

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Infoühiskond ja sotsiaalne heaolu

Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala

Helen Soosalu

**ÜKSINDUS JA ÜKSILDUS-  
EAKATE ÜKSINDA ELAMISE KOGEMUSED**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Reeli Sirotkina (MSW)

Tartu 2020

Kinnitan, et olen töö koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõtted, seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Helen Soosalu

27.05.2020

## **ABSTRACT**

### **Aloneness and loneliness- experiences of elderly living alone**

The aim of this bachelor's thesis is to reflect the elderly's experiences with living alone. Elderly are more susceptible to loneliness and social isolation than any other demographics, especially when living alone. The loss of friends, family and a significant other often leads to involuntary social isolation. Social isolation and loneliness are closely linked to poor health, decline in life satisfaction and low income which makes the elderly particularly vulnerable to the negative effects to the loss of social connectedness.

Based on the purpose of this thesis, the following research questions have been raised:

1. What are the experiences of the elderly with the risk and protective factors of living alone in old age?
2. What do the elderly focus on when discussing their experience with loneliness?

The theoretical section of the thesis consists of four chapters that discuss the concept of loneliness, the relationship between social isolation and living alone, the impact of loneliness on the health of the elderly, and the significance of cultural values in relation to old age and the ageing experience. The second chapter of the thesis gives an overview of the research methodology which describes the sample, the measuring instruments used in the research and the research procedure. The third section of the thesis analyzes the materials from the interviews and the fourth section describes the conclusions from the collected data. In the final part of the thesis, definitive conclusions are drawn about the psychological, medical and societal factors that put older people living alone at risk.

The results show that risks related to decline of health, physical capacity, and wellness are often related to the lack of social connectedness in old age. The decline of physical capacity correlates to perceived loss of one's autonomy, which leads to societal as well as internalized ageism. Because of individualism, older people feel more under pressure to maintain their independence, especially when living alone. Therefore, expressing loneliness and a need for support is overall stigmatized, leaving the elderly in a vulnerable position.

**Keywords:** Living alone, social isolation, loneliness, health

## SISSEJUHATUS

Eakate inimeste osakaal Eestis, aga ka ülejäänud Euroopas on järjest kasvamas. Statistikaameti kohaselt (2020a) moodustas 2019. aastal 19,8% Eesti elanikkonnast 65-aastased ja vanemad inimesed, kellest 8,5% ehk üle kahe viiendiku elasid üksinda (2020b). Kasvuteel pole seetõttu mitte ainult eakate, vaid ka üksi elavate eakate määr. Rahvastiku vananemist sotsiaalse probleemina käsitletakse esmajoones majanduslike tagajärgede kontekstis, seda nii väheneva tööjõu, tõusvate sotsiaalkulutuste ja pensionieas suureneva vaesusrisi perspektiivist (Eurostat, 2019), samas kui eakate heaolu puudutavad teemad jäävad vananevat rahvastikku arvestades rohkem tagaplaanile.

Kuna sotsiaalset isolatsiooni ja langust eluga rahulolus seostatakse tihedalt üksilduse, halva tervise ja madala sissetulekuga (D'Hombres, Sylke, Barjakovà ja Mendonça, 2018) on eakas elanikkond antud probleemile eriti haavatav. Sotsiaalset isolatsiooni on siinkohal defineeritud kvantitatiivselt piiratud kontaktina teiste inimestega (Yang ja Victor, 2011). Newall ja Menec (2019) on täheldanud, et tahtmatu sotsiaalne isolatsioon on peamiseks üksildust tekitavaks teguriks, mille tõttu vanem elanikkond ohustatud on. Üksildusel ning sotsiaalsel isolatsioonil on ka otsene mõju nii vaimsele kui füüsilisele tervisele, mis on tingitud käitumuslikest, psühholoogilistest ja füsioloogilistest mehhanismidest (Hawkley ja Cacioppo, 2010). Probleemi sotsiokultuuriline mõõde kätkeb peale heaolulanguse endas soovimatust abi otsida, kuna seda tõlgendatakse teistele koormaks olemise ning eakatega seonduvate negatiivsete stereotüüpide elluviimisenä. Neil põhjustel on sotsiaalse sidususe puudumine vanemas eas pensioniealise elanikkonna osakaalu tõusu ning üksi jäämise tõenäosust arvestades oluline uurimisprobleem.

Minu töö eesmärk on kajastada üksinda elavate eakate kogemusi üksinda elamisest vanemas eas. Eesmärgi täitmiseks püstitasin järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on eakate kogemused üksinda elamisest tingitud riskidega ja kaitsvate faktoritega vanemas eas?
2. Millele keskenduvad eakad üksilduse kogemusest rääkides?

Uurimistöö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest osast, mis omakorda jagunevad alapeatükkideks. Töö teoreetiline osa jaguneb neljaks temaatiliseks osaks, milles käsitlen üksilduse kontseptsiooni, sotsiaalse isolatsiooni ja üksinda elamise seost üksildusega, selle mõju eakate tervisele ning ühiskonna mõju normatiivsetele ja individuaalsetele väärtustele seoses heaoluga vanemas eas. Lõputöö teine peatükk annab ülevaate töö uurimismetoodikast, milles kirjeldan valimit, uurimuses kasutatud mõõtevahendeid ja uurimuse protseduuri. Töö kolmandas osas analüüsin intervjuudest saadud materjali ja neljandas osas teen kogutud andmete põhjal järeldused. Lõputöö viimases osas teen uuritava teema kohta lõplikud järeldused ja kokkuvõtted.

## SISUKORD

ABSTRACT .....	3
SISSEJUHATUS .....	5
SISUKORD .....	7
1. TEOREETILINE ÜLEVAADE .....	8
1.1. Üksildus.....	8
1.2. Sotsiaalne isolatsioon vanemas eas .....	9
1.3. Sotsiaalne sidusus ja tervis.....	12
1.4. Vananemine ja ühiskond .....	14
PROBLEEMISEADE.....	18
2. METOODIKA.....	19
2.1. Uurimismeetodi valik.....	19
2.2. Andmekogumismeetodid .....	19
2.3. Andmeanalüüsimetodid.....	20
2.4. Uurimuses osalejad .....	21
2.5. Uurimuse käik .....	21
2.6. Uurimiskogemus .....	22
3. ANALÜÜS.....	24
3.1. Tervise väärtus .....	24
3.2. Suhted- kes on olulised?.....	28
3.3. Harrastustegevuse sotsiaalne dimensioon .....	29
3.4. Üksildus- paratamatus või välditav? .....	31
4. ARUTELU .....	33
KOKKUVÕTE.....	36
KASUTATUD KIRJANDUS .....	38
LISA 1. ....	49

# 1. TEOREETILINE ÜLEVAADE

Uurimistöö teoreetilise osa olen jaotanud neljaks teemapeatükiks, keskendudes esmalt üksilduse kontseptsioonile vanema ea kontekstis. Teooriaosa teises peatükis käsitlen sotsiaalse kaasatuse rolli üksilduse leevendajana vanemas eas ja analüüsin sotsiaalset isolatsiooni üksilduse seisukohast. Kolmandas alapeatükis keskendun sotsiaalse sidususe tervisemõjule, mille eesmärgiks on pakkuda ülevaadet üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooni iseäralikele terviseohtudele vanemas eas isikutele. Teoreetilise ülevaate viimases alapeatükis käsitlen normatiivsete väärtuste mõju vananemiskogemusele.

## 1.1. Üksildus

Üksildus on mitmedimensionaalne ja subjektiivne probleem, mille tõttu on antud fenomeni defineerimisel fookuses inimese enda tunnetus tema sotsiaalsest olukorrast (Cacioppo ja Patrick, 2008; Jong-Gierveld, 1998; Marangoni ja Ickes, 1989; Victor, Scambler ja Bond, 2009, Tiilikainen ja Seppänen, 2016 kaudu). Üksildust kogedes tunneb inimene, et omandatud suhted on kas kvaliteedi või kvantiteedi poolest mitterahuldavad, need ei täida küllaldaselt määralt tema sotsiaalseid ja emotsionaalseid vajadusi ning seetõttu tuntakse igapäevaelus rahulolematust (Perlman ja Peplau, 1984, Lykes ja Kemmelmeier, 2014 kaudu). Üksilduse pidepunkt psüühiliste probleemide tekkega on siinkohal selgelt kaardistatav, väljendudes kogitud düstressist tingitud ärevuse ja depressioonina (Beutel jt, 2017).

Seoses suhete kvaliteedi ja kvantiteediga, on omavahel võimalik eristada emotsionaalset ja sotsiaalset üksildust. Emotsionaalne üksildus viitab usalduslike või lähedaste suhete kaotusele või puudumisele ja sotsiaalne üksildus vähestele suhetele teiste inimestega (Weiss, 1973; Green, Richardson, Lago ja Schatten-Jones, 2001 kaudu). Kuigi eakad võivad kogeda sotsiaalset üksildust seoses töölt kõrvale jäämisega (Liu, Gou ja Zuo, 2016) või puudest tingitud



piirangutega, mis ei võimalda säilitada varasemat sotsiaalset aktiivsust (Jylhä, 2004; Savikko jt, 2005; Victor, Scambler and Bond, 2009; Wenger jt, 1996, Tiilikainen ja Seppänen, 2016 kaudu) on vanema elanikkonna hulgas levinud peamiselt emotsionaalne üksildus (Green jt, 2001). Emotsionaalse üksilduse lähteks vanemas eas on lähedaste sõprade ja perekonnaliikmete vananemine ja elukaaslase surm, kusjuures on täheldatud, et suurim mõju üksildustunde süvenemisel on põhiliselt elukaaslase surmal (Nicolaisen ja Thorsen, 2014), millest tulenev üksildus tuleneb nii emotsionaalselt olulise suhte kaotusest kui sellest tingitud sotsiaalsest isolatsioonist.

Üksildus pole ainsam subjektiivset heaolu pärssiv tegur vanemas eas; olles sõltuvuses positiivsete suhete olemasolust, autonoomia ja elumõtte tajumisest ning enese aktsepteerimisest (Linley, Maltby, Wood, Osborne, Hurling, 2009), tähendab nende eluaspektide häiritus või kadu rahulolematuse ja meelehärmi juurdumist. Ealises kontekstis eristub häiritud heaolu tunnetus noores ja vanemas eas sedaviisi, kui kerge on antud seisundist võimalik taastuda. Kooskõlas tagasitõmbumise teooriaga, mille kohaselt olles vastamisi elu lõpuperioodiga väheneb järjest enam ka osalus ühiskonnaelus (Asiamah, 2017), saab järeldada, et lähedaste suhete kaotusele ei järgne kõrgemas eas uute suhete loomine ning lähedaste kontaktide saavutamine. Sellel põhjusel on heaolu langus vanemas eas suurema tõenäosusega korreleeruv- suhete kaotus tähendab üksilduse kogemist, millel on mõju nii enesehinnangule kui elumõtte tajumisele. Selline seos eeldab aga ühisust üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooni vahel, mis ei pruugi aga omavahel alati kokku langeda.

## **1.2. Sotsiaalne isolatsioon vanemas eas**

Võrreldes 2015. aasta Euroopa keskmise 32,1%, oli Eesti üksinda elavate eakate (65 ja vanemad) osakaal 39,8%, olles võrdväärne Taani (39,8%) ja Soome (39,5%) statistikaga (Eurostat, 2015). Kuigi üksinda elamine pole piisavaks indikaatoriks sotsiaalse isolatsiooni hindamisel, saab üksinda elamist pidada üheks sotsiaalse isolatsiooni riskiks. Üksinda elamine ja piiratud või

puuduv kontakt naabrite ja lähikonnaga on siinkohal peamisteks indikaatoriteks sotsiaalse isolatsiooni mõõtmisel (Chappell ja Badger, 1989; Kawai, 2002; LaVeist, Sellers, Brown ja Nickerson, 1997, Shimada jt, 2014 kaudu). Võttes arvesse üksinda elavate eakate hulka Eestis ning piiranguid, mida kõrgem iga seoses sotsialiseerimisega endas kätkeb, on tõenäosus, et Eesti eakad on objektiivselt sotsiaalselt isoleeritud, kõrge.

Erinevalt üksildusest, mis lähtub indiviidi enese tunnetusest tema olukorra suhtes, on sotsiaalne isolatsioon definitsiooni poolest objektiivselt piiritletav (Dykstra, 2009), olles otseselt seotud suhete kvantiteedi ning olemasoleva lähivõrgustikuga (Yang ja Victor, 2011). Lisaks sellele eristab sotsiaalset isolatsiooni ja üksildust see, et üksildus on olemuselt negatiivne seisund, kuid sotsiaalne isolatsioon neutraalne, kuna sellest ei väljendu, milline on inimese rahulolu oma eluga (Dykstra, 2009; Alpert, 2017). Sotsiaalne isolatsioon võib suurendada üksildustunde süvenemist, eriti kui sotsiaalne isolatsioon ei ole valikuline (Newall ja Menec, 2019), mis on ohuks just kõrgemas eas inimestele. Samas ei tähenda, et sotsiaalne kaasatus on piisav, et vältida üksildustunde teket (Lykes ja Kimmelmeier, 2014). Näiteks on hooldekodus elavate eakate puhul täheldatud kõrget emotsionaalse üksilduse taset vaatamata sotsiaalsele kontaktile hooldekodu töötajate ning kaaselanikega, kuna neid suhteid ei peeta emotsionaalselt nii tähendusrikkasteks (Drageset, Eide, Kirkevold, Ranhoff, 2012). Sotsio-emotsionaalse selektiivsuse teooriaga kooskõlas on vanemas eas olulisemad pikaajalised lähedased suhted, mis rahuldavad eaka emotsionaalseid vajadusi, kuna erinevalt nooremas eas inimestest, kelle sotsiaalsed eesmärgid on tihedamalt seotud uute kogemuste saamise ning suhtlusvõrgustiku laiendamisega, väärtustatakse kõrgemas eas valdavalt olevikku ning olemasolevate suhete nautimist (Fung, Carstensen ja Lutz, 1999).

Et mõista paremini erinevust sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse vahel, tuleb vaadelda nende tegurite erinevaid koosmõju mudeleid. Seoses nende kahe nähtusega on indiviide võimalik jaotada nelja kategooriasse: sotsiaalselt isoleeritud ja üksildased, sotsiaalselt kaasatud, kuid üksildased, sotsiaalselt mittekaasatud mitteüksildased ja sotsiaalselt kaasatud mitteüksildased

indiviidid (Newall ja Menec, 2019). Rääkides eakatest sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse kontekstis, tuleb arvestada ka nende unikaalsete teguritega, mis on omased kõrgele eale.

Põhjus, miks sotsiaalset isolatsiooni seostatakse vanemas eas tihedamini üksildusega peitub peaaesjalikult selle konnotatsioonis tahtmatult kaotatud suhetega. Oluliste lähisuhete kadu laste, pere ja sõpradega on mõjutatud nii laste iseseisvumisest kui omaste surmast, millega kaasneb paratamatult ka kvaliteetsete suhete kaotamine (Shimada jt, 2014). Samuti piirab kõrgemas eas suhete säilitamist erinevad terviseprobleemid ning suurem haigestumusrisk (Havens ja Hall, 2001, Havens, Hall, Sylvestre ja Jivan, 2004 kaudu). Selle tõttu seostatakse üksi elamist vanemas eas ka kõrgeks depressiooniriskiga (Shimada jt, 2014). Eeskätt kogevad nii sotsiaalset isolatsiooni kui üksildust eakad, kes on vanemad, elavad üksinda, on leestunud, halva tervise ja madalama sissetulekuga (Newall ja Menec, 2019). Suurimaks riskirühmaks on puude tõttu kodused eakad, kelle füüsiline ja sotsiaalne piiratus, kõrgeks stressitaseme ning risk vaimse tervise probleemidele suurendab nii sotsiaalse isolatsiooni kui üksilduse kogemise tõenäosust (Qiu jt, 2010).

Kui madal suhete kvaliteet võib tähendada seda, et vanemas eas ollakse küll mitteisoleeritud, kuid üksildased (Jong-Gierveld, 1987, Newall ja Menec, 2019 kaudu), ei kaasne alati kvaliteetsete suhete piiratuse või puudumisega üksildus. Inimeste sotsiaalsed vajadused on erinevad, mis tähendab, et vajadused nii suhete kvaliteedi kui kvantiteedi osas on indiviiditi erinevad. Seetõttu võivad eakad, kes elavad üksinda ning kelle sotsiaalne kaasatus on madal, kuid sealjuures nende soovidele vastav, olla mitteüksildased (Newall ja Menec, 2019). Oluline märksõna on siinjuures valik; kui sotsiaalne isolatsioon tuleneb indiviidi isiklikust valikust, vastab see ka tema soovitud ja tegelikule kontaktile teiste inimestega (Woodward ja Queen, 1988, Havens jt, 2004 kaudu). Eakaid, kes on isoleeritud, kuid mitteüksildased, iseloomustab tavaliselt elupõline rahulolu väheste suhetega (Newall ja Menec, 2019).

Kuna sotsiaalselt isoleeritud ja üksildasi eakaid iseloomustab kõrgem iga (85-aastased ja vanemad), halvem tervis, leestumine ning madal sissetulek, iseloomustab sotsiaalselt kaasatuid

mitteüksildasi eakaid sellele vastanduvad tunnused; nad on nooremad (alla 75-aastased), hea tervise juures, abielus ja kõrgema hariduse ning sissetulekuga (Newall ja Menec, 2019). Nende sotsiaalne kaasatus pole piiratud nende tervislikust olukorrast, neil on olnud vähem kaotusi seoses lähedaste surmaga ning nad ei ela üksinda. Kuna negatiivsed tegurid on seoses üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooniga vastastikmõjus, tähendab see seda, et sotsiaalne kaasatus tagab vanemas eas parema tervise (Holt-Lunstad, Smith, Baker ja Harris, 2015) ja hea tervis võimaldab efektiivsemalt säilitada suhteid lähikondlastega (Havens jt, 2004). Kui need kaitsetegurid puuduvad, on ka sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse negatiivne mõju kõrgemas eas tõenäolisem.

### **1.3. Sotsiaalne sidusus ja tervis**

Kuigi üksildus ja sotsiaalne isolatsioon on eraldiseisvad nähtused, on mõlemal negatiivne konnotatsioon tervisega (Alpass ja Neville, 2003; Anderson, 1999; Cacioppo, Hawkley ja Berntson, 2003; Lynch, 2000, Lykes ja Kimmelmeier, 2014 kaudu), millest tuleneb ka nende otsene seos enneaegse suremusega. Sotsiaalse sidususe puudumine suurendab krooniliste haiguste ning südame- ja vererõhu tekkeohtu (Holt-Lunstad, Smith, Layton 2010), kõrgvererõhu (Cacioppo jt, 2002a; Hawkley, Masi, Berry ja Cacioppo, 2006, Hawkley jt, 2010 kaudu) ja põletike teket vanemas eas (Jaremka jt, 2013), olles seejuures suremusnäitajate poolt võrdväärne rasvtõvega (Holt-Lunstad jt, 2015). Põhjuseid, miks sotsiaalse sidususe puudumisel on kahjustav mõju eakate tervisele, on erinevaid. Peamiselt eristatakse siinkohal käitumuslikke, psühholoogilisi ja füsioloogilisi mehhanisme (Hawkley ja Cacioppo, 2010).

Peale selle, et inimeste vaimne heaolu sõltub sotsiaalsest toest, reguleerib osalus ühiskonnas lisaks sellele käitumust. Sotsiaalse kontrolli teooria kohaselt on inimestel nii sisendatud kohustus kui võrgustiku liikmete poolt mõjutatud sundus vältida negatiivset tervisekäitumist (Umberson, 1987, Hawkley, Thisted ja Cacioppo, 2009 kaudu). Sotsiaalse sidususe puudumine kätkeb endas vähenenud või puuduvat sotsiaalset kontrolli, mistõttu on oht negatiivsele tervisekäitumisele suurem. Seetõttu on täheldatud, et üksildased ja sotsiaalselt isoleeritud inimesed on kahjulike

söömisharjumuste tõttu tihedamini ülekaalulised (Lauder, Mummery, Jones ja Caperchione, 2006, Segrin ja Passalacqua, 2010 kaudu) ning vähem füüsiliselt aktiivsed, neil on halvemad uneharjumused ning on suurema tõenäosusega suitsetajad (Cacioppo jt, 2002a; Hawkey, Thisted ja Cacioppo, 2009; Theeke, 2010, Holt-Lunstad jt, 2015 kaudu). Samuti on üksildusel seos alkoholi liigtarbimisega (Akerlind ja Hörnquist, 1992, Lykes ja Kimmelmeier, 2014 kaudu), mida seostatakse omakorda maksahaiguste, rinnavähi, kardiomüopaatia ja kõrgvererõhuga (U.S. Department..., 2000, Lykes ja Kimmelmeier, 2014 kaudu). Sõltuvuskäitumise kujunemist peetakse siinkohal üksindusega toimetuleku meetodiks (Stephoe, Owen, Kunz-Ebrecht, Brydon, 2004, Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi ja Hanratty, 2015 kaudu), et leevendada üksildusega kaasnevat stressi ja depressiooni.

Kuigi stress on elu üks vältimatuid osasid, oleneb sellega toimetulek indiviidi sotsiaalsest olukorrast. Lisaks sellele, et sotsiaalne kontroll soosib positiivsemaid toimetulekumehhanisme stressiga hakkamasaamisel, pakub sotsiaalne kaasatus perspektiivi ning praktilist ja emotsionaalset tuge keeruliste olukordadega toimetulekuks (Albrecht ja Goldsmith, 2003, Segrin ja Passalacqua, 2010 kaudu). Peale selle, et üksildased inimesed kogevad igapäevaselt rohkem stressi kui mitteüksildased inimesed, on nende füsioloogiline reaktsioon stressile tugevam, mis loob seose üksilduse, stressi ja kõrgvererõhu vahel (Cacioppo jt, 2002b; Hawkey, Burleson, Berntson ja Cacioppo, 2003, Segrin ja Passalacqua, 2010 kaudu). Stressi tervistkahjustav mõju ei piirdu aga vaid kõrgvererõhuga.

Mida rohkem kogeb indiviid oma igapäevases elus stressi, seda rohkem avaldab see mõju tema füsioloogilisele vastupidavusele (Segrin ja Passalacqua, 2010). Stressist häiritud immuunregulatsioon, mis tingib suuremat vastuvõtlikkust haigustele, mõjutades negatiivselt keha võimet taastuda (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon, Steptoe, 2012), muudab üksildased inividid terviseprobleemidele eriti haavatavaks, kuid eriti ohtlik on see üksildastele eakatele. Ägenenud ja kroonilisi põletikke seostatakse tihedalt stressist tulenevate ja vanusest tingitud haigustega nagu südame ja veresoonekonna haigused, neurodegeneratiivsed haigused (Alzheimeri tõbi) ja hapruse sündroom (Ershler ja Keller, 2000; Hansson, 2005, Jaremka jt, 2013 kaudu).

Siinjuures on ohustatumad puude tõttu kodused eakad, kelle puudest tulenevalt halvenenud tervis ja piiratud liikuvus süvendavad juba olemasolevaid terviseprobleeme (Qiu jt, 2010). Eelmainitud põhjustel on üksildust nimetatud ka “varjatud tapjaks” (Lykes ja Kimmelmeier, 2014). Kuigi üksilduse mõju eaka tervisele ei ole esmapilgul ilmne, on oht, mida üksildus endast kujutab tõeline.

## **1.4. Vananemine ja ühiskond**

Valitsev ühiskondlik mudel on eakate teemat käsitledes kontekstuaalselt oluline. Kujutus eakatest on nii ajas kui kultuuris muutuv, olles sõltuvuses ühiskonnas jagatud normatiivsetest väärtustest ja tavadest (Rokach, Moya, Orzeck, Exposito, 2002). Kui varasemalt oli vanema ea määratlus paindlikum, kaasnes 19. ja 20. sajandil fikseeritud pensioniea kehtestamisega mitu muutust: vanema ea käsitus sai jäigemana ning bürokraatlikuma tähenduse ning eakad omandasid ühiskondlikult ebaproduktiivse ja passiivse kuvandi (Davidson, 2012). Selline paralleel produktiivsuse ja väärtustatuse vahel süvendas negatiivsete ealiste stereotüüpide ja sellest tuleneva diskrimineerimise juurdumist. Ageistlik arusaam, et eakad on ebapädevad, väetid, abitud, haiged ja seniilsed (Levy ja Banaji, 2002), tõlgendub ühiskonnas vanemaealiste inimeste ebaõiglase kohtlemise ja eakate poolt stereotüüpide omaks võtmisena, mõjutades negatiivselt nii eluga rahuolu, füüsilist aktiivsust, subjektiivset tervisehinnangut kui üldist elukvaliteeti (Swift, Abrams, Lamont, Drury, 2017). Alternatiivselt võidakse vanemas eas tunda, et ealised stereotüübid pole nende puhul kehtivad ning et tegemist on nendele kaugeks jääva sotsiaalse probleemiga, mis tuleneb samuti eelarvamuslikest arusaamadest selle kohta, mida tähendab vanaks olemine (Clarke ja Korotchenko, 2015), kuna ennast nähakse pigem erandi kui normina. Ealiste stereotüüpide mittekehtivuse tunnetus pärineb siinkohal soolisest, majanduslikust, klassilisest ning tervisest tingitud privilegeeritusest (Clarke ja Korotchenko, 2015).

1980. aastatel sai üheks levinumaks vanema ea käsitlemise teooriaks Rowe' ja Kahni eduka vananemise kontseptsioon, mille kohaselt tagab vananemise edukust produktiivsus ning inimestevahelised suhted (Saks, 2016). Antud teooria tõekspidamised ühtisid läänes levivate

neoliberalistlike väärtustega, mis rõhutas individuaalse valiku ja vastutuse tähtsusele, võtmata sealjuures arvesse sotsiaalseid, kultuurilisi ja majandus-poliitilisi tegureid, mis inimest elu jooksul mõjutavad (Rubinstein ja Medeiros, 2015). Tõstes esile aktiivsuse ja funktsionaalsuse säilitamise ning haiguste ja puude vältimise võimalikkust vanemas eas, on eduka vananemise teooria üheks eesmärgiks lükata ümber kõrgema eaga kaasaskäivaid negatiivseid stereotüüpe (Gibbons, 2016). Paradoksaalselt täidab teooria aga vastupidist eesmärki. Tunnistades vanadusega kaasakäivate terviseprobleemide ning puute ihaldamatust ja nooruslikkuse eelistatust, omistab eduka vananemise teooria võimekuse ja vanuse alusel diskrimineerimist (Gibbons, 2016).

Erinevalt eduka vananemise teooriale on aktiivse vananemise kontseptsioon keskendunud enam tervise säilitamise hõlbustamisele vanemas eas tervise- ja sotsiaalhoolekande abil ning poliitilise ja kogukondliku kaasatuse toetamisele (Foster ja Walker, 2015). Maailma Terviseorganisatsioon (2002) defineerib aktiivset vananemist tervise, ühiskondliku osaluse ja turvalisuse kindlustamise protsessina, mille eesmärgiks on vanemas eas inimeste elukvaliteedi tagamine ning autonoomia ja iseseisvuse säilitamise võimaldamine. Aktiivse vananemise mõiste leidis kajastust ka Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud 2013–2020. aasta Eesti aktiivset vananemise arengukavas (2013), kus eesmärgiks on seatud vanemaealiste elukvaliteedi ja võrdsete võimaluste kindlustamine ning vanusesõbraliku ühiskonna kujundamine. Teemaatilise kontseptsioonina on aktiivset vananemist käsitletud seoses aktiivse osalusega kogukondlikus tegevuses pärast tööturul väljumist parema füüsilise ja vaimse tervise ning pikema eluea kindlustamiseks SHARE Eesti uuringu teises ülevaates, kus pööratakse tähelepanu sotsiaalse sidususe säilitamise proaktiivsele mõjule subjektiivse heaolu toetamisel vanemas eas (Sakkeus, 2019). Vaatamata aga aktiivse vananemise holistlikumale lähenemisele võrreldes eduka vananemise kontseptsiooniga, on aktiivset vananemisest samuti individuaalse valiku rõhutamise ja vananemiskogemuse mitmekesisuse ning tervist mõjutavate sotsiaalsete ja keskkondlike teguritega mitteametamise tõttu kritiseeritud (Katz, 2013). Sarnaselt eduka vananemise teooriaga kaasneb aktiivse vananemise puhul risk jagada eakad kahte kategooriasse: need, kes suudavad vanemas eas säilitada füüsilist ja sotsiaalset aktiivsust ning need, kes haiguste või puude tõttu antud standardile vastata ei suuda (Foster ja Walker, 2015). Jättes vastamata küsimusele, kuidas tagada

nende eakate heaolu, kelle tervislik seisund ei võimalda aktiivset vananemist, jäävad eakad, kes kuuluvad kõige haavatavamasse positsiooni tagaplaanile.

Edukas ja aktiivne vananemine on vastavuses individualistlike väärtushinnangutega, mistõttu ei ole neid võimalik rakendada teistes kultuurides, mille väärtushinnangud on suunatud kollektivismile (Liang ja Luo, 2012). Erinevus individualistlike ja kollektivistlike kultuuride vahel seisneb peamiselt iseseisvuse ja vastastiksõltuvuse käsitluses (Lykes ja Kimmelmeier, 2014). Suhete tasandil tähendab autonoomsus vabadust valida, milliseid suhteid säilitatakse ja milliseid mitte, samas kui kollektivistlikes ühiskondades tuginetakse enam olemasolevatele suhetele (Schug, Yuki ja Maddux, 2010). Antud idee väljendub peresidemete väärtustatuses; võrreldes omavahel individualistlikku Hollandit ja kollektivistlikku Itaaliat, leidsid de Jong Gierveld ja van Tilburg (1999), et Itaalia vanemaealised tundsid end vähem üksildasena lastega koos elades, samas kui Hollandis kogeti üksildust vähem üksi kui perega elades. Säärast erisust põhjendab itaallaste poolt perekondlike ja hoolivate suhete hinnatus, mille tõttu peetakse tavaks, et lapsed oma kõrgemas eas vanematega koos elavad (de Jong Gierveld ja van Tilburg, 1999). Individualistliku Hollandi puhul tõrjub vanemas eas üksildust enam sõprussuhete olemasolu, kus väärtustatakse võrreldes peresuhetega enam sõprussuhteid ning mille tõttu tuntakse üksi elades ka vähem üksildust. Üksilduse tundmine individualistlikes ühiskondades seoses perekonnalt kõrvalise abi vajamisega tuleneb tõenäoliselt uskumusest, et ei ole suudetud ühiskondlikele ootustele vastata (Lykes ja Kimmelmeier, 2014). Vähenenud kontroll enda elu üle tähendab individualistlikes ühiskondades negatiivset mõju eaka psühholoogilisele ning füüsilisele tervisele, mis puhul omistatakse endale enam vanadusega seonduvaid negatiivseid stereotüüpe (Tulviste, 2016). Valikuvabaduse puudumise ning üksilduse puhul tuntakse ennast läbikukkununa, millest tulenevalt on nii kõrvalise abi vajamine kui üksildusest rääkimine individualistlikes kultuurides stigmatiseeritud (Rokach jt, 2002).

Üksinda elavate eakate hulk on Eestis järjest enam kasvav. 2009. aastaga võrreldes tõusis 2019. aastal üksinda elavate eakate arv kaheksakümne üheksa tuhandelt saja üheteistkümne tuhandele (Statistika andmebaas, 2020b). Üksinda elavate eakate osakaalu kasvutrend on märgatav ka mujal



Euroopas (Eurostat, 2015). Lisaks sellele, et vanemaealise elanikkonna suhteline vaesus on suurim just üksinda elavate eakate puhul, on Eesti antud probleemist kasvava vaesustaseme tõttu eriti mõjutatud, olles üks Euroopa kõrgemaid (Siimer ja Sinisaar, 2019). Kuna vaesus piirab eakate sotsiaalelu ning aktiivsust, seda peamiselt sotsiaal-kultuuriliste vaba aja veetmisviiside kulukuse tõttu, on vaesus vanemas eas üksilduse kogemisel määrava tähtsusega (Aylaza, Aktürk, Erci, Öztürk, Aslan, 2012), mis muudab aktiivse vananemise eesmärkide saavutamise sotsiaalmajanduslike tegurite tõttu ebatõenäoliseks (Ilinca, Rodrigues, Schmidt, Zolyomi, 2016). Kuigi aktiivne vananemine on Euroopas peamiseks väljavaateks eakate inimeste heaolu kindlustamiseks, võib üksinda elavate eakate arvu tõus tähendada järjest enam selle elluviimise keerustumist.

## PROBLEEMISEADE

Üksilduse kogemise üheks lätteks on sotsiaalsest isolatsioonist tulenev suhete tahtmatu kaotus (Newall ja Menec, 2019), mis on aktuaalne vanemas eas inimestele puhul, kelle sotsiaalne kaasatus on mõjutatud vähenevast osalusest ühiskonnaelus seoses töölt kõrvale jäämise ja füüsilise võimekuse langusega. Vaatamata sellele, et vanem iga ei ole alati eelduseks ühiskondliku aktiivsuse langusel ning et aktiivse elustiili säilitamine on saavutatav ka vanemas eas, võivad mitmed sotsiaalsed ja ühiskondlikud tegurid sidususe säilitamisel takistuseks osutada, mis muudavad üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooni kogemise vältimatuks.

Üksinda jäämise mõju vanemas eas on gerontoloogias oluliseks uurimisobjektiks. Cacioppo jt (Cacioppo jt, 2002a; Cacioppo jt, 2002b, Cacioppo, Hawkley ja Berntson, 2003; Hawkley, Burleson, Berntson ja Cacioppo, 2003; Hawkley, Masi, Berry ja Cacioppo, 2006; Cacioppo ja Patrick, 2008; Hawkley, Thisted ja Cacioppo, 2009; Hawkley ja Cacioppo, 2010) on ekstensiivselt käsitlenud üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooni psühholoogilisi, psühhosomaatilisi, meditsiinilisi, sotsiaalseid ja füüsilisi mõjusid eakate heaolule. Eestis moodustas 2019. aasta seisuga üksinda elavate eakate hulk 8,5% kogurahvastikust (Statistika andmebaas, 2020b) ning kuigi üksinda elamine ei determineeri sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse kogemist, seostakse kõnealuseid nähtusi peamiselt kõrgema ea, lehestumise, halvema tervise ja madala sissetulekuga (Newall ja Menec, 2019). Teemavalikuga on minu sooviks tähelepanu pöörata üksildusele ja sotsiaalsele isolatsioonile vanemas eas inimeste elus ning anda sealjuures ühiskondlikku konteksti antud teema mõistmisel. Minu töö eesmärk on kajastada üksinda elavate eakate kogemusi üksinda elamisest vanemas eas. Eesmärgi täitmiseks püstitasin järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on eakate kogemused üksinda elamisest tingitud riskidega ja kaitsvate faktoritega vanemas eas?
2. Millele keskenduvad eakad üksilduse kogemusest rääkides?

## **2. METOODIKA**

Metoodika peatükis annan ülevaate kasutatud andmekogumise- ja andmeanalüüsimetoditest ning põhjendan valitud meetodit. Samuti põhjendan, mille põhjal osutusid uurimuses osalejad valituks ning milline oli minu isiklik kogemus seoses uurimuse käiguga.

### **2.1. Uurimismeetodi valik**

Lõputöö metodoloogiliseks lähtekohaks valisin kvalitatiivse uurimisviisi. Valik lähtus soovist mõtestada uurimisprobleemi sihtgrupi perspektiivist, mille tulemiks on parem arusaam inimeste käitumisest ning sihtrühmas levivatest sotsiaalsetest normidest (Hennink, Hutter ja Bailey, 2020). Samuti on kvalitatiivne uurimisviis asjakohane delikaatsemate uurimisteemade käsitlemiseks (Hennink jt, 2020), mis oli uurimuses esineva tundliku teemakäsitluse tõttu relevantne.

### **2.2. Andmekogumismeetodid**

Andmekogumismeetodiks valisin poolstruktureeritud intervjuu, kuna soovisin intervjueritavatele pakkuda esitatud küsimustega üksnes temaatilisi juhiseid, mille põhjal oli neil võimalik vestlusteemasid ise avardada. Siinkohal oli minu eesmärgiks toetada intervjueritavate mõtteavaldusi ja juhtida vestlust sellisel viisil, mis toetaks nende kogemuse mõistmist. Poolstruktureeritud intervjuu andis vabaduse navigeerida vestlust vastavalt sellele, millest intervjueritavad enim rääkida soovisid, võimaldades vajadusel muuta küsimuste järjekorda ja küsida täpsustavaid küsimusi (Lepik jt, 2014). Tänu sellele oli tulemuseks vabam ja loomulikum vestlus, mis aitas süveneda intervjueritavate jaoks olulistesse temadesse.

Intervjuude läbiviimiseks koostasintervjuukava (Lisa 1), mille jaotasin temaatiliselt üksinda elamise kontekstis neljaks osaks: tervisehinnang, sotsiaalne toimetulek, suhetevõrgustik ja vabaaja veetmine. Antud jaotuse eesmärgiks oli teada saada, millised on füüsilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed faktorid, mis üksinda elamist vanemas eas mõjutavad. Intervjuukava sisuosale eelnesid sissejuhatavad küsimused, mis võimaldasid mul intervjuueeritavaid paremini tundma õppida. Samuti oli sissejuhatavate küsimuste eesmärgiks esialgsete pingete maandamine, mis aitas kaasa vabamale suhtlusele intervjuu sisuosas.

### **2.3. Andmeanalüüsimeetodid**

Andmeanalüüsimeetoditest valisin induktiivse sisuanalüüsi. Kvalitatiivne sisuanalüüs võimaldab analüüsida latentset ehk varjatud implitsiitset sisu ning leida kogutud andmetes kajastuvad kesksed seisukohad (Kalmus, Masso ja Linno, 2015). Induktiivse analüüsi puhul luuakse kategooriad peale analüüsi põhiosa läbiviimist, mille eesmärgiks on tugineda koodide ja kategooriate loomisel uurimuses osalejate kogemustest ning tõlgendustest (Kalmus jt, 2015). Pidasin sisuanalüüsi kasutamist asjakohaseks lähtudes uurimisteema laiahaardelisusest. Kuna üksinda elamise kogemus vanemas eas oleneb rohketest teguritest, mille mõjude analüüsimine nõuab paindlikkust, sobis induktiivne sisuanalüüs kogutud andmete käsitlemiseks kõige paremini.

Andmeanalüüsi alustasin intervjuude transkribeerimisest ning nende lugemisest leidmaks seeläbi temaatilised jaotused, mille kodeerimiseks kasutasin erinevaid värve vastavalt teemadele. Sel viisil moodustus mul 13 koodi: iseseisvus, terviseprobleemid, tervisehuvi, vanusetunnetus, jõudlus, suhted, perekond, igavus, üksildus, huvitegevus, töötamine, füüsiline aktiivsus ja stressorid. Koodide alusel lõin neli kategooriat pealkirjastades need järgnevalt: Tervise väärtus, Suhted- kes on olulised?, Harrastustegevuse sotsiaalne dimensioon ja Üksildus- paratamatus või välditav? Saadud kategooriad on analüüsisosas esindatud alapeatükkidena.

## **2.4. Uurimuses osalejad**

Uurimistöö raames intervjuerisin kolme eakat. Püstitatud kriteeriumiteks oli, et intervjueritavad on pensionieas üksinda elavad isikud ning et üksinda elamine ei kuulu hiljutise elumuutese hulka. Eesmärgiks oli siinjuures tagada, et intervjueritavad on antud elumuutusega kohanenud. Kuna ma ei seadnud eesmärgiks uurida sotsiaalset seotust soo perspektiivist, ei olnud see ka intervjueritavaid valides otsustavaks teguriks. Loodud kriteeriumitest tulenevalt osales intervjuus 72-aastane naine, 83-aastane mees ning 90-aastane naine. Algselt oli minu sihiks intervjuerida üksinda elavaid puudega eakaid, mistõttu oli intervjueritavate leidmise protsess erinev. 2019. aastal tehtud intervjuu puhul sain kontakti osalejaga eakate ja puuetega inimeste hoolekandeteenistuse kaudu, kus viisin läbi osaluspraktikat. Töö fookuse muutudes ei olnud aga puude olemasolu otsustava tähtsusega. Sellel põhjusel toimus teiste osalejate leidmine tutvusringkonna kaudu lähtuvalt muudetud kriteeriumitest. Analüüsisiosas kasutasin intervjueritavate eristamiseks varjunimesid, et tagada osalejate konfidentsiaalsus.

## **2.5. Uurimuse käik**

Uurimuse läbiviimise esimeseks sammuks oli intervjuu kava koostamine. Esmalt oli minu eesmärgiks intervjuerida eakaid, kes kuuluvad samasse vanusegruppi, milleks oli kaheksakümmend ja vanemad. Otsus viia intervjuud läbi kõrgemas eas eakatega tugines teooriaosa peatükil, milles käsitlesin kõrgemas eas ja lehestunud eakate suurema riski alla kuulumist seoses heaolulanguse ja terviseprobleemide tekkega. Uurimuse käigus jõudsin aga järeldusele, et paindlikum valim annab mitmekülgsema tulemuse, mis võimaldab luua võrdlusi lähtuvalt vanuselistele erisustele, seda peamiselt aktiivsena vananemise seisukohast.

Esimese intervjuu teostasid kahes osas 22. ja 27. märtsil 2019. Intervjuu kahes osas tegemine oli tingitud nii intervjuu kogupikkusest ning intervjueritava soovist intervjuuga jätkata mõnel teisel

päeval. Kaks teist intervjuud viisin läbi 25. ja 29. märtsil 2020. Kuigi minu sooviks oli viia kõik intervjuud läbi osalejate enda kodus, mis võimaldaks intervjuueeritavatega parema sideme saamist, ei olnud see koroonaviirusest tingitud eriolukorra tõttu teostatav. Selle asemel viisin kaks viimast intervjuud läbi telefoni teel. Muret tekitas siinkohal asjaolu, kui avatud on intervjuueeritavad telefoni vahendusel valmis olema, kuid intervjuusid läbi viies osalejate mitteavatus probleemiks ei osutunud. Proportsionaalselt olid telefoni teel läbiviidud intervjuud lühemad ning konkreetsemad, jäädes kestvuselt 18 ja 23 minuti pikkuseks. Kodus toimunud intervjuu puhul kippus osaleja enam teemast kõrvale kalduma, mistõttu oli intervjuu kogupikkus algusest lõpuni 4 tundi ja 49 minutit. Olles intervjuud läbi viinud, transkribeerisin ning kodeerisin ma saadud materjalid.

## **2.6. Uurimiskogemus**

Minu kogemus intervjuude läbiviimisega oli mitmel põhjusel ebakonventsionaalne. Esiteks olin esimese intervjuu teiste intervjuudega võrreldes läbi viinud aasta varem. Teiseks oli teiste intervjuude läbiviimine häiritud riigis kehtiva eriolukorra tõttu.

Tehes esimest intervjuud oli raskuseks asjaolu, kuidas intervjuueeritava poolt saadud materjali käsitleda. Ühelt poolt võimaldas intervjuu kogupikkus põhjalikku ülevaadet intervjuueeritava elust, kuna osaleja keskendus suures osas oma lapsepõlve ja karjääri kirjeldamisele. Teiselt poolt ei ühtinud intervjuust saadud materjal soovitud viisil algselt püstitatud eesmärkidega, kuna osaleja fokuseeris vaatamata esitatud küsimustele enam minevikule kui hetkeolukorrale. Sel põhjusel tekitas esimene intervjuu minu jaoks dilemma, kas keskenduda enam sellele, kuidas eelnevalt elatud elu vananemiskogemust mõjutab või jääda oma esmase eesmärgi juurde, milleks oli uurida eaka praegust toimetulekut ja heaolu üksinda elamise, tervise ja suhete kontekstis. Otsusega, et soovin siiski lähtuda oma töös intervjuueeritava tõlgendustest seoses olevikuga, kaasnes samuti mitu küsimust: kuidas käia ümber sisuga, mis ei vastanud otseselt uuritavatele teemadele ning kuidas suhtuda intervjuueeritava eelistusse rääkida enam minevikust kui olevikust. Kuna tundsin osati, et antud intervjuu analüüsimine võib komplekse ja vastuolulise sisu tõttu

mulle üle jõu käivaks osutada, kaalusin ka saadud materjalide oma töös mittekasutamist. Põhjus, miks intervjuud siiski oma töös kasutada otsustasin, tulenes peamiselt asjaolust, et osaleja puhul oli tegemist hea näitega sellest, milline on elu üheksakümnendates eluaastates puudega üksinda elava eaka jaoks.

Planeerides kahe järgneva intervjuu tegemise 2020. aasta märtsile, tuli takistuseks 12. märtsil väljakuulutatud üleriigiline eriolukord. Kuna minu poolt uuritav sihtrühm kuulus riskirühma alla, polnud intervjuude läbiviimine osalejate kodus variandiks. Alternatiivselt oleks parimaks lahenduseks olnud vestluse läbiviimine videokõne vahendusel, kuid kuna intervjuueeritavatel puudusid selle teostamiseks vastavad vahendid, osutus lõplikuks lahenduseks telefoniintervjuu. Vahe näost-näku- ja telefoniintervjuu vahel seisnes peamiselt selles, et intervjuueeritavad vastasid küsimustele otsekohelemalt, mistõttu oli teema laiendamiseks vajalik täiendavate küsimuste esitamine. Üllatuseks tuli mulle telefoniintervjuude puhul pingevabam õhkkond osalejatega suheldes. Eeldatavasti tulenes vahe sellest, et osalejate privaatsus oli vähem häiritud. Privaatsuse säilitamine on telefoniintervjuude puhul nii tugevuseks kui ka nõrkuseks, kuna see ei võimalda vaadelda osalejate kehakeelt ja keskkonda, mis on tähtis emotsioonide hindamiseks ning visuaalsete ning mitteverbaalsete sõnumite märkamiseks (Irvine, 2010).

Saan öelda, et uurimisprotsess oli eelmainitud põhjusel üheks nõudlikumaks osaks töö koostamisel. Vaatamata sellele oli saadud kogemus siiski õpetlik, andes mulle vilumust nii silmast-silma intervjuude kui telefoniintervjuude tegemisel. Tunnen, et mõistan, kuidas vestlust paremini juhtida ja millal usaldada intervjuueeritavaid omapoolsete mõtteavalduste üles tõstatamisel.

### 3. ANALÜÜS

Käesolevas peatükis esitan temaatilise analüüsi uurimustulemustest saadud andmetest. Alapeatükid olen jaotanud koodidest saadud kategooriate põhjal neljaks. Et kaitsta intervjueeritavate konfidentsiaalsust, kasutasin osalejate eristamiseks pseudonüüme Tiiu, Jaan ja Luule. Tsitaatidest välja jäätud osa, mis sisaldas üleliigset või isikut puudutavat konfidentsiaalset sisu, on märgitud kaldsulgudes. Omapoolsed täpsustused ja selgitused eraldasid tsitaatidest nurksulgudega ning intervjueeritavate mitteverbaalsed sõnumid ümarsulgudega.

#### 3.1. Tervise väärtus

Hea tervis on väärtus, mille olulisus ületab vanuselisi raame. Sellegipoolest on tervisekaotamine möödapääsmatus põhjuseks, miks tunnetatakse selle väärtust enim vanemas eas. Autonoomsusel on eluline tähtsus, mis võimaldab sõltumatust ning oma elu puudutavate otsuste iseseisvat langetamist. Terviselangusest tulenev vajadus kõrvaliseks abiks tähendab seetõttu ka paratamatut autonoomsuse kadu. Üksinda elavate eakate jaoks võrdsustub iseseisvus võimega üksinda toime tulla. Kui iseseisev toimetulek on tervise tõttu välistatud, on üksinda hakkamasaamine tahtmatult häiritud. Sellel põhjusel oli üksinda elavate eakate jaoks hea tervis uhkuseks, halb tervis aga ebakindluse ja murede allikaks.

*Jaan: „Ptüi-ptüi-ptüi (naerab). Nii ja naa [kommenteerides tervist]. /.../ Praegu nagu ikka, praeguse seisuga elada saab ikka.”*

Tervise säilitamine oli intervjueeritavate jaoks mitte üksnes sooviks, vaid ka eesmärgiks, mida on võimalik positiivse tervisekäitumisega saavutada. Kuna tervis oli eakate jaoks miski, millest sõltus nende igapäevane toimetulek, tähtsustasid osalejad teadlike sammude astumist tervise säilitamise suunas. Tugevat korrelatsiooni tunnetati peamiselt parema tervise ja füüsilise aktiivsuse vahel. Liikuvust tagasid nii majapidamistööd kui regulaarsed tervisekõnnid.



Tiiu: „/.../inimene peab liikuma. Kui ta ei liigu siis ta kärbub ära. Liikumine on tervise lülipunkt.”

Aktiivsuse ja parema tervise seost nähti samuti ühiskondliku kaasatuse kontekstis. Kõju pensionile jäämist peeti seetõttu üheks liikuvuse vähenemise ning tervise halvenemise põhjuseks. Valdav oli arvamus, et koduväline tegevus on teovõimekuse säilitamiseks ülima tähtsusega. Kui kodust lahkumine polnud enam seotud kohustuste täitmisega, langes ka aktiivsus. Üks osalejatest pidas isikliku kogemuse põhjal töölt kõrvale jäämist ja vähenenud vajadust kodust lahkumiseks oma terviseprobleemide üheks tekkepõhjuseks.

Luule: „See asi jäi ära, et iga päev muidu käisin väljas, aga tol ajal ma nii haige ei olnud, kaks tuhat kümme [kõneleb pensionile jäämisest]. Aga hakkasid tulema, vot oligi niimoodi. Inimesed alati räägivad, et lähed pensionile, hakkavad haigused tulema. Tegelikult vist jah.”

Täheldasin, et tervis oli intervjueeritavate jaoks midagi, mille eest inimene ise vastutada saab. Veendumus, et tervist on isikliku käitumisega võimalik mõjutada, pakub kontrollitunnet, mis maandab paratamatut east tulenevate terviseprobleemidega seotud ängistust. Soov oma tervist juhtida ning enda teadlikkust antud teemal tõsta oli viisiks tunda autonoomiat endaga toimuva üle.

Luule: „Mul on väga palju seda noh, tervisega seotud materjale, sest neid tuleb brošüüridena sisse, saan ka haiglatest.”

Vaatamata omavastutuse teadvustamisele nentisid osalejad siiski korrelatsiooni tervise ning kronoloogilise vanuse vahel. Kronoloogiline ehk tegelik vanus terviseseisundi indikaatorina väljendus ka osalejate enda tervislikus seisundis, kus noorim intervjueeritav hindas oma terviseseisundit äärmiselt positiivseks, samas kui vanim osaleja mainis mitmete terviseprobleemide olemasolu ning sellest tulenevaid takistusi igapäevaelus. Siinkohal pole implikatsiooniks tervise otsene seos elatud aastate arvuga, kuna mitmeid erinevusi esines ka

osalejate tervisekäitumises, vaid juhtida tähelepanu osalejate vanusetunnetusele seoses kronoloogilise vanusega.

Jaan: „*Vaata, üks ole neid jälle kroonilisi haigusi ka aga üks see east paistab, et mitte ainult minul vaid enam-vähem kõikidel minuealistel, kellega ma olen rääkinud, kes on üle seitsmekümne aastased olnud. Et üks päev valutab või kaks-kolm päeva üks koht, siis läheb üle ja nädal või paari pärast hoopis teine koht ja vot siuksed asjad.*”

Halvema tervise tõttu tunnetati enam ealist diskrimineerimist. Üks osalejatest kirjeldas tervishoiutöötajate negatiivset suhtumist kõrgemas eas patsientide suhtes, mis oli tema hinnangul üleolev ja lugupidamatu. Sellest väljendus, et halvem tervis võrdsustus eakate jaoks ühiskonna poolt ebaõiglase kohtlemisena ning ainus võimalus seda vältida oli jääda ka kõrgemas eas hea tervise juurde.

Luule: „*Jah, seal on, seal on ja ma ei tea, kuidas seda on lastud nii minna, et, et suhtumine vanuritesse on seal...(haiglas olemise kogemusest rääkides). Ei taha üht seda sõna ka ütelda, mis ta on. Just vanuritesse.*”

Kuna osalejate hulgas valitses soov elada kodus oma elutee lõpuni, ei kerkinud intervjuueeritavate mõtteavaldustes alternatiive üksinda elamisele tervise halvenedes. Kuigi viidati kaudselt asjaoludele, millele võib järgneda olukord, kus üksinda elamine pole enam variandiks, ei soovitud seda teemat puudutada. Lisaks tahtele veeta oma elu sõltumatult ja väärikalt, oli iseseisvalt üksinda elamisel ka majanduslik kaalutus. Intervjuueeritava jaoks, kellel oli tervisliku seisundi tõttu küll vajadus kõrvalise abi järele igapäevaeluga hakkamasaamiseks, ei olnud see tema hinnangul rahalistel põhjustel teostatav. Intervjuueeritav väljendas ka teadmatust olemasolevatest teenustest, mis aitaks teda hügieeni- ning majapidamistoimingutes.

Luule: „*Vahepeal oleks ma oleks tahtnud, ma muidugi koduõendust. Aga, aga see on küllalt kallis ja mul ei ole teda kogu aeg vaja. Nemad tahavad seda täispalka saada. Vot see on ka niimoodi, et vahepeal oleks vaja nagu duši all käimine /.../.*”

Vaatamata sellele, et osalejad ei kõnetanud otseselt oma hirme seoses üksi elamise ja ootamatute terviseriketega, kirjeldati olukordi sellest, mis on ootamatutele terviseprobleemidele järgnenud. Üksinda elamisest tulenev isoleeritus tähendab, et abi saamine sõltub eaka enda võimest endale abi kutsuda. Kui ollakse sealhulgas sotsiaalselt isoleeritud, mille puhul on tavapärane, et eakal puudub igapäevane kontakt teistega, võidakse meditsiinilisest abist sootuks ilma jääda, mis tekitab paratamatult ettevaatlikust ning ebaturvalisuse tunnet.

*Luule: „Ükskord kukkusin selle laua tagant siia maha (näitab). Ja et ma ei tea, kuidas ma seal end pöörasin või. Aga see jah, ma siis niimoodi, et ma libisesin ja õnneks ei läinud millegi vastu, siin ei olnud midagi. Ma libisesin siis kukkumise hoog oli just nii suur, et mul tõmbas siit naha tüki maha niimoodi kiiluna siia. See oli rippus siin. Ma sain muidugi ülesse ja tellisin kiirabi ja läksin kohe selle, panin midagi ette, et verd ei tule palju. Et see oli imelik, siis ma mõtlesin, et ei, tabureti peal ma enam ei istu.”*

Olemasolevate terviseprobleemidena kirjeldati kroonilistest haigustest tulenevaid valusid, põletikke, korduvaid insulte ning sellest tulevaid tasakaaluhäireid, haiguste tagajärjel tekkinud liikumispuuet, kõrgvererõhku ja mäluhäireid. Vanima intervjuus osaleja puhul oli märgata, et vahetult pärast oma terviseprobleemidest rääkimist tundis ta oma enesetunde järsku halvenemist, mis võis viidata sellele, et mõned haigusnähud olid tema puhul psühhosomaatilist laadi.

*Luule: „Panen vee keema (tõuseb püsti). Täna on natuke imelik tunne mul. Täna on mul natuke kummaline tunne, ei tea, miks./.../ suu ka kuivab nii metsikult. Ma ei tea, mõni päev on hea, ei ole see, teine päev on täitsa hull.”*

Mõtisklused seoses iseenda tervisega olid erinäolised. Ühelt poolt väljendati uhkust võime üle iseseisvalt toime tulla ning elu harjumuspärasel viisil jätkata, kuid samas ei saanud märkamata jätta varitsevat ärevust tuleviku ning olemasolevate terviseprobleemide ees. Võib arvata, et kõrge terviseteadlikkus ja tervise üleüldine tähtsustamine oli tingitud selle elulisest tarvidusest. Tervisekaotusel oli ka ühiskondlik tasand, sest terviselanguse puhul tunnetati enam ealist

diskrimineerimist. Kuna üksinda elades tuleb pea kõikide eluaspektide eest iseseisvalt hoolt kanda, pole üllatav tervise kohtlemine samasuguse meelsusega.

### **3.2. Suhted- kes on olulised?**

Vaatamata sellele, et üksinda elamine ei osuta otseselt vähesele kontaktile teistega, suurendab koduseks olemine vanemas eas sotsiaalse isolatsiooni tõenäosust. Töölt kõrvale jäämisega kaasneb tihti suhete kvantiteedi langus, mille tulemiks on ahenenud suhtlusvõrgustik. Suhete järsk vähenemine tähendab, et suhtlusvajaduse rahuldamine pole enam nii kättesaadav, samas kui soov kontakti järele teiste inimestega jääb samaks. Suhtlemine ja suhete säilitamine muutub eesmärgistatumaks ning olulisemaks saavad tähendusrikkamad suhted, mis rahuldavad sealhulgas suhete emotsionaalset tasandit. Üks intervjuueeritavatest tõi näitena kauaaegsetest ja tähendusrikkastest suhetest esile oma õpilased, kellega oli sõprusuhet säilitatud pea seitsekümmend aastat.

*Luule: „Jah, sõpru on ikka. /.../ kõige esimesed lennud, käisid mul sünnipäeval kah /.../ ja tõesti panid mul sinna õnnitluse, Postimehes.“*

Kõrgem vanus ja koduseks jäämine ei käi alati käsikäes. Kaasatus ühiskonda väljendus nii jätkuva tööstaaži kui hobitegevuse kaudu. Värvikamaks näiteks oli intervjuudes ühe osaleja kuulumine puhkpilliorkestrisse. Suhteid orkestrikaaslastega pidas intervjuueeritav mitmekesiseks ja tähendusrikkaks, mis väljendas nii kvaliteetset kui kvantiteetset rahulolu loodud kontaktidega. Ilmnes, et kvaliteetsete suhete aluseks on ühisosa, mis on seotud kas huvide või karjääriga ning millega jätkuvas seoses olemine tagab ka suuremat sotsiaalset rahulolu.

*Jaani: „Kõige rohkem ma suhtlen selle sama /.../ orkestri liikmetega. /.../ On teisi tuttavaid ka, aga põhilised on ikka orkestriliikmed.“*

Perekondlike suhete väärtus olenes sellest, millised olid suhted perekonnaga. Intervjuudes oli esindatud nii lähedased suhted perega, kaugeks jäänud suhted, aga ka peaaesjalikult praktilise

abiga seotud suhted perekonnaga. Viimasena mainitu puhul seisnes abivajadus toimetuleku piiratusest. Selliseid suhteid perekonnaga tähendusrikasteks ei peetud ja meelestatus taolise kontakti suhtes oli pinev. Pinged võisid olla sisendatud intervjueeritava enda poolt kartuses, et ollakse lastele koormaks. Samas on võimalik, et tegemist polnud vaid sisendatud, aga ka pere poolt väljendatud mõtteavaldusega.

Luule: *„Ei, no vanem poeg sõidab siit minu juurest mööda, tuleb natuke varem ja käib poes ära. /.../ Nojah, ma ise muidugi jalgsi käiks ära seal aga, et seda toitu tassida on raske. On jah ja ma tahan, ma olen nüüd niimoodi ennast harjutanud, et praktiliselt lasen nädalase toidu ära tuua.”*

Intervjuudes väljendus peamiselt seisukoht, et head suhted hõlmavad endas valikuvabadust, seda ka perekondlike suhete puhul. Vaid üks intervjueeritavatest kõneles väga lähedastest suhetest oma laste ja lastelastega. Antud suhteid iseloomustas tihe kokkupuude, mis oli tingitud elukohtade lähestikusest ning regulaarsetest külastustest. Kuna intervjueeritav oli ise väga võimekas ning hea tervise juures, ei kätkenud peresuhe endas kohustusi seoses intervjueeritava toimetulekuga ning kontakt pere ja eaka vahel oli positiivne ja väärtustatud.

### **3.3. Harrastustegevuse sotsiaalne dimensioon**

Oma aja mõtestatud sisustamisel oli seos eesmärkide seadistamise ja üldise rahuloluga kõrgemas eas. Huvitegevuse olemasolu olulisust mõisteti üheselt, mille juures rõhutati just kvaliteetsela ajaviitmisele. Väärtustatud olid tegevused, mis olid vaimselt, kunstiliselt või füüsiliselt stimuleerivad.

Tiiu: *„/.../ ma ei ole telekasõltlane, ma ei ole nutisõltlane, ma armastan millegagi tegeleda, lugeda, mitte silmi raisata kiirguse ees.”*

Kvaliteetset huvitegevust seostati hea tervisega. Asjaolu, et aktiivsena püsimise kindlustab nii parema vaimse, kognitiivse kui füüsilise tervise oli osa eakate tõekspidamistest. Kõneledes oma tervisest tõid intervjuueeritavad välja selle, mida tehakse huvitegevusena, et parem tervis tagada.

*Tiiu: „Tütrega me käime koos jalutamas, tema elab siin samas kõrvalmajas, käime kergliiklustee peal, teeme matka. Värske õhk on hea. /.../ Vähemalt kaks tundi tahan ikkagi alati väljas viibida.”*

Lisaks sellele, et hobide mõju peeti tähtsaks tervisele, oli harrastustegevusel intervjuudes osalejate jaoks sotsiaalne väärtus. Vaba aja sisustamise sotsiaalne dimensioon täitis mitut eesmärki: motivatsiooni ning järjepidevuse säilitamine, sotsiaalse isolatsiooni tõrjumine või vähendamine ning kuuluvuse tundmine. Kuulumine kollektiivi aitas säilitada positiivset identiteedi kuvandit ning vältida rollisegadust vanemas eas.

*Jaani: „Jah, aga ma kuulun nende vanurite hulka, kes igavust ei tunne, sellepärast, et minul on hobiks muusika. Ma olen endine kutseline muusik ka olnud. /.../ Ja sellepärast siis olengi siin praegu seotud pasunakooriga /.../ üks kord on orkestriproov nädalas. Eriti suvel on igasuguseid esinemisi ka, siis tuleb paar-kolm korda [nädalas]”*

Harrastusena oli tervisespordil positiivne konnotatsioon füüsilise võimekuse ja enesehinnanguga. Kehalise võimekuse tõttu tunnetati enda puhul mittekehtivat vanusega kaasaskäivaid negatiivseid stereotüüpe seoses jõuetuse, nõrkuse ja haigusega. Samuti oli märgata paralleeli jõudluse ja vanusetunnetuse vahel; mida rohkem jõuti seda nooruslikumaks ennast ka peeti.

*Tiiu: „Jah, ega mind ei peetagi nii vanaks. Kui mulle otsa vaadatakse siis öeldakse, et ma olen viiekümnene.”*

Intervjuudest oli võimalik täheldada positiivset sidet huvitegevuse, sotsiaalse heaolu ja tervise vahel. Seda, kas huvitegevus suurendab sotsiaalset kaasatust või sotsiaalne kaasatus tagab huvitegevuses osalemist, saab intervjuude põhjal erinevalt tõlgendada. Meelepärasteks harrastusteks peeti tegevusi, millega oli olemas juba enne pensionipõlve tugev side, mistõttu

paistab, et huvitegevus niivõrd ei taga sotsiaalseid suhteid, vaid aitab neid säilitada. Kuna nii huvitegevusel kui sotsiaalsel kaasatusel on positiivne seos tervisega, saab järeldada, et suurimat heaolu tuntakse nende kolme asjaolu koosmõjul.

### **3.4. Üksildus- paratamatus või välditav?**

Üksilduse teemast enda puhul vabalt ei räägitud, kuid üldiselt jagati arvamust, et üksildus on miski, millest tuleb hoiduda ning millest hoidumine on saavutatav aktiivse elustiili säilitamisega.

*Tiiu: „Mul on kaks töökaaslast, kes on kah täiesti üksi jäänud, elavad korteris ja nendel on küll suhtluspuudus. Noh, ma võimalikult palju nagu öeldakse, torgin neid takka ja aitan ja õue minna ja kõike, et nad ikka liiguks ja ei jääks nelja seina vahele konutama.“*

Intervjueeritavad väljendasid, et nende jaoks tähendab üksildus igavust ning teiste inimeste seltskonnas nähti meelelahutuslikku väärtust. Kontaktpuudus teistega tähendas ka suuremat kalduvust passiivsusele, seda nii ajutise kui kroonilise üksilduse puhul. Erinevalt ajutisele üksildusele oli kroonilise üksilduse negatiivsed mõjud palju märgatavamad, seda seoses nii tervise kui üldise rahuloluga.

*Luule: „Ikka tuleb, miks ta ei tule [ette üksildust]? Vahel räägin iseendaga. Pahandan ja kiidan jah. Siis räägin televiisoriga.“*

Kui krooniline üksildus oli peamiselt tingitud halvemast tervisest ning lähedaste suhete puudusest, tunti ajutist üksildust koroonaviirusest tingitud eriolukorra tõttu. Riskirühma kuulumine tähendas seda, et tavapärase kontakt lähedaste ja tuttavatega oli häiritud, tuues endaga kaasa sotsiaalse isoleerituse tekke ja sellega kaasneva üksildustunde.

*Jaani: „[Üksildust] kipub jälle, kui otseseid suhteid ei ole, nüüd me proovi ei tee ka ju. Ei tohigi teha. Natuke igavaks kipub minema küll.“*

Osaleja, kelle puhul märkasin enim üksildust, väljendas ka suurimat valmidust ja soovi oma muresid jagada. Eakas tundis igapäevaelus stressi ning nentis, et oma murede jagamine perekonnaliikmetega on varasemalt viinud väljendatud probleemide pisendamiseni. Üksildus ja igapäevaste murede kuhjumine tähendab aga stressi kulmineerumist ning vaimse- kui füüsilise tervise halvenemist.

Luule: „*No meil on üldse väga halb, kui sellest rääkida. Me oleme kõik siin nagu õnnetud inimesed. Meil on siin nii kallis. /.../ Nii et see, see on paras lops pensionile. See maja on lihtsalt, oleme üldse õnnetud siin majas.*“

Saab tõdeda, et üksilduse teema tekitas osalejates vastakaid tundeid. Vabamalt tunnistati ajutist üksildust, mille põhjuseks ennast ei peetud. Seda saab tõlgendada arusaamana, et üksildust vanemas eas peetakse iseenda läbikukkumiseks, mis selgitaks ka tahtmatust antud teemast läbi isikliku kogemuse kõneleda.



## 4. ARUTELU

Minu töö eesmärk on kajastada üksinda elavate eakate kogemusi üksinda elamisest vanemas eas. Eesmärgikäsitluses pöörasin tähelepanu sotsiaalsele, füüsilisele ja ühiskondlikule sfäärile vanema ea kontekstis, pidades neid olulisteks teguriteks toimetuleku ja üldise heaolu mõistmisel. Arutelu peatükis viin ma kokku töö teooriaosast ning uurimusest saadud tulemused ja kirjeldan nendele põhinedes tehtud järeldusi.

Eakate kirjeldused üksinda elamise kogemusest pakuvad mitmekesisest pilti sellest, millisel viisil sotsiaalsed suhted elukvaliteeti vanemas eas mõjutavad. Emotsionaalselt oluliste suhete tähtsusstatus väljendus kõikide osalejate puhul. Kooskõlas sotsio-emotsionaalse selektiivsuse teooriaga on vanemas eas olulisemad pikaajalised lähedased suhted, mis rahuldavad indiviidi emotsionaalseid vajadusi, lähtudes sealjuures olemasolevate suhete nautimisest kui uute kogemuste ja kontaktide saamisest (Fung, Carstensen ja Lutz, 1999). Peamised erinevused väljendusid aga intervjuudes selles, milliseid suhteid tähendusrikkasteks peeti. Kahe intervjuueeritava puhul prevaleeris karjäärialaste kontaktide olulisus, kellest üks omas lähedast ning pikaajalist kontakti oma õpilastega ning teine osaleja orkestrikaaslastega, kellega oli säilinud jätkuvast koostööst tingituna tihedam sotsiaalne kokkupuude. Asjaolu, et vanemas eas pole esikohal suhted laste ja lastelastega, on seotud individualistlike väärtustega seoses autonoomia ja sooviga valida, milliseid suhteid enam tähtsustatakse samas kui kollektivistlikes ühiskondades tuginetakse enam olemasolevatele suhetele (Schug, Yuki ja Maddux, 2010), millest tuleneb ka suurem seotus perekonnaga. Kui perekond täitis vanema inimese jaoks tervisliku seisundi tõttu abistaja rolli, olid peresuhted keerulised ja pinevad, ühtides nii mõttega, et iseseisvuse ja võimekuse kadu on seotud negatiivsete ealiste stereotüüpide tunnetuse (Swift, Abrams, Lamont, Drury, 2017) kui ka tõsiasjaga, et madal suhete kvaliteet ei hoia mitteisoleeritusele vaatamata ära üksilduse teket (Jong-Gierveld, 1987, Newall ja Menec, 2019 kaudu).

Üksilduse tundmine seoses stereotüüpide tunnetuse ja kõrvalise abi saamisega tuleneb tõenäoliselt uskumusest, et ei ole suudetud ühiskondlikele ootustele seoses autonoomsuse ja

iseseisvusega vastata (Lykes ja Kemmelmeier, 2014). Seetõttu on üksilduse väljendamine ja sellest rääkimine suuresti stigmatiseeritud (Rokach, Moya, Orzeck, Exposito, 2002), mis avaldus ka intervjuudes tahtmatusega antud teemast läbi isikliku kogemuse pikalt kõneleda. Intervjueeritav, kelle puhul märkasin enim üksildust, eristus teistest osalejatest kõrgema eaa, liikumispuude ja madalama sotsiaalse sidususe poolest. Kõrget iga, üksinda elamist, terviseprobleeme ja leseks olemist peetakse nii sotsiaalse isolatsiooni kui üksilduse peamisteks põhjusteks (Newall ja Menec, 2019). Suurimaks riskirühmaks on just puude tõttu kodused eakad, kelle füüsiline ja sotsiaalne piiratus, kõrge stressitase ning risk vaimse tervise probleemidele suurendab nii sotsiaalse isolatsiooni kui üksilduse kogemise tõenäosust (Qiu jt, 2010). Stressi tunnetuse ja sotsiaalse isolatsiooni seos väljendus puude tõttu koduse eaka intervjuus, kes näitis, et tema elus on puudus nendest, kes tema muresid kuulaks, mis viitas emotsionaalse üksilduse tundmisele (Weiss, 1973, Green, Richardson, Lago ja Schatten-Jones, 2001 kaudu). Üksildaste inimeste füsioloogiline reaktsioon stressile on mitteüksildaste inimestega võrreldes tugevam, tähendades sealjuures suuremat kõrge vererõhu tekke riski (Cacioppo jt, 2002b; Hawkey, Burleson, Berntson ja Cacioppo, 2003, Segrin ja Passalacqua, 2010 kaudu), mis intervjueeritava puhul ka kõlama jäi. Lisaks sellele võib stress tingida põletike teket (Jaremka jt, 2013), probleeme immuunregulatsioonis, mis suurendab vastuvõtlikkust haigustele (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon, Steptoe, 2012) ning neurodegeneratiivseid probleeme (Ershler ja Keller, 2000; Hansson, 2005, Jaremka jt, 2013 kaudu), mis samuti eakaga tehtud intervjuus kajastusid.

Kui vanima osaleja puhul ilmnisid enim riskid madala sotsiaalse sidususe, haiguste ja sellest häiritud toimetuleku ning stereotüüpide tunnetusega, olid teiste intervjueeritavate kogemused üksinda elamisega positiivsemad. Aktiivse elustiili harrastamine töölkäimise, huvitegevuse ja füüsilise aktiivsusega toetas eakate jaoks tervise ja elukvaliteedi säilitamist, mis ühtib aktiivse vananemise kontseptsiooni põhimõttega, et tervis ja heaolu sõltub vanemas eas ühiskondliku osaluse säilitamisest (Maailma Terviseorganisatsioon, 2002). Produktiivsus heaolu ajendina ühildub samuti ühiskondlikult jagatud väärtushinnangutega sellest, mida tähendab edukalt vananemine (Saks, 2016). Intervjueeritavad rõhutasid füüsilise aktiivsuse tähtsusele, uskudes, et aktiivsena püsimine kindlustab nii parema vaimse, kognitiivse kui füüsilise tervise. Üks

intervjueeritav kõneles pikemalt tervisespordi positiivsest mõjust oma tervisele, nentides, et füüsiline aktiivsus on tema suurepärase terviseseisundi peamiseks põhjuseks. Lisaks tunnetatud nooruslikkusele seoses füüsilise võimekuse ja tervisega, märkas intervjueeritav ka selle mõju teiste inimeste suhtumisele, nentides, et teda peetakse teiste inimeste poolt märksa nooremaks kui ta tegelikult on. Ühiskondlik suhtumine seoses uskumustega vanemate inimeste kohta oli intervjuude põhjal tunnetatav; eakas, kes oli nooruslik ja tegus, ei kogenud igapäevaelus ealist diskrimineerimist, samas kui eakas, kelle igapäeva elu oli suuresti puudest ja negatiivse terviseseisundist mõjutatud, tundis ka ühiskonna poolt suuremal hulgal lugupidamatust ja ebaõiglast kohtlemist. Eakate jaotamine terveteks ja haigeteks, aktiivseteks ja passiivseteks ühtib arusaamadega sellest, millisel viisil vananemist peetakse ühiskondlikult aktsepteeritavamaks ja millist mitte (Foster ja Walker, 2015).

Uurimuse käigus selgus, et tegevused, mida peeti vaimselt, kognitiivselt ja füüsiliselt stimuleerivaks, omasid ka tugevat sotsiaalset dimensiooni. Osaleja, kes tegeles regulaarselt tervisespordiga, harrastas seda koos oma tütreaga ning intervjueeritav, kelle elus omas suurt tähtsust orkestriliikmeks olemine, täheldas hobitegevuse positiivset mõju sotsiaalsele kaasatusele. Huvitegevuses koos teistega osalemine tõstab enam motiveeritust, aidates kaasa järjepidevuse säilitamisele ja kuuluvustunde hoidmisele. Lisaks sellele seostub suurem ühiskondlik osalus huvitegevuse näol sotsiaalse kontrolliga. Sotsiaalse kontrolli teooria kohaselt soosib suurem sotsiaalne sidusus normatiivsete uskumuste ülalhoidmist seoses aktiivsuse säilitamise ja positiivse tervisekäitumisega (Umberson, 1987, Hawkley, Thisted ja Cacioppo, 2009 kaudu). Sotsiaalne kontroll aitab kaasa positiivsemate toimetulekumehhanismide kujunemisele eluraskuste ületamisel ja pakub tänu sotsiaalsele kaasatusele praktilist ja emotsionaalset tuge keeruliste olukordadega toimetulekuks (Albrecht ja Goldsmith, 2003, Segrin ja Passalacqua, 2010 kaudu). Sotsiaalne kontroll ühtib siinkohal aktiivse vananemise teoorias kajastuva põhimõttega, et sotsiaalsel sidususel on seos vaimse, füüsilise ja sotsiaalse heaoluga vanemas eas.

## KOKKUVÕTE

Eesti ühiskonnas on üksinda jäämine reaalsuseks paljude vanemas eas inimeste jaoks. Antud riski suurendab lähedaste suhete kaotus seoses elukaaslase ja omaste surma ning laste iseseisvumisega. Ühiskondlikus osaluses saavad takistuseks terviselangusest tulenevad terviseprobleemid ja suurenenud haigestumusrisk. Vaatamata sellele, et ühiskondliku sidususe säilitamine on võimalik ka vanemas eas, on vastutus selle saavutamisel peamiselt siiski indiviidil, mis viitab suuresti teiste kaitsetegurite puudusele. See jätab eakad ühiskonnas haavatavasse positsiooni, millest tuleneb ka oht langeda sotsiaalsesse isolatsiooni ja üksildusse.

Toetudes eakate endi kogemustele potentsiaalsete riskide ja kaitsetegurite uurimiseks seoses üksinda elamise ja sotsiaalse isolatsiooniga, püstitasin kaks uurimisküsimust, võttes aluseks kvalitatiivse uurimisviisi, et mõista paremini, mis kirjeldab sotsiaalse sidususe puudumisest tulenevaid ohte kõrgemas eas inimestele.

1. Millised on eakate kogemused üksinda elamisest tingitud riskidega ja kaitsvate faktoritega vanemas eas?
2. Millele keskenduvad eakad üksilduse kogemusest rääkides?

Üksinda elamine on vanemas eas põimunud üksilduse ja sotsiaalse isolatsiooni, tervise- ja elukvaliteedi languse ohuga. Tegemist on vastastikuse nähtusega, kuna langus füüsilises tervises tähendab takistust ühiskondlikule osalusele, mis tingib sotsiaalset isolatsiooni ning sellest tulenevat üksildust. Samuti pärsib madal sotsiaalne osalus tervist, mis on suuremaks ohuks kõrgemas eas inimestele, kelle tervislik seisund on mõjutatud paratamatutest east tulenevatest terviseprobleemidest. Seetõttu on üksildust nimetatud ka "varjatud tapjaks", mille ohtlikkus põlvneb ealistest iseärasustest. Kuna teovõimekust seostati eakate hulgas koduvälise tegevusega, tähendas vähenenud vajadus kodust lahkumiseks ka langust sotsiaalses kaasatuses, mida peeti terviseprobleemide tekke algjärguks. Terviseprobleemide olemasolul oli kodust lahkumine

kõrvalise abita raskendatud, mis kätkes isolatsiooni süvenemist ja sellest tulevalt üksildusse langemist, millel oli konnotatsioon üldise elukvaliteedi langusega.

Kuigi elukaaslasega elamine vanemas eas ei pruugi ära hoida üksilduse teket, peetakse lehestumist emotsionaalse üksilduse peamiseks ohuks, millega kaasneval leinal ja üksinda jäämisel on mõju eaka vaimsele tervisele. Lisaks emotsionaalse üksilduse kogemisele võib üksinda elamine tähendada ka sotsiaalset üksildust. Pensionieas kaasneb töölt kõrvale jäämisega tihti suhete kvantiteedi langus, samas kui soov kontakti järele teiste inimestega jääb samaks. Selle ärahoidmist toetab paremini jätkuv hõivatus tööturul, aga ka sotsiaalne kaasatus huvitegevuse kujul. Kontakti omamine eakaaslastega, kellega jagatakse ühiseid huvisid, hoiab hõlpsasti ära nii emotsionaalse kui sotsiaalse üksilduse teket. Siinkohal on aga rõhk eaka enda võimekusel ja vastutusel ühiskondliku osaluse säilitamisel, mis ei pruugi mitmetel põhjustel kõikidele üksi elavatele eakatele jõukohane olla. Üksildus ja üksi elamine tähendab samuti kõrge stressitaset, mis on tingitud perspektiivi ja toe puudusest keeruliste olukordadega toimetulekuks, omades samuti negatiivset mõju üksinda elamise kogemusele.

Üksinda elamisel on tugev konnotatsioon autonoomsuse ja iseseisvusega. Sellest tulenevalt oli eakate hulgas väärtustatud teovõime säilitamine, mis omab üksinda elades elulist tähtsust. Iseseisvalt mittehakkamasaamist ühtsustatakse negatiivsete ealiste stereotüüpidaga, mistõttu on kõrvalise abi vajamine ja üksilduse tundmine stigmatiseeritud. See tekitab nii ühiskondlikku kui sisendatud survet, mille tulemuseks on vajaminevast toest ilma jäämine. Üksinda elavate üksildaste eakate puhul on sellel põhjusel tegemist ka varjatud riskirühmaga, kes jäävad tihtipeale neile pakutavate teenuste ja võimaluste vaateväljast kõrvale.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Akerlind, I. ja Hörnquist, J. O. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine*, 34, 405-414. doi: 10.1016/0277-9536(92)90300-f

Albrecht, T. L. ja Goldsmith, D. J. (2003). Social support, social networks, and health. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, R. Parrott (toim), *Handbook of health communication* (lk 263–284). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Alpass, F. M. ja Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7, 212-216. doi: 10.1080/1360786031000101193

Alpert, P. T. (2017). Self-perception of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Home Health Care Management & Practice*, 29(4), 249–252. <https://doi.org/10.1177/1084822317728265>

Anderson, C. A. (1999). Attributional style, depression, and loneliness: A cross-cultural comparison of American and Chinese students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 482-499. doi:10.1177/0146167299025004007

Asiamah, N. (2017). Social engagement and physical activity: Commentary on why the activity and disengagement theories of ageing may both be valid. *Cogent Medicine*, 4, 1-3. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1289664>

Aylaza, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17 (97), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>

- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Berntson, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, A.C., Stickgold, R., Hobson, J.A. (2002a). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, *13*, 384–387. doi: 10.1111/1467-9280.00469
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B..... Berntson, G. G. (2002b). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407–417. doi: 10.1097/00006842-200205000-00005
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. ja Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 71-74. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01232>
- Cacioppo, J. T. ja Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Company,
- Chappell, N. L. ja Badger, M. (1989). Social isolation and well-being. *Journal of Gerontology*, *44*(5), 169-176. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.5.S169>
- Clarke, L. H. ja Korotchenko, A. (2015). ‘I know it exists ... but I haven't experienced it personally’: older Canadian men's perceptions of ageism as a distant social problem. *Ageing & Society*, *36*(8), 1757-1773. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000689>
- Davidson, S. (2012). *Going Grey: The Mediation of Politics in an Ageing Society*. UK: Ashgate Publishing Limited.
- D'Hombres, B., Sylke, S., Barjaková, M., Mendonça, F. (2018). Loneliness-an unequally shared burden in Europe. *European Commission*. doi: 10.13140/RG.2.2.21745.33128
- Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., Ranhoff, A. H. (2012). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *The Journal of Clinical Nursing*, *22*(1-2), 106-114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x>
- Dykstra, P. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, *6*, 91-100. doi:10.1007/s10433-009-0110-3

Ershler, W. B. ja Keller, E. T. (2000). Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. *Annual Review of Medicine*, 51, 245–270. doi:10.1146/annurev.med.51.1.245

Eurostat. (2015). *A look at the lives of the elderly in the EU today*. Kasutatud 05.03.2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>

Eurostat. (2019). *Ageing Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Foster, L. ja Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>

Fung, H. H., Carstensen, L. L., ja Lutz, M. A. (1999). Influence of time on social preferences: Implications for life-span development. *Psychology and Aging*, 14, 595–604. doi: 10.1037/0882-7974.14.4.595

Gibbons, H. M. (2016). Compulsory Youthfulness: Intersections of Ableism and Ageism in “Successful Aging” Discourses. *Review of Disability Studies: An International Journal*, 12(2,3), 1-19.

Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., Schatten-Jones, E. C. (2001). Network Correlates of Social and Emotional Loneliness in Young and Older Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(3), 281–288. <https://doi.org/10.1177/0146167201273002>

Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1801-1809. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016>



- Hansson, G. K. (2005). Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 352(16), 1685–1695. doi: 10.1056/NEJMra043430
- Havens, B. ja Hall, M. (2001). Social isolation, loneliness, and the health of older adults in Manitoba, Canada. *Indian Journal of Gerontology*, 15, 126–144.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian journal on aging*, 23(2), 129-140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>
- Hawkley, L., Burleson, M.H., Berntson, G.G., Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 105-20. doi: 10.1037/0022-3514.85.1.105
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21, 152–164. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.152
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A. ja Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28, 354-363. doi: 10.1037/a0014400
- Hawkley L. C. ja Cacioppo J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 40(2),218-27. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: five-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology & Aging*, 25,132-141. doi: 10.1037/a0017805

Hennink, M., Hutter, I. ja Bailey, A. (2020). The Nature of Qualitative Research and our Approach. A. Owens (toim), *Qualitative Research Methods: Second edition* (lk 9-25). London: SAGE Publications.

Holt-Lunstad J, Smith T.B. ja Layton J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine* 7(7), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237. doi: 10.1177/1745691614568352.

Ilinca, S., Rodrigues, R., Schmidt, A., Zolyomi, E. (2016). *Gender and social class inequalities in active ageing: Policy meets theory*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Irvine, A. (2010). *Using phone interviews*. Kasutatud 03.05.2020. <http://eprints.ncrm.ac.uk/1576/1/14-toolkit-phone-interviews.pdf>

Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., Bennett, J. M., Glaser, R., Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness Promotes Inflammation During Acute Stress. *Psychological Science*, 24(7), 1089–1097. doi:10.1177/0956797612464059

de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119–128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>

de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>

de Jong Gierveld, J. ja van Tilburg, T. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 14, 1–24. <https://doi.org/10.1023/A:1006600825693>

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-163. doi: 10.1353/cja.2004.0023

Kalmus, V., Masso, A. ja Linno, M. (2015). *Kvalitatiivne sisuanalüüs*. Kasutatud 07.04.2020. <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Katz, S. (2013). Active and Successful Aging. Lifestyle as a Gerontological Idea. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44, 33-49. doi:10.4000/rsa.910

Kawai, K. (2002). Social isolation, security and welfare problems among the elderly in urban areas, focusing on the living conditions of the single-living elderly in Minato Ward, Tokyo. *Shakai Seisakugaku*, 7, 118-131.

Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 233-45. doi: 10.1080/13548500500266607

LaVeist, T. A., Sellers, R. M., Brown, K. A., Nickerson, K. J. (1997). Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *American Journal of Community Psychology*, 25, 721-732. doi: 10.1023/a:1024643118894

Lepik, K., Harro-Loit, H., Kello, K., Linno, M., Selg, M. ja Strömpl, J. (2014). *Intervjuu*. Kasutatud 10.04.2020. <http://samm.ut.ee/intervjuu>

Levy, B. R. ja Banaji, M. R. (2002). Implicit Ageism. T.D. Nelson (toim), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (lk 49-76). Cambridge: MIT Press.

Liang, J. ja Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.001>

Linley, A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences* 47, 878–884. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.010>

Liu, L., Gou, Z. ja Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>

Lykes, V. ja Kimmelmeier, M. (2014). What Predicts Loneliness? Cultural Difference Between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490. <https://doi.org/10.1177/0022022113509881>

Lynch, J. J. (2000). *A cry unheard: New insights into the medical consequences of loneliness*. Baltimore: Bancroft Press.

Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (2002). *Active Ageing: The Concept and Rationale*. *Active Ageing: A Policy Framework* (lk 12-18). Kasutatud 02.05.2020 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

Marangoni, C. ja Ickes, W. (1989). Loneliness: a theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6(1), 93-128. <https://doi.org/10.1177/026540758900600107>

Newall, N. E. G. ja Menec, V. H. (2019). Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 925–939. <https://doi.org/10.1177/0265407517749045>

Nicolaisen, M., Thorsen, K. (2014). Who are Lonely? Loneliness in Different Age Groups (18–81 Years Old), Using Two Measures of Loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229–257. <https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>

Perlman, D. ja Peplau, L. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. L. Peplau ja S. Goldston (toim), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (lk 13-46). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Qiu, W., Dean, M., Liu, T., George, L., Gann, M., Cohen, J., Bruce, M. (2010). Physical and Mental Health of Homebound Older Adults: An Overlooked Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2423-2428 doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03161.x.

Rokach, A., Orzeck, T., Moya, M. C., Exposito, F. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist*, 7, 70-79. doi: 10.1027//1016-9040.7.1.70

Rubinstein, R., Medeiros, K. (2015). “Successful Aging,” Gerontological Theory and Neoliberalism: A Qualitative Critique. *The Gerontologist*, 55(1), 34–42. doi: 10.1093/geront/gnu080

Sakkeus, L. (2019). Muutused perekonnas ja leibkonnas üle elukaare. L. Sakkeus ja T. Tambaum (toim), *Pilk hallile alale II. Vananemine elukaare vaates* (lk 35-40). Tallinn: Tallinna Ülikool.

Saks, K. (2016). Edukas vananemine ja vanaea haprus. K. Saks (toim), *Gerontoloogia õpik* (lk 19-37). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., Pitkala, K. (2005) Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Geriatrics and Gerontology*, 41(3), 223-233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002

Schug, J., Yuki, M., ja Maddux, W. (2010). Relational Mobility Explains Between- and Within-Culture Differences in Self-Disclosure to Close Friends. *Psychological Science*, 21(10), 1471-1478. <https://doi.org/10.1177/0956797610382786>

Segrin, C. ja Passalacqua, S. A. (2010). Functions of Loneliness, Social Support, Health Behaviors, and Stress in Association With Poor Health. *Health Communication*, 25(4), 312-322. doi: 10.1080/10410231003773334

Shimada, K., Yamazaki, S., Nakano, K., Ngoma, A. M., Takahashi, R., Yasumura, S. (2014). Prevalence of Social Isolation in Community-Dwelling Elderly by Differences in Household Composition and Related Factors: From a Social Network Perspective in Urban Japan. *Journal of Aging and Health*, 26(5), 807–823. <https://doi.org/10.1177/0898264314531616>

Siimer, K ja Sinisaar, H. (2019). *Vanemaealiste majanduslik toimetulek ja vaesus*. Kasutatud 11.05.2020, [https://www.sm.ee/sites/default/files/vanemaealiste\\_majanduslik\\_toimetulek\\_ja\\_vaesus.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/vanemaealiste_majanduslik_toimetulek_ja_vaesus.pdf)

Sotsiaalministeerium. (2013). *Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020*. Kasutatud 02.05.2020. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena\\_vananemise\\_arengukava\\_2013-2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf)

Statistika andmebaas. (2020a). *RV021: Rahvastik soo ja vanuserühma järgi, 1. jaanuar*. Kasutatud 26.04.2020. <http://andmebaas.stat.ee/#>

Statistika andmebaas. (2020b). *LEM05: Rahvastik leibkondades leibkonna tüübi järgi*. Kasutatud 26.04.2020. <http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=LEM01#>

Stephoe A., Owen N., Kunz-Ebrecht S. R., Brydon L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5),593-611. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00086-6

Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., Drury, L. (2017). The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>

Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3, 113–125. doi:10.3928/19404921-20091103-99

Tiilikainen, E. ja Seppänen, M. (2016). Lost and unfulfilled relationships behind emotional loneliness in old age. *Ageing & Society*, 37(5), 1068-1088. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000040>

Tulviste, T. (2016). Vananemise psühholoogiast. Saks, K. (toim), *Gerontoloogia õpik* (lk 141-157). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), 306-19.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2000). Chapter 4: Medical consequences. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights From Current Research* (lk 197-278). Secretary of Health and Human Services <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/10thspecialreport.pdf>

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi S., Hanratty B. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790

Victor, C., Scambler, S. ja Bond, J. (2009). *The Social World of Older People. Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. Maidenhead: McGraw-Hill International.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge: MIT Press.

Wenger, C., Davies, R., Shahtahmasebi, S. and Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing & Society*, 16(3), 333-358. doi: 10.1017/S0144686X00003457

Woodward, J. C. ja Queen, J. (1988). *The solitude of loneliness*. Lexington: D. C. Heath and Company.

Yang, K. ja Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368-1388. doi:10.1017/S0144686X1000139X



## **LISA 1.**

### **Intervjuuküsimused**

- Kuidas hindate oma tervislikku seisundit?
- Milline on Teie suhe lähedastega (pere, tuttavad)?
- Milline on olnud Teie kokkupuude üksildusega?
- Kuidas kirjeldate oma üksinda elamise kogemust?
- Kuidas tervis Teie igapäevast tegutsemist mõjutab?
- Kui suur on Teie kontakt igapäevaselt teiste inimestega?
- Millega Te igapäevaselt tegelete?
- Millised on Teie huvitegevused?

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, *Helen Soosalu*

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose “*Üksindus ja üksilduseakate üksinda elamise kogemused*”, mille juhendaja on *Reeli Sirotkina*, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Helen Soosalu*

**27.05.2020**