

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

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 juhuslikult, 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 tulemitest 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

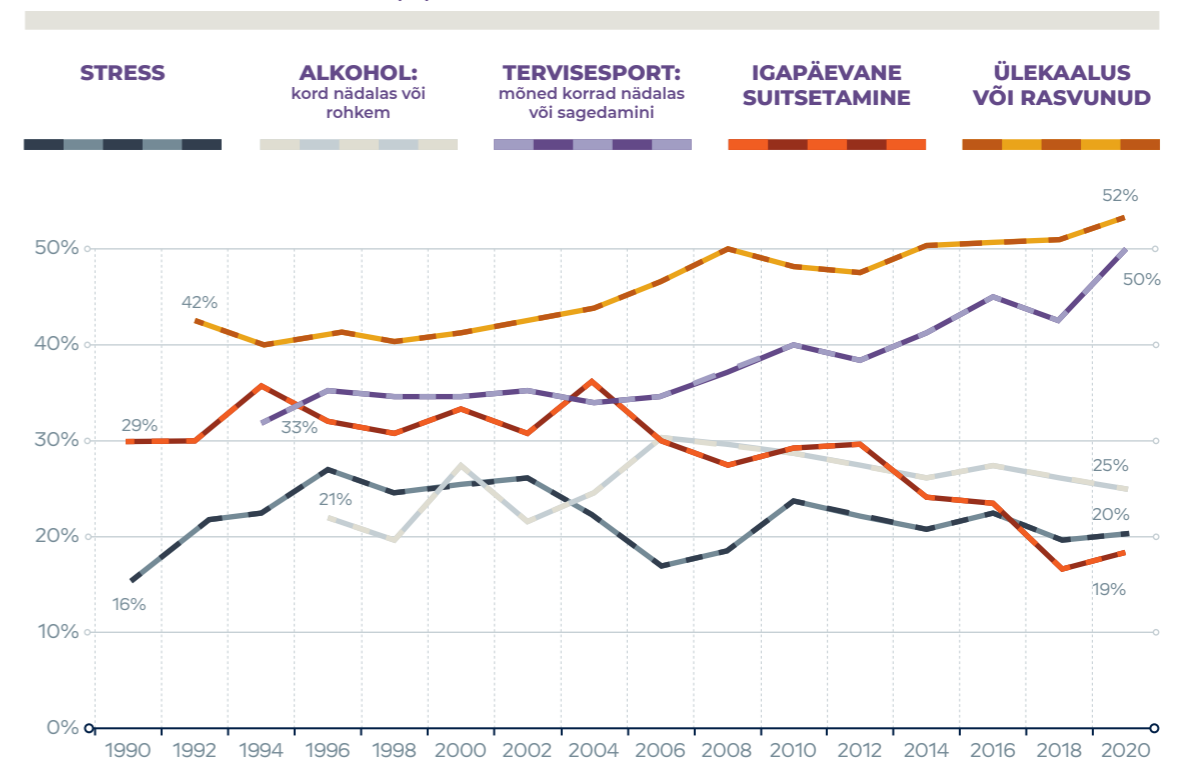
Viimase 10 aasta jooksul on püsinud muster, et tavapärasest suuremat stressi tunneb keskmiselt iga viies täiskasvanu.

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 stressi¹ 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 indikaatori² 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 (KMI³ = 25,0–29,9 kg/m²) ja rasvunute (KMI ≥ 30,0 kg/m²) 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) / pikkus² (m).

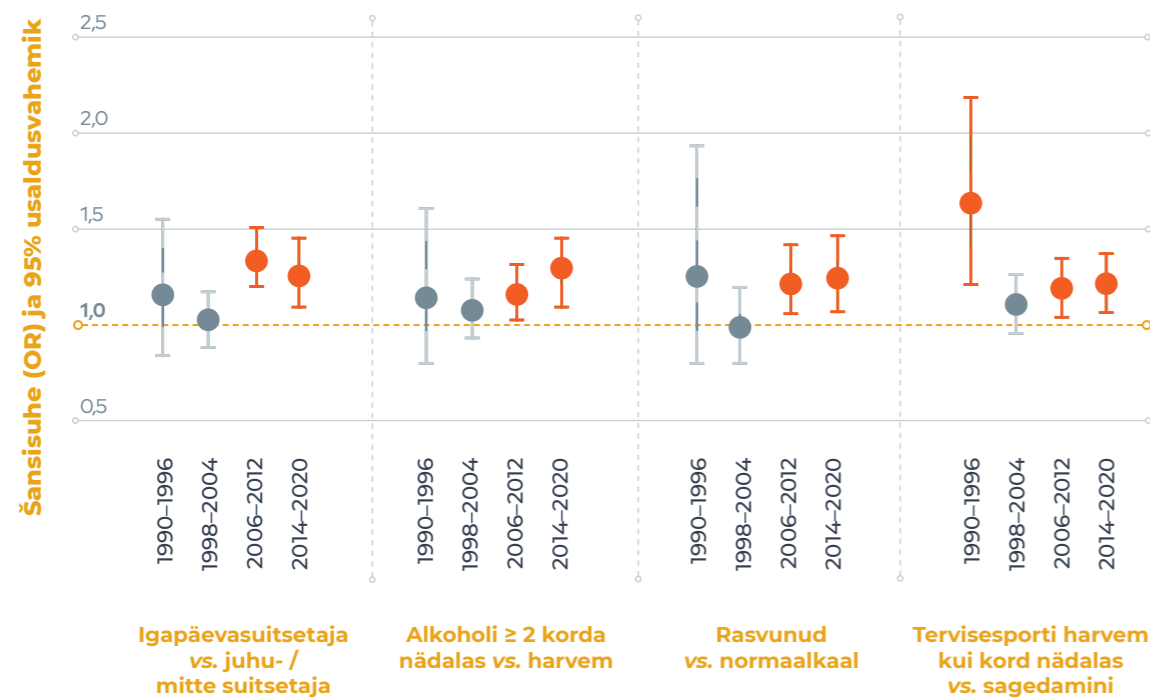
vaadeldud eraldi nelja perioodi. Aastad 1990–1996 märgib üleminekuaega ja ühtlasi ka suurimat suhtelist muutust stressi levimuses. Periood 1998–2004 hõlmab Eesti arengu jaoks muutlikke aastaid, kuhu jääb nii 1998. aasta majanduskriis kui ka liitumine Euroopa Liidu ja NATOga 2004. aastal. Periood 2006–2012 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.

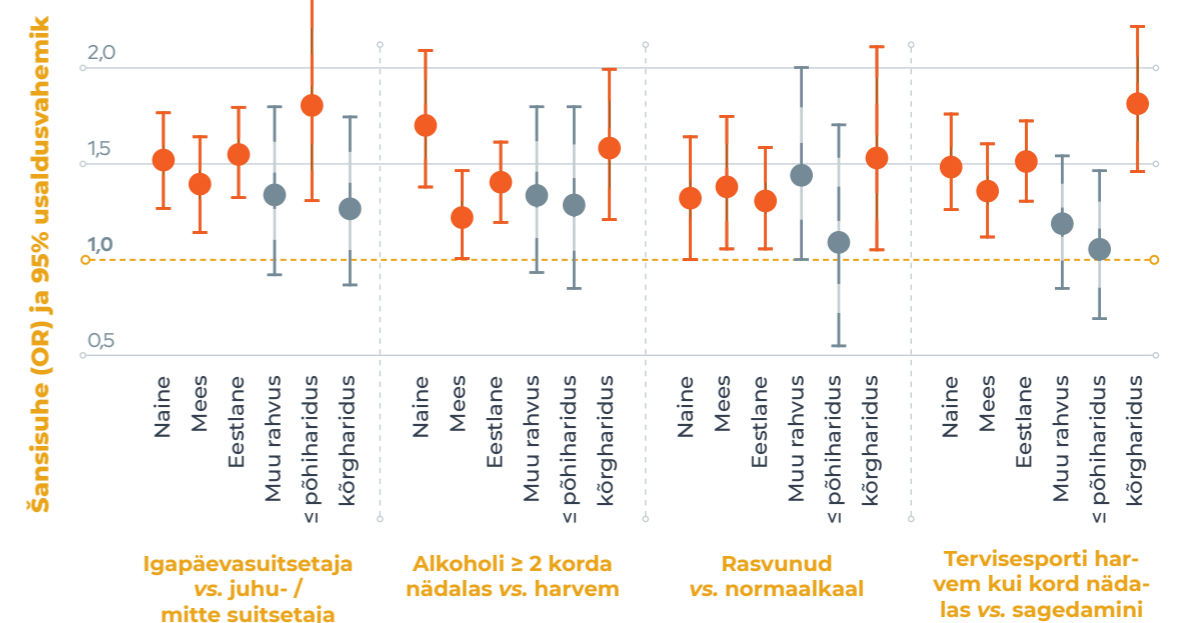
alkoholi tarvitamine kord nädalas või sagedamini seotud 1,2 korda suurema šansiga kõrgemaks stressitasemeks võrreldes nendega, kes tarvitavad alkoholi harvemini, ning perioodide lõikes on seos oluline alates 2006. aastast. Kehakaalu puhul eristub stressi riskitegurina rasvunute alarühm, kel võrreldes 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 järeleda, 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 sage (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 ≥ 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 indikaatori⁴ 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.

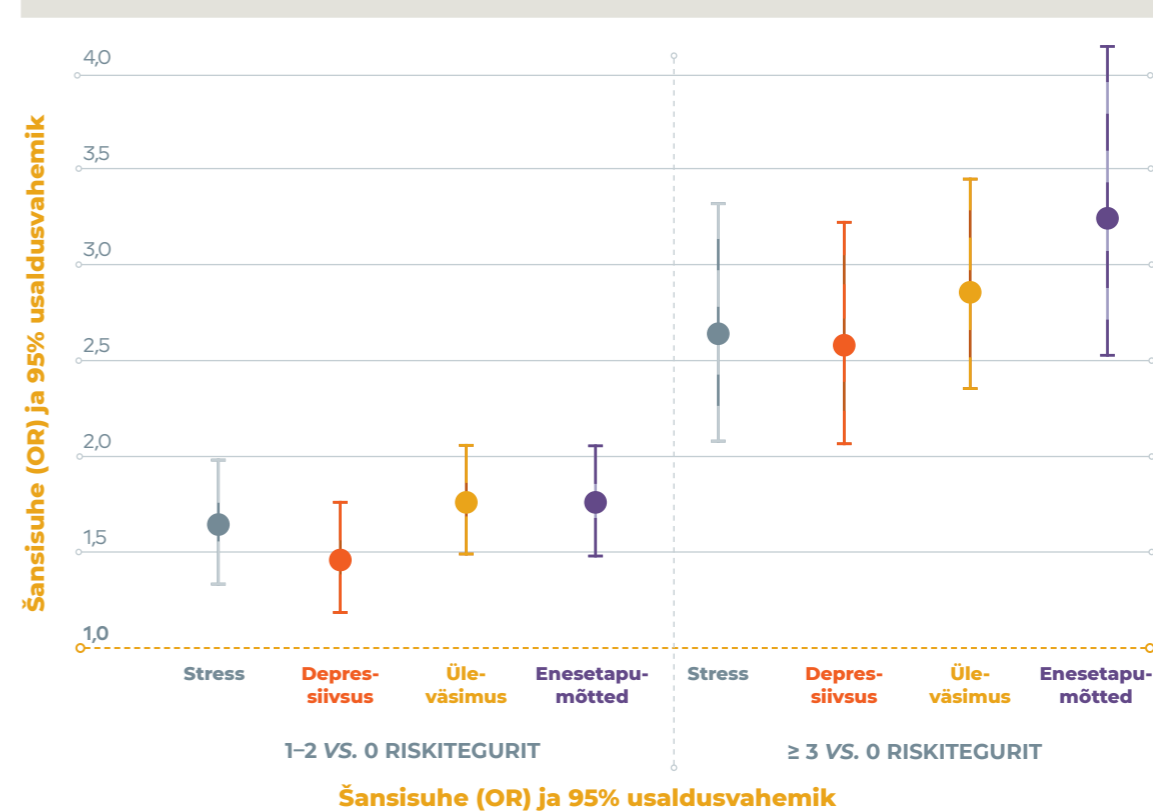
Joonis 2.3.4. Tervisekäitumise indikaatorite kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikega vaimse tervise näitajate lõikes



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 šanss

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



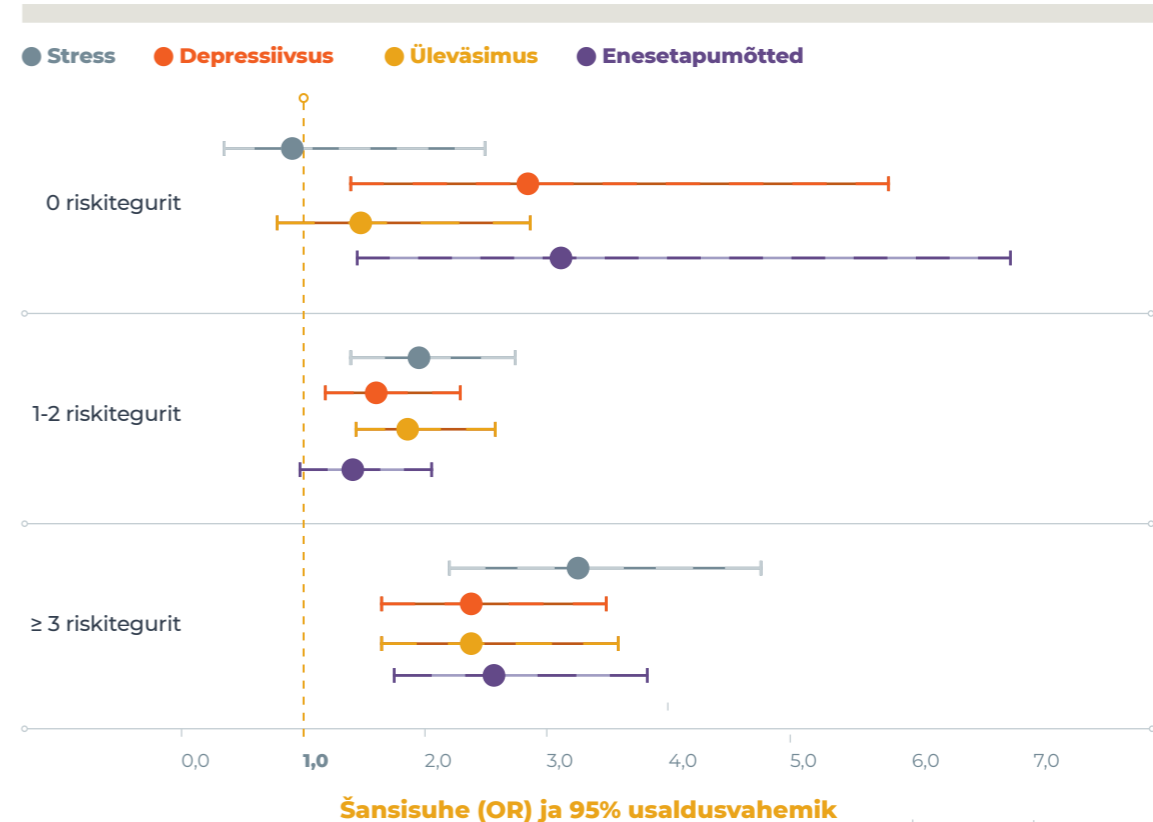
ALLIKAS: autori joonis, TKU 1990–2020 kaalutud andmete põhjal

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 tervisekao põhjustajaid, on selle heaks näiteks. Kui 2000. aastal oli põhiharidusega täisealistest Eesti elanikest igapäevaseid suitsetajaid 40%, siis kõrgharitude puhul 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 harastamist 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.

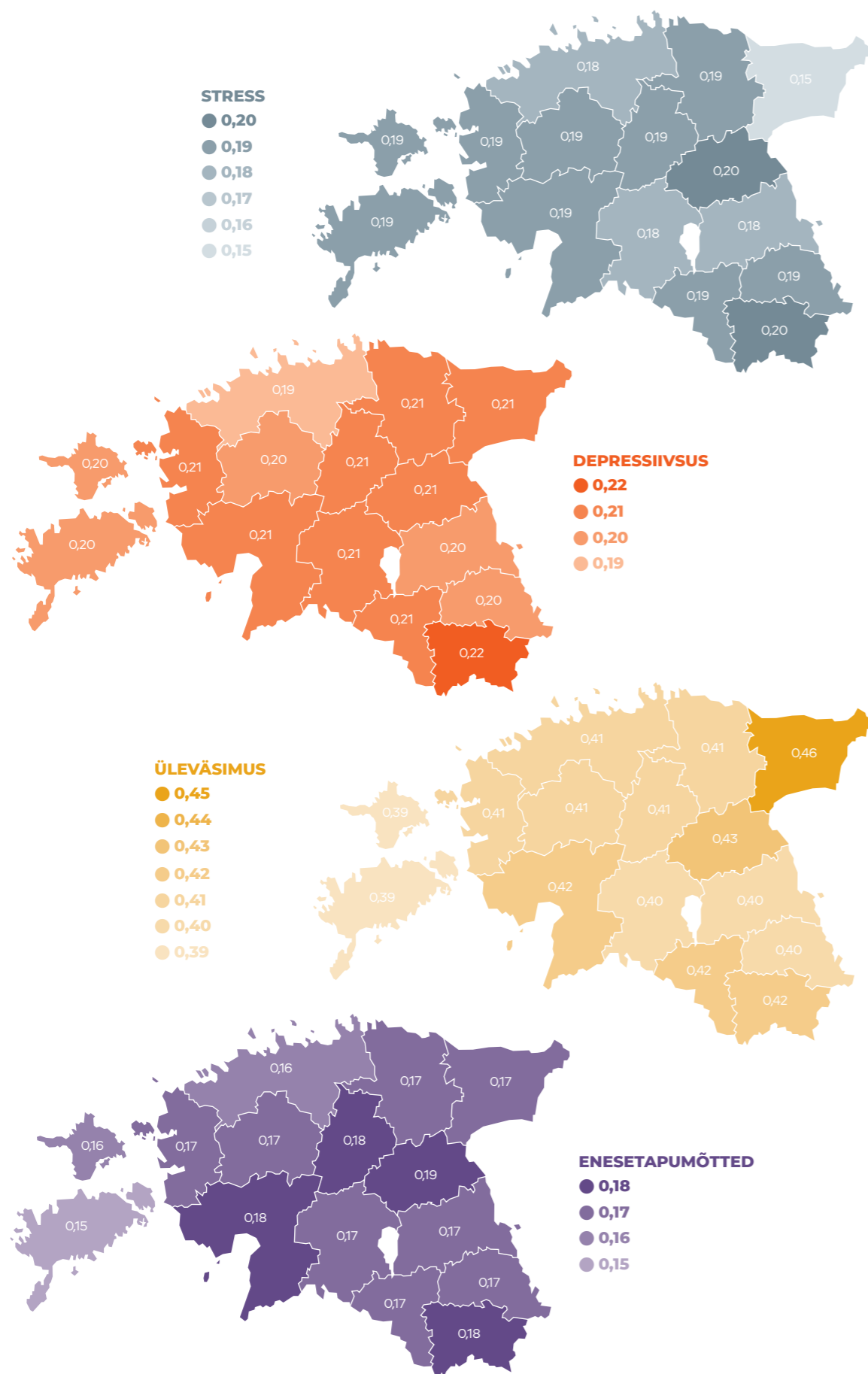
enam kui kahekordne (OR 2,07). Eba-võrdsuse tervise mõjude puhul on ka täiendav aspekt – nimelt võib madalam sotsiaal-majanduslik staatus ühtlasi tähendada ka väiksemat tõenäosust tervisekäitumise muutuseks. Seos ei pruugi olla universaalne, kuid näiteks põhihariduse korral on liigse kehakaaluga täiskasvanutel 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 hõivestaatus tunnustelt 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 ilmajaetus on tugevalt seotud vaimse tervise tulemitega (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 maakondades⁵. 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 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.

⁵ Maakondade keskmistena esitatud tõenäosused põhinevad demograafiliste, sotsiaal-majanduslike ning tervisekäitumise teguritele kohandatud regressioonimudeliga 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 sisetuleku korral. Ühtlasi suurendab kehv sotsiaal-majanduslik staatus nii tervist kahjustava käitumise kui ka vaimse tervise probleemi riski. Eriti silmatorkav on see riskikäitumise järgi kihitatud ana-

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

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

VIIDATUD ALLIKAD

Alwan, A., MacLean, D. R., Riley, L. M., d'Espaignet, E. T., Mathers, C. D., Stevens, G. A., Bettcher, D. 2010. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. – *Lancet*, 376:9755, 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.

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