heaolu ning selle seos eluviisiga

SIGRID VOROBJOV, LEILA OJA JA JAANIKA PIKSÖÖT

123

2.3 Tervist toetava ja tervist kahjustava käitumise muutuvad mustrid ning täiskasvanute vaimne tervis

RAINER REILE

135

2.4 Elukaarevaade eluviisi ja vaimse tervise seoste vanemas eas

LIILI ABULADZE JA LUULE SAKKEUS

149

## 2.0 Sissejuhatus

Eluviisi ja vaimse tervise seosed inimese elukaarel

KERSTI PÄRNA JA RAINER REILE

### PÕHISÕNUMID

1. Elukaare kõigis etappides on tervist toetav eluviis seotud parema vaimse tervise ja heaoluga.
2. Nii eluviisi kui ka vaimse tervise näitajates ilmneb süstemaatiline demograafiline ja sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus. Haavatavaid rahvastikurühmi iseloomustab sageli tervist kahjustav eluviis ja sagedasemad vaimse tervise probleemid.
3. Vaimse tervise ja heaolu parandamise viis peab olema terviklik, et võtta lisaks inimese eluviisile arvesse ka sotsiaalset konteksti ja keskkonnategureid.

### SISSEJUHATUS

Elukaar hõlmab inimese elutee etappe sünnist surmani ja kuigi iga elu on tervikuna ainulaadne, on elukaare eri perioodide esitatavad väljakutsed meil kõigil pigem sarnased kui erinevad. Etappe ühendab ka nende järgnevus, kus täiskasvanuea lähtekoht sõltub suuresti lapsepõlve- ja noorukieast ning vanaduspõlv omakorda täiskasvanuna kogetust. Elukaare kumulatiivsed mõjud kohalduvad ka tervisele, mida kõige laiemas tähenduses saab mõtestada füüsilise ja vaimse tasakaalu ning terviklikkusena.

Käesolev neljast artiklist koosnev peatükk ühendab elukaare perspektiivi ja sotsiaalsete tervisemõjurite lähtekohtad, et anda ülevaade eluviisi seostest vaimse tervise ja heaoluga ning nende ajas muutuvatest mustritest Eestis. Järgnevalt tutvustatakse põgusalt eluviisi ja vaimse tervise seoste võimalikke selgitusi, kirjeldatakse artiklites kasutatud materjali ning antakse lühiülevaade peamistest järeldustest.

## Elukaar ja tervisemõjurid

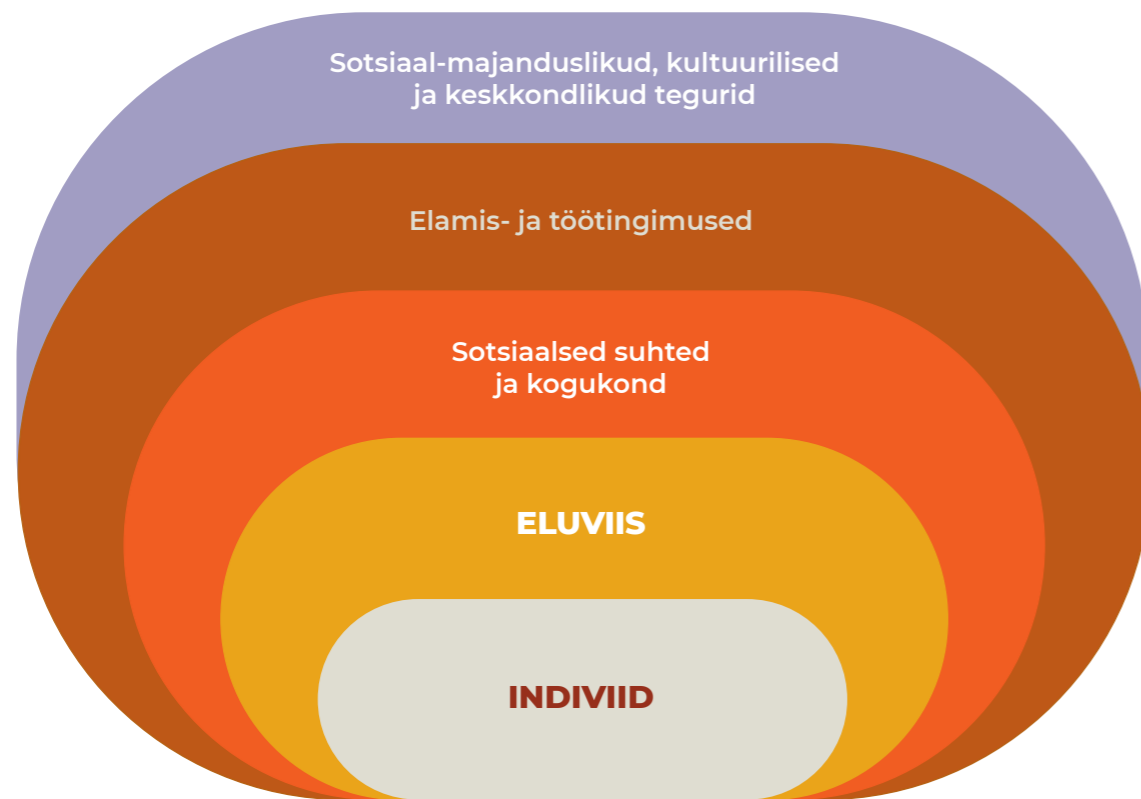
Tervise ja selle mõjurite vaatlemine elukaare perspektiivis võimaldab mõista tervise trajektoore ning pakub seletust teatud käitumismustrite ja terviseriskide kujunemisele. Kuigi elukaare tervisemõjusid käsitlev teaduskirjandus on rikkalik, saab eristada kolme suuremat lähenemisviisi. Neist

**Tervise ja selle mõjurite vaatlemine elukaare perspektiivis võimaldab mõista tervise trajektoore ning pakub seletust teatud käitumismustrite ja terviseriskide kujunemisele.**

esimene, kriitiliste perioodide hüpotees seab keskmesse varase ea (ja sünnieelsed) tegurid. Sel perioodil on laps eriti haavatav ning arengut pärssivad tegurid ja riskid võivad tekitada püsivaid tervisemõjusid. Teine, kumulatiivse ekspositsiooni<sup>1</sup> hüpotees aga osutab, et enamiku krooniliste haiguste väljakujunemise periood on pikk ning valdav osa tervisetulemitest pole mitte varase ekspositsiooni, vaid elu jooksul kuhjunud mõjude summaarne tagajärg. Neid lähenemisi ühendab kolmas, sotsiaalse trajektoori hüpotees, mis loob seoseahela lapseea ekspositsioonist täiskasvanuea ekspositsiooni, millest haigusriski mõjutab vahetult vaid viimane. Viimane selgitus annabki lootust, et lapseas saadud võimalikud tervise-

<sup>1</sup> Ekspositsioon – kokkupuude haigustekitaja või riskiteguriga.

Joonis 2.0.1. Peamised tervisemõjurid



ALLIKAS: autorite kohandatud joonis (Dahlgren ja Whitehead 2021).

## Inimene ise saab vahetult kujundada eelkõige oma eluviisist tulenevat tervisemõju.

kahjud on võimalik tasandada sekumistega täiskasvanueas ja käitumuslike mõjude kohandamine võiks muuta ka edasist haigestumise riski.

Kui tervisemõjureid saab tinglikult jagada eluviisist, keskkonnast, geneetikast ning tervishoiusüsteemist tulenevateks (Lalonde 1981), siis inimene ise saab vahetult kujundada eelkõige oma eluviisist tulenevat tervisemõju. Seega võib olenevalt inimese tehtavatest otsustest ja valikutest olla eluviis kas tervist toetav või mitte (Tulchinsky 2018). Samas paigutuvad need eluviisi kujundavad otsused laiemasse psühhosotsiaalsete, kogukondlike, sotsiaal-majanduslike ning sotsiaalse konteksti tegurite raamistikku, mida kirjeldas ilmekalt juba 1991. aastal Göran Dahlgreni ja Margaret Whiteheadi loodud peamiste tervisemõjurite mudel (Dahlgren ja Whitehead 2021) (joonis 2.0.1).

## Vaatenurki eluviisi ja vaimse tervise seostele

smane lähtekoht eluviisi ja vaimse tervise seoste mõtestamiseks on seotud emotsioonidega. Need tavatähenduses tundmuslikud hingeseisundid on olemuselt keerukad protsessid, millega kaasnevad muutused nii inimese füsioloogias, subjektiivses kogemuses kui ka selle käitumuslikus väljenduses. Siinse käsitluse kontekstis pakub huvi eelkõige emotsioonide roll vahetult tervist mõjutavate valikute tegemisel. Lihtsad näited on kiiruse ületamine, alkoholi tarvitamine, kaitsmata seksuaalvahekord jt olukorrad, kus käitumisotsuseid kujundavad emotsionaalselt laetud situatsioonid (Ferrer ja

## Stress on paljude käitumuslike reaktsioonide kujundaja. Tugev stressifoon on seotud nii toitumise ja ülekaalu kui ka riskikäitumise sagenemisega.

Mendes 2017). Seda teadmist kasutab edukalt reklaamitööstus, kus tervist kahjustavate toodete puhul püütakse vähendada tootega seotud riske ning rõhutada positiivseid emotsioone ja tundmusi. Emotsioonide seosed tervisetulemitega ilmnevad ka haigestumise kontekstis. Näiteks võivad negatiivsed emotsioonid suurendada vastuvõtlikkust haigustele (Everson-Rose ja Lewis 2005) ja haigusseisundiga kaasnev stress võib mõjutada haiguse kulgu nii tervisekäitumise kui ka ravijärgimuse kaudu.

Teaduskirjanduse põhjal on igapäevategevused, elusündmused, rollide ülekoormus või konflikt seotud sotsiaalse stressi kogemusega (Gerhardt jt 2021), mis võivad avalduda ärevuse, depressiooni ja muude vaimse tervise probleemidena (Kubzansky jt 2015). Lisaks stressi põhjustatud füsioloogilistele ja neurobioloogilistele muutustele (Godoy jt 2018) on stress ka paljude käitumuslike reaktsioonide kujundaja. Teadusuuringud pakuvad rohkelt näiteid, kuidas tugev stressifoon on seotud nii toitumise ja ülekaalu kui ka riskikäitumise sagenemisega (Ceccato jt 2016; Scott jt 2012).

**Kui ressursse terviseriskide vältimiseks või kahjude vähendamiseks on vähe, siis muutub küsimus valikutest küsimuseks võimalustest.**

Eelnevaga haakub ka tervise ebavõrdsuse mõiste, mis märgib olukorda, kus mistahes tervisenäitajate puhul ilmneb süstemaatiline erinevus mõne ühiskondlikku kuuluvust märkiva tunnuse alusel ühe rühma kasuks ja teise kahjuks. Tervise ebavõrdsus on olemuselt universaalne ja ka paratamatu nähtus, kus madalam ühiskondlik positsioon on reeglina seotud kehvamate tervisenäitajatega. Teadmised, raha, võim, kontaktid ja oskused on kasulik kapital, mida saab rakendada terviseriskide vältimiseks või kahjude vähendamiseks. Kui neid ressursse on vähe, siis muutub küsimus valikutest küsimuseks võimalustest. Tervise ebavõrdsuse ilminguid saab selgitada ka käitumusliku põhjenduse abil, sest eri rahvastikurühmadele omased normid ja harjumused kujundavad vahetult erinevaid eluviisi praktikaid ning viivad seega ka erinevate tervisetulemiteni. Teisalt osutavad olemasolevad tõendid üheselt ka sellele, et ebasoodsa sotsiaalse seisundiga seotud tegurite kuhjumine suurendab tervist kahjustavate käitumuslike riskide ja vähendab ühtlasi tõenäosust käitumise muutuseks. Sarnaseid sotsiaal-majanduslikke mustreid leiab ka vaimse tervise puhul: madalama sotsiaalse staatuse korral kogetakse tõenäoliselt rohkem negatiivseid elusündmusi (nt töö kaotus), on rohkem kroonilisi sotsiaalseid stressoreid (nt ebakindlus töökoha säilimise ees) või esineb diskrimineerimist. Seejuures on oluline arvestada, et need riskid ei ole ühekordsed, vaid on elukaare perspektiivi arvestades kumulatiivsed. Seega võivad individuaalsetena näivad emotsioonid ja eluviisivalikud olla tingi-

**Terviseriskid ei ole enamasti ühekordsed, vaid on elukaare perspektiivi arvestades kumulatiivsed.**

### Individuaalsetena näivad emotsioonid ja eluviisivalikud võivad olla tingitud välistest teguritest, milles on arvestatav roll meid ümbritseval keskkonnal.

tud välistest teguritest, milles on arvestatav roll meid ümbritseval keskkonnal. Eelnevalt käsitletud peamiste tervise mõjurite mudel (Dahlgren ja Whitehead 2021) ühendabki eri vaatenurki (vaimse) tervise bioloogilistele, psühholoogilistele ja sotsiaalsetele teguritele ning on siinkohal võti, mõistmaks eluviisi ja vaimse tervise seoseid elukaare eri etappides.

### Eluviisi ja vaimse tervise näitajad üle elukaare

Käesolevas peatükis käsitletakse eluviisi ning vaimse tervise ja heaolu seoseid neljas elukaare eri etappe puudutavas artiklis. Eluviisi all vaadeldakse tervisekäitumist ehk tervist toetavat käitumist (toitumine, kehaline aktiivsus, piisav uneaeg) ja riskikäitumist ehk tervist kahjustavat käitumist (suitsetamine, alkoholi ja uimastite tarvitamine, liigne ekraaniaeg). Olenevalt kontekstist võib piir tervise- ja riskikäitumise vahel olla tinglik, näiteks kehva toitumist või vähest kehalist aktiivsust saab käsitleda ka riskikäitumisena. Tulenevalt alusandmete kättesaadavusest ja erinevustest varieeruvad ka viisid, kuidas tervisekäitumise ja riskikäitumise indikaatoreid on artiklites käsitletud (tabel 2.0.1).

Vaimse tervise kirjeldamisel keskendutakse selle eri aspektidele, nagu subjektiivse heaolu indeks, emotsionaalne heaolu, masenduse ja kurbuse

**Tabel 2.0.1.** Tervise- ja riskikäitumise näitajate kasutamine käesoleva peatüki artiklites (lapsed, noored, täiskasvanud, vanemaalised)

	<b>LAPSED</b> 2–10-aastased (vt Kuk ja Nurk)	<b>NOORED</b> 11–15-aastased (vt Vorobjov jt)	<b>TÄISKASVANUD</b> 16–64-aastased (vt Reile)	<b>VANEMAEALISED</b> Üle 65-aastased (vt Abuladze ja Sakkeus)
<b>TERVISEKÄITUMINE</b>				
<b>Toitumine</b>	Puu- ja köögiviljad (portsjonit päevas)	Hommikusöök (iga päev; harvem)	Ebaregulaarne toitumine (jah; ei)	Kaunvilid, munad (iga päev; harvem)
	Energiarikkad ja toitainevaesed toidud (portsjonit päevas)	Köögiviljad (vähemalt 5 korda nädalas; harvem)	Suhkrurikkad toiduained (jah; ei)	Kala-, kana-, lihatooted (iga päev; harvem)
	Toitumise kvaliteedi indeks	Puuviljad (vähemalt 5 korda nädalas; harvem)	Kehamassiindeks (normaalkaal; ülekaal; rasvunud)	Juur- ja puuviljad (iga päev; harvem)
<b>Kehaline aktiivsus</b>	Liikumise aeg (tundi päevas)	Liikumine (vähemalt 5 korda nädalas; harvem)	Tervisesport (vähemalt kord nädalas; harvem kui kord nädalas)	Intensiivne kehaline aktiivsus (jah; ei)
		Kehakuvand (positiivne; negatiivne)		Möödukas kehaline aktiivsus (jah; ei)
<b>Uni</b>	Uneaeg (tundi ööpäevas)	Uneaeg (piisav; alla soovitusliku)	–	Unehäired (jah; ei)
<b>RISKIKÄITUMINE</b>				
<b>Suitsetamine</b>	–	Suitsetamine (harva või üldse mitte; vähemalt)	Suitsetamine (igapäevane; juhuti või üldse mitte) 1 kord nädalas)	Suitsetamine (mitte kunagi; praegune suitsetamine; endine suitsetamine)
<b>Alkoholi tarvitamine</b>	–	Purju joomine (1 kord või üldse mitte; vähemalt 2 korda nädalas)	Alkoholi tarvitamine (2 või rohkem korda nädalas; harvem kui 2 korda nädalas)	Alkoholi tarvitamine (1–3 korda kuus; 1–2 korda nädalas; 3–7 korda nädalas)
<b>Uimastite tarvitamine</b>	–	Kanepi tarvitamine (ei ole tarvitanud; on tarvitanud)	Uimastid viimase 12 kuu jooksul (jah; ei)	–
<b>Liigne ekraaniaeg</b>	Ekraaniaeg (tundi päevas)	–	Ekraaniaeg (üle 6 tunni päevas; 6 või vähem tundi päevas)	–

ALLIKAS: autorite tabel

## Eluviisi all vaadeldakse tervisekäitumist ehk tervist toetavat käitumist (toitumine, kehaline aktiivsus, piisav uneaeg) ja riskikäitumist ehk tervist kahjustavat käitumist (suitsetamine, alkoholi ja uimastite tarvitamine, liigne ekraaniaeg).

esinemine, depressiivsuse esinemine, enesehinnanguline stress, üleväsimus ja suitsidaalsus. Olenevalt kasutatavatest andmestikest kirjeldatakse suundumusi eluviisi seostest vaimse tervise ja heaoluga läbi aastate, võrreldakse vaimset tervist Eestis teiste riikide näitajatega ning pööratakse tähelepanu rahvastiku eri rühmade vaimse tervise ebavõrdsusele. Läbilõikeandmetele kohaselt on vaimse tervise ja eluviisi tegurite vaheliste seoste hindamiseks kasutatud peamiselt logistilist regressioonanalüüsi. Seosekordajaks olev šansisuhe (ingl *odds ratio*, OR) tähistab

lihtsustatult tulemi (nt vaimse tervise probleemi või heaolu taseme) esinemise erinevust taustatunnuste (nt tervist toetava käitumise, riskikäitumise) eri tasemete võrdluses.

Artiklite empiirilistes osades on kasutatud Eestis aastatel 1990–2022 läbi viidud rahvastikupõhiste küsitlusuuringute andmeid. Laste heaolu ja eluviisi artikkel põhineb 2013–2015 läbi viidud rahvastiku toitumisuuringu andmetel 2–10-aastaste laste kohta ja tugineb nende vanemate ütlustele. Noorte eluviisi ja vaimse tervise seoste artikli materjal pärineb 11-, 13- ja 15-aastasi hõlmanud Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise (HBSC) uuringu kuue laine andmestikel (aastad 2002–2022). Täiskasvanute vaimse tervise ja eluviisitegurite analüüsi allikmaterjaliks on aastatel 1990–2020 läbi viidud Eesti 16–64-aastasi elanikke hõlmav Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, vanemaealiste puhul (65-aastased ja vanemad) tuginetakse SHARE uuringu 2013. aasta andmetele.

## KOKKUVÖTE

Elukaare kõigis etappides on tervist toetav eluviis seotud parema vaimse tervise ja heaoluga. Eluviisi olulisus vaimse tervise jaoks on kõige ilmekamalt väljendunud noorte ja täiskasvanute hulgas. Eesti eel- ja algkooliealiste laste vaimne tervis on nende vanemate hinnangul küllaltki hea, kuid laste subjektiivne heaolu muutub vanuse kasvades halvemaks. Samas tuleb silmas pidada, et vanemate poolt antavad heaolu hinnangud on enamasti positiivses suunas kallutatud. Viimase kümne aasta jooksul on noorte vaimse tervise probleemid suurenenud, täiskasvanutel on need püsinud stabiilse-

na ja vanemaealistel oluliselt seotud olemasolevate terviseprobleemide ja -piirangutega. Samuti ilmneb noori ja vanemaealisi käsitlevates artiklites esitatud võrdlusest, et Eestis on vaimse tervise näitajad kehvemad kui mitmes teises Euroopa riigis. Täiskasvanutel avaldub sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus nii eluviisi kui ka vaimse tervise näitajates ning ebasoodsa sotsiaal-majandusliku seisundi ja eluviisiga seotud tegurite kuhjumine suurendab vaimse tervise haavatavust. Laste ja ka noorte eluviisi valikuid kujundavad suuresti aga lapsevanemad nii eeskujuga, reeglite kui ka ühistegevusega.

Materjalide valimine artiklitesse oli keerukas, sest vahetult võrreldavaid andmestikke, mis kataksid tervet elukaart, oli raske leida. Saavutatud kompromiss hõlmas seetõttu eri aastate andmestikke ning erinevaid küsimusi eluviisi ja vaimse tervise uurimiseks. Mitmel juhul raskendasid need sunnitud valikud eluviisi ja vaimse tervise seoste elukaarepõhist tõlgendust. Teisalt pakub sinne lahenduskäik uniikaalset vaadet eluviisi ja vaimse tervise muustrite kordumisele eri eluetappides. Eluviisi kohta on eri organisatsioonid andnud ridamisi soovitusi (nt mitu tundi päevas liikuda, kui palju ja mida süüa) ning mõni neist soovitustest on ka selle peatüki artiklites võetud tervisliku või ebatervisliku käitumise määratlemise kriteeriumiks. Samas tuleb mõista, et need parimatel olemasolevatel teadmistel põhinevad soovitused on siiski kokkuleppelised ja võivad ajas muutuda.

Artiklites esitatavad vaated eluviisi ja vaimse tervise seostele elukaare eri etappides lubavad järeldada, et vaimse tervise ja heaolu parandamisel tuleb lisaks inimeste vahetutele eluviisiva-

## Esmane, mida iga inimene saab oma vaimse tervise jaoks teha, on pöörata teadlikku tähelepanu oma eluviisivalikutele ning hoida neis tasakaalu ja mõistlikkust.

likutele arvestada ka ümbritseva sotsiaalse konteksti ja keskkonna mõjudega. Samuti tuleb tervisest mõelda kui ressursist, mistõttu peaksid tervishoiu kujundavad poliitilised otsused ja sekkumised arvestama, et see ressurss ei jagune kõigi vahel ühetaoliselt. Rahvastiku vananemine ning diagnostilise võimekuse ja ravivõimaluste pidev paranemine esitab tervishoiupoliitikale lisaväljakutse, sest ehkki elatakse küll järjest kauem, möödub arvestatav osa elukaarest terviseprobleemidega. Esmane, mida iga inimene saab oma vaimse tervise jaoks aga kohe teha, on pöörata teadlikku tähelepanu oma eluviisivalikutele ning hoida neis tasakaalu ja mõistlikkust. ●

## VIIDATUD ALLIKAD

- Ceccato, S., Kudielka, B. M., Schwioren, C. 2016. Increased risk taking in relation to chronic stress in adults. – *Frontiers in Psychology*, 6(JAN), 2036. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.02036/BIBTEX>.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. 2021. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. – *Public Health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2021.08.009>.
- Everson-Rose, S. A., Lewis, T. T. 2005. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. – *Annual Review of Public Health*, 26, 469–500. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PUBLHEALTH.26.021304.144542>.
- Ferrer, R. A., Mendes, W. B. 2017. Emotion, health decision making, and health behaviour. – *Psychology and Health*, 33(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1385787>.
- Gerhardt, C., Semmer, N. K., Sauter, S., Walker, A., de Wijn, N., Kälin, W., Kottwitz, M. U., Kersten, B., Ulrich, B., Elfering, A. 2021. How are social stressors at work related to well-being and health? A systematic review and meta-analysis. – *BMC Public Health*, 21(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/S12889-021-10894-7/TABLES/5>.
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., Umeoka, E. H. de L. 2018. A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. – *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 127. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>.
- Kubzansky, L. D., Winning, A., Kawachi, I. 2015. Affective states and health. – *Social Epidemiology*, 320–364. <https://doi.org/10.1093/MED/9780195377903.003.0009>.
- Lalonde, M. 1981. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa (ON): Minister of Supply and Services Canada.
- Scott, K. A., Melhorn, S. J., Sakai, R. R. 2012. Effects of chronic social stress on obesity. – *Current Obesity Reports*, 1(1), 16–25. <https://doi.org/10.1007/S13679-011-0006-3>.
- Tulchinsky, T. H. 2018. Marc Lalonde, the health field concept and health promotion. – *Case Studies in Public Health*, 523–541. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00028-7>.

# 2.1

## Eluviis ja vaimne tervis eel- ja algkooliealistel lastel

MAARJA KUKK JA EHA NURK

### PÕHISÕNUM

Vanemad hindavad Eesti eel- ja algkooliealiste laste vaimset tervist küllaltki heaks, kuid laste vaimne heaolu kahaneb vanuse kasvades. Sotsiaal-majanduslikest teguritest sõltub laste vaimne heaolu vähe, mis viitab pigem vähesele ebavõrdsusele. Parem vaimne heaolu on lastel seotud eelkõige suurema kehalise aktiivsusega.

### SISSEJUHATUS

El- ja algkooliealistel lastel esineb vaimse tervise häireid märksa harvem kui noorukitel või täiskasvanutel, kuid hilisemate probleemide juured ulatuvad sageli just varasematesse elujärgkudesse (Jones 2013). Nagu füüsilise tervise puhul, mõjutavad vaimset tervist geneetilised tegurid, kuid samuti mängib tähtsat osa last ümbritsev füüsiline ja psühhosotsiaalne keskkond ning sellest tulenevalt ka eluviis: toitumis- ja liikumisharjumused ning unerežiim. Vaimset tervist võivad eriti kaa-lukalt mõjutada lapsepõlves läbi elatud

ebasoodsad kogemused, näiteks väärkohtlemine ja vägivald, vanemate lahtus või pereliikme surm ning muud stressirohked elusündmused (Shonkoff ja Garner 2012). Tugev, korduv või ka pikaajaline stress mõjutab negatiivselt lapse neuroloogilist arengut. See võib tekitada probleeme õppimisvõime, mälu ja käitumisega või põhjustada vaimse tervise häireid (Shonkoff ja Garner 2012). Eluviisi otsene tähtsus vaimsele tervisele enamasti nii selge ei ole, sest seosed ei ole vaid ühesuunalised ning nii eluviis kui ka vaimne tervis sõltuvad kolmandatest teguritest, näiteks sotsiaal-majanduslikust seisundist. Kuna eluviis on muudetav ja ebasoodsad harjumused puudutavad paljusid inimesi, väärib eluviis vaimse tervise edendamisel siiski tähelepanu. Seda eriti laste puhul, sest lapseas omandatud eluviisi jäädakse sageli järgima ka täiskasvanueas ja seeläbi võivad varakult omandatud positiivsed või negatiivsed harjumused avaldada vaimsele tervisele läbi elukaare pikaajalist mõju.

Käesoleva artikli eesmärk on kirjeldada Eesti 2–10-aastaste laste vaimset heaolu ning selle seoseid sotsiaal-majanduslike tunnuste ja tervisekäitumisega, toomaks esile võimalikke ebavõrdsust soodustavaid mõjutegureid. Eel- ja algkoolilaste vanuserühmas, eriti eelkoolieas, on vaimset tervist ja heaolu käsitlevaid uuringuid võrreldes teiste vanuserühmadega napilt, sest selliste uuringute läbiviimine on kallis ja metodoloogiliselt keerukas ülesanne. Väikesed lapsed ei oska veel oma vaimset seisundit hästi edasi anda ja seetõttu tuleb sageli tugineda kõrvalseisjate, näiteks vanemate või õpetajate hinnangutele. Need ei pruugi alati olla täpsed ega kajastada lapse subjektiivset kogemust. Ka Eestis leidub praegu vähe suuremahulisi uuringuid, mis pakuksid ülevaadet eel- ja algkooliealiste laste vaimsest heaolust ja kõrvutaksid seda eluviisiga.

Artikkel toetub eelkõige aastatel 2013–2015 kogutud Eesti rahvastiku toitumise uuringule, mille tugevuseks on asjaolu, et uuringus koguti üksikasjali-

**Lapseas omandatud eluviisi jäädakse sageli järgima ka täiskasvanueas ja seeläbi võivad varakult omandatud positiivsed või negatiivsed harjumused avaldada vaimsele tervisele läbi elukaare pikaajalist mõju.**

kud ja mitmekülgset rahvastikupõhiselt esinduslikud andmed laste eluviisi kohta. Läbilõikeuuringuna ei võimalda see küll tuvastada põhjuslikke seoseid, kuid tulemused aitavad juhtida tähelepanu võimalikele kitsaskohtadele. Tänu esinduslikule valimile pakub uuring Eesti laste vaimse tervise olukorrast ühtlasi terviklikumat ülevaadet kui näiteks riskirühmade käsitlus. Uuringu läbiviimist kirjeldab meetodikaraport (Nurk jt 2017). Vanuserühmas 2–10 aastat koguti andmed ligi 1000 lapse kohta, küsitledes nende laste vanemaid või hooldajaid. Ligi 30% lastest olid vanuses 7–10 aastat ja üle 90% neist käisid koolis (tabel 2.1.1).

### HEAOLU INDEKS (WHO-5) MÕÕDAB SUBJEKTIIVSE HEAOLU TASET

Maailma Terviseorganisatsiooni koostatud heaolu indeks (The 5-item WHO Wellbeing Index – WHO-5) hindab vastaja psühholoogilist heaolu viimase kahe nädala jooksul (Topp jt 2015). WHO-5 küsimustik<sup>1</sup> koosneb viiest väitest (kui sageli on hinnatav isik olnud rõõmus ja heatujuline; rahulik ja pingevaba; aktiivne ja energiline; värske ja puhanud; tegelenud asjadega, mis teda huvitasid), millega nõustumist hinnatakse skaalal 0 (mitte kunagi) kuni 5 (kogu aeg). Indeksi arvutamiseks tulemused liidetakse ja korrutatakse neljaga, et väljendada heaolu lihtsustatud skaalal 0 (heaolu puudumine) kuni 100 (suurim võimalik heaolu). Käesoleva artikli analüüsid võrreldakse Eesti rahvastiku toitumise uuringus osalenud kehva heaoluga lapsi parema heaoluga lastega. Kuna WHO-5 indeksil ei leidu 2–10-aastaste laste vanuserühmas üldtunnustatud sisulise tähendusega lõikepiiri, valiti artiklis madalama heaoluga rühma 1/5 uuringus osalenud lastest, kelle tulemus jäi skaala alumisse otsa. Seega madalama heaoluga rühma kuulusid lapsed WHO-5 skoori väärtusega < 72.

<sup>1</sup>Vt ka [https://ifightdepression.com/files/cms/pdf/WHO\\_heaolu\\_indeks.pdf](https://ifightdepression.com/files/cms/pdf/WHO_heaolu_indeks.pdf).

Vanuserühmas 2–6 aastat leidsid seevastu vaid mõned üksikud koolilapsed. Poisse ja tüdrukuid oli valimis enam-vähem võrdselt ja 85% lastest olid eesti

päritolu. Laste vaimset tervist iseloomustava tunnuseks kasutati uuringus Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koostatud WHO-5 heaolu indeksit.

**Tabel 2.1.1.** Eesti 2–10-aastaste laste vaimse heaolu sotsiaal-majanduslike tunnuste järgi

Tunnus	Jaotus	Osalejate arv	WHO-5 indeksi keskvärtus ja standardhälve	Madalama heaoluga <sup>a</sup> laste osakaal, %
Vanus	2–6 aastat	677	80,8 (10,5)	15,2
	7–10 aastat	287	78,9 (11,7)	21,6
Sugu	Poiss	461	80,0 (10,9)	17,4
	Tüdruk	503	80,4 (10,9)	16,9
Rahvus	Eestlane	831	80,2 (11,1)	17,7
	Muu	133	80,6 (9,9)	13,5
Piirkond <sup>b</sup>	Kesk-Eesti	195	85,2 (11,4)	10,3
	Põhja-Eesti	352	79,3 (10,3)	17,9
	Lääne-Eesti	155	76,0 (9,7)	23,2
	Kirde-Eesti	80	79,6 (9,3)	12,5
	Lõuna-Eesti	182	80,4 (11,2)	19,8
Asulatüüp <sup>c</sup>	Linnaline asula	551	79,3 (10,5)	18,3
	Maa-asula	413	81,5 (11,4)	15,5
Leibkonna neto- sissetulek kuus	Kuni 1000 eurot	279	79,8 (11,2)	17,9
	1001–2000 eurot	475	80,7 (11,0)	16,4
	Üle 2000 euro	175	79,5 (10,5)	18,3
Vanema haridus <sup>d</sup>	Põhi- või keskharidus	438	80,8 (11,6)	17,8
	Kõrgharidus	524	79,7 (10,3)	16,4
Peremudel	Elab koos kahe vanemaga	862	80,3 (10,8)	16,5
	Muu	100	79,1 (11,8)	23,0

**ALLIKAS:** autorite tabel, Eesti rahvastiku toitumise uuringu 2013–2015 andmete põhjal

**MÄRKUSED:**

- <sup>a</sup> Madalama heaoluga rühma moodustavad lapsed, kelle WHO-5 indeksi skoor on < 72.
- <sup>b</sup> Põhja-Eesti – Harju maakond; Lääne-Eesti – Hiiu, Lääne, Pärnu ja Saare maakond; Kesk-Eesti – Järva, Lääne-Viru ja Rapla maakond; Kirde-Eesti – Ida-Viru maakond; ja Lõuna-Eesti – Jõgeva, Põlva, Tartu, Valga, Viljandi ja Võru maakond.
- <sup>c</sup> Linnalised asulad on linnad, vallalised linnad ja alevid, maa-asulad on alevikud ja külad.
- <sup>d</sup> Vanema haridustase tähistab selle koos lapsega elava vanema (või hooldaja) haridust, kes on omandanud kõrgema haridustaseme.

## Eesti laste vaimset tervist võib pidada heaks, kuid heaolu kahaneb vanusega

Eesti rahvastiku toitumise uuringu põhjal varieerus WHO-5 indeks 2–10-aastastel lastel vahemikus 44–100 ja keskmine skoor oli 80. Vanuses 2–6-aastat oli keskmine skoor 81 ja 6–10-aastastel 79 (tabel 2.1.1). WHO-5 indeksi ei ole 2–8-aastastel laste hindamiseks varem kasutatud, kuid mõõdik on valideeritud 9–12-aastastel lastel depressiooni skriinimiseks ning sel juhul on peetud sobivaks lõikepiiriks üldskoori väärtust 40 (Allgaier jt 2012). Nii madalat skoori ei esinenud ühelgi uuringus osalenud lapsel. Euroopa elukvaliteedi uuringus ligi kolmekümne riigi täiskasvanud rahvastiku keskmine skoor oli vahemikus 54–70 (Topp jt 2015). Kuigi võrdlus täiskasvanutega pole otseselt sobiv, viitab see siiski, et uuringusse kaasatud laste heaolu oli vanemate hinnangul pigem kõrge. Silmas tasub pidada, et vanemad ei pruugi olla objektiivsed hindajad, sest nad näevad lapse käitumist vaid kodukeskkonnas, kuid mitte lasteaias või koolis, ja kipuvad seda tõlgendama positiivsemas võtmes. Kuna väikesed lapsed ei oska oma vaimse heaoluga seotud probleeme ise edasi anda, ei ole kaudsele hindamisele siiski head alternatiivi, kuid terviklikumat pilti aitab tagada eri hindajate kaasamine – näiteks lisaks vanematele ka õpetajad (Streimann jt 2021).

**Kuni 10-aastaste laste vaimset heaolu võib pidada pigem kõrgeks ka laste subjektiivse kogemuse põhjal, kuid oluliselt rohkem on kurvapoolseid lapsi juba 12-aastaste seas.**

Rahvastiku toitumise uuringuga saab kõrvutada 2018. aastal toimunud laste subjektiivse heaolu uuringu „Children’s World“ tulemusi (Soo ja Kutsar 2020). Eestis küsitleti selle uuringu raames 3150 last vanuses 8, 10 ja 12 aastat. Uuringule eelnenud kahe nädala jooksul tundis 47% 10-aastastest ja 41% 12-aastastest lastest ülekaalukalt positiivseid emotsioone ehk nad hindasid oma emotsionaalse heaolu taset kõrgeks. Enamik ülejäänud 10-aastastest olid rõõmsad ja energilised, vaid aegajalt pinges (25%) või tundsid vahelduvalt nii positiivseid kui ka negatiivseid emotsioone (28%). Vaid üksikud lapsed tundsid valdavalt negatiivseid emotsioone. Seega võib kuni 10-aastaste laste vaimset heaolu pidada pigem kõrgeks ka laste subjektiivse kogemuse põhjal. Oluliselt rohkem (15%) oli aga kurvapoolseid ja apaatseid lapsi juba 12-aastaste seas. Ka üldine eluga rahulolu kahanes vanuse kasvades: kui 8- ja 10-aastastest andsid maksimaalse rahuloluhinnangu kolm neljandikku lastest, siis 12-aastastest umbes pooled.

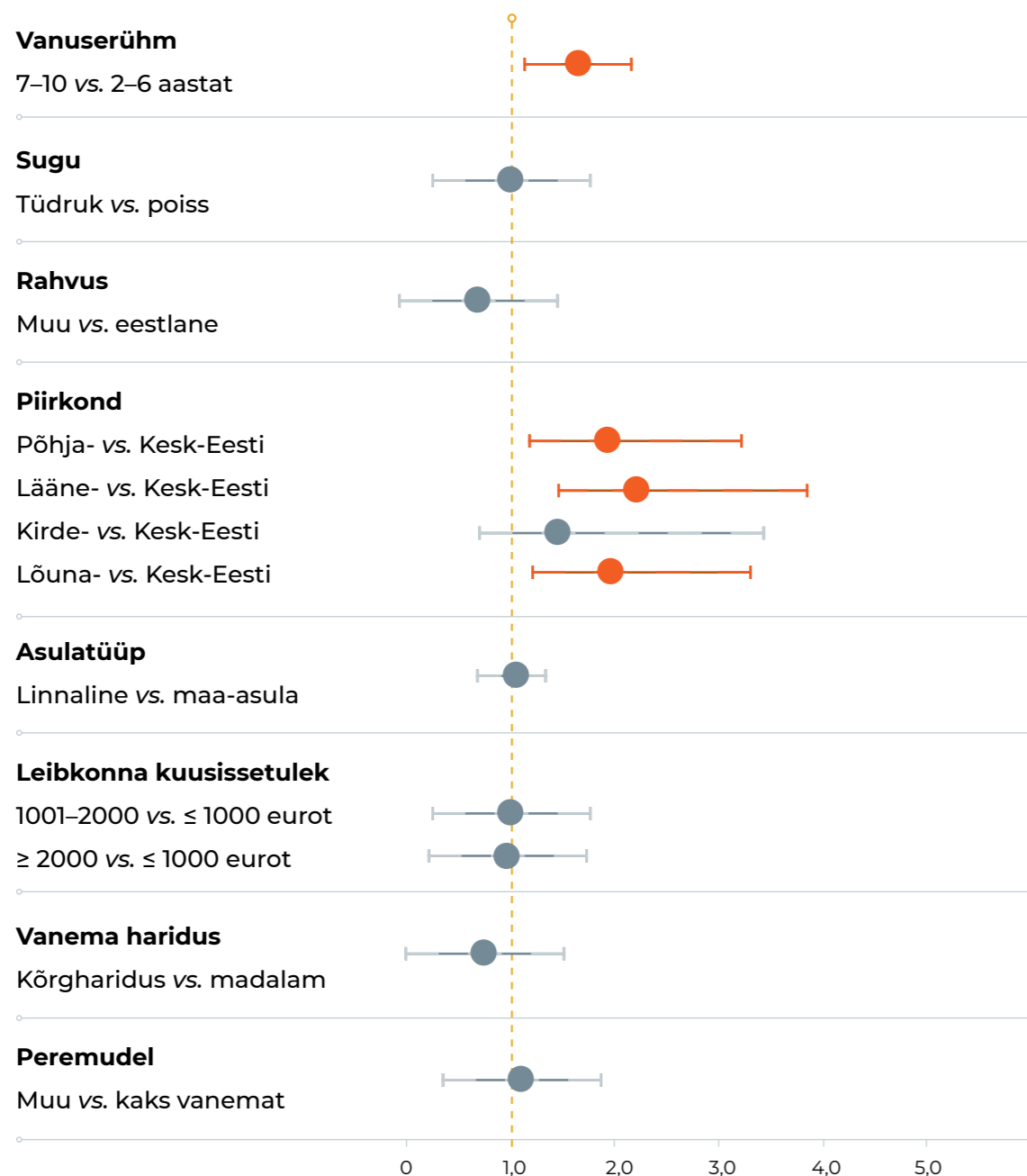
Sarnaselt kahanes vanusega laste vaimne heaolu ka rahvastiku toitumise uuringus, kus kõigi sotsiaal-majanduslike tunnuste suhtes kohandatud mudelis ilmnis 7–10-aastastel 2–6-aastastega võrreldes 1,5 korda suurem šans madalamaks heaoluks (joonis 2.1.1). Probleemide järsk suurenemine teismeeas võib olla osaliselt tingitud vajadusest kasutada väikeste laste puhul

## Uuringusse kaasatud laste heaolu oli vanemate hinnangul pigem kõrge.

kaudseid hindajaid. Kuna aga sarnase järeltuse saab teha nii vanemate kui ka laste subjektiivse hinnangu põhjal, paistab laste vaimse tervise halvenemi-

ne vanuse kasvades olevat siiski tegelik protsess, mitte vaid metodoloogias tingitud nähtus.

**Joonis 2.1.1.** Eesti 2–10-aastaste laste vaimse heaolu seos sotsiaal-majanduslike tunnustega, šansisuhe ja 95% usaldusvahemik



**ALLIKAS:** autorite joonis, Eesti rahvastiku toitumise uuringu 2013–2015 andmete põhjal

**MÄRKUSED:** Tunnuste seost vaimse heaoluga (madalam vs. kõrgem) testiti logistilise regressioonanalüüsiga. Šansisuhted kohandati kõigile ülejäänud sotsiaal-majanduslikele teguritele. Šansisuhte kõrgem väärtus väljendab suuremat šanssi kogeda madalamat heaolu (WHO-5 indeksi väärtus < 72).

Tunnuste selgitusi vt tabeli 2.1.1 allmärkustest.

## Vaimne heaolu varieerub sotsiaal-majanduslike tunnuste järgi pigem vähe

Rahvastiku toitumise uuringu andmetel oli heaolu sarnane pois- tel ja tüdrukutel, eesti ja muust rahvusest lastel ning ei sõltunud ka asulatüübist, pere sissetulekust, vanema haridusest ega peremudelist (joonis 2.1.1), mis viitab pigem väiksele sotsiaal-majanduslikule ebavõrdsusele. Vaimne heaolu sõltus aga oluliselt elupiirkonnast, kusjuures suurima heaoluga paistsid silma Kesk-Eesti lapsed (tabel 2.1.1 ja joonis 2.1.1). Põhja-, Lõuna- ja Lääne-Eesti lastel oli Kesk-Eesti lastega võrreldes 2,2–2,6 korda suurem šanss vähesemaks heaoluks. Kesk-Eesti eripära on suurte linnade puudumine ja elukeskkond võib olla seose üks seletus.

Laste subjektiivse heaolu uuringus (Soo ja Kutsar 2020) vaadeldi lisaks ka heaoluhinnangute seoseid lapse sotsiaalse keskkonna ja pere koosseisuga. Ülekaalukalt positiivseid emotsioone tundnud ja eluga täiesti rahul olnud lapsed hindasid oma heaolu nii kodus, koolis kui ka sõpradega suheldes kõrgemaks kui ülejäänud lapsed. Samuti selgus, et 10- ja 12-aastased lapsed, kes elasid koos mõlema bioloogilise vanemaga, olid viimase kahe nädala jooksul tundnud enam positiivseid emotsioone (44%) kui kasuvanemaga või üksikvanemaga elanud lapsed (35%). See erineb rahvastiku toitumise uuringust, mis

## Suurima vaimse heaoluga paistsid silma Kesk-Eesti lapsed, selle seose üks seletus võib olla suurte linnade puudumine ja elukeskkond.

heaolu seost peremudeligaga ei tuvastanud. Üheks selgituseks võib olla asjaolu, et rahvastiku toitumise uuringus ei eristatud bioloogilisi ja kasuvanemaid ning vaimset heaolu võib eelkõige mõjutada peresuhete kvaliteet, mitte kahe vanemaga kasvamise muud eelised, näiteks majanduslik kindlustatus.

## Eesti eel- ja algkooliealiste laste toitumist iseloomustab vähene puu- ja köögiviljade sömine ning liigne maiustamine, kuid vaimne heaolu ei ole toiduvalikuga seotud

Rahvastiku toitumisuuringu andmetel jätavad Eesti 2–10-aastaste laste toitumisharjumused soovida. Toitumissoovituste kohaselt tuleks igapäevaselt süüa vähemalt viis portsjonit puu- ja köögivilju, kuid uuringus osalenud lapsed söid päevas keskmiselt vaid ligikaudu kolm portsjonit ning ainult 14% 2–6-aastas- test ja 19% 7–10-aastastest lastest söid neid soovitudele vastavalt (tabel 2.1.2). Sõltuvalt lapse vanusest ja energia- vajadusest ei tohiks maiustusi ja näkse süüa päevas rohkem kui 2–4 portsjo- nit, kuid 2–6-aastased lapsed söid neid keskmiselt kaheksa portsjonit ja 7–10- aastased lapsed 12 portsjonit päevas.

Energia- ja toitainevaste toitu- tude puhul täitis toitumissoovitus 22% noorematest ja 15% vanematest lastest. Ealine erinevus väljendus ka toitumise kvaliteedi indeksis, mis noorema vanu- serühma puhul oli mõnevõrra suurem kui 7–10-aastastel. Vanusega halvene- vad toitumisharjumused on arvatavasti tingitud vanemate laste suuremast ise- seisvusest oma toiduvaliku määramisel.

Toitumise ja vaimse tervise seoseid saab uurida mitmesugusel viisil, kuid üle paljude uuringute joonistub välja

muster, et tervislikumalt toituvatel lastel on tavaliselt ka paremad vaimse tervise näitajad (Khalid jt 2017). Sarnaselt muudele organitele sõltub aju areng ja talitlus toitainetest, seega on igati tõenäoline, et toiduvalik avaldab füsioloogiliste mehhanismide kaudu vaimsele tervisele otsest mõju (Lang jt 2015). Tegelikus elus on füsioloogilised mehhanismid siiski vaid üks viis, mis seob vaimset tervist toitumisega. Nii toiduvalik kui ka vaimne tervis sõltuvad omakorda sotsiaal-majanduslikest teguritest ning samuti mõjutab vaimset heaolu ka söömine kui pere ühistegevus. Lisaks on tõenäoline, et toitumine ja vaimne tervis avaldavad teineteisele

### Kuigi tervislikumalt toituvatel lastel on tavaliselt ka paremad vaimse tervise näitajad, siis Eesti uuringust ei selgunud laste vaimse heaolu ja toiduvaliku vahel olulisi seoseid.

kahesuunalist mõju – ebatervislik toiduvalik võib olla tingitud ka vaimse tervise probleemidest, mitte tingimata vastupidi. Seetõttu ei pruugi toitumise ja vaimse tervise seosed olla alati ilmsed

**Tabel 2.1.2.** Eluviis Eesti 2–6- ja 7–10-aastastel lastel

Tunnus	2–6-aastased				7–10-aastased				2–6 vs. 7–10-aastased <sup>a</sup>
	N	Kesk- väärtus ja standard- hälve	Soovitus	Soovituse täitnud lapsed	N	Kesk- väärtus ja standard- hälve	Soovitus	Soovituse täitnud lapsed	P- väärtus
Liikumisaeg, tundi päevas	614	3,4 (1,7)	≥ 1	99,7%	244	3,0 (1,7)	≥ 1	98,8%	< 0,001
Liikumisega huvitegevuses osalejad, osakaal	677	42%	–	–	287	70%	–	–	< 0,001
Ekraaniaeg, tundi päevas	675	1,5 (0,8)	≤ 1 / ≤ 2 <sup>b</sup>	53,5%	287	2,3 (1,15)	≤ 2 <sup>b</sup>	49,5%	< 0,001
Uneaeg, tundi ööpäevas	676	11,2 (1,1)	10–14 <sup>c</sup>	92,8%	287	9,3 (0,9)	9–12 <sup>c</sup>	78,7%	< 0,001
Puu- ja köögiviljad, portsjonit päevas	677	3,0 (1,9)	≥ 5	14,2%	287	3,3 (2,1)	≥ 5	19,2%	0,2
Energiarikkad ja toitainete vaesed toidud <sup>e</sup> , portsjonit päevas	677	8,4 (5,8)	≤ 2 <sup>d</sup>	22,5%	287	11,7 (7,5)	≤ 2–4 <sup>d</sup>	14,6%	< 0,001
Toitumise kvaliteedi indeks	669	55,2 (13,0)	–	–	283	53,0 (13,1)	–	–	0,02

**ALLIKAS:** autorite tabel, Eesti rahvastiku toitumise uuringu 2013–2015 andmete põhjal

**MÄRKUSED:**

- <sup>a</sup> Liikumisega huvitegevuse puhul testiti erinevust vanuserühmade vahel logistilise regressiooniga ja muid tunnuseid testiti dispersioonanalüüsi abil.
- <sup>b</sup> Kuni 5-aastastel mitte rohkem kui üks tund päevas, alates 5. eluaastast mitte rohkem kui kaks tundi.
- <sup>c</sup> Sõltuvalt vanusest: 1–2-aastased 11–14 tundi, 3–5-aastased 10–13 tundi ja 6–12-aastased 9–12 tundi.
- <sup>d</sup> Sõltuvalt vanusest, soost ja energiavajadusest: 7–8-aastased ≤ 2 portsjonit, 8–9-aastased ≤ 3 portsjonit ja 9–10-aastased ≤ 4 portsjonit.
- <sup>e</sup> Maiustused, magusad ja soolased näksid, jäätis, magusad pagari- ja kondiitritooted jms.

ja ka rahvastiku toitumise uuringust ei selgunud laste vaimse heaolu ja toiduvaliku vahel olulisi seoseid (joonis 2.1.2).

### Kehalisel aktiivsusel on vaimse heaoluga positiivne ja passiivsel ekraaniajal negatiivne seos

Liikumisharjumused on toitumise kõrval teine oluline tegur, mis kogu elukaare jooksul mõjutab mitmekülgset füüsilist kui ka vaimset tervist. Liikumisharjumusi iseloomustab ühest küljest kehaline aktiivsus ehk kõikvõimalik liikumine, mis kulutab energiat – olgu see siis seotud treeningu, meelelahutuse, töötamise või ka ühest kohast teise jõudmisega. Teise nurga alt iseloomustavad liikumisharjumusi istuva eluviisi tegevused,

mis hõlmavad muu hulgas teleri, arvuti või nutiseadmega veedetud kehaliselt mitteaktiivset ekraaniaega. Sarnaselt toitumisega seovad vaimset tervist kehalise aktiivsusega arvatavasti mitmed tegurid, mis hõlmavad nii neuroloogilisi kui ka psühhosotsiaalseid mehhanisme (Lubans jt 2016). Nagu täiskasvanutel, on ka lastel ja noorukitel kehaline aktiivsus seotud parema ja passiivne ekraaniaeg halvema vaimse tervisega, kuigi seos liikumisharjumuste ja vaimse tervise vahel on ilmsem noorukite kui laste puhul ning eriti eelkoolieas laste puhul leidub teema kohta väga vähe uuringuid (Rodriguez-Ayllon jt 2019).

Rahvastiku toitumise uuringus osalenud 2–6-aastased lapsed liikusid keskmiselt üle kolme tunni päevas, 7–10-aastased lapsed ligi kolm tundi päevas (tabel 2.1.2). Lähtudes WHO soovitusel lastele liikuda vähemalt üks tund päevas, oli peaaegu kõigi

### TOITUMISPÄEVIK AITAB SAADA ÜLEVAATE TOITUMISHARJUMUSTE TERVISLIKKUSEST

Rahvastiku toitumise uuringus osalenud laste vanemad panid kahe küsitluspäeva jooksul koguseliselt kirja kõik lapse tarbitud söögid ja joogid. Nende toidupäevikute alusel arutati päeva jooksul lapse söödud puu- ja köögiviljade ning energiarikaste ja toitainevaeste toitute (maiustused, magusad ja soolased näksid, jäätis, magusad pagari- ja kondiitritooted jms) kogused grammides, mis teisendati hiljem toiduenergiapõhisteks portsjonite arvuks. Kui puu- ja köögiviljade söömine iseloomustab tervislikke ning energiarikaste ja toitainevaeste toitute tarbimine ebasoodsamaid toitumisharjumusi, siis toitumise tervikpildi kirjeldamiseks arutati toidupäevikute põhjal ka toitumise kvaliteedi indeks. Indeksi arvutamiseks hinnatakse esmalt, kui heas kooskõlas on vastaja tegelik toitumine Eesti toitumissoovitustega, arvestades toidurühmi ja toitainete saadavust. Toidurühmade ja toitainete skoorid liidetakse ja väljendatakse skaalal 0 (täielik mittevastavus) kuni 100 (täielik vastavus).



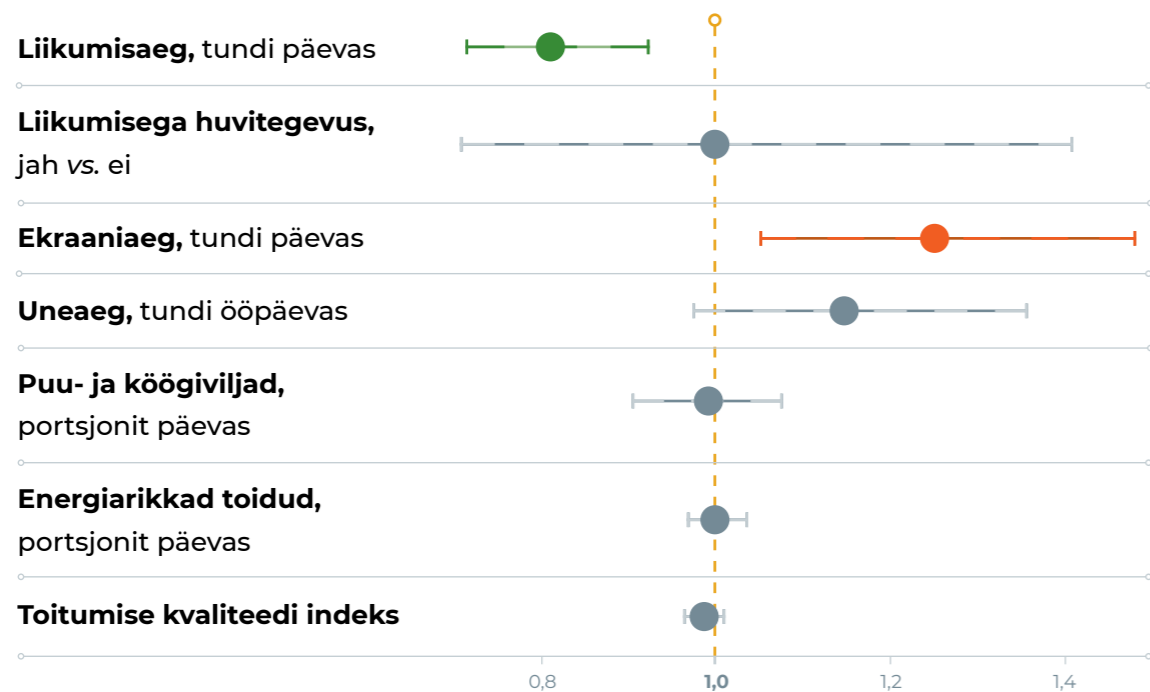
**Liikumisharjumused on toitumise kõrval teine oluline tegur, mis kogu elukaare jooksul mõjutab mitmekülgset nii füüsilist kui ka vaimset tervist.**

analüüsidesse kaasatud laste liikumisaeg piisav. Sealjuures osales spordi- ja liikumisega huviringides alla poole 2–6-aastastest ja 70% 7–10-aastastest lastest. Laste vaimne heaolu oli oluliselt seotud liikumisajaga: iga tunni lisandumisel päevasele liikumisajale muutus šanss madalamaks heaoluks 0,81 korda ehk vähenes 19% võrra (joonis 2.1.2). Seejuures ei olnud tähtsust sellel, kas liikumine oli seotud organiseeritud huvitegevuses osalemisega või mitte.

Pakkumaks lapsevanematele juhi- seid laste tervisekäitumise suunami-

seks, soovivad Eesti toitumis- ja liikumissoovitused, et 2–4-aastased ei vee- daks ekraani ees rohkem kui ühe tunni päevas ja 5–17-aastased maksimaalselt kaks tundi. Ekraaniaeg jäi soovituslikes- se piiridesse umbes pooltel nii 2–6- kui ka 7–10-aastastest lastest. Laste vaimne heaolu oli ekraaniajaga oluliselt seotud, kusjuures iga tunni lisandumisel päeva- sele ekraaniajale muutus šanss mada- lamaks heaoluks 1,26 korda (s.o suure- nes 26% võrra). Ekraaniaja seos vaimse tervise- ga ei pruugi olla tingitud üksnes kehalise aktiivsuse puudumisest, sest oma jälje võib jätta ka kokkupuude so- bimatu meediasisuga ning samuti as- jaolu, et ülemäärane ekraaniaeg kipub vähendama nii laste une kestust kui ka kvaliteeti. Digivahendite kasutusmust- rite laiemat tähendust vaimse heaolu vaatenurgast on avatud 4. peatükis.

**Joonis 2.1.2.** Eesti 2–10-aastaste laste vaimse heaolu seos eluviisiga, šansisuhe ja 95% usaldusvahemik



ALLIKAS: autorite joonis, Eesti rahvastiku toitumise uuringu 2013–2015 andmete põhjal

MÄRKUS: Iga tunnuse seost vaimse heaoluga (madalam vs. kõrgem) testiti logistilise regressioonanalüüsiga. Mudelid on kohandatud lapse sotsiaal-majandusliku tausta suhtes (vanus, sugu, rahvus, elupiirkond, asulatüüp, pere sissetulek, vanema haridustase ja peremudel). Šansisuhte kõrgem väärtus väljendab suuremat šanssi kogeda madalamat heaolu (WHO-5 indeksi väärtus < 72).

**Kuni 6-aastased lapsed magavad üldjuhul piisavalt, kuid vanuse suurenedes kipub unetunde väheks jääma ja une tähtsus vaimsele tervisele võib suurened**

Rahvastiku toitumise uuringus osalenud 2–6-aastased lapsed magasid keskmiselt 11 tundi ja 7–10-aastased lapsed 9 tundi ööpäevas. Eestis ei ole laste uneajale riiklikke tervisekäitumise soovitusi koostatud, kuid vastavalt mitmes teises riigis, ka näiteks USAs kasutusel olevatele soovitustele, peaksid 1–2-aastased lapsed magama ööpäevas 11–14 tundi, 3–5-aastased 10–13 tundi ja 6–12-aastased 9–12 tundi. Rahvastiku toitumise uuringu eelkooliealiste rühmas magasid vastavalt sellele soovitusel 93% ja koolilastest 78% ning vaimse heaoluga uneajal olulist seost ei ilmnenud. Ka laste subjektiivse heaolu uuring (Soo ja Kutsar 2020) käsitles ööune pikkust. End õnneliku ja rahulolevana tundnud 12-aas-

tased lapsed magasid kurbade ja tüdinutega võrreldes kauem: enamik neist (72%) magas enne koolipäeva vähemalt 8 tundi. Valdavalt negatiivseid emotsioone tundnud lastest magas 55% vähem kui 8 tundi. Kuigi toitumisuuringus une ja vaimse tervise seost ei olnud, viitasid tulemused siiski, et unevõlg muutub tähtsamaks koolieas. Selle üheks seletuseks on ilmselt asjaolu, et mida noorem laps, seda rohkem on tema käitumine vanemate kontrolli all. Uuringute erinevad järeldused ööne tähtsuse kohta võivad küll osaliselt olla tingitud vaimse heaolu erinevatel mõõdikutest, kuid siiski tundub, et une tähtsus vaimsele tervisele muutub määravamaks lapse iseseisvuse suurenemisel.

**End õnneliku ja rahulolevana tundnud 12-aastased lapsed magasid kurbade ja tüdinutega võrreldes kauem: enamik neist magas enne koolipäeva vähemalt 8 tundi.**

## KOKKUVÕTE

Rahvastikupõhised andmed näitavad, et Eesti 2–10-aastaste laste vaimne heaolu on vanemate hinnangul suhteliselt hea, kuid silmas tsub pidada, et heaoluhinnangud ongi enamasti positiivsemas suunas kallutatud. Eel- ja algkoolieas ei ole vaimse tervise ja eluviisi seosed veel selgelt aval-

dunud, sest vaimne heaolu varieerub sotsiaal-majanduslike tunnuste ja eluviisi järgi pigem vähe. Lastel eluviisis tuleb negatiivselt esile tasakaalustamata toitumine: liiga vähe süüakse puu- ja köögivilju ning ülemäära maiustusi. Eesti 2–10-aastased lapsed liiguvad piisavalt ja 2–6-aastased lapsed magavad küllaldaselt, kuid kooliealistest lastest viiendikul kipub uneaeg jääma liiga lühikeseks. Sõltumata vanusest veedavad aga umbes pooled lapsed liiga palju aega ekraanide ees. Tugevaim seos vaimse tervise ja eluviisi vahel tuli Eesti lastel esile liikumise puhul: positiivne seos ilmnes kehalise aktiivsuse ja negatiivne seos passiivse ekraaniajaga. ●

**Eel- ja algkoolieas ei ole vaimse tervise ja eluviisi seosed veel selgelt avaldunud.**

## VIIDATUD ALLIKAD

Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glückner, J., Schulte-Körne, G. 2012. Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? – *General Hospital Psychiatry*, 3, 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.007>.

Jones, P. B. 2013. Adult mental health disorders and their age at onset. – *British Journal of Psychiatry*, 202, s5–s10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>.

Khalid, S., Williams, C. M., Reynolds, S. A. 2017. Is there an association between diet and depression in children and adolescents? A systematic review. – *British Journal of Nutrition*, 116, 2097–2108. <https://doi.org/10.1017/S0007114516004359>.

Lang, U. E., Beglinger, C., Schweinfurth, N., Walter, M., Borgwardt, S. 2015. Nutritional aspects of depression. – *Cellular Physiology and Biochemistry*, 37, 1029–1043. <https://doi.org/10.1159/000430229>.

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., Biddle, S. 2016. Physical activity for cognitive and mental health in youth: A systematic review of mechanisms. – *Pediatrics*, 138, e20161642. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>.

Nurk, E., Nelis, K., Saamel, M., Martverk, M., Jõelet, A., Nelis, L. 2017. National Dietary Survey among children up to ten years old and breastfeeding mothers in Estonia. – *EFSA Supporting Publications*, 14, EN-1199. <https://doi.org/10.2903/sp.efsa.2017.EN-1199>.

Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., Esteban-Cornejo, I. 2019. Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. – *Sports Medicine*, 49, 1383–1410. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5>.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S. 2012. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. – *Pediatrics*, 129, e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>.

Soo, K., Kutsar, D. 2020. Kuidas elad, Eestimaa laps? Ülevaade 8–12-aastaste laste subjektiivsest heaolust. Tartu: Tartu Ülikooli Ühiskonnateaduste Instituut.

Streimann, K., Sisask, M., Toros, K. 2021. Children's mental health in different contexts: Results from a multi-informant assessment of Estonian first-grade students. – *School Psychology International*, 42, 379–397. <https://doi.org/10.1177/01430343211000414>.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., Becha, P. 2015. The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. – *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>.

## 2.2

### Noorte vaimne tervis ja heaolu ning selle seos eluviisiga

SIGRID VOROBYOV, LEILA OJA JA JAANIKA PIKSÖÖT

#### PÕHISÕNUM

Viimase kümnendi jooksul on saagenud vaimse tervise probleemide esinemine Eesti noorte hulgas. Enam kui kolmandik 11–15-aastastest tüdrukutest ja viiendik poistest on kurvad või masendunud sagedamini kui kord nädalas. Eesti noored on võrreldes naaberriikidega oluliselt sagedamini kurvad või masendunud. Noorte vaimset heaolu toetavateks eluviisiteguriteks on tervislik toitumine koos piisava kehalise aktiivsuse ja unega. Halvemad vaimse tervise näitajad on tugevalt seotud uimastite tarvitamisega (sigaretid, alkohol, kanep). Igapäevased tervislikumad eluviisivalikud võivad noorte vaimset heaolu parandada mitmekordselt.

#### SISSEJUHATUS

Noorte heaolu ja tervisekäitumine on suuresti mõjutatud nende vanemate tõekspidamistest ja tervisekäitumisest. On mitmeid eluviisiga seotud tegureid, mis toetavad vaimset heaolu, nagu näiteks täisväärtuslik toitumine, piisav uni ja kehaline aktiivsus. Samas kaasneb noorukiea iseseisvumisega uudishimu uute elamuste järele ja katsetamine alternatiivsete tegevustega, sealhulgas erinevate uimastitega eksperimenteerimine, mis omakorda mõjutab noorte vaimset heaolu. Samuti mõjutab noorukiiga oskust toime tulla oma emotsioonidega ning ühe lahendusena võidakse otsida leevendust uimastavate ainete tarvitamisest. Sageli on esimesteks aineteks tubakatoode ja alkohol, aga ka kanep, stimulandid või rahustid/uinutid mittemeditsiinilisel eesmärgil (ESPAD raport 2019).

Artikli eesmärk on anda ülevaade kahe viimase aastakümne suundumustest Eesti kooliõpilaste vaimses tervises ja heaolus ning nende seostest eluviisi ja sotsiaal-majanduslike teguritega.

#### Noorte vaimne tervis ja heaolu ning seosed eluviisiga

Kaasaegne kirjandus käsitleb vaimset tervist üha enam psühhiaatrilistest haigustest eraldiseisvana ja selgelt keskendutakse psühhosotsiaalsele heaolule (Moore jt 2019). Nii lapsepõlves kui ka noorukieas mõjutavad psühhosotsiaalset heaolu paljud tegurid. Samal ajal on sel perioodil välja kujunemas mitmed eluviisist tingitud

haiguste käitumuslikud riskitegurid, nagu ebatervislik toitumine, kehaline inaktiivsus, suitsetamine ja alkoholi tarvitamine, mis kujundavad täiskasvanuikka ulatuvaid harjumusi. 21. sajandi jooksul on igapäevane elu, sealhulgas noorte tervisekäitumine, drastiliselt muutunud, näiteks toidu toitaineline koostis koos toitumisharjumustega, noorte liikumisostuste ja -aktiivsuse vähenemine, aga ka uimastite valiku suurenemine ja kergem kättesaadavus.

Noorukite tervist ja heaolu mõjutavad mitmed individuaalsed, käitumuslikud, sotsiaalsed, kultuurilised, keskkondlikud ja organisatsioonilised tegurid, mis toimivad erinevatel tasanditel ja on aja jooksul muutuvad (Inchley jt 2020). Seetõttu on vajadus vastavalt sotsiaalsele kontekstile ajakohastada riskimudeleid, mis hõlmavad nii noorte käitumist kui ka sellega seotud tegureid. Sotsiaalne kontekst hõlmab nii vahetut sotsiaalset keskkonda, kus noored elavad (nt perekond, eakaaslased ja kool), kui ka laiemaid ühiskondlikke süsteeme (nt haridus, tervishoid, poliitika ja majandus), samas kui individuaalsed komponendid hõlmavad identiteeti, hoiakuid ja bioloogilisi aspekte. Teismeiga annab sobiva võimaluse ennetamiseks ja sekkumiseks, et toetada noorte tervislikku arengut, edendada nii füüsilist kui ka vaimset tervist ja heaolu täiskasvanueas ning seeläbi toetada järgmise põlvkonna tervist.

### Eesti kooliõpilaste vaimne tervis viimase kahe kümnendi jooksul

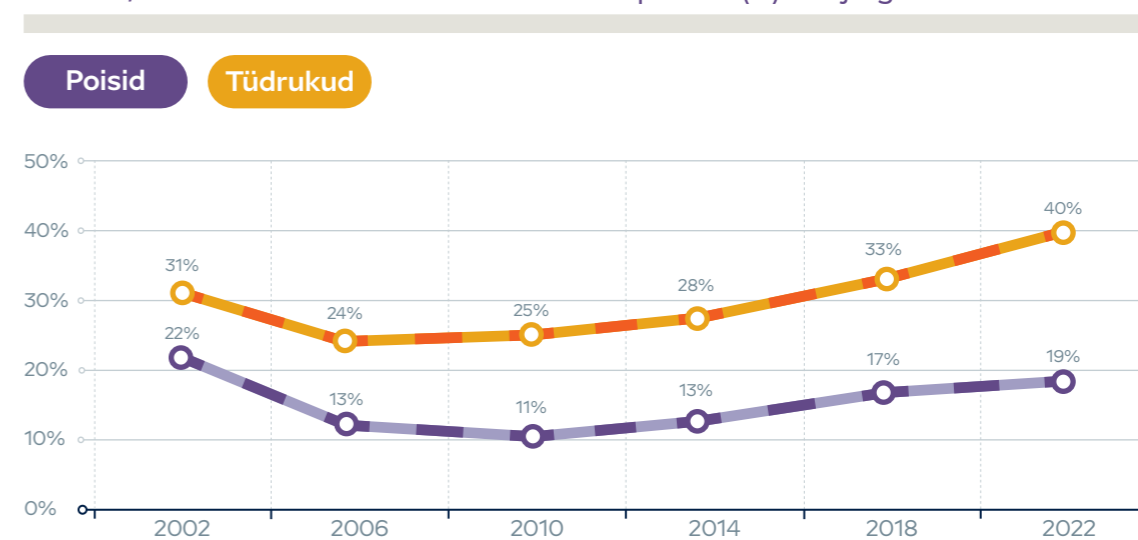
Analüüsis võeti aluseks Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (ingl *Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC) andmed (Oja jt 2019). HBSC on rahvusvaheline küsitlusuuring, mida on Eestis korraldatud juba alates 1993. aastast kahek-

sa korda iga nelja aasta järel ning mis annab mitmekülgse ja järjepideva ülevaate 11-, 13- ja 15-aastaste kooliõpilaste tervise seisundist ja heaolust. Küsitlus on Eestis ainus noorte sihtrühmaga rahvastikupõhine esindusliku valimiga tervisekäitumist iseloomustav uuring. Analüüsis kasutatakse kuue uuringulaine andmeid aastatest 2002–2022, kuna sel perioodil on käsitletud vastavaid vaimse tervise seotud tunnuseid. Igas uuringulaines on keskmiselt 5000 noore tervisekäitumise andmed. Rahvusvahelises võrdluses lähiriikidega kasutatakse 2018. aasta uuringu andmeid.

Noorte vaimset tervist kirjeldatakse järgnevalt kahe tunnuse abil: 1) masenduse ja kurbuse esinemine viimase kuue kuu jooksul ning 2) vähemalt kahe nädalaste depressiivsuse perioodide esinemine viimase aasta jooksul. Kindlasti ei väljenda nende sümptomite puudumine üksüheselt vaimset heaolu, aga samas lubavad mõõdetavad tunnused hinnata noorte vaimse tervise seisundit. Kurbuse ja masenduse kohta on küsitud alates 2002. aastast kõikides osalenud riikides, mis ühtlasi võimaldab Eesti andmete võrdlust teiste riikidega. Kahenädalaste depressiivsusperioodide kohta on küsitud 2006. aastast. Seetõttu on võrdlusaeg lühem ja kuna seda küsimust ei ole kasutanud kõik riigid, ei saa neid andmeid kasutada rahvusvahelises võrdluses. Samas kaks nädalat või kauem kestnud depressiivsuse esinemine viitab tõsisemale vaimse tervise probleemile ning see

**Kurbust ja masendust tundis viimase kuue kuu jooksul sagedamini kui kord nädalas koguni 40% tüdrukutest ja ligi viiendik poistest.**

**Joonis 2.2.1.** Viimase kuue kuu jooksul sagedamini kui kord nädalas kurbust/masendust tundnud 11–15-aastased õpilased (%) soo järgi



ALLIKAS: autorite joonis, HBSC 2002–2022 kuue uuringulaine andmete põhjal

on põhjus, miks oleme just selle tunnuse võtnud aluseks, et hinnata seoseid vaimse tervise ning sotsiaal-majanduslike ja eluviisiga seotud tegurite vahel.

Perioodil 2002–2022 oli kurbuse ja masenduse esinemine Eesti kooliõpilastel väikseim 2006. ja 2010. aastal, kui ligi veerand tüdrukutest ja kümnendik poistest olid seda tundnud sagedamini kui kord nädalas viimase kuue kuu jooksul (joonis 2.2.1). Vaadeldud perioodil oli masenduse esinemine tüdrukute hulgas suurim 2022. aastal, poistel vastavalt 2002. aastal. Viimase uuringu andmete põhjal tundis kurbust ja masendust sagedamini kui kord nädalas viimase kuue kuu jooksul koguni 40% tüdrukutest ja ligi viiendik poistest.

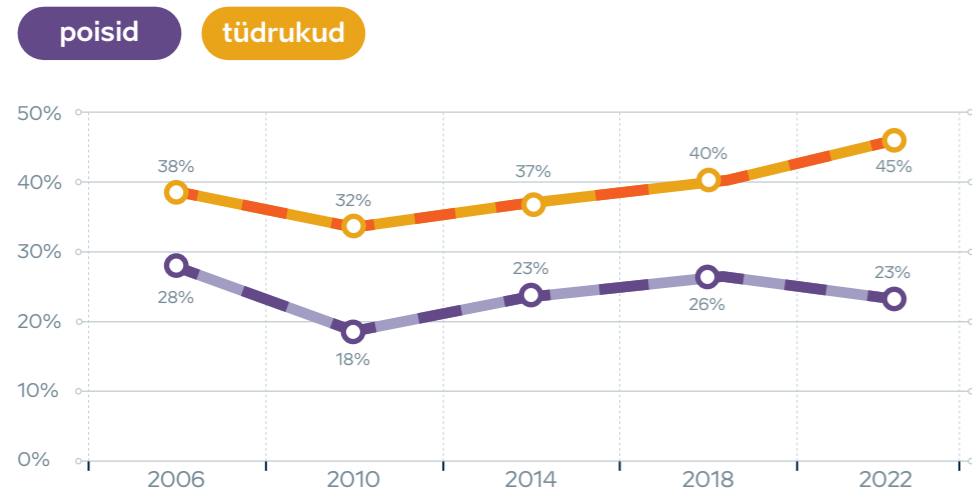
Joonis 2.2.2 kirjeldab vähemalt kahe nädalaste depressiivsete perioodide kogemist viimase aasta jooksul ajavahemikus 2006–2022. Sarnaselt eelmise joonisega on näha, et tüdrukutel esineb sagedamini depressiivseid perioode kui poistel ja alates 2010. aastast on trend kasvav sõltumata soost. Keeruline on öelda, kas kasvav trend on seotud sellega, et noored tajuvad oma elu probleemsemana või ollakse oma tunnetest teadlikumad ja nende suhtes tähelepanelikumad.

### Eesti kooliõpilaste vaimse tervise näitajad võrreldes lähiriikidega

Kui võrrelda Eesti koolinoori naaberriikidega, siis kõigis analüüsitud vanuserühmades on Eestis oluliselt rohkem tüdrukuid ja poisse, kes on tundnud kurbust ja masendust sagedamini kui kord nädalas kui näiteks Lätis, Leedus, Soomes või Rootsis (joonis 2.2.3). Ka jääb uuringus osalenud 45 riigi keskmine (HBSC kokku) oluliselt madalamaks võrreldes Eesti andmetega. Samas võib lisada, et kui võrrelda 2018. aasta andmeid sellele eelnenud nelja aasta taguse uuringuga, on kõikides joonisel esitatud riikides sagenenud 11–15-aastaste noorte

**Kui võrrelda Eesti koolinoori naaberriikidega, siis on oluliselt rohkem noori, kes on tundnud kurbust ja masendust sagedamini kui kord nädalas.**

**Joonis 2.2.2.** Viimase aasta jooksul vähemalt kahenädalasi depressiivseid perioode kogunud 11–15-aastased õpilased (%) soo järgi



ALLIKAS: autorite joonis, 2006-2022 viie uuringulaine andmete põhjal

kurbuse ja masenduse tundmine sõltumata vanuserühmast ja soost (Oja jt 2019). Samuti on näha, et kurbuse ja masenduse esinemine kasvab vanusega; tüdrukute hulgas suureneb see pea kaks korda, kui võrrelda 11- ja 15-aastaseid õpilasi.

### Eesti kooliõpilaste vaimne tervis on seotud sotsiaal-majanduslike teguritega

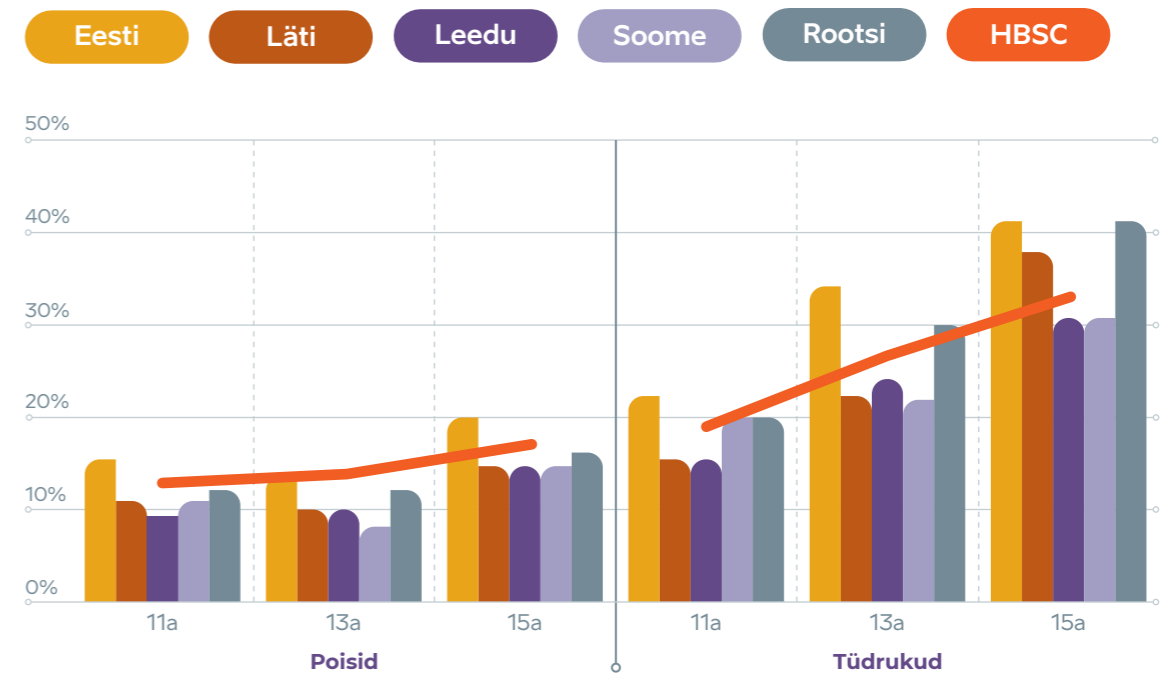
smase sotsiaalse konteksti kujundab perekond, kus omandatakse eluviisiga seotud käitumismustrid. On leitud, et ligi pool täiskasvanueas tekkivatest vaimse tervise probleemidest ilmnevad varases noorukieas ning neuropsühhiaatrilised häired kujutavad endast noorukite seas peamist haiguskoormust just jõukamates riikides (Kessler jt 2007). Vähesemat neuropsühhiaatriliste probleemide esinemist vaesemates riikides võib mõjutada madal elatustase, mistõttu esmas- te vajaduste rahuldamisega kaasnevad probleemid taanduvad vaimse tervise probleemid teisejärguliseks koos piira-

tud psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi kättesaadavusega. Samas on eriti noorte puhul ääretult oluline varajane sekkumine – mida varem on võimalik sekkuda, et probleemi lahendada, seda tulemuslikum on lahendus nii häire kestuse, intensiivsuse kui ka kaasvate vaimse tervise probleemide esinemise sageduse osas (Kessler jt 2007).

Analüüsid vaimse tervise ja sotsiaal-majanduslike tegurite seost Eesti kooliõpilaste puhul ilmnes, et depressiivsust esineb oluliselt sagedamini koduse keelena muud kui eesti keelt kõnelevatel ja kehvemas majanduslikus olukorras elavatel noortel (joonis 2.2.4). Lisaks kirjeldab joonis sarnaselt juba eelnevalt väljatooduga sagedasemat depressiivsuse kogemist tüdrukutel ja vanemates vanuserühmades.

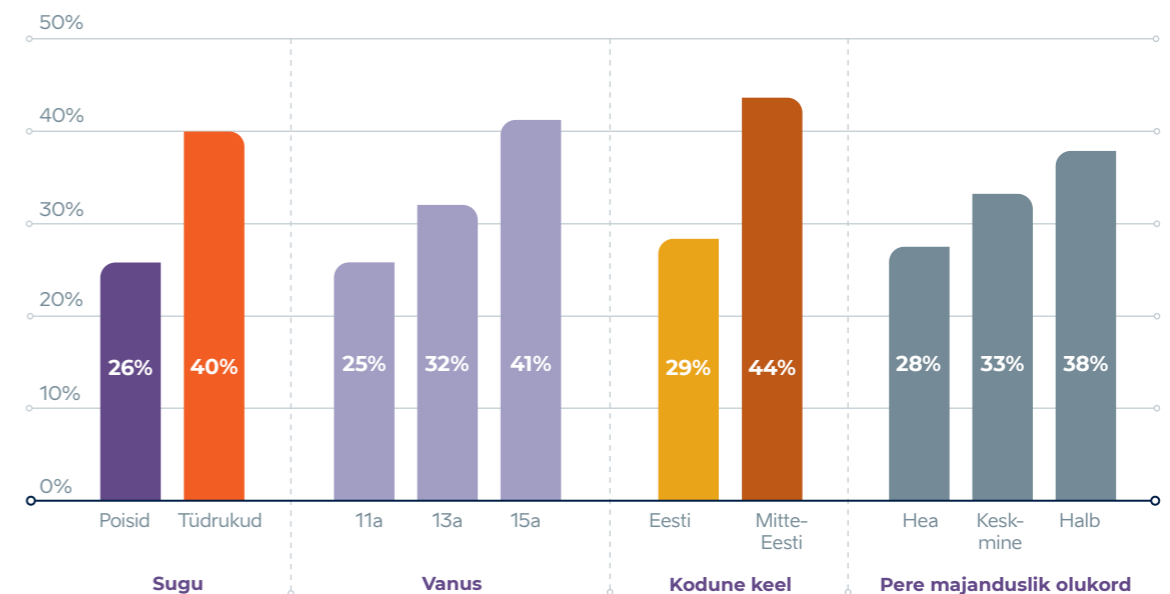
### Depressiivsust esineb oluliselt sagedamini koduse keelena muud kui eesti keelt kõnelevatel ja kehvemas majanduslikus olukorras elavatel noortel.

**Joonis 2.2.3.** Viimase kuue kuu jooksul sagedamini kui kord nädalas kurbust/masendust tundnud 11–15-aastased õpilased (%) soo, vanuse, Eesti lähiriikide ja HBSC uuringus osalenud riikide keskmise järgi



ALLIKAS: autorite joonis, HBSC 2018 uuringu andmete põhjal

**Joonis 2.2.4.** Viimase aasta jooksul enda hinnangul vähemalt kahenädalasi depressiivseid perioode kogunud Eesti noored (%) sotsiaal-majanduslike tegurite järgi



ALLIKAS: autorite joonis, HBSC 2018 uuringu andmete põhjal

MÄRKUS: Hii-ruut-testi põhjal on kõik erinevused rühmade vahel statistiliselt olulised, p < 0,05.

## Parem tervisekäitumine tagab parema vaimse heaolu

Kuna noorte tervisekäitumine ja vaimne heaolu on seotud perekonna majandusliku toimetulekuga, siis järgnevas analüüsis on selle seose mõju arvesse võetud ehk kasutatud n-ö kohandamist. Samuti on järgnevad tulemused kohandatud kodusele keelele eesmärgiga kõrvaldada erineva kultuuritausta mõju depressiivsuse esinemisele. Seega, et paremini mõista, mis eluviisi tegurid on seotud vaimse heaoluga, võtab analüüs arvesse pere majanduslikku tausta, õpilaste kodust keelt ja vanust, et kõrvaldada nendest tunnustest tingitud erinevuse mõju. [Joonis 2.2.5](#) annab ülevaate pikemaajaliste depressiivsusperioodide kogemise seostest erinevate eluviisiteguritega (toitumine, kehaline aktiivsus, kehakuvand, unerežiim ning suitsetamine, alkoholi ja kanepi tarvitamine) tüdrukutel ja poistel. Joonisel kirjeldatud seoste puhul ei saa rääkida põhjuslikust seosest ehk võimalik on mõlemasuunaline seos.

**Vaimne heaolu koolinoortel on toitumisega oluliselt seotud. Suurem šanss kogeda depressiivsust on nendel, kes söövad soovituslikust vähem köögi- ja puuvilju ning kes ei söö regulaarselt hommikusööki.**

Noorte organism vajab täisväärtuslikuks arenguks rohkelt puu- ja köögivilju, rafineerimata teraviljatooteid, mõõdukalt valgurikkaid toite ja võimalikult vähe suhkrurikkaid ja töödelduid toite, mis on sageli energiarikkaid, kuid ei sisalda piisavalt mikrotoitaineid. Siinse analüüsi tulemused hinnanud toitumise ja vaimse heaolu vahelisi seoseid

köögi- ja puuviljade söömise sageduse ning hommikusöögi söömise põhjal vastavalt depressiivsete perioodide esinemisele. Need toitumisega seotud tunnused said valitud, kuna varasemast on teada, et piisav köögi- ja puuviljade söömine on seotud parema tervise ja vaimse heaoluga. Piisavaks koguseks teismeliste puhul loetakse iga päev vähemalt 7–8 portsjoni köögi- ja puuviljade söömist, mis on ligikaudu 700–800 grammi. Samuti on teada, et regulaarne hommikusöögi söömine on seotud üldise heaoluga, sealhulgas väiksema riskiga olla ülekaaluline ([Szajewska ja Ruszczyński 2010](#)) ning positiivsema kehakuvandiga ([Ramseyer jt 2019](#)).

Artikli analüüsi põhjal võib öelda, et vaimne heaolu on toitumisega oluliselt seotud. Soovituslikust vähem köögi- ja puuvilju söönud õpilastel on 1,3–1,5 korda suurem šanss kogeda depressiivsust ([joonis 2.2.5](#)). Samuti kogesid nii tüdrukud kui ka poisid, kes ei söönud regulaarselt hommikusööki, kaks korda sagedamini pikemaajalisi depressiivseid perioode võrreldes kooliõpilastega, kes ei jätnud hommikusööke vahele.

Istuv eluviis ja kehaline inaktiivsus on toitumise kõrval noorukite eluviisi ja tervise kaks kõige määravamad tegurid ([Biddle jt 2017](#)). WHO soovitude järgi peaksid noored olema mõõdukalt kuni intensiivselt kehaliselt aktiivsed keskmiselt iga päev vähemalt üks tund. Eesti andmetel vastab kehalise aktiivsuse soovituslikule normile 16% noortest ([Oja jt 2019](#)). Noorukite kehalise vormitase on nende eluviisi oluline näitaja ja sellel on positiivne seos elukvaliteediga. Samuti seostatakse vähest kehalist aktiivsust eluviisist tingitud haiguste riskiteguritega, mis võivad jääda püsima ka täiskasvanueas. Analüüsi tulemused kinnitavad vaimse heaolu seost kehalise aktiivsusega – [jooniselt 2.2.5](#) on näha, et kehaliselt vähem aktiivsetel

õpilastel on kuni 1,4 korda suurem šanss depressiivsuse esinemiseks.

Toitumine ja kehaline aktiivsus on sageli seotud ülekaalulisusega või hirmuga olla ülekaaluline, mis omakorda võib mõjutada noore kehakuvandit. Ühtlasi võib negatiivne kehakuvand viia vähem tervislike valikuteni, näiteks äärmusliku dieedi või ületreenimiseni. Ülemäärase kehakaaluga noorte hulgas oli enam neid, kes olid viimase 12 kuu jooksul kogunud depressiooni episoodide ja mõelnud enesetapule ([Haav 2020](#)). Seetõttu kuulub vaimse heaolu juurde positiivse kehakuvandi säilitamine. Eesti 2018. aasta andmetel pidas pisut üle kolmandiku (34%) kooliõpilastest ennast paksuks, tüdrukud sagedamini kui poisid (38% võrreldes 30%), ning võrdlus kehamassiindeksiga näitas, et suurema osa õpilaste kehakuvand oli adekvaatne ([Oja jt 2019](#)). [Joonisel 2.2.5](#) on näha, et negatiivse kehakuvandiga tüdrukutel on üle kahe korra suurem šanss depressiivsuse kogemiseks, poistel küll mõnevõrra vähem, kuid negatiivne kehakuvand on siiski ka nendel oluliselt seotud vaimse heaoluga.

Veel on eluviisi oluliseks osaks optimaalne unerežiim. Noorukite ebapiisav uni on paljudes riikides rahvatervishoiu kasvavaks probleemiks. Halb unerežiim, sealhulgas ebapiisav, ebajärjekindel, häiritud või halvasti ajastatud uni (nt hiline magamaminekuaeg), mõjutab umbes 30–70% Euroopa noortest, kusjuures vähemalt neljandikul noortest on öösel raskusi uinumise ja nad tunnevad end päeval väsinuna.

**Ebapiisava une seos depressiivsusega on oluline nii poistel kui tüdrukutel. Suurem šanss kogeda depressiivsust on nendel, kellel unega ei jätku piisavalt.**

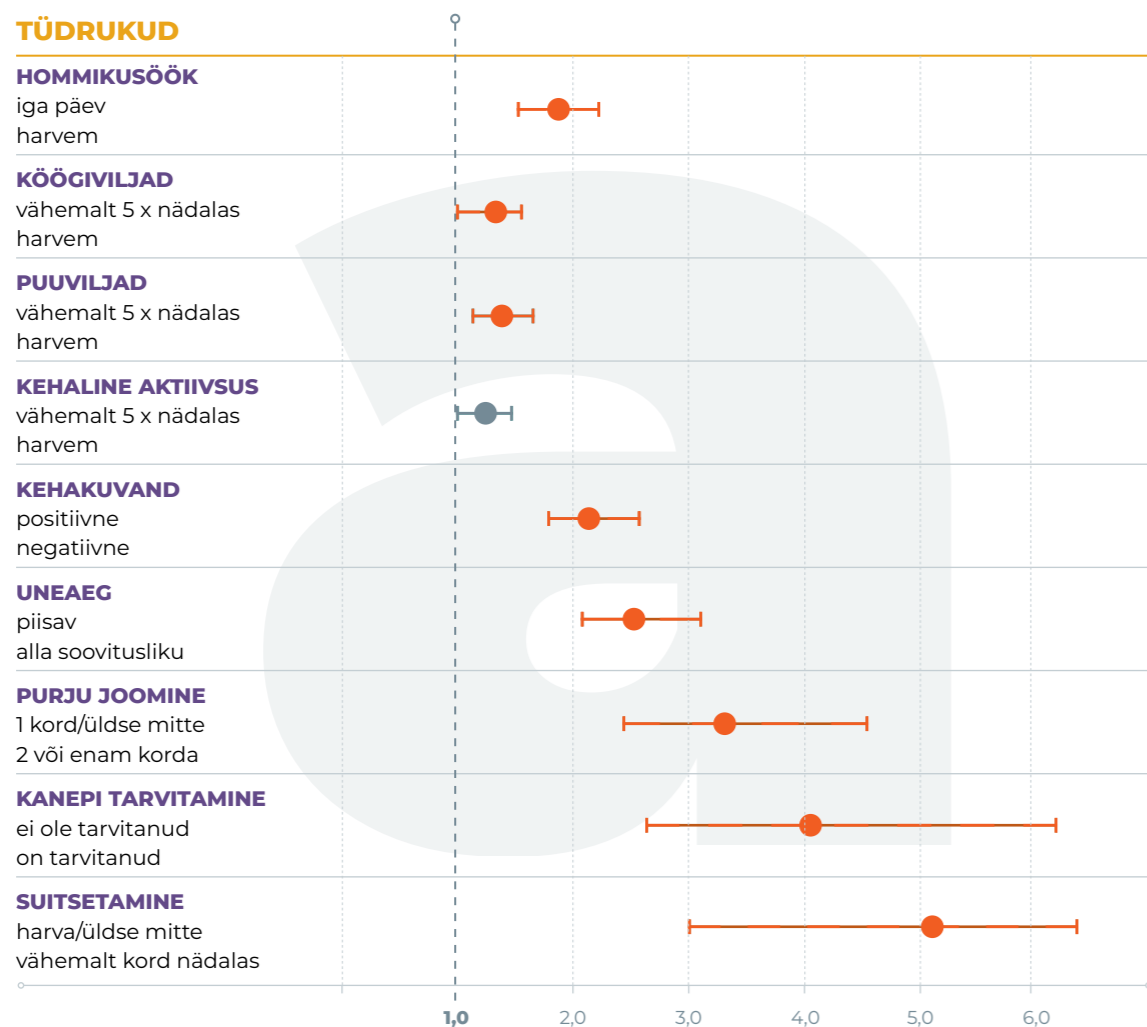
**Vaimne heaolu koolinoortel on seotud kehalise aktiivsusega. Kehaliselt vähem aktiivsetel on suurem šanss depressiivsuse esinemiseks.**

Noorukite unemustrid erinevad kooli- ja koolivälisel päeval ning ei täida nende unevajadust ([Garipey jt 2020](#)). Koolipäevadel on vastavalt soovitudele une kestus piisav oluliselt väiksemal osal õpilastest (vahemikus 32–86%) kui nädalavahetuse päevadel (vahemikus 79–92%). Ka Eesti õpilaste uneaeg varieerub koolipäevadel ja nädalavahetuse oluliselt. Soovituslikust uneaegast magavad vähem sama suur hulk õpilasi nagu keskmiselt mujal Euroopas – soovitatava uneaega magavad täis 72% õpilastest, nädalavahetusel 92% õpilastest ([Oja jt 2019](#)). Ebapiisava une mõju depressiivsusele on tugevamas seoses tüdrukutel, kellel oli üle kahe korra suurem šanss pikemaajaliste depressiivsuse perioodide esinemiseks, kui uneaega ei jätkunud piisavalt ([joonis 2.2.5](#)). Poistel on seos uneaega pisut nõrgem kui tüdrukutel, kuid siiski oluline.

**Noorte uimastitarvitamine on tugevas seoses nende halvema vaimse tervisega**

Analüüsis käsitletakse uimastite-na alkoholi, sigarettide ja kanepi tarvitamist. Hiljutiste uuringute andmetel on noorte hulgas mõnevõrra vähenenud elu jooksul alkoholi tarvitavate hulk, kuid ei ole muutunud sageli ja regulaarselt alkoholi tarvitavate noorte hulk ([Vorobjov ja Tamson 2020](#)). Näiteks on 15–16-aastastest koolinoortest 37% enda sõnul tarvitanud alkoholi viimase kuu jooksul ja iga

**Joonis 2.2.5.a** Noorte vähemalt kahenädalase depressiivse perioodi kogemisega seostuvad eluviisi tegurid **tüdrukutel** (šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega)

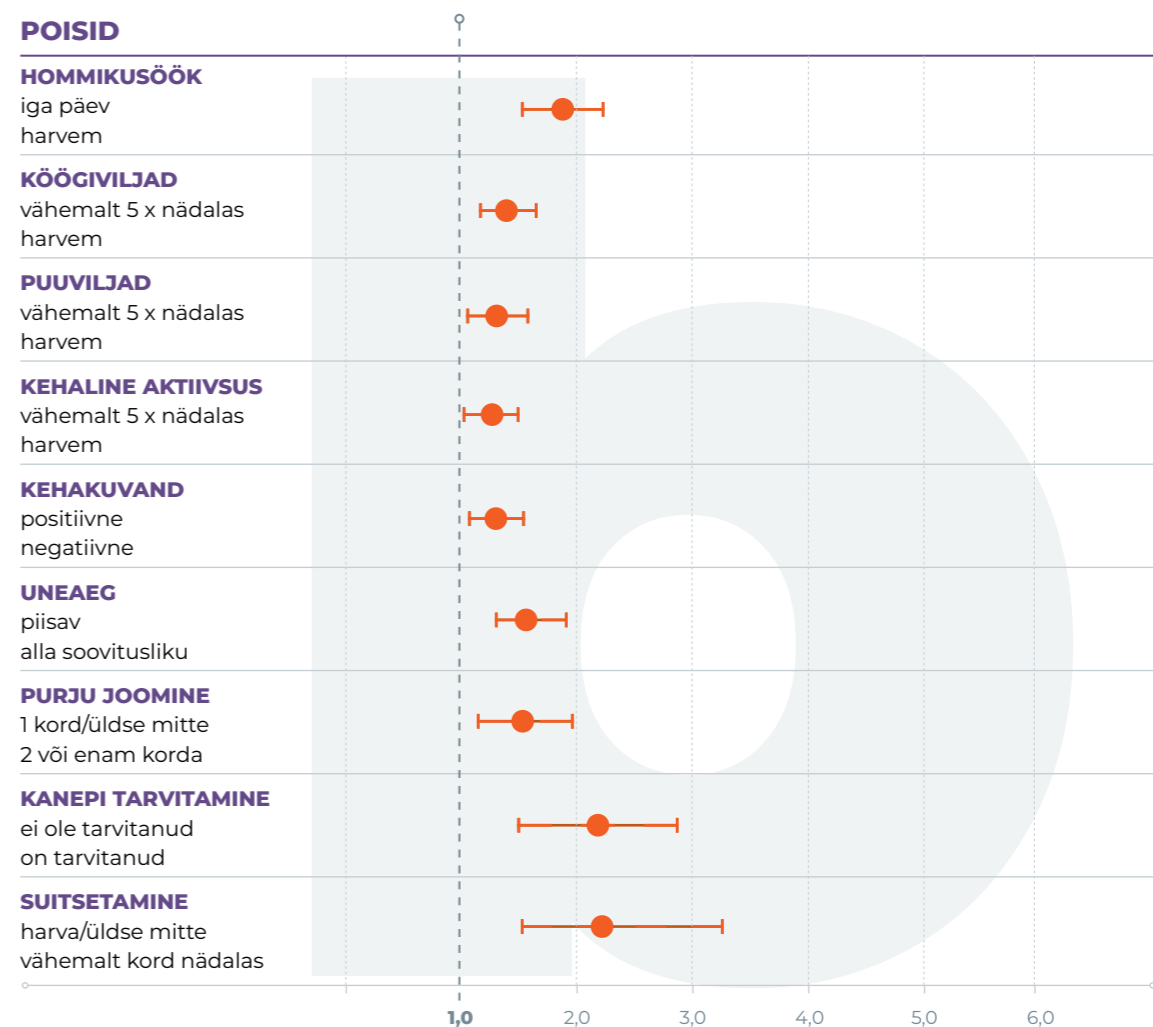


kolmas on vähemalt korra olnud elu jooksul purjus. Muret tekitab see, et koolinoorte hulgas tarvitavatest alkohoolsetest jookidest on suur osakaal kangel alkoholil, millega suureneb mürgistuste oht. Kuigi tüdrukute ja poiste alkoholi tarvitamises ja purju joomises ei ilmne erinevusi, siis pikemaajaliste depressiivsete perioodide esinemine on artikli analüüsi põhjal purjus olnud tüdrukute hulgas kaks korda sagedasem kui poistel. Analüüsist nähtub, et tüdrukutel, kes on olnud elu jooksul

purjus kaks või enam korda, on üle kolme korra suurem šanss depressiivsuse kogemiseks kui nendel, kes ei ole kunagi olnud purjus (joonis 2.2.5).

Erinevate uimastite tarvitamine on omavahel seotud. Enamasti eksperimenteeritakse sigarettide ja alkoholiga ning pigem seejärel jõutakse järgmiste aineteni, milleks on sagedamini kanepi või stimulandid (Vorobjov ja Tamson 2020). Sarnaselt alkoholiga on kanepi tarvitamine tugevalt seotud depressiivsuse esinemisega – artikli analüüsi

**Joonis 2.2.5.b** Noorte vähemalt kahenädalase depressiivse perioodi kogemisega seostuvad eluviisi tegurid **poistel** (šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega)



ALLIKAS: autorite joonised, HBSC 2018 uuringu andmete põhjal

MÄRKUS: Analüüs kasutati binaarset logistilist regressioonanalüüsi; sõltuv tunnus: vähemalt kahenädalaste depressiivsete perioodide esinemine viimase aasta jooksul (jah vs. ei). Kõik šansisuhted on kohandatud vanusele, kodusele keelele ja pere majanduslikule olukorrale. Kõik tunnused on statistiliselt oluliselt depressiivsete perioodide kogemisega seotud, välja arvatud tüdrukute keheline aktiivsus.

põhjal on kanepit tarvitanud tüdrukutel ligi neli korda ja poistel üle kahe korra suurem šanss depressiivsete perioodide esinemiseks.

Võib öelda, et viimase kahe kümnendi jooksul on sigarettide suitsetamine koolinoorte hulgas oluliselt vähene-

nud. Samas näitas analüüs (joonis 2.2.5), et vähemalt korra nädalas suitsetavad tüdrukud kogesid ligikaudu viis korda rohkem depressiivseid episoodide ja poisid üle kahe korra rohkem kui nende eakaaslased, kes ei suitsetanud.

## KOKKUVÕTE

Eesti noorte elujärg ei ole kunagi varem olnud nii hea kui praegu, samas näitavad nende vaimse tervise ning tervise- ja riskikäitumise tunnused negatiivseid trende. Lisaks käesolevas artiklis arvestatud tervise- ja riskikäitumise ning sotsiaal-majanduslikele tunnustele mõjutavad noorte eluviisivalikuid peresuhted ning koolikeskkond ja sõbrad (Valk jt 3. peatükis).

Viimase kümnendi jooksul on saagenenud kurbuse, masenduse ja depressiivsuse esinemine nii Eesti kui ka naaberriikide noorte hulgas. Tüdrukud kogevad vaimse tervise probleeme sagedamini ja see kasvab vanusega nii tüdrukute kui ka poiste hulgas. Noorte vaimset heaolu toetavad oluliselt tervislik toitumine koos piisava kehalise aktiivsuse ja unega. Halvemad vaimse tervise näitajad on tugevalt seotud uimastite tarvitamisega, olenemata sellest, kas need on sigaretid, alkohol või mõni narkootiline aine. Ühtlasi viitavad tulemused, et kehvemas majanduslikus olukorras elavad ja koduse keelena muud kui eesti keelt kõnelevad noored kogevad sagedamini depressiivseid perioode, mis viitab sotsiaalsele ebavõrdsusele ja vajab eraldi tähelepanu. Saadud tulemustele tuginedes esitame alljärgnevalt mõned soovitusel noorte eluviisivalikute mõjutamiseks.

**Halvemad vaimse tervise näitajad on tugevalt seotud uimastite tarvitamisega, olenemata sellest, kas need on sigaretid, alkohol või mõni narkootiline aine.**

Perekonnal ja vanemate eeskujul on oluline roll noore toitumisharjumuste kujundamisel. Tervislikuma toitumise edendamise juurde kuulub soovitus muuta tervisliku toidu maitse ja välimus noorele võimalikult ahvatlevaks, tervislikud valikud kättesaadavamaks ja mugavamaks ning samal ajal piirata ebatervislikke valikuid. Samuti on oluline õpetada häid toitumisharjumusi juba varases eas ja sotsiaalsete normide kaudu muuta terviseteadlik toitumine trendikaks.

Noorte kehalise aktiivsuse arendamisel peab kooli kehaline kasvatus toetama õpetuslikult rohkem seda osa, mis tagab õpilaste iseseisva kehalise aktiivsuse ja liikumisharrastuse väljaspool kooli. Hea näide võib olla koduseks harjutamiseks antavad liikumisjuhised kodulähedastele liikumisradadele või välispordiväljakutele ning nendel sobivate harjutuste ja liikumiste sooritamine kooliastmele sobiva raskusastme ja intensiivsusega. Info tegevusest jõuaks õpetajani kas õpilaste edastatud liikumistrajektoori või spordiväljaku asukoha fikseerimisega, väljavõttega nutikella või telefoni rakendusest vms.

Madal unekvaliteet ei ole seotud mitte ainult halvema vaimse tervisega, vaid noorukite puhul ka sagedasema riskikäitumisega. On leitud, et vanemad, kes on seadnud oma kooliealistele lastele sobiva magamaminekuaja, tagavad lisaks pikemale uneajale ka noorte suurema päevase erksuse ja vaimse heaolu (Peltz jt 2020). Siia juurde kuulub unehügieeni järgimine, näiteks elektroonikaseadmete kasutamise vältimine enne uinumist või kofeiini sisaldavate jookide tarvitamise piiramine. Samuti on kinnitust leidnud, et noorte parem uni ja heaolu on positiivselt seotud koolipäeva hilisema algusajaga (Peltz jt 2017). Seda on

mõned Eesti koolid ka juba rakendanud, näiteks koolitundidega alustamine hommikul kella kaheksa asemel kell üheksa või ühel päeval nädalas koguni tunduvalt hiljem, näiteks kell kümme.

Uimastitarvitamise (nii suitsetamise, alkoholi- kui ka narkootiliste ainete tarvitamise) ennetusega tegeletakse Eesti koolides inimeseõpetuse aine raames. Uimastiharidus peab olema laiapõhjaline, mis kindlasti ei tähenda otseselt uimastitest ja nende toimest rääkimist, vaid sisaldab enesekohaste ja sotsiaalsete oskuste arendamist. Arendatavate oskuste hulka kuuluvad suhtlemisoskused, sealhulgas konfliktide lahendamine, eneseteadlikkus, ei-ütlemine, aga ka stressi, ärevuse ja teiste emotsioonidega toimetulek enesejuhtimise õppimise kaudu. Lisaks õppekava raames edasiantavale on Tervise Arengu Instituut algatanud mitmeid ennetusprogramme, mis on koolipõhised (VEPA, KIVA), aga toetavad ka vanemaharidust (Tark Vanem, Imelised aastad, EFEKT). Nende kõigi laiem eesmärk on luua noorte arengut toetav ja turvaline keskkond. On leitud, et isegi vähene uimastitarvitamine põhikooliealiste hulgas on seotud suurema riskiga vaimsete häirete tekkimiseks (Brownlie jt 2019). On siiski ka vastupidiseid olukordi, kus vaimse häire taustal hakatakse otsima leevendust uimastite tarvitamisest. Sõltumata olukorrast on selliste probleemide juures ääretult oluline varane märkamine ja sekkumine, kui probleemid on alles kujunemisejärgus.

Noorte riskikäitumise ennetamiseks, aga ka vaimse heaolu suurendamiseks rõhutab tänapäevane ennetus-

**Noorte riskikäitumise ennetamiseks, aga ka vaimse heaolu suurendamiseks rõhutab tänapäevane ennetusteadus toetava keskkonna olemasolu tähtsust.**

teadus toetava keskkonna olemasolu tähtsust (Hawkins jt 2015). Noort toetava keskkonna all mõistetakse nii psühhosotsiaalse kui füüsilise keskkonnaga tegelemist. Toetava keskkonna arendamiseks on oluline noorte prosotsiaalse käitumise edendamine koos väärtuste ja reeglite seadmisega nii kodu- kui ka koolikeskkonnas (Biglan jt 2012). Sealjuures kuulub toetava sotsiaalse keskkonna juurde vanemate/õpetajate psühholoogiline paindlikkus ja orienteeritus koostööle. Üheks nooruki arengut toetavaks koostöövormiks on n-õ mentorsuhe täiskasvanuga eriti olukordades, kus vanema(te) toetus pole võimalik või piisav. Mentoriks võib olla keegi koolipersonalist, treener või mõne huvitegevuse juhendaja ning eesmärgiks on positiivse minapildi kujundamine, edendades selle kaudu noore positiivset käitumist, sealhulgas tervisekäitumist.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et noorte tervislik eluviis on seotud parema vaimse tervise ja heaoluga ning et noorte tervisekäitumist mõjutavate tegurite valikul on ääretult oluline roll noort ümbritsevatel täiskasvanutel, kes tagavad toetava ja turvalise keskkonna. ●

## VIIDATUD ALLIKAD

- Biddle, S. J., García Bengoechea, E., Wiesner, G. 2017. Sedentary behaviour and adiposity in youth: A systematic review of reviews and analysis of causality. – International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14(1), 1–21.
- Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., Sandler, I. N. 2012. The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. – American Psychologist, 67(4), 257–271.
- Brownlie, E., Beitchman, J. H., Chaim, G., Wolfe, D. A., Rush, B., Henderson, J. 2019. Early adolescent substance use and mental health problems and service utilisation in a school-based sample. – Canadian Journal of Psychiatry, 64(2), 116–125.
- Garipey, G., Danna, S., Gobiņa, I., Rasmussen, M., de Matos, M. G., Tynjälä, J., ... Schnohr, C. 2020. How are adolescents sleeping? Adolescent sleep patterns and sociodemographic differences in 24 European and North American countries. – Journal of Adolescent Health, 66(6), s81–s88.
- Haav, A. 2020. Noorte ülekaalusisus ja sellega seotud tegurid. – Eesti Arst, 99 (Lisa 1), 24–31.
- Hawkins, J. D., Jenson, J. M., Catalano, R., Fraser, M. W., Botvin, G. J., Shapiro, V., ... Stone, S. 2015. Unleashing the power of prevention. – American Journal of Medical Research, 3(1), 39–74.
- Inchley, J. C., Stevens, G. W., Samdal, O., Currie, D. B. 2020. Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The health behaviour in school-aged children study. – Journal of Adolescent Health, 66(6), s3–s5.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Üstün, T. B. 2007. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. – World Psychiatry, 6(3), 168–176.
- Moore, S. A., Dowdy, E., Nylund-Gibson, K., Furlong, M. J. 2019. A latent transition analysis of the longitudinal stability of dual-factor mental health in adolescence. – Journal of School Psychology, 73, 56–73.
- Oja, L., Piksoöt, J., Aasvee, K., Haav, A., Kasvandik, L., Kukk, M., Kukke, K., Rahno, J., Saapar, M., Vorobjov, S. 2019. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport. Tervise Arengu Instituut. <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-kooliõpilaste-tervisekaitumine-20172018-oppeaasta-uuringu-raport> Võtame maha .
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., Connolly, H. 2020. Parents still matter: The influence of parental enforcement of bedtime on adolescents' depressive symptoms. – Sleep, 43(5), zsz287.
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., Connolly, H., O'Connor, T. G. 2017. A process-oriented model linking adolescents' sleep hygiene and psychological functioning: The moderating role of school start times. – Sleep Health, 3(6), 465–471.
- Ramseyer Winter, V., Jones, A., O'Neill, E. 2019. Eating breakfast and family meals in adolescence: The role of body image. – Social Work in Public Health, 34(3), 230–238.
- Szajewska, H., Ruszczyński, M. 2010. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. – Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 50(2), 113–119.
- Vorobjov, S., Tamson, M. 2020. Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eesti 15–16-aastaste õpilaste seas. Tervise Arengu Instituut. [https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/159103814529\\_Uimastite\\_tarvitamine\\_koolinoorte\\_seas\\_2019.pdf](https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/159103814529_Uimastite_tarvitamine_koolinoorte_seas_2019.pdf)

## 2.3

### Tervist toetava ja tervist kahjustava käitumise muutuvad mustrid ning täiskasvanute vaimne tervis

RAINER REILE

#### PÕHISÕNUM

Täiskasvanuea eluviis ja vaimne tervis on tihedalt seotud. Mõlemad kujunevad paljuski inimese enda käitumisvalikute ning ümbritseva keskkonna pakutavate ressursside ja võimaluste toel. Viimase 30 aasta jooksul on täiskasvanute eluviis märgatavalt muutunud. Tervisespordi harrastamise laiem levik, kuid samal ajal järjepidevalt kasvav liigse kehakaaluga elanikkonna osakaal illustreerivad nende muutuste mitmetahulisust. Tervisekäitumisest tulenevad vaimse tervise riskid on muutunud järjest ilmsemaks, kuid need pole kõigis rahvastikurühmades ühetaolised. Ebavõrdsus avaldub nii eluviisi kui ka vaimse tervise näitajates. Ebasoodsa sotsiaal-majandusliku seisundi ning eluviisiga seotud tegurite kuhjumine on selgelt seotud vaimse tervise haavatavuse suurenemisega. Ebavõrdsusest tingitud halvemaid vaimse tervise näitajaid pelgalt tervislike käitumisvalikutega aga ära ei tasanda.

#### SISSEJUHATUS

nimikäitumist tähelepanelikult jälgides võib täheldada teatud mustreid. See on ootuspärane, sest konkreetsed stiimulid tingivad ikka pigem sarnaseid kui erinevaid reaktsioone. Teisalt teame ka seda, et hulka inimesi saab sarnaste omaduste järgi jagada rahvastikurühmadeks, kus igal jaotusel on oma ühisosa ja eripära. Nii ei saa individuaalset käitumist vaadelda tingimata lahus käitumismustritest vastavas rahvastikus, sest meid ümbritsev sotsiaalne kontekst mõjutab ja suunab me käitumuslike valikuid erinevate normide ja tasude, käitumuslike võimaluste loomise ning stressi tekitamise või vähendamise kaudu.

Kuna suur osa rahvastiku tervisekaost on tingitud haigustest, mis on kas välditavad või ennetatavad (Alwan jt 2010), on sotsiaalne kontekst ka oluline osa selgitustest, miks mõned inimesed

**Ümbritsev sotsiaalne kontekst mõjutab ja suunab käitumuslike valikuid erinevate normide ja tasude, käitumuslike võimaluste loomise ning stressi tekitamise või vähendamise kaudu.**



on terved, samal ajal kui teised jäävad haigeks. See ei toimu kaugelki juhulikult, vaid kujuneb ümbritseva keskkonna pakutavate ressursside ning käitumuslike valikute ja võimaluste koosmõjus. Sama muster kohaldub ka tervisekäitumisele ja aitab ühtlasi mõista eluviisi ja vaimse tervise seoseid. Sotsiaalne keskkond ei ole siiski ajas püsiv. Mõelgem näiteks, kuidas meie endi igapäevane eluviis ja -korraldus on viimase paarikümne aasta vältel teisenenud. Kuna muutused rahvastiku tervisekäitumises on lähtekohaks ka füüsilise ja vaimse tervise muutusele, tulekski käsitleda tervisekäitumise ja vaimse tervise tulemite tänast olukorda just eelnevate arengute kontekstis.

Artikli eesmärk on kirjeldada ja analüüsida eluviisi seoseid vaimse tervise ja Eesti täisealises rahvastikus. Artikli empiirilise osa tugineb Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 1990–2020 andmestikule ning vaatleb eluviisi kirjeldavate näitajate seoseid vaimse tervise tulemitel viimase 30 aasta vältel. Käsitledes tervise- ja riskikäitumise indikaatoreid ning nende ebavõrdsuse ilminguid, soovitakse artiklis pakkuda põgusat sissevaadet täiskasvanuea eluviisi ja vaimse tervise seostesse ning nende ajas muutuvatesse mustritesse Eestis.

### Täiskasvanuea tervisekäitumise ja vaimse tervise muutused Eestis: pikaajaline vaade

Eluviisi ja vaimse tervise seoseid võimaldavad kirjeldada mitmed Eestis läbiviidud rahvastikupõhised küsitlusuuringud, kuid neist pikimat aegrida pakub Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (TKU). See läbilõikeline, iga kahe aasta järel toimuv rahvastikupõhine küsitlusuuring Eesti 16–64-aastaste elanike

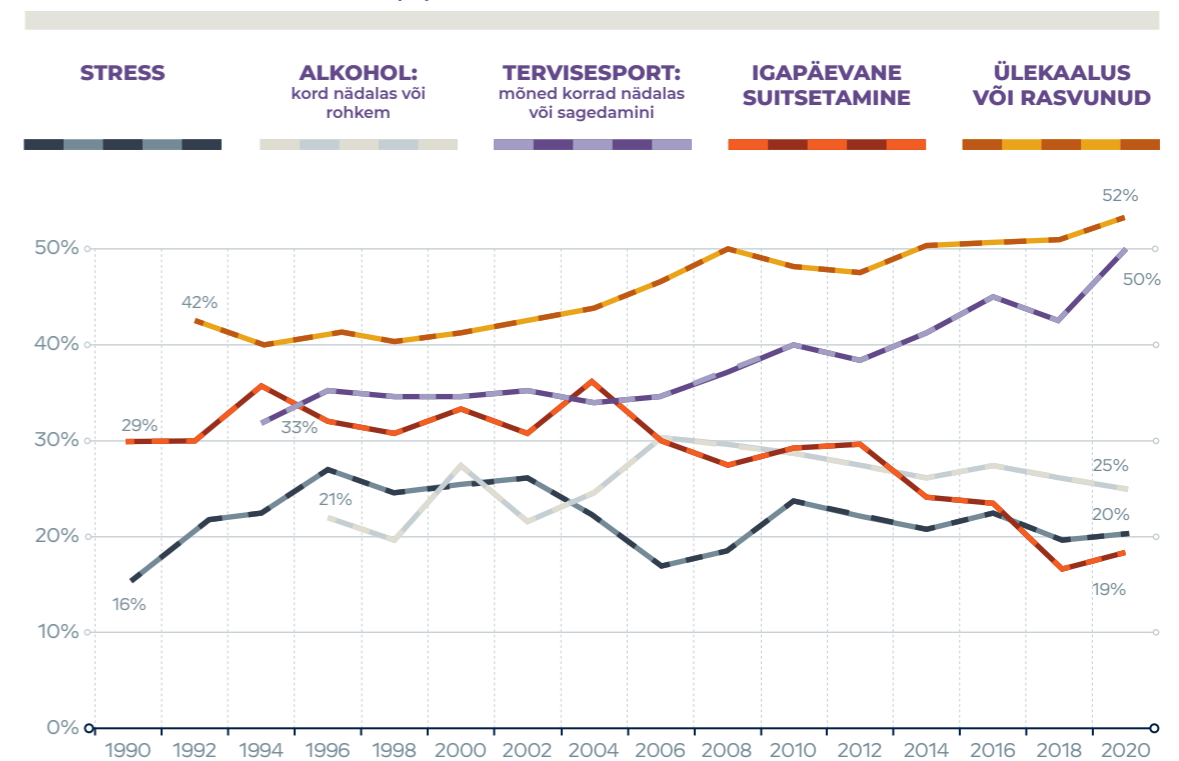
### Viimase 10 aasta jooksul on püsinud muster, et tavapärasest suuremat stressi tunneb keskmiselt iga viies täiskasvanu.

hulgas sai alguse 1990. aastal ja uurinutega kogutud andmed võimaldavad kirjeldada mitmeid tervise seisundi ja tervisekäitumise indikaatoreid ning neid mõjutavaid tegureid tänaseks juba 30 aasta vältel.

Enesehinnangulise stressi<sup>1</sup> küsimus on kõigis senistes TKU uuringulainetes olnud samasuguse sõnastusega ja võimaldab seetõttu käsitleda vaimse tervise pikaajalisi trende just sellest indikaatorist lähtuvalt. Stressi ja mitme tervisekäitumise indikaatori<sup>2</sup> levimise pikaajaliste trendide (joonis 2.3.1) vaatlusel ilmnevad mitmed huvitavad muutused. Talumatu või rohkem kui tavapäraselt tuntava stressi levimus oli madalaim (16%) 1990. aasta uuringus, kuid kasvas järgnevatel aastatel kiiresti, ulatudes 1996. aastal 28%-ni. Kui 2000. aastate esimesel poolel stressi levimus langes, jõudes 2006. aastal 18%-ni, siis järgnenud majanduskriisi tingimustes stressi levimus taas tõusis. Viimase 10 aasta jooksul pole suuremaid muutusi olnud ning tavapärasest suuremat stressi tunneb keskmiselt iga viies täiskasvanu.

Pilt on veelgi muutlikum, kui vaadelda paralleelselt ka mõne tervisekäitumise indikaatori trende. Igapäevasuitsetamise osakaal oli Eesti 16–64-aastaste elanike hulgas 1990. aastal 30% ning see püsis stabiilselt suurena kuni 2000. aastate keskpaigani, seejärel on igapäevasuitsetamise osakaal rahvastikus aga järjepidevalt vähenenud. Alkoholi tarvitamise trend on TKU andmetes jälgitav alates 1996. aastast, mil 21% tarvitas alkoholi kord nädalas või sagedamini.

Joonis 2.3.1. Ülemäärase stressi ja tervisekäitumise indikaatorite levimus Eesti 16–64-aastases rahvastikus (%)



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

Kuigi alkoholi tarvitamise sageduses ei ole üldistatuna ajas suurt muutust toimunud, on sagedase alkoholi tarvitamise osakaal olnud mõnevõrra suurem perioodil 2006–2012, kus keskmiselt tarvitas alkoholi kord nädalas või sagedamini 29% Eesti 16–64-aastastest elanikest. Liigset kehakaalu saab vaadelda ülekaalu (KMI<sup>3</sup> = 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>) ja rasvunute (KMI ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>) summaarse osakaaluna rahvastikus ning see on ajas järjepidevalt kasvanud. Teisalt osutab tervisespordiga tegelevate täisealiste osakaalu suurenemine sellele, et tervisekäitumise olulisusest

ollakse tervikuna enam teadlikud. Kuigi nende kahe näitaja vastassuunaline muutus võib olla mõneti ootamatu, siis illustreerib see ühest küljest tervisemõjurite mitmekülgsust ja teisest küljest ka tervisekäitumise erinevust rahvastikurühmades – ülekaaluliste ja rasvunute osakaalu kasv rahvastikus tervikuna ei tähenda, et see kaasneks tingimata ka neil, kes oma kehalist aktiivsust on suurendanud.

Kuna muutused nende näitajate aegridades kattuvad vähemalt osaliselt mitme Eesti jaoks märgilise sündmuse või etapiga, on järgnevas analüüsis

1 Küsimus „Kas te olete viimase 30 päeva vältel olnud stressis, pinges all?“ vastusevariantidega: a) jah, minu elu on peaaegu talumatu, b) jah, rohkem kui inimesed tavaliselt, c) jah, kuid mitte rohkem kui inimesed tavaliselt, d) ei, üldse mitte. Siinses analüüsis tähistavad suurema stressi taset summeeritud vastused variantidele a ja b.

2 Kehamassiindeks on võrreldav kujul uuringus alates 1992. aastast, tervisespordi harrastamine 1994. aastast ja alkoholi tarvitamise sagedus 1996. aastast alates.

3 Kehamassiindeks (KMI) = kaal (kg) / pikkus<sup>2</sup> (m).

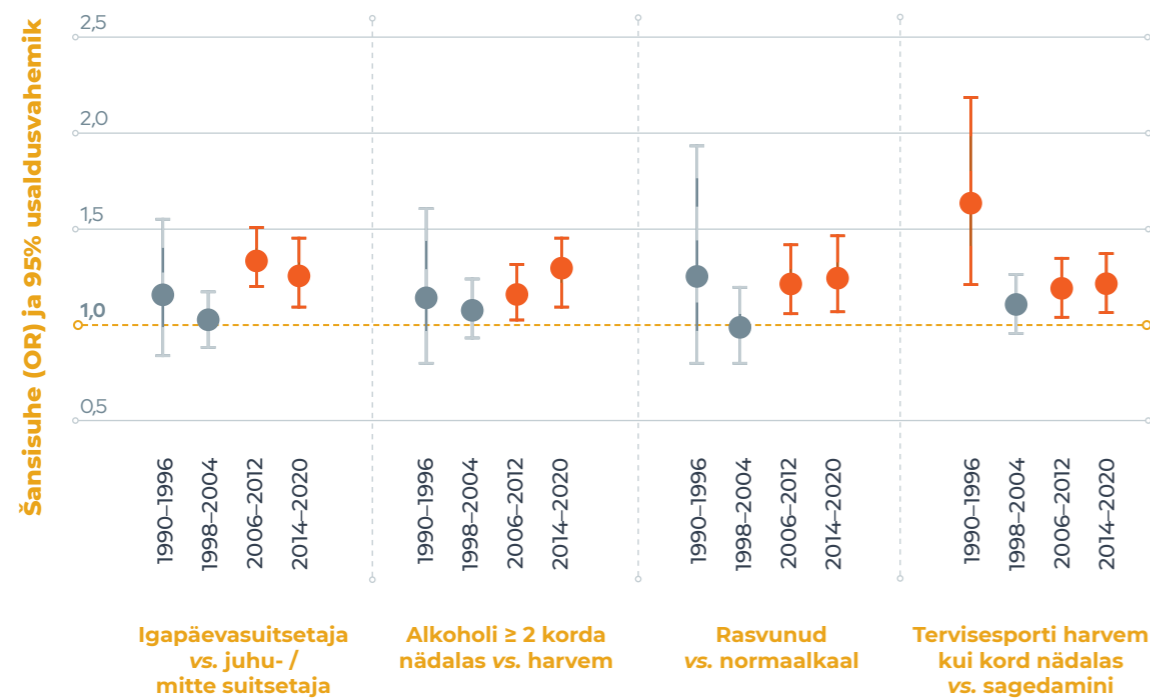
vaadeldud eraldi nelja perioodi. Aastad 1990–1996 märgib üleminekuaega ja ühtlasi ka suurimat suhtelist muutust stressi levimuses. Periood 1998–2004 hõlmab Eesti arengu jaoks muutlikke aastaid, kuhu jääb nii 1998. aasta majanduskriis kui ka liitumine Euroopa Liidu ja NATOga 2004. aastal. Periood 2006–2012 katab nii kiiret majanduskasvu kui ka sellele järgnenud tõsist majanduskriisi, samas kui viimase perioodi (2014–2020) puhul ei saa mööda 2020. aasta kevadel (uuringu andmekogumise ajal) Eestisse jõudnud COVID-19 pandeemiast.

Joonisel 2.3.2 esitatud seoste analüüsi tulemustest nähtub, et käsitletud tervisekäitumise indikaatorid on seotud kõrgema stressitasemega, kuid seose tugevus (ning selle statistiline olulisus) varieerub periooditi. Kui kogu perioodi käsitlevas kohandatud mu-

### Kõrgem stressitase on seotud mitmete tervisekäitumise näitajatega, kuid nende seoste tugevus ning olulisus on viimase veerandsaja aasta jooksul muutunud.

delis on igapäevasuitsetajatel 1,3 korda suurem šanss suuremaks stressiks kui juhu- või mitesuitsetajatel, siis suurima igapäevasuitsetajate levimusega perioodil 1990–1996 oli seosekordaja madalaim ning statistiliselt mitteoluline. Kõigil järgnevatel perioodidel on igapäevasuitsetamine seotud aga kõrgema stressitasemega. Alkoholi puhul on kogu ajaperioodi hõlmavas mudelis

**Joonis 2.3.2.** Tervisekäitumise ja tajutud stressi seos (kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega) 16–64-aastastel täiskasvanutel



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

MÄRKUS: Vastaja soole, vanusele, rahvusele, perekonnaseisule, haridusele, hõivestaatusele ja tervisekäitumise indikaatoritele kohandatud šansisuhted ja 95% usaldusvahemikud on arvatud perioodide kaupa kihitatud logistilise regressioonanalüüsiga.

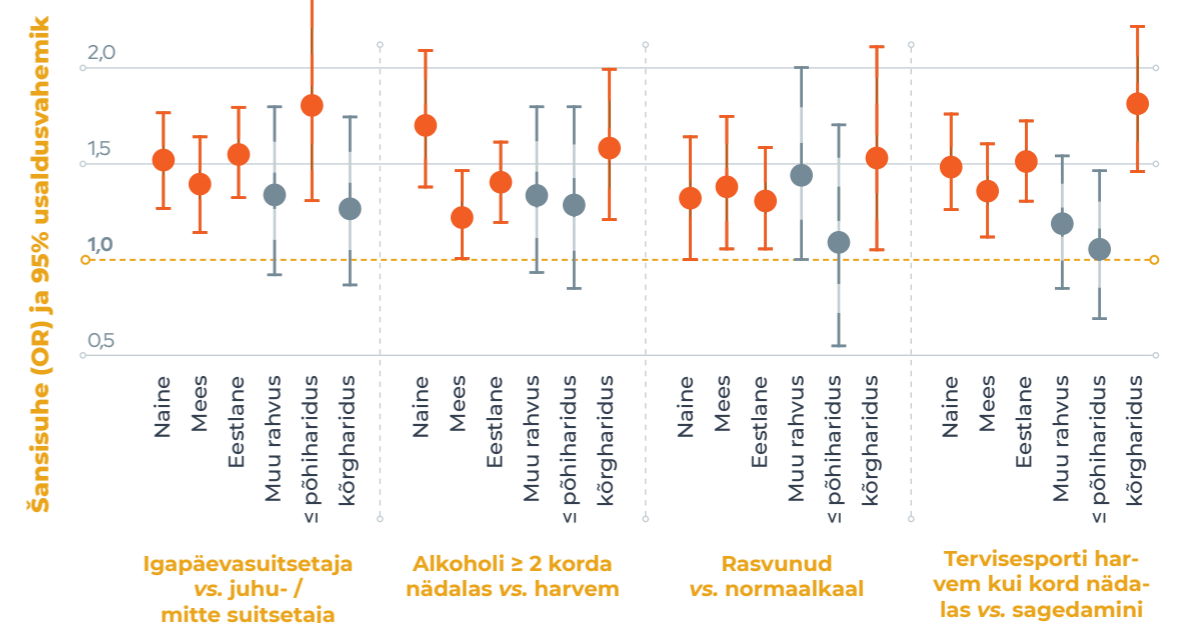
alkoholi tarvitamine kord nädalas või sagedamini seotud 1,2 korda suurema šansiga kõrgemaks stressitasemeks võrreldes nendega, kes tarvitavad alkoholi harvemini, ning perioodide lõikes on seos oluline alates 2006. aastast. Kehakaalu puhul eristub stressi riskitegurina rasvunute alarühm, kel võrreldes normaalkaalus täiskasvanutega on tervikuna 1,2 korda suurem šans stressi esinemiseks. Kui vaadelda sama seost aga periooditi, siis on rasvumise ja kõrgema stressitaseme seos statistiliselt oluline vaid kahel viimasel perioodil. Tervisespordi puhul on näha samalaadne seos: täiskasvanutel, kes teevad tervisesporti harvem kui kord nädalas, on ligikaudu 1,2 korda suurem šans suuremaks stressiks kui neil, kes teevad tervisesporti kord nädalas või sagedamini. Seosekordaja on seejuures suurim just esimesel perioodil, samas kui perioodil 1998–2004 on seos statistiliselt mitteoluline.

### Eluviisi ja vaimse tervise seose demograafilised variatsioonid

Kuigi täiskasvanute tervisekäitumise ja vaimse tervise seos on viimase 30 aasta jooksul muutunud, on ilmne muster, et tervist vähem toetava käitumismustri korral on vaimse tervise seisund kehvem. Aga kuidas varieerub vaimse tervise ja tervisekäitumise seos erinevates rahvastikurühmades? Joonisel 2.3.3 on esitatud soo, rahvuse ja hariduse järgi kihitatud kohandatud logistilise regressioonanalüüsi tulemused tervisekäitumise indikaatorite ja stressitunnuse kohta TKU 1990–2020 koondandmestikus.

Kui igapäevasuitsetamine prognoosib kõrgemat stressitaset nii naistel kui ka meestel, siis rahvuse ja haridustunnuse

**Joonis 2.3.3.** Tervisekäitumise ja tajutud stressi seos (kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega) 16–64-aastastel täiskasvanutel sotsiaal-demograafiliste rahvastikurühmade lõikes



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

MÄRKUS: Kohandatud soole, vanusele, rahvusele, haridusele, hõivestaatusele, suitsetamisele, alkoholi tarvitamisele, KMI-le, tervisespordi harrastamisele ning uuringuaastale

puhul on erinevusi. Igapäevasuitsetamine on statistiliselt olulisel määral seotud suurema stressiga eestlastel (aga mitte muust rahvusest elanikel) ning põhihariduse (aga mitte kõrghariduse) rühmas. Alkoholi tarvitamise puhul on nii meestel kui ka naistel, kes tarvitavad alkoholi kord nädalas või sagedamini, suurem šanss kõrgemaks stressitaseks, seosekordaja (OR 1,10 vs. 1,33) on siiski märgatavalt suurem naistel. Rahvustunnuse järgi on seos oluline vaid eestlastel, mida vähemalt osaliselt selgitab ka suurem sellise alkoholitarvitamise mustri esinemine (28% eestlastest ja 18% muu rahvuse korral). Kui suitsetamise puhul oli seos stressiga statistiliselt oluline madalama hariduse korral, siis alkoholitarvitamise puhul on seos oluline just kõrghariduse rühmas: kõrghariduse korral tähistab sage alkoholi tarvitamine 1,26 korda suuremat šanssi stressiks.

Liigse kehakaalu puhul on rasvunud meestel võrreldes normaalkaalus meestega mõnevõrra suurem šanss suuremaks stressiks (OR 1,17), naistel aga seos statistiliselt oluline ei ole. Samas suurusjärgus on seosekordaja ka eestlastel (OR 1,14) ning kõrgharidusega (OR 1,24) täiskasvanutel. Tervisespordi puhul on nii naistel kui ka meestel seos stressiga oluline, rahvuse ja haridustunnuse puhul on aga erinevusi. Kui tervisespordiga harva tegelevatel eestlastel on 1,23 korda suurem šanss suuremaks stressiks kui neil, kes teevad tervisesporti kord nädalas või sagedamini, siis mitte-eestlastel tervisespordi harrastamine tajutud stressiga seotud ei ole. Sama on ka haridustunnuse puhul, kus kõrgharidusega täiskasvanutel on vastav seosekordaja 1,37, kuid põhihariduse puhul erinevusi ei ole.

Neist tulemustest saab järeldada, et kui meestel ja naistel on tajutud stressi mõjutavad eluviisitegurid üldiselt sarnased, siis seos varieerub märgatavalt nii rahvuse kui ka haridustaseme võrdluses. Seega ei ole tervisekäitumise ja

vaimse tervise seosed tingimata üheaolised kõigis rahvastikurühmades.

## Eluviis ja vaimne tervis täna

Kui eelnev käsitles eluviisi ja stressi seoseid 30 aastat hõlmaval TKU koondandmestikul, siis detailsema sissevaate tervisekäitumise ja erinevate vaimse tervise indikaatorite seostesse saab TKU 2020. aasta kevadel toimunud uuringu andmetest ([Reile ja Veideman 2021](#)), kus vaimset tervist on hinnatud enesehinnangulise stressi, depressiooni, üleväsimuse ning enesetapumõtete esinemise järgi. Kaalutud ehk Eesti 16–64-aastastele elanikele esinduslikuks kohandatud andmete järgi tundis talumatut või tavapärasest enam stressi 21% vastanutest. Depressiivsust on uuringus hinnatud viimasel 30 päeval tavapärasest enam masendununa või õnnetuna tundmisena. Depressiivsust tundis 22% vastajatest. Üleväsimuse tundmist alati või üsna tihti märkis 43% ning enesetapumõtteid viimase 12 kuu jooksul või varem oli esinenud 18%-l täiskasvanutest. Kuna uuringu andmekogumine algas 2020. aasta märtsis, on need näitajad kindlasti mõjutatud COVID-19 pandeemia esimesest lainest.

Järgnevas regressioonanalüüsis on hinnatud nende vaimse tervise näitajate seoseid rea sotsiaal-demograafiliste ja tervisekäitumise indikaatoritega. Demograafilistele tunnustele kohandatud analüüsist ([joonis 2.3.4](#)) ilmneb huvitav variatsioon tervisekäitumise ja vaimse tervise probleemide vahel. Tulemustest

## Ebaregulaarne toitumine on üks märk võimalike vaimse tervise probleemide esinemisest täiskasvanutel.

nähtub, et ebaregulaarne toitumine on tugev vaimse tervise probleeme prognoosiv tegur. Neil, kel jääb toidukordi vahele rohkem kui kahel päeval nädalas, on võrreldes regulaarsema toitumisega vastajatega suurem šanss (OR 1,39–1,60) kõigi käsitletud vaimse tervise probleemide esinemiseks. Samuti on suhkrukaste toitumise sagedus (6–7 päeval nädalas vs. harvem) tarvitamine seotud nii enesetapumõtete esinemisega (OR 1,54) kui ka üleväsimusega (OR 1,39). Kehakaalu ja kehalise aktiivsuse indikaatorid olid seotud stressi, üleväsimuse ja depressiivsusega, kuid mitte enesetapumõtete esinemisega. Näiteks võrreldes normaalkaalus vastajatega oli rasvunud suurem šanss üleväsimuseks (OR 1,31) ja depressiivsuseks (OR 1,35). Tervisespordi harvem kui kord nädalas harrastavatel täiskasvanutel oli võrreldes tervisespordiga regulaarselt tegelevatega suurem šanss stressi (OR 1,46), depressiivsuse (OR 1,36) või üleväsimuse (OR 1,43) esinemiseks. Pikema ekraaniaja puhul oli seos statistiliselt oluline vaid depressiivsust käsitlevas mudelis (OR 1,33).

Riskikäitumist hõlmavaid indikaatoreid ühendab seos stressi, üleväsimuse ja enesetapumõtete esinemisega, kuid mitte depressiivsusega. Üleväsimust prognoosisid nii igapäevane suitsetamine (OR 1,31 võrreldes juhu-/mittesuitsetamisega) kui ka alkoholi tarvitamine 4–7 päeval nädalas (OR 1,43 võrreldes alkoholi harvemini tarvitajatega). Sage alkoholi ja uimastite tarvitamine olid tugevalt seotud ka stressi ja enesetapumõtete esinemisega. Viimase näitaja puhul ongi tähelepanuväärsed just alkoholi ja uimastite tarvitamise seosekordajad: alkoholi sageda tarvitamise korral on enesetapumõtete esinemise šanss 2,52 korda suurem ja uimasteid tarvitanutel 2,18 korda suurem.

4 Indikaatorid: ebaregulaarne toitumine, suhkrukaste toiduainete tarvitamine, kehamassiindeks  $\geq 30,0$ , tervisespordi harrastamine kord nädalas või vähem, ekraaniaeg  $\geq 6$  h päevas, igapäevasuitsetamine, alkoholi tarvitamine 4–7 päeval nädalas, uimastite tarvitamine 12 kuu jooksul. Summaarne indeks on loodud riskiteguritena esitatud binaarsete tunnuste summana, mille väärtus kajastab riskikäitumise avalduste arvu.

## Mida rohkem on käitumuslike riskitegureid, seda tõenäolisem on vaimse tervise probleemide esinemine.

Lisaks nende üksiktegurite seostele on ootuspärane, et eluviisi tervikuna kirjeldavad teatud mustrid – kehaliselt aktiivne olles jälgitakse tõenäoliselt ka oma toitumist ning hoidutakse tervist kahjustavatest tegevustest. Sama võib eeldada ka tervist kahjustava käitumise kohta, kus riskide kumuleerumine võib tuua hoopis negatiivsemaid tervisetulemeid. Järgnevalt on vaadeldud sellist olukorda eelnevalt käsitletud kaheksa tervisekäitumise indikaatori<sup>4</sup> summaarse indeksi näitel. Kui ühtki tervisekäitumise riskitegurit ei esinenud neljandikul Eesti 16–64-aastastest täiskasvanutest ja veidi enam kui pooltel oli neid üks-kaks, siis igal viiendal vastajal oli riskitegureid kolm või enam.

[Joonisel 2.3.5](#) on esitatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele teguritele kohandatud seosekordajad mitme samaaegse riskiteguri ja vaimse tervise näitajate seoste kohta. Võrreldes nendega, kel ühtki riskitegurit ei olnud, oli ühe-kahe käitumusliku riskiteguri korral enam kui 1,5 korda suurem šanss nii stressi, depressiooni, üleväsimuse kui ka enesetapumõtete esinemiseks. Kui riskitegureid on aga kolm või enam, siis on vastavad šansisuhted kõigi vaimse tervise näitajate puhul juba enam kui 2,5-kordsed. Seega – mida rohkem on tervist mittetoetavat käitumist, seda suurem on tõenäosus vaimse tervise probleemide esinemiseks.

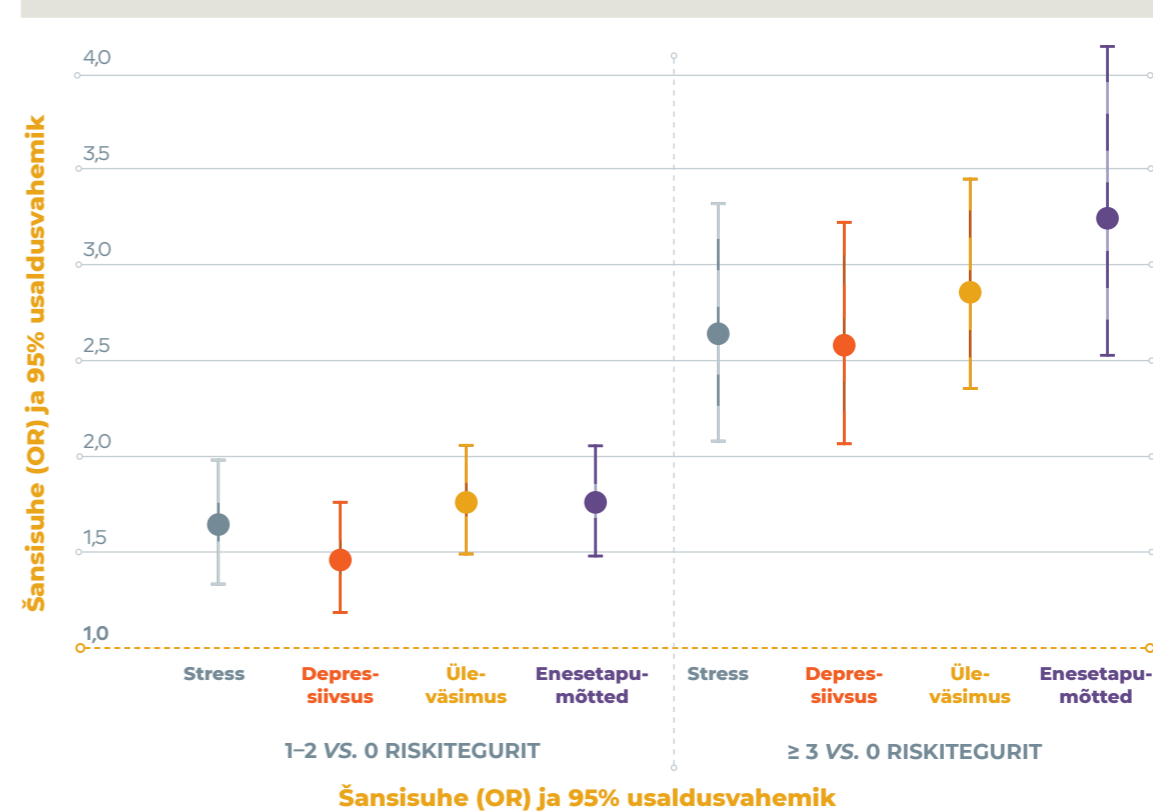
**Joonis 2.3.4.** Tervisekäitumise indikaatorite kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega vaimse tervise näitajate lõikes



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

**MÄRKUS:** Demograafilistest tunnustest on analüüsi kaasatud vastaja sugu, vanus, rahvus, perekonnaseis, sissetulek ja hõivestaatus. Tervisekäitumise puhul on arvestatud toitumisega (ebaregulaarne toitumine, suhkrurikaste toiduainete tarvitamine), kehakaalu ning füüsilise aktiivsusega (kehakaalu indeks, tervisespordi harrastamine, ekraaniaeg) ning riskikäitumisega (igapäevasuitsetamine, alkoholi tarvitamine 4–7 päeval nädalas, uimastite tarvitamine 12 kuu jooksul). Tervisekäitumise ja vaimse tervise seoste uurimiseks koostati maakondlike kaaludega TKU 2020 andmetel kohandamata ja kõigile tunnustele kohandatud logistilise regressioonanalüüsi mudelid eraldi stressi, depressiooni, üleväsimuse ning enesetapumõtete esinemise tunnustele.

**Joonis 2.3.5.** Samaaegselt esinevate tervisekäitumise riskitegurite ja vaimse tervise indikaatorite seos (kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega) 16–64-aastastel täiskasvanutel



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

### Ebavõrdsuse mustrid eluviisi ja vaimse tervise seostes

Kehvem sotsiaal-majanduslik staatus on enamasti seotud viletsama tervisega. See muster kehtib ka vaimse tervise puhul Eesti andmetes (vt joonis 2.3.6), kus arvestades vastaja sugu, vanust, rahvust, perekonnaseisu ning tervisekäitumise indikaatoreid, oli nii mittetöötavatel kui ka madalama hariduse ja sissetulekuga vastajatel suurem šans vaimse tervise probleemide esinemiseks. Kuigi seosed varieerusid sõltuvalt vaimse tervise indikaatorist, ilmnesid suurimad suhtelised erinevused sissetuleku puhul, kus näitaks enesetapumõtete esinemise šans

erines väikseima ja suurima sissetuleku rühmas ligi 2,5 korda. Nende ootuspäraste seoste üks selgitus on see, et madalama sotsiaalse staatuse korral esineb rohkem kroonilisi stressoreid, vahetuid toimetulekuraskusi ning sagedamini ka negatiivseid elusündmusi.

Kui eelneva põhjal on vaimse tervise näitajates selged sotsiaal-majandusliku ebavõrdsuse ilmingud, siis kehv

**Kehvem sotsiaal-majanduslik staatus on enamasti seotud viletsama tervisega ning see muster kehtib ka täiskasvanute vaimse tervise puhul Eesti andmetes.**

**Joonis 2.3.6.** Demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike indikaatorite kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega vaimse tervise näitajate lõikes



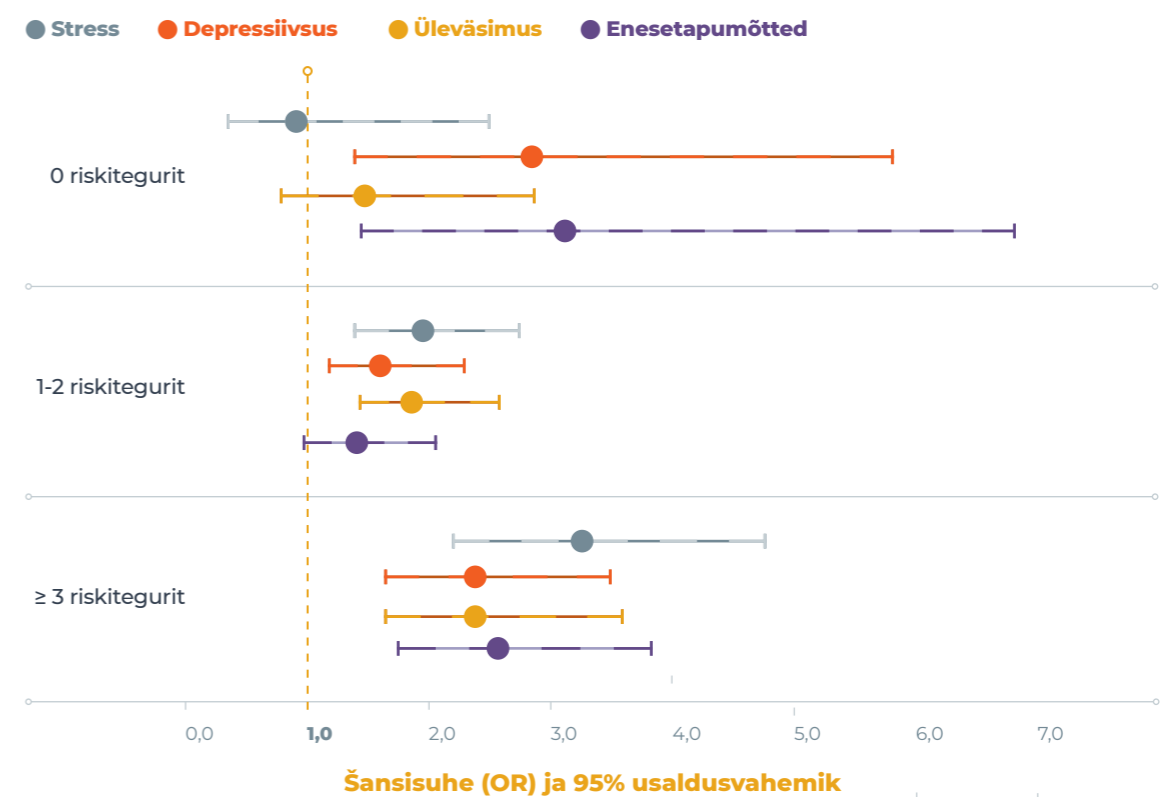
ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

MÄRKUS: Kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele ning tervisekäitumise tunnustele.

sotsiaal-majanduslik staatus suurendab omakorda tervist kahjustava käitumise riski. Suitsetamine, mis on käitumuslikest teguritest üks suuremaid tervisekato põhjustajaid, on selle heaks näiteks. Kui 2000. aastal oli põhiharidusega täisealistest Eesti elanikest igapäevaseid suitsetajaid 40%, siis kõrgharitudel vaid 16%. See ligi 2,5-kordne hariduslik erinevus suitsetamises on aga 20 aastat hiljem suurenenud enam kui 4-kordseks. Seoste analüüsil, mis võtab arvesse ka teiste demograafiliste

tunnuste mõju, on hariduslikud erinevused igapäevasuitsetamises veelgi suuremad: põhi- või madalama haridustaseme korral on šans igapäevasuitsetamiseks 8,8 korda suurem kui kõrgharidusega vastajatel. Samasuguseid sotsiaal-majanduslikke mustreid näeb ka mitme teise tervisekäitumise näitaja puhul: näiteks tervisespordi harustamist prognoosivas mudelis on erinevus madalaima ja kõrghariduse vahel enam kui kolmekordne (OR 3,60) ning rasvumist prognoosivas mudelis

**Joonis 2.3.7.** Madala vs. muu sotsiaal-majandusliku staatuse seosed (kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega) vaimse tervise näitajatega käitumuslike riskitegurite arvu järgi



ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

MÄRKUS: Logistiline regressioonanalüüs kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele ning tervisekäitumise tunnustele ning kihitatuna tervisekäitumise riskide arvu järgi.

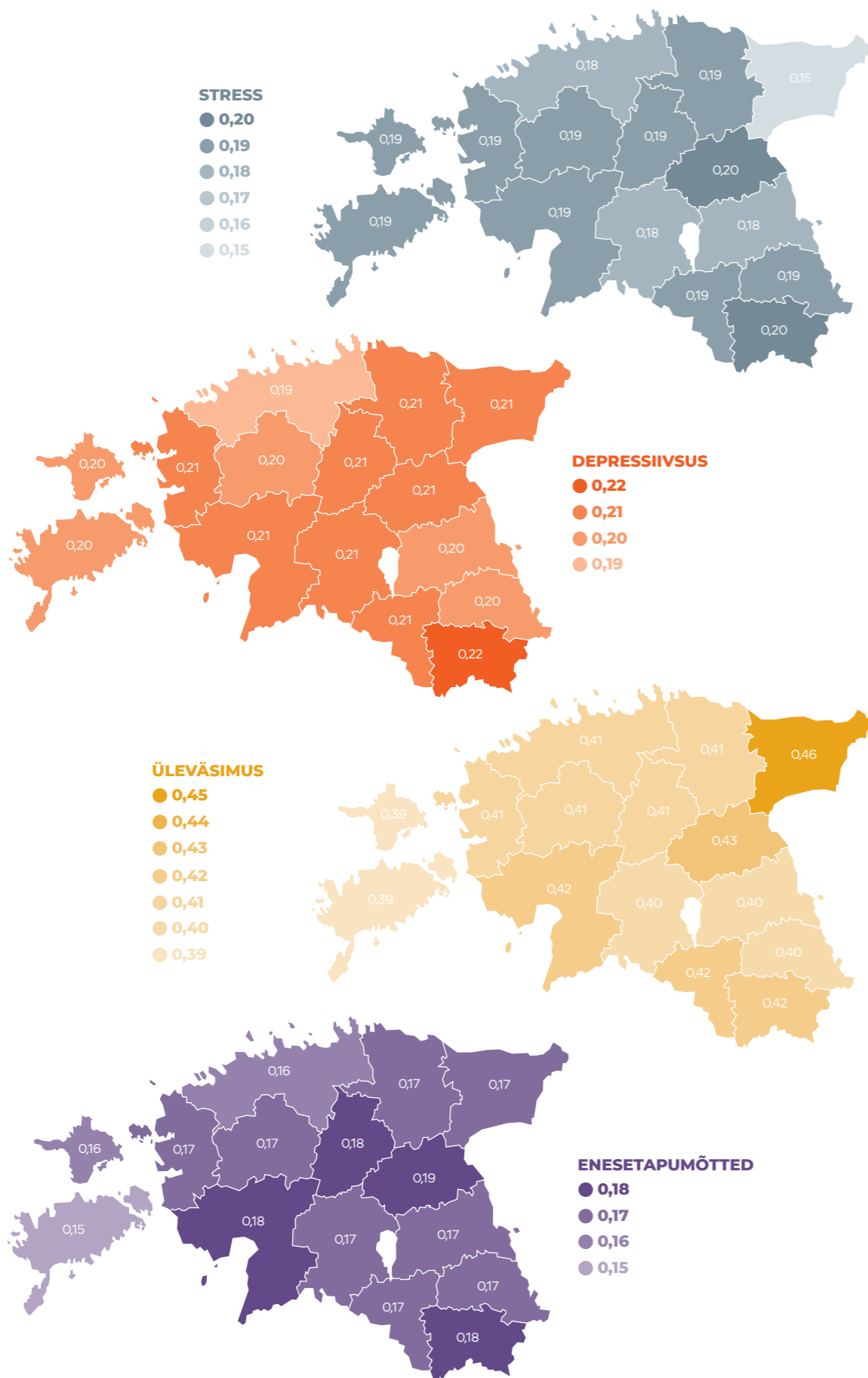
enam kui kahekordne (OR 2,07). Ebasõbraliku tervisekäitumise puhul on ka täiendav aspekt – nimelt võib madalam sotsiaal-majanduslik staatus ühtlasi tähendada ka väiksemat tõenäosust tervisekäitumise muutuseks. Seos ei pruugi olla universaalne, kuid näiteks põhihariduse korral on liigse kehakaaluga täiskasvanutel 1,45 korda väiksem šans oma kehalist aktiivsust suurendada kui kõrgharitudel (Reile ja Leinsalu 2019).

Ka ebasoodsa sotsiaal-majandusliku staatusega seotud tegurite akumuleerumine suurendab vaimse tervise probleemide riski. Kui haridustaseme, sissetuleku ja hõivestaatusel tunnistelt teha summaarne madala sotsiaal-majandusliku staatuse indeks (vähemalt kaks elementi järgnevast: põhi- või

madalam haridustase, kuulumine madalaimasse sissetulekukvartiili, töötu olemine) ning võrrelda madala sotsiaal-majandusliku staatuse ja vaimse tervise tulemite seoseid, on ilmne, et ilmajätus on tugevalt seotud vaimse tervise tulemitel (vt joonis 2.3.7). Kui ilma ühegi käitumusliku riskitegurita eristuvad statistiliselt olulisel määral depressiivsuse ja enesetapumõtete esinemise tunnused, siis käitumuslike

**Madalam sotsiaal-majanduslik staatus võib ühtlasi tähendada ka väiksemat tõenäosust tervisekäitumise muutuseks.**

**Joonis 2.3.8.** Vaimse tervise näitajate keskmine prognoositud tõenäosus maakonniti



riskitegurite lisandudes on madalama sotsiaal-majandusliku staatusega kaasnev haavatavus väga ilmne.

Täiendav variatsioon vaimse tervise näitajates avaldub regionaalses vaates. Joonisel 2.3.8 on esitatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ning eluviisi teguritele kohandatud vaimse tervise probleemide esinemistõenäosused maakondades<sup>5</sup>. Kuigi tervikuna ei ole regionaalsed erinevused vaimse tervise näitajates (demograafilisi, sotsiaal-majanduslike ja tervisekäitumise indikaatoreid arvestades) väga suured, on stressi esinemise tõenäosus Jõgeva ja Pärnumaal statistiliselt olulisel määral ( $p < 0,05$ ) suurem ning Ida-Virumaal vastavalt madalam

kui Harjumaal. Samuti on Jõgeva- maal depressiivsuse esinemistõenäosus suurem kui Harjumaal, samas kui üleväsimuse tõenäosuse puhul eristuvad Harjumaast kõrgema keskmise poolest vaid Ida-Virumaa täiskasvanud.

**Maakondlikud variatsioonid täiskasvanutel stressi, üleväsimuse, depressiivsuse ja enesetapumõtete esinemises on tervikuna vähesed.**

## KOKKUVÕTE

Täiskasvanuea tervisekäitumine ja vaimne tervis on vahetult seotud. Kuigi lähemal vaatlusel leiab siin grupiti erinevusi, on üldistatult tervist vähem toetava käitumismustri korral kehvem ka vaimse tervise seisund. Pikaajalises vaates on tervisekäitumise ja vaimse tervise tegurite seos muutunud tugevamaks. Kuna aegreas järgivad tervisekäitumise ja tajutud stressi trendid üsna hästi ka ühiskonnas ja üldises elukorralduses toimunud muutusi, siis saab sellest tuge hüpoteesile, et tervisekäitumine ja vaimne tervis on kujundatud ümbritseva keskkonna pakutavate ressursside ning käitumuslike valikute ja võimaluste koosmõjus.

Tervisekäitumise indikaatorite lähemal vaatlusel ilmnes, et nii toitumine, kehakaal ja kehaline aktiivsus kui ka riskikäitumine on vaimse tervise näitajatega tugevalt seotud. Kui enamiku üksikindikaatorite puhul varieerusid seosed sõltuvalt hinnatud vaimse tervise aspektist, siis näiteks ebaregulaarse toitumisega kaasnes suurem šanss vaimse tervise probleemideks kõigis analüüsid. Teisalt näitas analüüs, et käitumuslike riskide kuhjumine võib tuua hoopis negatiivsemaid tervisetulemeid. Kui tervisekäitumise riskitegureid on samaaegselt kolm või enam, on seosekordajad kõigi vaimse tervise näitajate puhul juba enam kui 2,5-kordsed.

<sup>5</sup> Maakondade keskmistena esitatud tõenäosused põhinevad demograafiliste, sotsiaal-majanduslike ning tervisekäitumise teguritele kohandatud regressioonmudeliga prognoositud individuaalsete sündmuse (vastava vaimse tervise probleemi) esinemise tõenäosustel.

## 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 sissetuleku 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*, 376:9755, 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 teismeeva 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 ene- sehinnang).

Kõikidele tunnustele kohandatud lõplike regressioonimudelite tulemu- sed eluviisi ja vaimse tervise seoste koh- 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 une- häired 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
Mõõdukas 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 tarvitunud; 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: + 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 erine- vusi kõige enam (*tabel 2.4.1*). Mõõduka kehalise aktiivsuse puhul isegi nii palju,

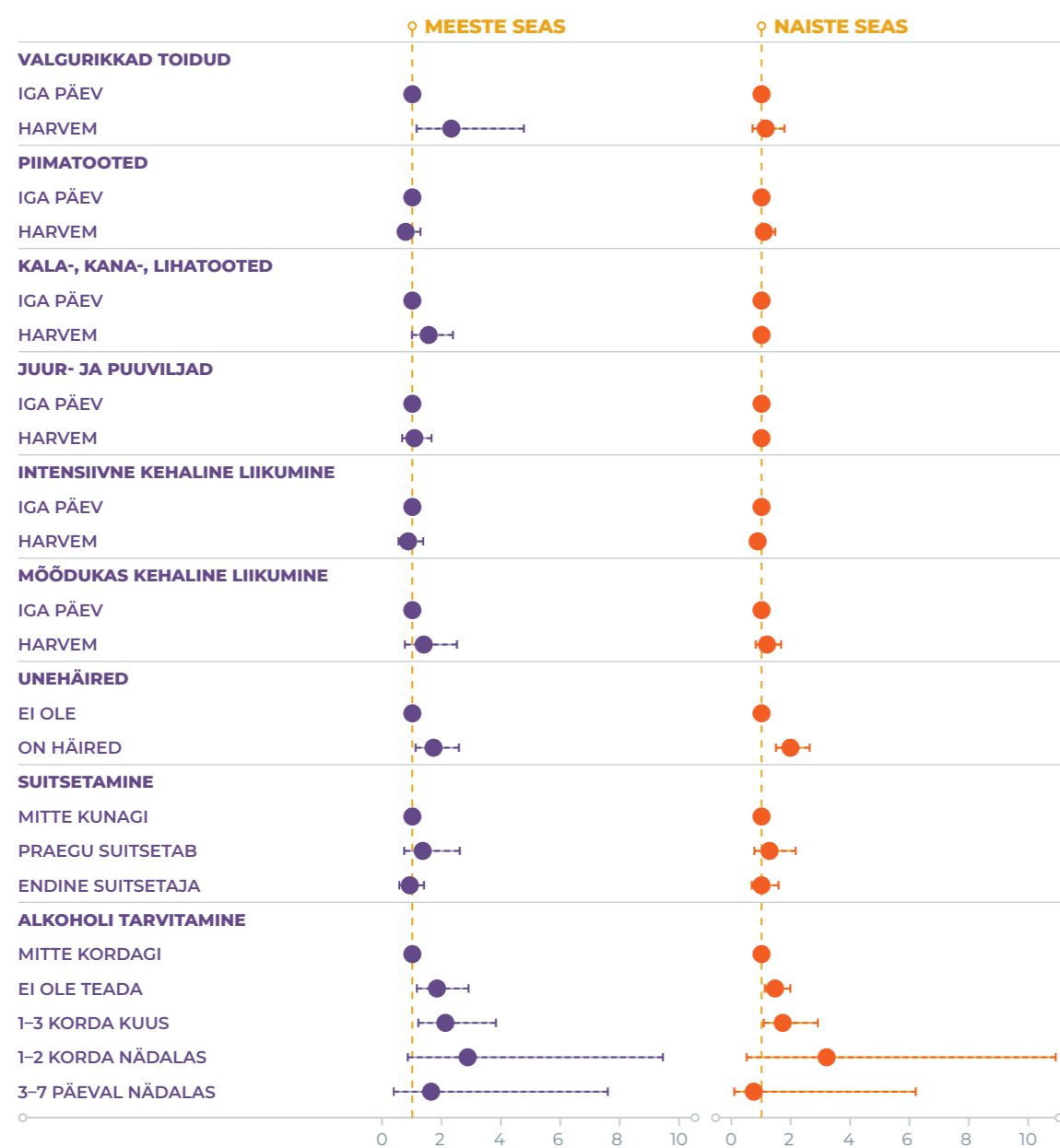
**Nii meeste kui naiste puhul ennus- tavad Eesti vanemaealiste depres- siivsust kõige selgemini unehäirete olemasolu ning alkoholitarvitamise sageduse erinevused.**

et olulised erinevused depressiivsuse šansis kaovad (mudel 6, tabel 2.4.1). Lapsepõlvteguritest 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 lapsepõlvtegurite 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 lapsepõlvtegurite tunnustele.

Ehkki depressiivsuse šansi erinevusi seletab tervises seisund nii meestel kui ka naistel kõige rohkem, paistab ühe erinevusena välja, et lapsepõlvtegurite kohandamine vähendab depressiivsuse tekke erinevusi mõnevõrra just naiste seas. Lapsepõlvtegurid, eelkõige majanduslik olukord ja tervise enesehinnang, selgitavad vaimse tervise erinevusi naistel. Seega võib öelda, et naiste seas on lapsepõlves kogutud ebavõrdne kogunenud 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 tiheduse 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 terviseolukorra 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 sünnpõlvkondade 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