

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Anette Andresoo

**LAPSEEAS ESINEVATE KESKKONDLIKE RISKIFAKTORITE JA SUBJEKTIIVSE
HEAOLU SEOS DEPRESSIIVSUSEGA NOORES TÄISKASVANUEAS**

Magistritöö

Juhendaja: Triin Kurrikoff, *PhD*

Tartu 2025

Lapseeas esinevate keskkondlike riskifaktorite ja subjektiivse heaolu seos depressiivsusega noores täiskasvanueas

Kokkuvõte

Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise longituuduuringu (ELIKTU) andmestiku põhjal lapseeas esinevate keskkondlike riskifaktorite seost depressiooni sümptomite esinemisega täiskasvanueas ja subjektiivse heaolu rolli sümptomite ennetamisel. 9-aastastelt ($n = 538$) koguti infot keskkondlike riskitegurite ja subjektiivse heaolu kohta, depressiivsust mõõdeti 25- ($n = 440$) ja 33-aastaselt ($n = 425$). Keskkondlike riskide ja laste isikuomaduste kohta koguti andmeid ka lapsevanematelt ja õpetajatelt. Töös leiti, et ema madal haridustase ja isa vaimse tervise häire on seotud kõrgemate depressiivsuse skooridega. Teiste keskkondlike faktorite osas statistiliselt olulisi tulemusi ei leitud. Lastel, kes hindasid oma subjektiivset heaolu kõrgeks, aga kelle peres esines rohkem rahapuudust või puudus isafiguur, oli varases täiskasvanueas oluliselt madalam depressiivsus kui lastel, kes hindasid oma subjektiivset heaolu kõrgeks, aga peres rahapuudust eriti ei esinenud või isafiguur oli olemas. Vanemate vaimse tervise häire esinemisel oli kõrge subjektiivne heaolu seotud kõrgemate depressiivsuse skooridega. Lapseeas esinevad riskitegurid võivad osaliselt ennustada depressiooni noores täiskasvanueas ning kõrge subjektiivne heaolu võib täita olulist rolli toimetuleku tagamisel ka keeruliste elutingimuste esinemisel.

Märksõnad: Depressioon, riskifaktorid, kaitsetegurid, subjektiivne heaolu

The relationship between childhood environmental risk factors, subjective well-being and depression in young adults

Abstract

This master's thesis aimed to examine the relationship between childhood environmental risk factors, subjective well-being and depression symptoms in young adults based on data from the older cohort of the sample of the longitudinal Estonian Children's Personality, Behaviour and Health Study (ELIKTU). Data was collected from 9-year-olds ($n = 538$) on environmental risks and subjective well-being; depression symptoms were measured at ages 25 ($n = 440$) and 33 ($n = 425$). Information about environmental risks and personality traits was also gathered from parents and teachers. The study found that maternal low education and paternal mental health issues were linked to higher depression scores. No statistically significant results were observed for other environmental factors. Children who perceived their subjective well-being as high but experienced greater financial hardship or lacked a father figure showed significantly lower depression levels in early adulthood compared to those with similar well-being but less financial hardship or an active father figure. Additionally, parental mental health disorder was associated with higher depression scores among those reporting high subjective well-being. Childhood risk factors may partially predict depression in young adulthood, and high subjective well-being could play a crucial role in resilience even under challenging circumstances.

Keywords: Depression, risk factors, resilience factors, subjective well-being

Sissejuhatus

Depressiooni olemus

Depressioon on üks enam levinud vaimse tervise häireid, mille globaalne levimus on hinnanguliselt 3.8% (WHO, 2023). Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) kohaselt loetakse depressiooni põhisümptomite alla alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumist ning energia vähenemist, mis omakorda toob kaasa kiirema väsimise ja langenud aktiivsuse. Põhisümptomite kõrval eristatakse ka lisasümptomeid, mille hulka kuuluvad näiteks vähenenud tähelepanu- ja keskendumisvõime, alanenud enesehinnang, lootusetus tuleviku osas, pidev süü- ja väärtusetusetunne, probleemid une või isuga ning ennastkahjustavad või suitsiidsed mõtted või teod.

Vaatamata depressiooni laialdasele levimusele, ei ole selle neurobioloogilised tekkemehhanismid veel täielikult selged. Ühe hüpoteesina on välja toodud monoamiinide serotoniini (5-HT), norepinefriini (NE) ja dopamiini (DA) madal tase, mille tõttu antidepressantravi on näidanud ka paljudel juhtudel tulemust (Jeon, Amidfar & Kim, 2017; Dean & Keshavan, 2017). Lisaks võib trüptofaani, mis on oluline 5-HT sünteesimiseks, taseme vähendamine suurendada depressiooni sümptomite esinemist, mis võib viidata serotoniinireseptorite tundlikkuse olulisusele depressiooni tekkimisel (Kring et al., 2007). Ka muutused dopamiinergilises ülekandes ja mesolimbilisel rajal võivad olla seotud neurovegetatiivsete sümptomite ja motivatsioonilangusega (Dean & Keshavan, 2017). Ketamiinravi efektiivsus on aga omakorda tähelepanu alla toonud glutamaadi potentsiaalse rolli meeleolu reguleerimises, eelkõige läbi neuroplastilisuse toetamise (Kowalczyk et al., 2021). Depressiooni tekkimisel on oluline seos ka stressirohkete elusündmuste kogemisega, mistõttu on uuritud HPA telje rolli. Depressiooniga patsientidel puhul on tuvastatud teiste seas näiteks HPA telje negatiivse tagasiside häirumine, vähenenud võime kortisooli langetada, ja kortikotropiini kõrge tase (Dean & Keshavan, 2017; Dobson & Dozois, 2008). Teiste hüpoteeside taustal võivad bioloogilised muutused tuua endaga kaasa neuroplastilisuse languse, mis võib samuti rolli mängida (Dean & Keshavan, 2017). Samas ei ole eelmainitud muutused depressiooni diagnoosiga patsientide seas universaalsed, mis võib viidata asjaolule, et erinevad riskitegurid või psühholoogilised faktorid võivad mõjutada ka patofüsioloogiliste mehhanismide väljaarenemist.

Depressiooni riskifaktorid

Depressiooni kõrge levimuse ja häirest tingitud laialdaste toimetulekuraskuste tõttu on riskitegurid teaduskirjanduses laialdast tähelepanu saanud. Kuigi suures osas on uuringud keskendunud individuaalsete riskifaktorite ja nende mõju uurimisele, siis proovisid Dobson ja Dozois (2008) luua kontseptuaalse raamistiku erineva astme faktorite ja nende suhte selgitamiseks. Nende sõnul eksisteerivad baasilised alustingimused, mis on enamasti stabiilsed ja võivad käituda kui kaitse- või riskitegurid. Antud liigituse alla kuulub näiteks inimese sugu, vanus, majanduslik taust ning etniline ja kultuuriline taust. Samas ei võimalda alustingimuste ja riski vaheliste seoste teadmine anda informatsiooni teemal, miks need seosed esinevad, mille tõttu on oluline pöörata tähelepanu ka sellele, millised bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed protsessid rolli mängivad.

Neurobioloogiliste riskitegurite tuvastamiseks on palju uuritud geneetilist riski. Lastel, kelle vanemal on diagnoositud depressioon, suureneb depressioonirisk umbes 10-25%, kahekordistudes häire esinemisel mõlemal vanemal (Jeon, Amidfar & Kim, 2017). Kaksikute peal läbi viidud uuringud on näidanud, et geenid seletavad umbes 50-70% depressiooni etioloogiast, mis suures osas viitab sellele, et depressiooni kujunemisel on keskkondlikel ja mittepäritavatel faktoritel väga suur ja oluline roll (Dobson & Dozois, 2008). Depressiooni puhul on uuritud ka erinevaid geene, mis võivad olla seotud häire esinemisega, ent spetsiifilist "depressioonigeeni" praeguseks ajahetkeks välja selgitatud ei ole (Fried & Nesse, 2014; Norkeviciene et al., 2022).

Psühholoogilise riski- ja kohati ka säilitava tegurina võib välja tuua näiteks negatiivse kognitiivse triaadi, mis viitab uskumuste süsteemile ja negatiivsetele mõttemustritele enese, maailma ja tuleviku osas (Beck, 1967). Uskumused kujunevad eelkõige välja varasemate elusündmuste mõjul ning võivad panustada düsfunktsionaalsete mõttemustrite väljakujunemisesse. Mõttevead võivad omakorda panustada enesekriitika suurenemisse, millel on negatiivne mõju enesehinnangule ja võib pikas perspektiivis viia depressiooni sümptomaatika või ärevuse väljakujunemiseni (Brown, Dutton & Cook, 2001). Riski suurendab ka kalduvus rumineerimisele, mille puhul stressirohkete olukordade kogemisel jääb inimene mõttes analüüsima sündmuse põhjuseid ja mõju, ilma, et ta prooviks aktiivselt tegeleda probleemi lahendamisega (Dobson & Dozois, 2008). Rumineerimisega seotult on riskitegurina välja toodud ka üldist kõrget pessimismi ja negatiivset afektiivsust, mis määrab ära, millistele kogemustele inimene oma tähelepanu suunab ning millist infot ja kuidas

töötleb ehk suurenenud tähelepanu negatiivsetele kogemustele võib suurendada tajutud stressi ja võimekust igapäevaste tegevustega toime tulla (Moberly & Watkins, 2008). Kõrge negatiivne afektiivsus võib viidata ka inimese raskustele kohaneda keeruliste olukordadega, mille tulemusel on ka emotsionaalne reaktsioon toimetulekut mittesooiv, suurendades meeleoluhäire väljakujunemise riski (Kring et al., 2007; Dobson & Dozois, 2008).

Keskkondlike riskitegurite puhul on olulist tähelepanu saanud ka sotsiaalsed tegurid, palju on uuritud näiteks sotsiaalmajandusliku staatuse seost depressiooni väljakujunemisega. Suuresti on madalam sotsiaalmajanduslik staatus seotud suurema depressiooni väljakujunemise riskiga (Everson et al., 2002). Olulist rolli mängivad ka indiviidi kui ka vanema haridustase, mille puhul madalam haridustase korreleerub kõrgemate depressiivsuse skooridega (Miech & Shanahan, 2000). Mõned artiklid on aga leidnud, et madal perekondlik sotsiaalmajanduslik staatus ei suurenda lapse depressiooni väljakujunemise riski täiskasvanuikka jõudes, seda aga eeldusel, et omandatud on vähemalt keskharidus (Huurre et al., 2007). Pere majandusliku olukorra mõju puhul on leitud ka lapsevanema-lapse suhte kvaliteedi olulisuse roll, mille puhul toetavad suhted võivad käituda kaitsefaktorina depressiooni ennetamisel ja vastupidi (Cao et al., 2021). Pere rahalise olukorra mõju lapse depressiooni väljakujunemisele esineb seega läbi väga mitme mehhanismi. Uuringud on leidnud, et vähene ligipääs rahalistele ja sotsiaalsetele ressurssidele võib otseselt mõjutada ka vanema kasvatusstiili, mille tulemusel väheneb positiivsete ja suureneb negatiivsete vanemlike strateegiate kasutamine (Sullivan et al., 2022).

Depressiooni väljakujunemise kontekstis on perekeskkonnal üldiselt väga oluline mõju. Uuringud on leidnud, et lapsed, keda kasvatab üksikvanem, kelle vanemad elavad lahus või kes on kaotanud ühe vanema, on rohkem haavatavad depressioonile (Simbi, Zhang, Wang, 2020; Daryanani et al., 2016). Vanema kaotuse puhul suurendab riski ka lapse vanus ja kaotuse ennustatavus, mille puhul mida noorem on kaotuse kogemise hetkel laps ja mida ootamatam on surm, seda suurem on risk hilisemaks hospitaliseerimiseks depressiooni tõttu (Simbi, Zhang, Wang, 2020). Lisaks on riskiteguriks vanemate enda vaimse tervise probleemid, sealhulgas depressioon (Dobson & Dozois, 2008). Samas on välja toodud, et riski suurendab kombinatsioon mitmest faktorist nagu näiteks madal emotsionaalne lähedus, kõrge kodune kontroll ja laste madal enesehinnang (Elsayed et al., 2019). Kuigi pikalt keskenduti kirjanduses emade mõju uurimisele, siis on hilisemad uuringud leidnud sarnaseid tulemusi ka isa vaimse tervise probleemide kontekstis (Fisher, 2016; Wickersham et al.,

2020). Eelmainitud tegurid võivad seega mõjutada depressiooniriski nii läbi emotsionaalse seotuse, materiaalse turvatunde kui ka tajutud koduse õhkkonna.

Depressiooni kaitsetegurid

Riskitegurite analüüsimisel on selge, et suuresti on depressiooni kaitsetegurid riskifaktorite otsesed vastandid. Samas on need samuti mitmetahulised, ulatudes psühholoogilistest ja sotsiaalsetest aspektidest kuni elukeskkonna ning individuaalsete omadusteni. Psühholoogilised tegurid, sealhulgas positiivne emotsionaalne afektiivsus ja emotsionaalne intelligentsus, mängivad depressiooni ennetamisel olulist rolli. Positiivset afektiivsust, mis viitab kalduvusele kogeda emotsionaalselt positiivseid hetki ja säilitada optimistlik maailmavaade ka stressirohketes olukordades, on seostatud madalama depressiooniriskiga (Li, Starr & Hershenberg, 2020; Stanton & Watson, 2014). Kõrgem emotsionaalne säilenõtkus aitab isikul tagada tervislikuma toimetuleku, isegi kui nad seisavad silmitsi keskkondlike stressoritega, nagu majanduslikud raskused või peavad toime tulema keeruliste elusündmustega (Theron et al., 2025).

Stabiilne majanduslik olukord ja toetav peresüsteem toimivad oluliste kaitsemehhanismidena. Kodune keskkond, kus emotsionaalne ja materiaalne tugi on kergesti kättesaadav, loob olulise ruumi emotsionaalsete ja sotsiaalsete oskuste ning turva- ja kindlustunde arenguks (Cao et al., 2021). Toetavamad tingimused vähendavad sotsiaalset isolatsiooni ja stressi, mis panustab omakorda igapäevasesse heaolutundes (Zhang et al., 2021). Lisaks soodustavad hoolivad peresuhted lapse positiivse enesehinnangu kujunemist ning arendavad sotsiaalseid oskusi, sest lapsel on võimalik oma murede korral abi saada ning tervislikke käitumisi läbi mudeldamise õppida (Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2018). Need omadused on olulise tähtsusega vaimse heaolu säilitamiseks ja depressiooniriski vähendamiseks.

Subjektiivne heaolu depressiooni kaitsetegurina

Dai ja Smith'i (2003) ülevaartartiklis toodi välja erinevad depressiooni resilientsusesse panustavad tegurid, mida käsitleti kui "psühholoogilist vaktsiini" depressiooni ennetamiseks. Välja oli toodud nii positiivne kognitiivne stiil, positiivne emotsioon, adaptiivne käitumine, tugev sotsiaalne seotus kui ka neuraalne baas (*ibid*). Seega, kuna depressiooni tekkemehhanismide puhul on aru saadud, et suuresti mõjutavad häire väljakujunemist

keskkondlikud tegurid, elusündmused ja inimese enda hinnangud kogetu osas, siis annab see alust arvata, et subjektiivne heaolu võib olla oluline kaitsetegur depressiooni ennetamisel. Diener defineeris subjektiivset heaolu kui inimese enda hinnangut oma elule (Diener, Sapyta & Suh, 1998). Eelkõige võib heaolule viidata kõrge positiivne afektiivsus, madal negatiivne afektiivsus ja kognitiivsel tasemel üldine eluga rahulolu (*ibid*). Uuringud on leidnud, et subjektiivne heaolu on seotud nii parema füüsilise ja vaimse tervisega, kaasaarvatud vähenenud depressiooniriskiga, ja pikema elueaga (Burns, Anstey & Windsor, 2011, Diener & Chan, 2011). Lisaks on leitud, et vanuse kasvades tajutud heaolu mõju suureneb (Li, Xia & Zhang, 2023). *Broaden-and-build* teooria kohaselt on positiivsete emotsioonide kogemisel ka väga oluline roll avastamiskäitumise suurendamises, mille puhul rõõm ja huvi julgustavad uute mõtete ja tegevuste uurimist (Fredrickson, 2001). Läbi selle kogutakse ressursse, luuakse suhteid ja suurendatakse säilienõtkust, mis suurendab ka subjektiivset heaolu.

Subjektiivse heaolu puhul on leitud ka positiivne seos ekstravertsuse, sotsiaalsuse ja meelekindluse ning negatiivne seos neurootilisusega (Hayes & Joseph, 2003). Heaolu pole oma olemuselt aga staatiline, vaid uuringutes on tuvastatud, et kõrgem subjektiivne heaolu suurendab aja jooksul ka eelmainitud isikuomaduste skooride, emotsionaalset stabiilsust ja isikuomadused mõjutavad vastupidiselt ka heaolu (Soto, 2013). See tähendab, et positiivsete emotsioonide kogemine ja kõrge positiivne afektiivsus, madal negatiivne afektiivsus ning eluga rahulolu ei mõjuta vaid hetkeolukorra taju ja toimetulekut, vaid võib mõjutada ka isikuomadusi.

Oluline on aga mainida, et kogetud subjektiivse afektiivse seisundi hindamiseks ei eksisteeri selget ja objektiivset mõõdikut, mille tõttu on võimalusi heaolu kaardistamiseks mitmeid.

Uuringu eesmärk

Kuigi teaduskirjanduses on depressiooni riski- ja kaitsefaktoreid palju uuritud, on suurem osa töödest läbilõikelised ja ei võimalda hinnata riskitegurite mõju toimetulekule pikema perioodi jooksul. ELIKTU valim annab võimaluse uurida longituudust üsna pika ajavahemiku jooksul, mille tulemusel on võimalik analüüsida ka lapseas esinevate riskide püsivamat mõju. Enamasti keskenduvad läbilõikeuuringud ka ühele konkreetsele riskitegurile, antud valimi puhul on võimalik uurida aga mitmete keskkondlike riskifaktorite mõju depressiivsuse skooridele Eesti kontekstis. Lisaks uuritakse tihti riskifaktoreid ja

kaitsetegureid eraldiseisvalt. Oluline on teada, millised on need tegurid, mis aitavad keeruliste keskkondlike tegurite olemasolul säilitada hea vaimse tervise. Seega ei ole tähtis uurida ainult tegureid, mis vähendavad depressiooniriski, vaid mis aitab vähendada riski ka juhul kui teised asjaolud soodustavad häire tekkimist.

Sellest tulenevalt on antud töö eesmärk uurida lapseas esinevate keskkondlike riskifaktorite seost depressiooni sümptomite esinemisega täiskasvanueas ning subjektiivse heaolu rolli sümptomite ennetamisel.

Hüpoteesid:

1. Depressiivsust noores täiskasvanueas ennustab keskkondlike riskifaktorite esinemine 9-aastasena.
2. Keskkondlike riskifaktorite esinemisel on keskmine depressiivsuse skoor kõrge subjektiivse heaolu puhul madalam kui madalama subjektiivse heaolu puhul.

Autori panus töösse on andmete analüüs ELIKTU andmestiku põhjal ja antud uurimistöö koostamine.

Meetod

Valim

Uurimistöö valimina on kasutatud longituuduuringu “Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise uuring” (ELIKTU) I etapi noorema (9-aastased) sünnikohordi andmeid, mis koguti aastal 1998/1999, I etapi noorema sünnikohordi vanemate (ema, isa) ja õpetajate andmeid, mis koguti aastal 1999, VII etapi noorema (25-aastaste) sünnikohordi andmeid, mis koguti aastal 2014/2015 ja IX etapi noorema (33-aastaste) sünnikohordi andmeid, mis koguti aastal 2022-2023. I etapis osales uuringus 583 õpilast, VII etapis 440 õpilast ja IX etapis 425 õpilast. Laste kohta täitsid 1998.aastal küsimustikud 411 õpetajat ning andmeid koguti 544 emalt ja 493 isalt. Lapsevanemate vaimse tervise kohta koguti andmeid lapsevanemate uuringu käigus 2011-2013 aastatel. Sel perioodil osales uuringus 450 ema ja 308 isa. ELIKTU viidi läbi 25 Tartu kooli õpilaste seas.

Mõõtevahendid

Subjektiivne heaolu. Subjektiivse heaolu hindamisel võeti aluseks 9-aastaste vastajate enesekohased hinnangud erinevate iseloomuomaduste paaridele. Küsimuses “Milliseks sa ennast hindad?” andsid osalejad hinnangu üheksale sõnapaarile (edukas-ebaedukas, kõikide lemmik-tõrjutud, sõbralik-ebasõbralik, rõõmus-kurb, aktiivne-passiivne, rahulik-närviline, õiglane-ebaõiglane, heatahtlik-kuri, õnnelik-õnnetu). Osalejad hindasid omadusi skaalal 1-5, kus madalad punktid viitasid tajutud positiivse omaduse esinemisele ja kõrged punktid selle vastandile. Töö raames kasutati subjektiivse heaolu hindamisel vastuseid “sõbralik-ebasõbralik”, “rõõmus-kurb”, “heatahtlik-kuri” ja “õnnelik-õnnetu” väidetele. Sobivate väidete valimisel viidi läbi klasteranalüüs, välja otsustati jätta “õiglane-ebaõiglane” väide, mis kuulus samasse klastrisse. Kõrge subjektiivse heaolu gruppi määrati osalejad, kes said nelja omaduse lõikes maksimumtulemuse.

Depressiooniskoovid. 25- ja 33-aastaste depressiooniskoore hinnati enesekohase Montgomery-Åsberg depressiooni skaalaga (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 2001), mis sisaldab 9 küsimust depressiooni sümptomite hindamiseks. Küsimustikus uuritakse vastajalt meeleolu, ärevuse, une, isu, keskendumise, algatamise, kaasaelamise, pessimismi ja elurõõmu tajumise kohta viimase kolme päeva lõikes. Väiteid hinnatakse punktidega 0-6, mille puhul kõrgem skoor väljendab depressiooni sümptomite suuremat avaldumist.

Lapsevanemate vaimse tervise probleemide esinemine. Lapsevanemate vaimse tervise probleemide tuvastamiseks viidi läbi M.I.N.I. rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu (Sheehan jt., 1998; eestikeelne versioon 5.0.0: Shlik, Aluoja & Kihl, 1999). Tegemist on struktureeritud intervjuuga, mille käigus hinnati häirete esinemist uuringu läbiviimise hetkel ja elu jooksul.

Isikuomadused. Laste isikuomaduste hindamiseks kasutati Estonian Brief Big Five Inventory (EBBFI) küsimustikku (Harro et al., 2009, Laidra et al., 2006). Küsimustik koosneb 40 väitest, mida hinnatakse viiepunktilisel Likerti tüüpi skaalal (1 – kindlasti vale, pole üldse iseloomulik ... 5 – täiesti õige, väga iseloomulik). Küsimustiku eesmärk on mõõta laste viit põhilist isiksuse dimensiooni (neurootilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus, meelekindlus). Antud uuringus andsid laste kohta hinnanguid nende õpetajad.

Muredest rääkimine. Hindamaks, kas lapsel on võimalust oma muredest kellelegi rääkida, vastasid nad küsimusele “Kas on kedagi, kellele räägid oma muredest?”. Vastata oli võimalik “Jah” või “Ei”.

Lapsevanema puudumine lapse elus. Lapse elus olevate vanemate arvu määramiseks võeti infot nii 9-aastaste laste küsimustikust kui ka lapse esindajate küsimustikust. Vanem määrati puudevaks kui olid täidetud järgmised tingimused:

- a) Laps on märkinud, et tema vanem on surnud ja teine vanem on märkinud ennast leseks
- b) Laps oli märkinud, et ei ela koos ühe vanemaga ning teine vanem pole küsimustikus märkinud uut kaaslast (küsimustikus vastused, et ta on vallaline, lahutatud või abielus lapse teise vanemaga, aga elab temast eraldi).

Sotsiaalmajanduslik staatus. Osalejate sotsiaalmajandusliku tausta hindamiseks kasutati küsimusi 9-aastaste küsimustikust. Osalejad jaotati madala ja mittemadala sotsiaalmajandusliku staatusega gruppidesse küsimuse “Milliseks hindad teie pere rahalist seisut?” alusel. Madala sotsiaalmajandusliku staatusega gruppi määrati osalejad, kes märkisid, et neil ei jätku raha söögiks või jätkub vaid toiduks, maksudeks ja aegajalt hädavajalike asjade jaoks. Kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega grupp märkis vastusteks, et saab osta ka muud vähem hädavajalikku, saab osta enam-vähem kõike vajalikku või ka aeg-ajalt luksuslikke asju. Gruppide vastuseid võrreldi ka teiste majandusliku olukorra kohta uurinud küsimustega.

Emade haridustase. Emade haridustaseme hindamiseks kasutati ema täidetud küsimustiku vastust küsimusele “Milline on lapse ema haridus?”, mille põhjal jaotati osalejad haridustaseme põhjal kolme gruppi. Alghariduse alla kuulusid uuritavad, kellel oli maksimaalselt 8 klassi haridus, keskhariduse alla kuulus nii keskharidus kui ka kesk-eriharidus ning kõrghariduse alla kuulus nii kõrgharidus kui ka lõpetamata kõrgharidus.

Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammi JASP 0.19.3. abil. MADRSi skoorid ei vastanud normaaljaotusele, mille tõttu kasutati keskkondlike riskide ja depressiivsuse skooride analüüsimiseks mitteparameetrilist Kruskal-Wallis testi, statistiliselt oluliste tulemuste puhul koos Dunn'i testiga. Subjektiivse heaolu, MADRS skooride ja keskkondlike

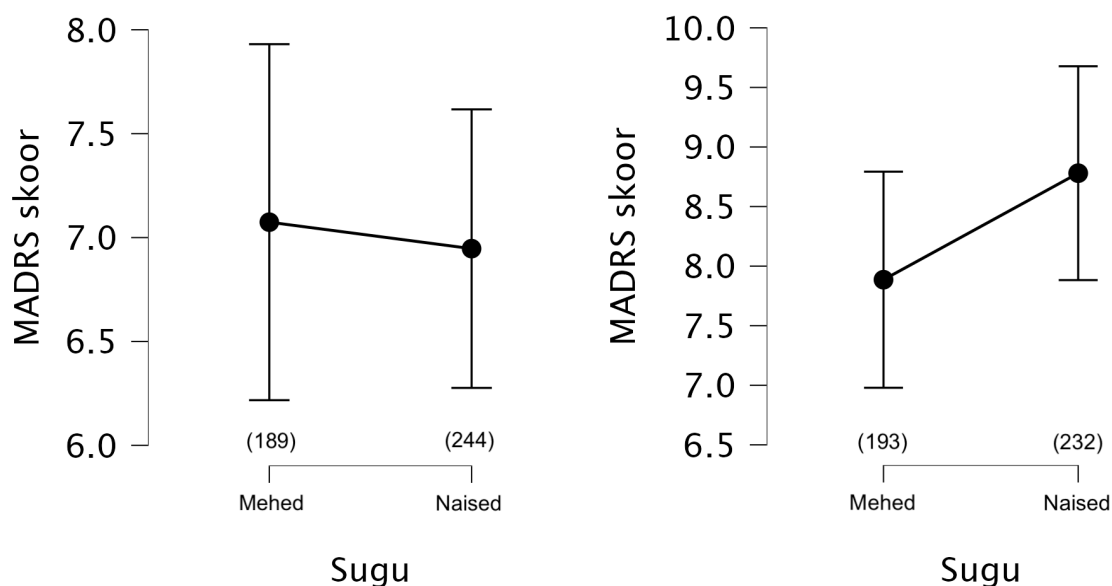
riskide vaheliste interaktsioonide analüüsimiseks kasutati faktoriaalset ANOVA. Statistiliselt oluliste koosmõjude puhul analüüsiti gruppidevahelisi erinevusi nii Fisher *least significant difference* (LSD) testi kui Tukey post hoc testidega. Faktoriaalse ANOVA post hoc analüüside tegemiseks kasutati programmi STATISTICA. Peamõjude analüüsi faktoriaalse ANOVA põhjal ei tehtud normaaljaotusele mittevastavuse tõttu. Subjektiivse heaolu ja õpetajate poolt hinnatud suure viisiku dimensioonide vaheliste seoste leidmiseks kasutati korrelatsioonikordajana Spearman'i rood. Korrelatsioonide uurimisel pöörati subjektiivse heaolu skoorid parema mõistmise jaoks ümber. Statistilise olulisuse nivooks määrati p-väärtus $\leq 0,05$.

Tulemused

Riskitegurid ja depressiivsuse skoorid

Sugu ja depressiivsuse skoorid

Meeste ja naiste keskmised depressiivsuse skoorid 25-aastaste ($H(1) = 0.025$, $p = 0.874$) ja 33-aastaste ($H(1) = 1.540$, $p = 0.215$) vanuserühmas statistiliselt oluliselt ei erinevad (Joonis 1).



Joonis 1. Depressiivsuse skooride erinevused sugude lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolsel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolsel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Sotsiaalmajanduslik staatus ja depressiivsuse skoorid

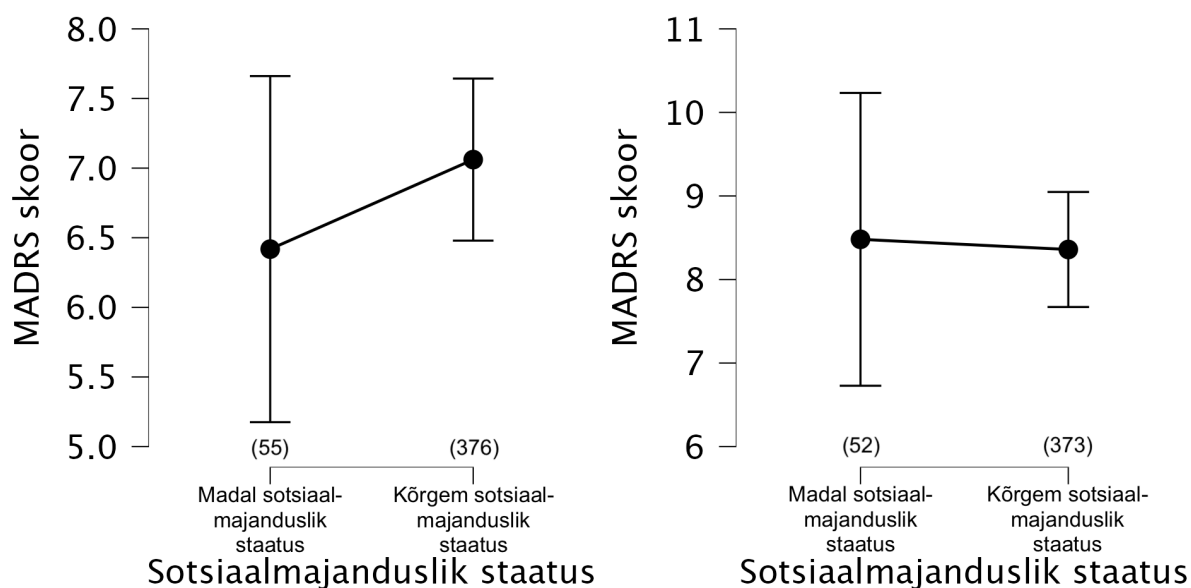
Tabelis 1 on sagedustabelina välja toodud madala ja kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega gruppide vastused teistele majandusliku olukorraga seotud küsimustele.

Tabel 1.

Madala ja kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega gruppide vastused teistele majandusliku olukorraga seonduvatele küsimustele

Majandusliku olukorra küsimused	Madal sotsiaal- majanduslik staatus	Kõrgem sotsiaal- majanduslik staatus
	% (N)	% (N)
Arvestades soove ja vajadusi, millise hinde paneksid praegustele elamistingimustele?		
1 (<i>Halb</i>)	4% (3)	0% (0)
2	6% (5)	2% (11)
3	40% (32)	40% (199)
4	33% (27)	32% (158)
5 (<i>Väga hea</i>)	17% (24)	26% (131)
Milline on sinu arvates teie pere majanduslik olukord teiste peredega võrreldes?		
1 (<i>Kõige vaesemad pered Eestis</i>)	0% (0)	0% (0)
2	21% (17)	2% (12)
3	64% (52)	70% (347)
4	15% (12)	27% (137)
5 (<i>Kõige rikkamad pered Eestis</i>)	0% (0)	1% (3)
Kas sul on mõni huviala, millega sa ei saa tegeleda sellepärast, et ei ole raha?		
(1) <i>Jah</i>	51% (40)	27% (134)
(2) <i>Ei</i>	49% (38)	73% (358)
Kui sageli juhtub, et sa ei saa osta või sulle ei osteta asju, mida sul vaja on?		
(1) <i>Sageli</i>	27% (17)	13% (41)
(2) <i>Mõnikord</i>	24% (15)	29% (94)
(3) <i>Harva</i>	35% (22)	41% (135)
(4) <i>Mitte kunagi</i>	13% (8)	17% (57)
Kui sageli juhtub, et sa vajad millekski raha, kuid jääd vanematele rääkimata, seega ka oma soovi täitmata?		
(1) <i>Sageli</i>	15% (12)	9% (43)
(2) <i>Mõnikord</i>	28% (23)	22% (110)
(3) <i>Harva</i>	28% (23)	25% (172)
(4) <i>Mitte kunagi</i>	28% (23)	34% (171)
Milliseks hindad oma majanduslikku olukorda sõpradega võrreldes?		
(1) <i>Minul on parem</i>	21% (17)	15% (77)
(2) <i>Umbes samasugune</i>	63% (51)	78% (389)
(3) <i>Sõpradel on parem</i>	16% (13)	6% (32)

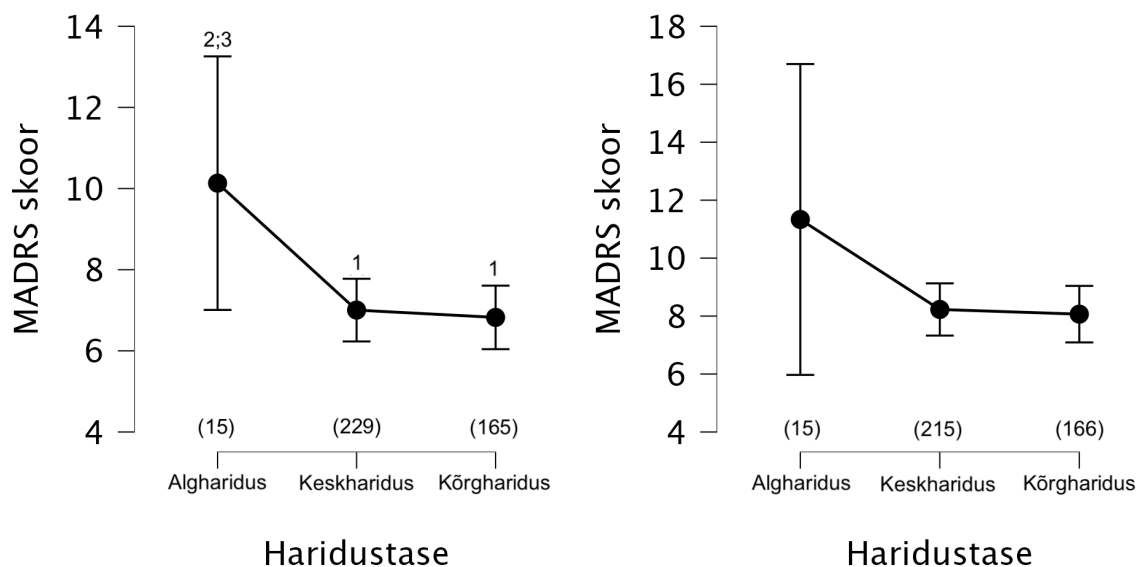
Madala ja kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega gruppide keskmised depressiivsuse skoorid 25-aastaste ($H(1) = 0.242$, $p = 0.623$) ja 33-aastaste ($H(1) = 0.148$, $p = 0.701$) vanuserühmas statistiliselt oluliselt ei erinenud (Joonis 2).



Joonis 2. Depressiivsuse skooride erinevused sotsiaalmajandusliku staatuse lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolsel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolsel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Emade haridustase ja depressiivsuse skoorid

25-aastaste lõikes olid algharidusega emade keskmised depressiivsuse skoorid kõrgemad kui kesk- ($z = 2.51$, $p = 0.012$) või kõrgharidusega ($z = 2.41$, $p = 0.016$) emade keskmised depressiivsuse skoorid (Joonis 3). 33-aastaste puhul statistiliselt olulist tulemust ei selgunud ($H(2) = 1.73$, $p = 0.421$) (Joonis 3).

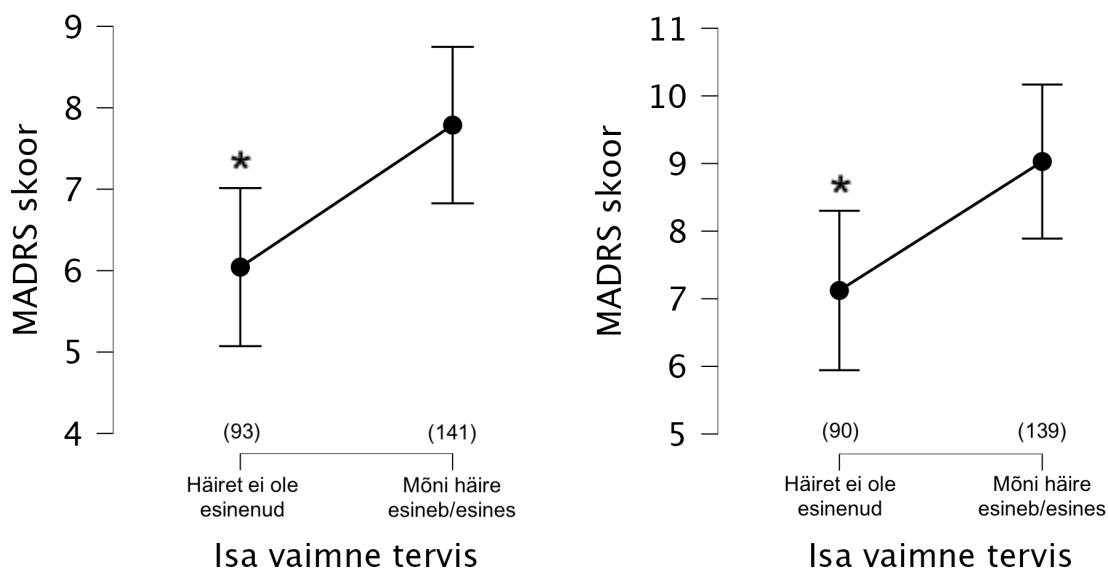


Joonis 3. Depressiivsuse skooride erinevused ema haridustaseme lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolisel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolisel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. Usalduspiiride kohal on välja toodud grupid, kelle vaheline erinevus oli statistiliselt oluline ($p < 0,05$).

Lapsevanema vaimse tervise häire ja depressiivsuse skoorid

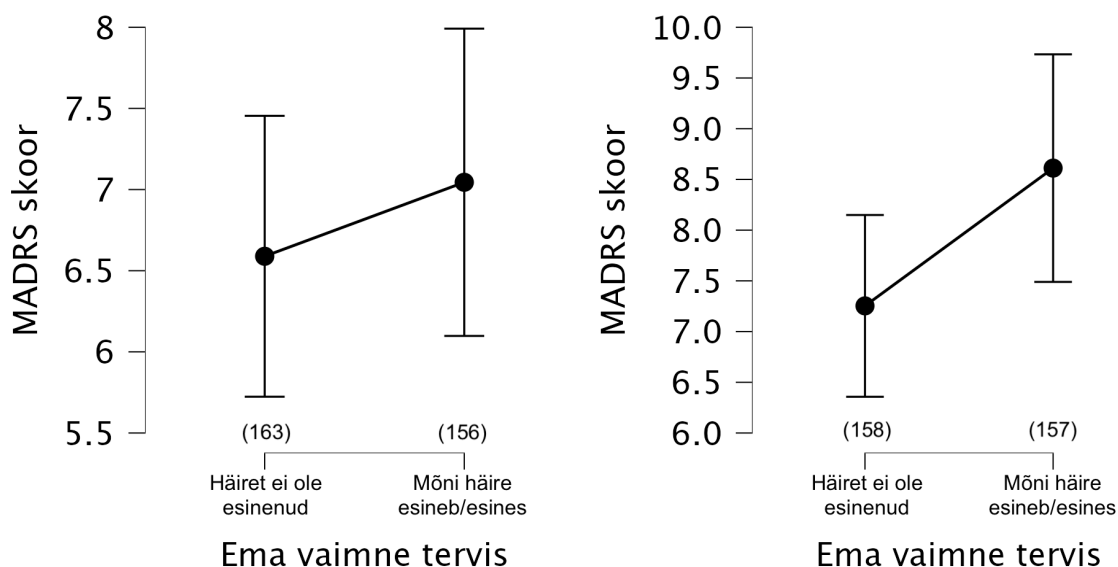
Vanemate vaimse tervise puhul uuriti eraldi eraldi isal ja emal vaimse tervise häire esinemist ja selle seost depressiivsuse skooridega.

25-aastaste vanusegrupis oli isa vaimse tervise häire esinemise korral laste keskmised depressiivsuse skoorid kõrgemad kui keskmised depressiivsuse skoorid isa vaimse tervise häire mitte-esinemisel ($z = -2.616$, $p = 0.009$) (Joonis 4). Sama tulemus joonistus ka 33-aastaste vanusegrupis ($z = -2.382$, $p = 0.017$) (Joonis 4).



Joonis 4. Depressiivsuse skooride erinevused isa vaimse tervise lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolisel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolisel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. * $p < 0.05$, erineb grupist, kes erineb häire esinemise poolest.

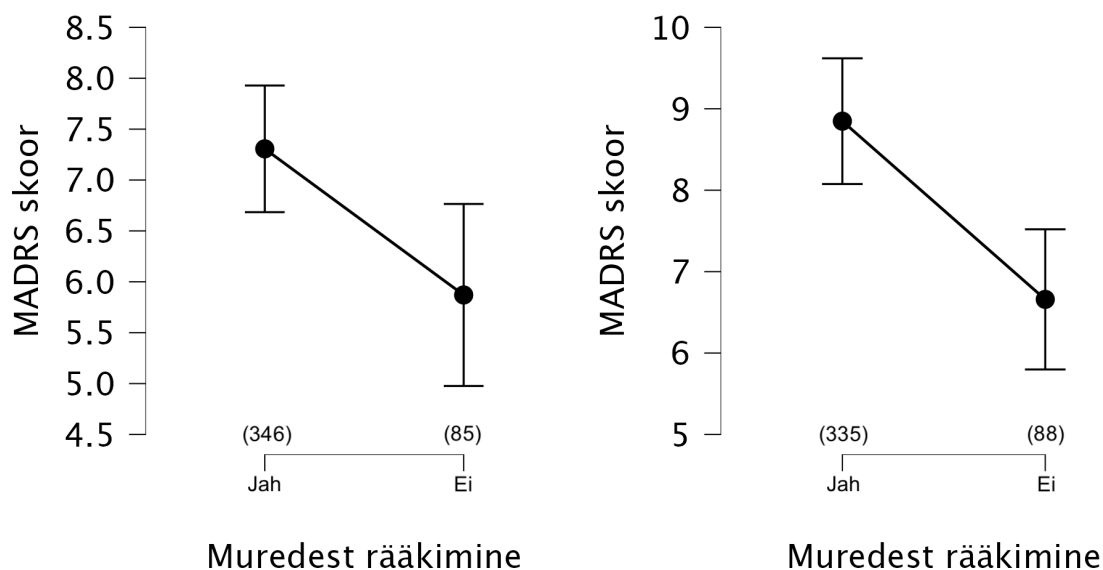
Ema vaimse tervise häire esinemise või mitteesinemise lõikes ei 25-aastaste ($H(1) = 1.238$, $p = 0.266$) ega 33-aastaste ($H(1) = 1.944$, $p = 0.163$) vanusegrupis laste keskmised depressiivsuse skoorid statistiliselt oluliselt ei erinenud (Joonis 5).



Joonis 5. Depressiivsuse skooride erinevused ema vaimse tervise lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolisel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolisel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Muredest rääkimine ja depressiivsuse skoorid

Muredest rääkimise võimaluse lõikes ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi 25-aastaste ($H(1) = 2.901, p = 0.089$) ega 33-aastaste ($H(1) = 3.629, p = 0.057$) keskmistes depressiivsuse skoorides (Joonis 6). Mõlema vanusegrupi puhul on näha tendentsi, mille kohaselt keskmised depressiivsuse skoorid on madalamad lastel, kellel ei ole muresid kellegagi jagada, võrreldes nendega, kellel kellel on kedagi, kellele oma muredest rääkida.



Joonis 6. Depressiivsuse skooride erinevused muredest rääkimise lõikes 95% usalduspiiridega. Vasakpoolisel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolisel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Vanema puudumine ja depressiivsuse skoorid

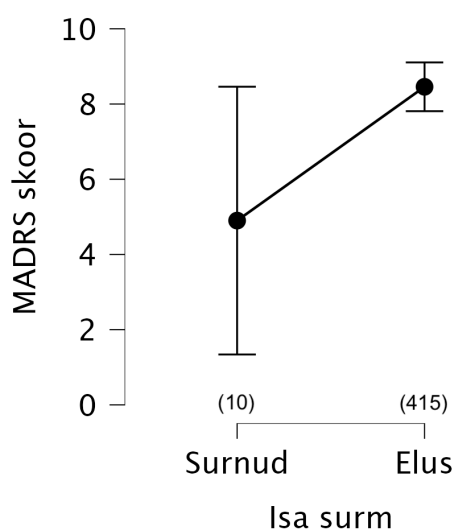
Tabel 2.

Vastajate jaotus vanemate esinemisega seotud kategooriate lõikes.

	25-aastane % (N)	33-aastane % (N)
<i>Isa surm</i>		
Surnud/Elus	2% (7) / 98% (426)	2% (10) / 98% (415)
<i>Ema surm</i>		
Surnud/Elus	≈0% (1) / ≈100% (428)	≈0% (2) / ≈100% (423)
<i>Isafiguur olemas</i>		
Ei/Jah	12% (50) / 88% (383)	13% (54) / 87% (371)
<i>Emafiguur olemas</i>		
Ei/Jah	1% (3) / 99% (430)	1% (2) / 99% (423)

Tabelis 2 on välja toodud valimi jaotus erinevate vanemate puudumise aspektide lõikes. Tabelis on kajastatud vastajad, kelle puhul olid olemas ka depressiivsuse skoorid. Ema surma ja emafiguuri eksisteerimise tingimuste valimi piiratuse tõttu antud teguritega edasisi analüüse ei tehtud.

Isa surma lõikes ei 25-aastaste ($H(1) = 1.238, p = 0.266$) ega 33-aastaste ($H(1) = 3.636, p = 0.057$) keskmised depressiivsuse skoorid statistiliselt oluliselt ei erinenud. 33-aastaste tulemused võivad viidata tendentsile, mille puhul isa surma korral olid keskmised depressiivsuse skoorid madalamad kui keskmised depressiivsuse skoorid juhul kui isa oli veel elus (Joonis 7).



Joonis 7. Depressiivsuse skooride erinevused isa surma lõikes 95% usalduspiiridega. Joonisel on kuvatud 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

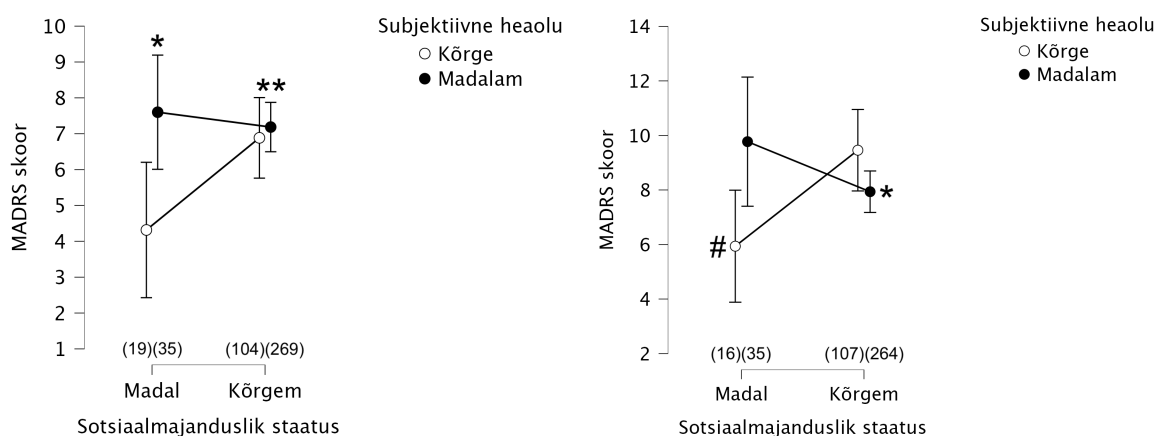
Keskmised depressiivsuse skoorid ei erinenud statistiliselt oluliselt lastel, kelle elus oli isafiguur olemas ja kellel mitte, seda nii 25-aastaste ($H(1) = 0.348, p = 0.555$) kui ka 33-aastaste ($H(1) = 0.292, p = 0.589$) vanuserühmades.

Riskitegurid, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

Sotsiaalmajanduslik staatus, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

25-aastaste vanuserühmas ei esinenud statistiliselt olulist sotsiaalmajandusliku staatuse ja subjektiivse heaolu koosmõju depressiivsusele ($F(1, 423) = 3.00, p = 0.084$). Fisheri post hoc testid aga näitasid, et madala sotsiaalmajandusliku staatuse, aga kõrge

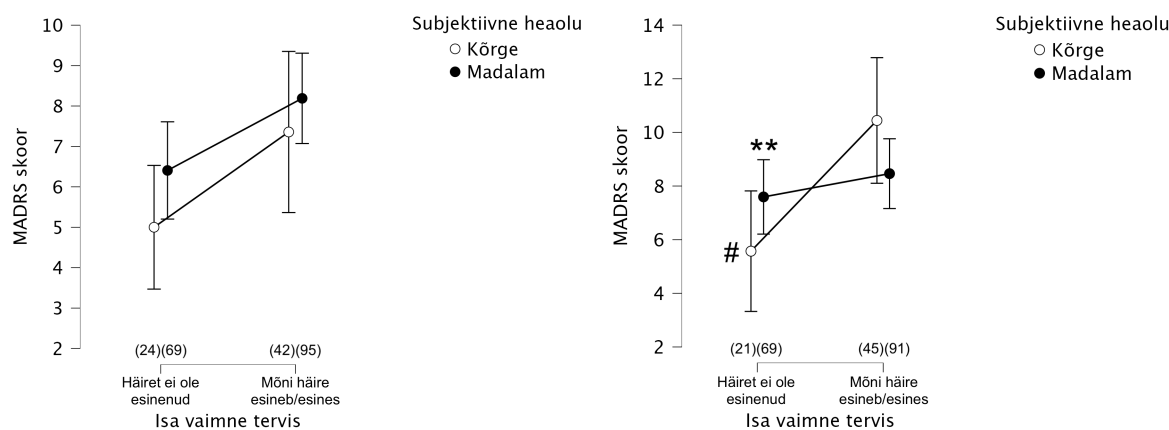
subjektiivse heaolu grupi depressiivsuse skoorid olid keskmiselt madalamad kui madalama subjektiivse heaolu puhul nii madala ($p = 0.04$) kui ka kõrgema ($p = 0.031$) sotsiaalmajandusliku staatuse tingimustes (Joonis 8). Kuigi tegemist ei olnud statistiliselt olulise, vaid piiripealse tulemusega, oli kõrge subjektiivse heaolu puhul keskmine depressiivsuse skoor madalam madala sotsiaalmajandusliku staatuse puhul võrreldes kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega ($p = 0.067$). Oluline koosmõju esines aga 33-aastaste vanusegrupis ($F(1, 423) = 6.17, p = 0.013$) (Joonis 8). Tukey post hoc ühegi grupi vahel statistiliselt olulisi erinevusi keskmistes depressiivsuse skoorides ei tuvastanud. Fisheri post hoc testid näitasid, et kõrgema sotsiaalmajandusliku staatuse puhul olid kõrge subjektiivse heaolu keskmised depressiivsuse skoorid kõrgemad kui madalama heaolu puhul ($p = 0.049$) (Joonis 8). Kui subjektiivne heaolu oli kõrge, siis keskmised depressiivsuse skoorid olid madalamad madala sotsiaalmajandusliku staatuse puhul võrreldes kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega ($p = 0.05$) (Joonis 8). Lisaks ilmnes tendents, et madala sotsiaalmajandusliku staatuse puhul on kõrge subjektiivse heaolu korral keskmised depressiivsuse skoorid madalamad kui madalama subjektiivse heaolu puhul ($p = 0.058$).



Joonis 8. Subjektiivse heaolu ja sotsiaalmajandusliku staatuse koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Vasakpoolsel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolsel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. * $p < 0.05$, erineb grupist, kellel on sama sotsiaalmajanduslik staatus, aga kõrgem subjektiivse heaolu skoor; ** $p < 0.05$, erineb grupist, kellel erinev sotsiaalmajanduslik staatus ja kõrgem subjektiivse heaolu skoor; # $p < 0.05$, erineb grupist, kellel on erinev sotsiaalmajanduslik staatus, aga sama subjektiivne heaolu skoor.

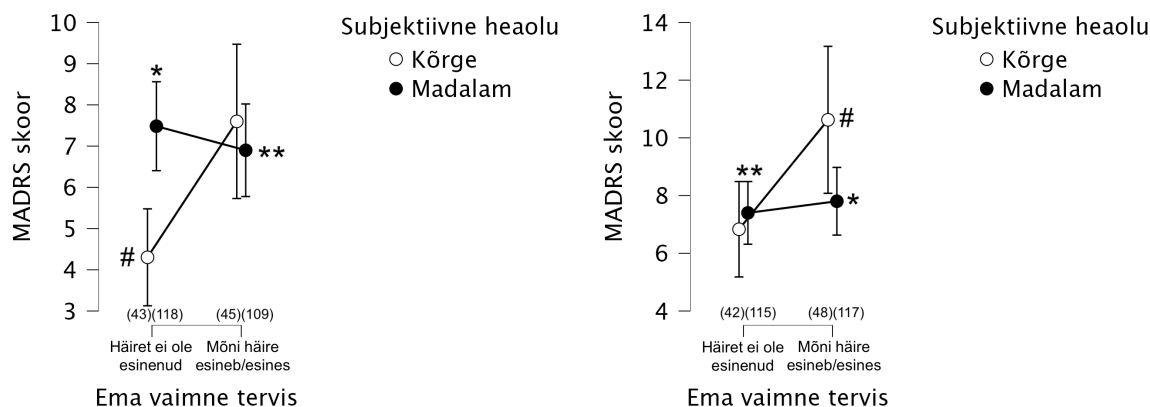
Lapsevanema vaimne tervis, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

25-aastaste puhul statistiliselt olulist isa häire esinemise ja subjektiivse heaolu ($F(1, 226) = 0.13, p = 0.723$) koosmõju depressiivsusele ei esinenud (Joonis 9). 33-aastaste puhul oli isa vaimse tervise häire esinemise ja subjektiivse heaolu vahel statistiliselt oluline koosmõju depressiivsusele ($F(1, 222) = 4.18, p = 0.042$) (Joonis 9). Tukey ($p = 0.021$) ja Fisheri ($p = 0.004$) post hoc analüüsid näitasid, et juhul kui gruppide subjektiivne heaolu on kõrge, siis on keskmine depressiivsuse skoor madalam grupil, kelle isal ei häiret esinenud ei ole (Joonis 9). Fisheri post hoc testi kohaselt on keskmine depressiivsuse skoor madalam ka neil, kelle isal häiret pole esinenud ja on madalam subjektiivse heaolu skoor võrreldes grupiga, kelle heaolu on kõrgem, aga häire on esinenud ($p = 0.02$) (Joonis 9).



Joonis 9. Subjektiivse heaolu ja isa vaimse tervise häire koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Vasakpoolisel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolisel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. ** $p < 0.05$, erineb grupist, kes erineb häire esinemise poolest ja kellel on kõrgem subjektiivse heaolu skoor; # $p < 0.05$, erineb grupist, kellel on erinevus isa häire esinemises, aga sama subjektiivne heaolu skoor.

Emal vaimse tervise häire esinemise ja subjektiivse heaolu vahel esineb statistiliselt oluline koosmõju depressiivsusele nii 25- ($F(1, 311) = 7.28, p = 0.007$) kui ka 33-aastaste ($F(1, 308) = 4.45, p = 0.036$) vanusegrupis (Joonis 10). Nii Tukey kui ka Fisheri post hoc analüüsid näitasid, et 25-aastaste uuritavate puhul, kelle subjektiivse heaolu skoor oli kõrge ja emal häiret ei esinenud, keskmised depressiivsuse skoorid madalamad kui kõikidel teistel gruppidel ($p < 0.05$) (Joonis 10). 33-aastaste puhul aga uuritavatel, kelle subjektiivne heaolu kõrge, kuid kelle emal oli esinenud mõni häire, oli keskmine depressiivsuse skoor kõrgem kui kõikidel teistel gruppidel ($p < 0.05$) (Joonis 10).

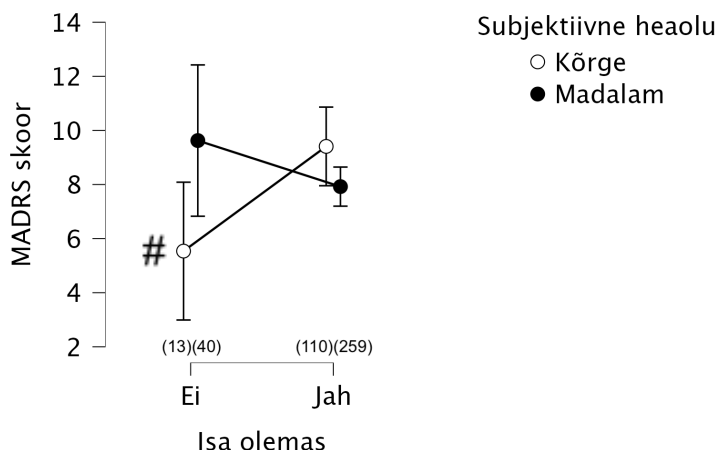


Joonis 10. Subjektiivse heaolu ja ema vaimse tervise häire koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Vasakpoolsel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolsel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. * $p < 0.05$, erineb grupist, kes erineb häire esinemise poolest ja kellel on kõrgem subjektiivse heaolu skoor; ** $p < 0.05$, erineb grupist, kes erineb häire esinemise poolest ja kellel on kõrgem subjektiivse heaolu skoor; # $p < 0.05$, erineb grupist, kellel on erinevus ema häire esinemises, aga sama subjektiivne heaolu skoor.

Vanema puudumine, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

Isa surma ja subjektiivse heaolu vahel 25-aastaste ($F(1, 425) = 0.67, p = 0.417$) ega 33-aastaste ($F(1, 418) = 2.63, p = 0.106$) vanuserühmades statistiliselt olulist koosmõju depressiivsusele ei esinenud.

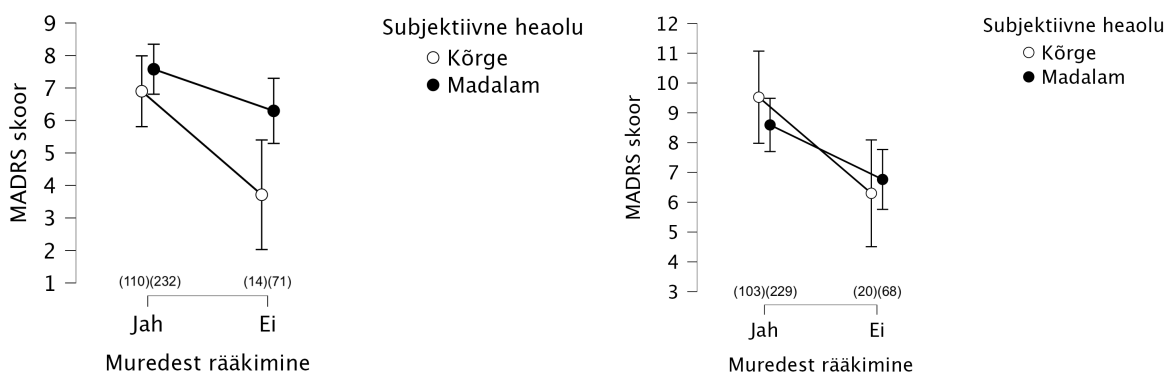
Olulist koosmõju depressiivsusele ei esinenud ka isafiguuri esinemise ja subjektiivse heaolu vahel 25-aastaste puhul ($F(1, 425) = 0.20, p = 0.653$). Oluline koosmõju depressiivsusele esines aga 33-aastaste vanusegrupis ($F(1, 418) = 6.06, p = 0.014$) (Joonis 11). Tukey post hoc analüüs statistiliselt olulisi gruppidevahelisi erinevusi ei tuvastanud. Fisheri testist aga selgus, et kõrge subjektiivse heaolu tingimustes oli keskmine depressiivsuse skoor madalam lastel, kellel isafiguuri elus ei olnud ($p = 0.049$). Statistiliselt mitteoluline, aga piiripealne erinevus oli ka isafiguuri puudumisel kõrge ja madalama subjektiivse heaolu gruppide keskmistes depressiivsuse skoorides ($p = 0.056$).



Joonis 11. Subjektiivse heaolu ja isafiguuri olemasolu koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Joonisel on kuvatud 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes. # p < 0.05, erineb grupist, kellel on isafiguuri olemasolus, aga sama subjektiivne heaolu skoor.

Muredest rääkimine, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

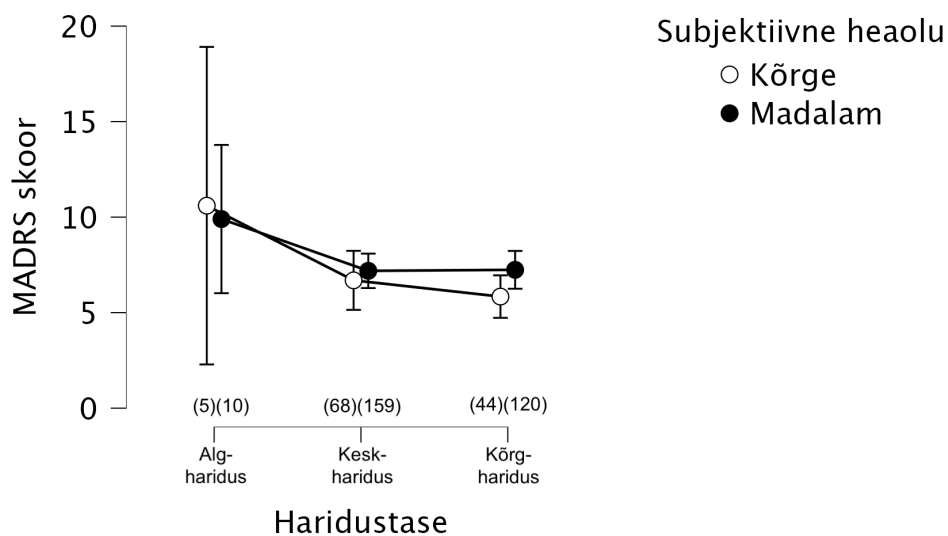
Muredest rääkimise võimaluse ja subjektiivse heaolu vahel ei ilmnenu statistiliselt olulist koosmõju depressiivsusele ei 25-aastaste ($F(1, 423) = 1.18, p = 0.278$) ega 33-aastaste ($F(1, 416) = 0.55, p = 0.457$) puhul (Joonis 12).



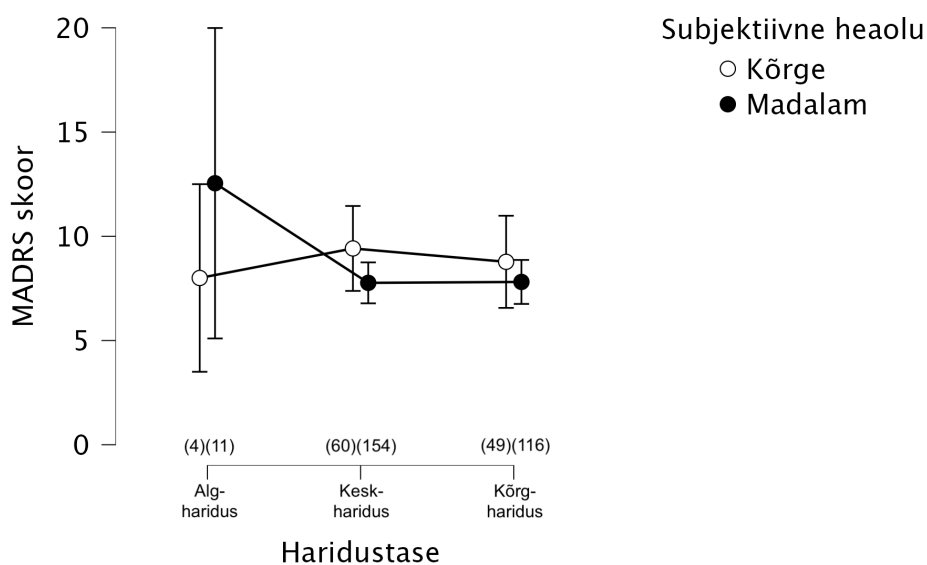
Joonis 12. Subjektiivse heaolu ja muredest rääkimise võimaluse koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Vasakpoolsel joonisel on kuvatud 25-aastaste ja parempoolsel 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Ema haridus, subjektiivne heaolu ja depressiivsuse skoorid

Nii 25-aastaste ($F(2, 400) = 0.37, p = 0.688$) (Joonis 13) kui ka 33-aastaste ($F(2, 388) = 1.20, p = 0.303$) (Joonis 14) vanusegruppides ei esinenud statistiliselt olulist ema haridustaseme ja subjektiivse heaolu koosmõju depressiivsusele.



Joonis 13. Subjektiivse heaolu ja ema hariduse koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Joonisel on kuvatud 25-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.



Joonis 14. Subjektiivse heaolu ja ema hariduse koosmõju depressiivsusele 95% usalduspiiridega. Joonisel on kuvatud 33-aastaste tulemused. Gruppide suurused on välja toodud sulgudes.

Subjektiivne heaolu ja suur viisik

Tabel 3.

Subjektiivse heaolu ja isikuomaduste korrelatsioonid

	Subjektiivne heaolu	Sõbralik- ebasõbralik	Rõõmus- kurb	Heatahtlik- kuri	Õnnelik- õnnetu
Neurootilisus	-0.127**	-0.038	-0.083	-0.120**	-0.104*
Ekstravertsus	0.074	0.018	0.060	0.065	0.070
Sotsiaalsus	0.056	0.025	0.009	0.079	0.042
Meelekindlus	0.156***	0.089*	0.070	0.142**	0.153***
Avatus	0.046	-0.016	9.118×10^{-4}	0.054	0.034

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabel 3 näitab positiivse afektiivsuse ja õpetajate täidetud suure viisiku isikuomaduste korrelatsioone. Kuigi esineb mitmeid statistiliselt olulisi korrelatsioone, siis on kõikide tunnuste vahelised seosed väga nõrgad.

Arutelu

Töö eesmärk oli uurida lapseas esinevate riskifaktorite seost depressiooni sümptomite esinemisega täiskasvanueas ja subjektiivse heaolu rolli sümptomite ennetamisel.

Varasema kirjanduse põhjal püstitati kaks hüpoteesi. Esimene hüpotees, et depressiivsust noores täiskasvanueas ennustab keskkondlike riskifaktorite esinemine 9-aastasena, sai osaliselt kinnitust. Osaliselt sai kinnitust ka teine hüpotees, et keskkondlike riskifaktorite esinemisel on keskmine depressiivsuse skoor kõrge subjektiivse heaolu puhul madalam kui madalama subjektiivse heaolu puhul.

Tulemustest selgus, et depressiivsuse skoorid noores täiskasvanueas sotsiaalmajandusliku staatuse lõikes lapseas statistiliselt oluliselt ei erinenud. Üldiselt on madal sotsiaalmajanduslik staatus püsivalt kirjanduses riskina välja joonistunud, mistõttu oli tulemus üllatav (Remes, Mendes & Templeton, 2021; Cao, 2021). Tulemuste erinevust võib selgitada asjaolu, et antud töö puhul kasutati majandusliku olukorra hindamise mõõdikuna lapse tajupõhist hinnangut, mitte arvulist väärtust. Ühest küljest võib lapse tunnetus pere rahalise seisukoha osas olla hea infoallikas, sest seeläbi võib tekkida parem aimdus rahalise seisuga mõjust toimetulekule. Teisest küljest võib lapse hinnang olla kättesaadavate ja hiljutiste

mälestuste põhine, mille tulemusel takistust soovitava asja saamisel tõlgendatakse kui probleemi pere rahaasjadega. Peale selle näitas teiste majandusliku olukorra küsimuste vastuste sageduste jaotus, et tulenevalt küsimuse püstitusest esines ka hinnangutes varieeruvust. Näiteks oli vastajaid, kes hindasid pere rahalist seisut viisil, kus söögiks raha ei jätku, kuid teiste peredega võrreldes andsid hindeks "4", mis on pigem heal järjel pere Eestis. See näitab, et lastel ei pruugi olla parimat arusaama enda pere või teiste perede rahalisest seisust. Võib olla ka tõenäoline, et perekond oli antud hetkel teinud koduse keskkonna arendamiseks suuremaid väljaminekuid (ostnud uue elamise, teinud remonti), mille tulemusel on elutingimused head, kuid lisaraha üle ei jää. Alternatiivselt võib erinevate küsimuste vastuste variatiivsus viidata sellele, et madala sotsiaalmajandusliku grupi näol on tegemist pigem madala keskklassiga, mille tõttu gruppide võrdluses nii selgeid erinevuseid ei esinenud. Antud juhul on ka suurem tõenäosus, et depressiivsuse skooride mõõtmise hetkel olid uuritavad suutnud iseseisvalt ressursse ja vahendeid koguda, mille tulemusel võis nende majanduslik taust pere olukorrast ka erineda. Olukorras, kus tegemist on väga madala sotsiaalmajandusliku staatuse ja vaesusega, on vaesusringist väljumine keerulisem ja sellisel juhul oleks võinud ka gruppidevaheline erinevus olla suurem.

Faktoriaalne ANOVA tuvastas aga olulise sotsiaalmajandusliku staatuse ja subjektiivse heaolu koosmõju depressiivsuse skooridele. Tulemustest selgus, et olukorras, kus perekonna rahaline olukord on üpris hea, pole depressiivsuse kontekstis subjektiivse heaolu roll nii märgatav. See võib viidata asjaolule, et majanduslik turvatunne juba iseeneses on oluline heaolusse panustav faktor. Samal ajal, kõrge subjektiivne heaolu on seotud madalamate depressiivsuse skooridega juhul kui esineb sotsiaalmajanduslik riskitegur. Oluline on ka märkida, et kõrge subjektiivse heaolu puhul olid riskigrupi keskmised depressiivsuse skoorid madalamad kui mitteriskigrupi skoorid. Seega ei pruugi see mitte olla edukas riski vähendamises, vaid toimida kui kaitsetegur.

Enam haridustaseme ja depressiivsuse skooride puhul leiti, et 25-aastaste vanuserühmas olid keskmised depressiivsuse skoorid kõrgemad neil, kelle emadel oli algharidus. Varasemad uuringud on leidnud seoseid haridustaseme ja kasvatustüüpide vahel, mille kohaselt vähene haridus on seotud madalama emotsionaalse seotuse, kaasatuse ja kohati kõrgema direktiivsusega, mille tulemusel võib lapsel jääda puudu olulisest toest või emotsioonidega toimetulemise oskustest (Xiang, Cao & Li, 2024). Lisaks võib madalam haridustase olla seotud ka pere piiratuma rahalise olukorraga, millest tulenevalt võib lapsel olla vähem

vajalikke ressursse või võimalusi (Sullivan et al., 2022). Antud uuringus sotsiaalmajandusliku staatuse mõju eraldi küll ei avaldunud, mis võib viidata kas sellele, et eelkõige avaldas mõju madalama haridustasemega seonduv oskuste puudumine või mängis rolli ka rahaline külg, mille mõju avaldus kaudsemalt. 33-aastaste vanusegrupis ema hariduse lõikes statistiliselt olulisi erinevusi enam ei esinenud. Eelmainitud põhjuste taustal võib arvata, et vanuse kasvades on olnud rohkem aega, et nii emotsionaalseid kui ka praktilisi oskuseid arendada, mille tulemusel ei ole uuritav nii sõltuv vanema mõjust. Võrreldes 25-aastasega on antud vanuses olnud rohkem aega, et tegeleda karjääri arendamisega ja tagada stabiilne sissetulek või majanduslik turvatunne, mis aitab kompenseerida ema haridustaseme mõju tulemeid.

Subjektiivse heaolu ja ema haridustaseme vahel olulist koosmõju depressiivsusele ei esinenud. Kuna majandusliku staatuse puhul subjektiivne heaolu võis toimida kaitsefaktorina, siis võib eeldada, et ema madal haridustase võib suurendada depressiivsuse riski läbi mõne teise mehhanismi. Samas, võttes aluseks emotsionaalse soojuse ja läheduse, siis võiks subjektiivne heaolu siiski omada positiivset mõju hariduse puudujääkide kompenseerimisel. Kõike seda arvesse võttes võib tulemuse taga olla ka piiratud valimi suurus, sest laste arv, kelle emal oli algharidus, oli üpriski väike, eriti kõrge subjektiivse heaolu tingimuses.

Lapsevanema vaimse tervise häire analüüsis näitasid tulemused, et keskmised depressiivsuse skoorid on nii 25-aastaste kui ka 33-aastaste vanuserühmades kõrgemad neil, kelle isal on elu jooksul mõni häire esinenud. Üllatuslikult ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi ema häire esinemise lõikes. Ühest küljest on isade tulemus ootuspärane, sest laps võib nii õppida ja mudeldada koduses keskkonnas esinevaid düsfunktsionaalseid käitumisi kui ka võib häire esinemine mõjutada perekondlikku suhtlust ja emotsionaalsete oskuste õpet, mille tulemusel võib toimetulek olla raskendatud (Wickersham, 2020). Tulemuste puhul võib mängida rolli ka asjaolu, et antud töö raames käsitleti häire esinemist binaarselt ehk kas häire esineb või mitte. Selle tulemusel ei olnud võimalik eraldi analüüsida erinevate häirete mõju ja jaotust vanemate lõikes. Varasemad uuringud on näidanud, et meestel esineb rohkem sõltuvushäireid, mis võivad pere kontekstis omada lapse kasvukeskkonnale ja arengule olulist negatiivset mõju (McHugh et al., 2018). On leitud, et depressioonil võib olla ka vahendav mõju ainete tarvitamise ja negatiivsete vanemlike strateegiate kasutamise kontekstis (Stover, Urdahl & Easton, 2012). Lisaks ei olnud võimalik analüüsida, millal, mitu ja kui tõsisel määral häired esinesid. Seega on raske öelda, kas riski suurendab asjaolu, et isal esines häire või olid nende häired hiljutisemad ja lapsele rohkem tajutavamad. Oluline on arvesse võtta ka

üldist sotsiaalset konteksti, kus suuresti on ootus, et ema on lapse jaoks primaarne emotsionaalne tugi, mille tulemusel võisid emad isegi häire (eeldusel, et tegemist ei ole väga tõsise häirega) diagnoosi korral olla motiveeritud lapse heaolu nimel enda raskuseid maha suruma. Viimaks, on tõenäoline, et nii emade kui ka isade puhul võtsid uuringust osa lapsevanemad, kelle vaimse tervise olukord antud hetkel võimaldas neil seda teha, mille tulemusel võisid valimist välja jääda mõned raske häireastmega uuritavad.

Isa vaimse tervise häire esinemise ja subjektiivse heaolu vahel esines statistiliselt oluline koosmõju depressiivsusele 33-aastaste, aga mitte 25-aastaste vanuserühmas. 25-aastaste vanuserühmas võib subjektiivsel heaolul olla väiksem mõju, sest noor täiskasvanu võib elada veel vanemate juures, näiteks õpingute ajal. Juhul kui isa häire on selleks hetkeks veel püsiv, siis võib see omada mõju ka noore toimetulekule. Seda toetab ka tõsiasi, et meestel on madalam tõenäosus vaimse tervise probleemide korral abi otsida, mille tulemusel võivad nende probleemid püsida pikaajsemalt (Pattyn, Verhaeghe & Bracke, 2015). 33-aastaste puhul olid kõrge subjektiivse heaoluga lastel, kelle isal esines mõni vaimse tervise häire, keskmised depressiivsuse skoorid kõrgemad kui lastel, kelle isal häiret esinenud ei olnud. Seda nii kõrge kui ka madalama subjektiivse heaolu tingimustes. Ema vaimse tervise häire esinemise ja subjektiivse heaolu vahel esines statistiliselt oluline koosmõju depressioonile mõlemas vanuserühmas. 25-aastaste puhul olid lastel, kellel oli kõrge subjektiivne heaolu ja kelle emal häiret ei esinenud, keskmiselt madalamad depressiivsuse skoorid kui kõikidel teistel gruppidel. 33-aastastel aga olid lastel, kellel oli kõrge subjektiivne heaolu ja kelle emal oli häire esinenud, keskmiselt kõrgemad depressiivsuse skoorid kui kõikidel teistel gruppidel. Tulemused annavad alust arvata, et kõrge subjektiivne heaolu võib toimida depressiooni kaitsefaktorina ka riskifaktori mitteesinemisel. Samaaegselt on olukordi, mille puhul kõrge subjektiivne heaolu võib riski esinemisel olla seotud kõrgema riskiga. Vanemate vaimse tervise puhul võib tulemus olla seotud ka asjaoluga, et nii subjektiivset heaolu kui ka riskitegureid mõõdeti lapseas ja depressiivsuse skoori täiskasvanueas. Vanema vaimse tervise probleemid on pea iga lapse jaoks rasked, aga lapse kõrge subjektiivse heaolu puhul võib laps raskuseid mõnes hilisemas eluetapis tajuda raskemalt, sest tema jaoks on kontrast heaolu mõistes suurem ja seega on ka risk suurem. Alternatiivselt, kõrge subjektiivne rahulolu võib mingil hetkel suurendada süütunnet, sest nähakse vanemate raskendatud toimetulekut ja hakatakse analüüsima enda rolli selle tekitamises ning võib

tekkida dissonants, mille puhul heaolutunne ei tundu vanemate olukorra kontekstis kohane (Gladstone et al., 2011).

Kuigi ei ilmnenu statistiliselt olulisi tulemusi, siis muredest rääkimise võimaluse lõikes ilmnes huvitav tendents. Nimelt olid keskmised depressiivsuse skoorid nii 25- kui ka 33-aastaste puhul madalamad grupil, kellel ei olnud kedagi, kellele oma muredest rääkida. Varasem teaduskirjandus on suuresti rõhutanud sotsiaalse ja emotsionaalse toe olulisust depressiooni ennetamisel (Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2018; Dai & Smith, 2023). Samas on välja toodud, et ka sotsiaalse toe puudumine ei vii tingimata häire väljakujunemiseni juhul kui inimesel on võimalik kogeda palju toredaid elusündmuseid ja tal on kõrgem positiivne afektiivsus (Chang, Muyan & Hirsch, 2015). Murede jagamise ja kõrgema depressiivsuse seost võib selgitada ka kõrgem emotsionaalne teadlikkus. See tähendab, et inimesed, kes juba lapsepõlves oma muresid ja raskuseid teistega läbi mõtestavad, oskavad neid ka tulevikus paremini märgata ja kirjeldada, mille tulemusel võib neil olla küll rohkem oskuseid, et keeruliste olukordadega toime tulla, aga nad võivad olla ka tundlikumad erinevatele emotsionaalsetele muutustele. Lisaks võib sotsiaalse toe puudumine suurendada mõne inimese puhul vajadust iseseisva hakkamasaamise järele, mille tõttu ei omanda nad vaimse tervise eest hoolitsemiseks vajalikke tööriistu läbi sotsiaalse kontakti vaid individuaalse õppimise.

Muredest rääkimise võimaluse ja subjektiivse heaolu vahel statistiliselt olulist depressiivsuse koosmõju ei esinenud. Ühest küljest võib subjektiivse heaolu vähene mõju tuleneda asjaolust, et puuduv muredest rääkimise võimalus ei olnud antud uuringu tulemuste põhjal riskifaktor. Samaaegselt ei saa ka öelda, et muredest rääkimise võimaluse näol on tegemist riskigrupiga, sest antud grupp on tõenäoliselt väga varieeruv ja heterogeensem, mille tõttu on selget mehhanismi keeruline välja tuua. Ühe selgitusena võib kaaluda ka laste enda tõlgendust antud küsimusest. Ühest küljest võis juhtuda, et mitmed uuritavad ei olnud antud hetkeks kunagi mõtestanud, kas nende elus on mõni usaldusisik, kelle poole pöörduda saaks, mis tegi neile vastamise raskeks. Teisest küljest võisid lapsed vastata "Ei" ka juhul kui nad tajusid, et neil pole tegelikkuses ka muresid, mille jagamine vajalik oleks. Sellisel juhul oleks seos madalamate depressiivsuse skooridega ka suhteliselt loogiline.

Lapsevanemate elust puudumise lõikes suures osas statistiliselt olulisi gruppidevahelisi erinevuseid keskmistes depressiivsuse skoorides ei esinenud. Statistiliselt mitteoluline, kuid piiripealne tulemus ilmnes 33-aastaste vanusegrupis, kus uuritavatel, kelle

isa oli surnud, oli keskmine depressiivsuse skoor madalam kui neil, kelle isa veel elus oli. Üldiselt on varasemad uuringud näidanud, et lapsevanema kaotamine varases eas, eriti kui see juhtub ootamatult, on seotud kõrgema depressiooni ja selle tagajärjel hospitaliseerimiskõrgega (Simbi, Zhang & Wang, 2020; Berg, Rostila & Hern, 2016). Rottide peal läbiviidud uuringud on aga näidanud, et vastsündinud järeltulija lühiajaline emast eraldamine võib suurendada resilientsust stressi vastu hilisemas elus (Shi et al., 2021). Antud uuringu kontekstis võis tulemustes aga rolli mängida piiratud valim, mille tõttu ema puudumise mõju analüüsida ei olnud võimalik ja isa puhul olid võrdlusgrupid jaotunud ebavõrdseks. Lisaks ei olnud infot selle kohta, mis põhjusel üks või teine vanem lapse elust puudu oli ning millal vanem lapse elust lahkus. Esineb võimalus, et vanema kaotus toimus kaua aega tagasi ja lapsel pole inimesest püsivaid mälestusi, mille tõttu tema puudumine ei oma ka olulist mõju. Alternatiivselt võis näiteks vanemate lahtuse puhul olla tegemist olukorraga, kus üks vanematest mõjus kodusele keskkonnale ebatervislikult, mille tulemusel oli tema lahkumisel vastupidiselt positiivne mõju. Oluline on ka mainida, et sotsiaalse toe mõistes ei pruugi ainult vanemad täita vanemliku toe pakkumise funktsiooni, mille tõttu võis ka lastel, kellel ühte vanemat elus ei olnud, olla elus keegi teine, kellelt vajalikku hoolitsust sai. Lisaks võib ka üksikvanem väga edukalt lapse vajaduste täitmisega toime tulla, tagades seeläbi parema toimetuleku täiskasvanueas. Samamoodi võib lapsel olla kaks vanemat, aga vähese emotsionaalse toe ja hoolitsuse korral võivad tema depressiivsuse skoorid olla tulevikus kõrgemad.

Isafiguuri olemasolu ja subjektiivse heaolu vahel esines 33-aastaste vanuserühmas oluline koosmõju depressiivsusele. Leiti, et kõrge subjektiivse heaolu puhul on keskmised depressiivsuse skoorid madalamad neil, kellel isafiguuri elus ei ole. Juhul kui isafiguur on elust puudu, on keskmised skoorid madalamad ka neil, kelle subjektiivne heaolu on kõrgem. Tulemused näitavad, et riskifaktori esinemisel võib subjektiivne heaolu jällegi toimida kaitsefaktorina, samas kui riski mitteesinemisel subjektiivne heaolu olulist rolli ei mängi.

Uuringu raames vaadati ka subjektiivse heaolu, selle moodustanud iseloomuomaduste ja õpetaja poolt hinnatud suure viisiku isikuomaduste dimensioonide vahelisi korrelatsioone. Kuigi statistiliselt olulisi korrelatsioone esines, siis oli kõikide puhul tegemist pea olematu või väga nõrga seosega. Varasemad uuringud on leidnud seoseid eelkõige kõrge positiivse afektiivsuse ja ekstravertsuse vahel. Subjektiivset heaolu on seostatud kõrgemate ekstravertsuse, sotsiaalsuse ja meelekindluse ning madalamate neurootilisuse skooridega

(Soto, 2013; Hayes & Joseph, 2003). Erisus kirjandusega võib tuleneda peamiselt kahest aspektist. Esmalt, kuna subjektiivset heaolu hindasid lapsed ja suure viisiku omadusi õpetajad, siis võib esineda lahknevusi tulenevalt sellest, kuidas laps ennast ja õpetaja last tajub. Laps võib küsimustele vastata rohkem viisil, kuidas ta ennast näha tahaks, mitte milline ta ka tegelikkuses on. Teiseks, subjektiivse heaolu mõõtmiseks kasutati vastuseid nelja tunnuse lõikes, samas kui positiivse afektiivsuse või subjektiivse heaolu mõõtmiseks kasutatakse tihti mitmeid hindamisvahendeid. Seetõttu võib antud töös olla subjektiivse heaolu käsitlus kitsam kui kirjanduses käsitletud konstruktid.

Piirangud

Tööl oli ka mitmeid piiranguid. Esiteks kasutati kaitsefaktori käsitlusena subjektiivse heaolu konstrukti, mis kirjanduse põhjal kätkeb endas nii kõrget positiivset afektiivsust, madalat negatiivset afektiivsust kui ka eluga rahulolu. ELIKTU küsimustiku põhjal oli töös kasutatud subjektiivse heaolu käsitlus üpriski liberaalne ja hõlmas endas vaid lapse enda hinnanguid vaid mõnele omadustele. Subjektiivse heaolu laiemaks uurimiseks oleks mõistlik seega tulevikus rakendada spetsiaalseid hindamisvahendeid, et tagada laiapõhjalisem ülevaade inimese eluga rahulolust ja emotsionaalsest stiilist.

Nagu arutelus sai ka mainitud, siis oli mitmel juhul valimi suurus väike ja võrdlusgrupid seetõttu ebahühtlaselt jaotatud. Ühest küljest oli see antud valimi puhul eelduslik, sest andmekogumise eesmärk ei olnud tuvastada riskigrupi antud töö teema raames. Lisaks on longituudsete uuringute puhul raske ennustada, millised osalejad riskigrupi langevad. Samas tuleb selle tõttu olla üldistuste tegemisel pigem konservatiivne.

Tulenevalt ELIKTU andmete kasutamisest, tulenes riskigruppide kaardistamise loogika suuresti olemasolevatest andmetest ja küsimustest. Selle tulemusel võib riskigrupi tõsidus antud töö kontekstis erineda teistest teadusuuringutest, mille tõttu võis esineda erinevusi ka tulemustes.

Lisaks, riskifaktorite esinemist ja subjektiivset heaolu mõõdeti antud töös vaid lapseas. Kuigi tulemused annavad hea ülevaate sellest, kas riski- ja kaitsefaktorid võivad olla ajas püsiva mõjuga, siis ei ole informatsiooni selle kohta, kas riskitegurid olid jätkuvalt alles ning kas inimese subjektiivne heaolu oli jätkuvalt samal tasemel. Samamoodi, riski- ja kaitsetegurite uurimise puhul on oluline mainida, et nii pika ajaperioodi lõikes võis tulemusi mõjutada väga palju alternatiivseid faktoreid, mille kohta infot ei kogutud või mida ei

analüüsitud. Seega on oluline tulevikus uurida ka subjektiivse heaolu ning riskifaktorite püsivust ajast ning nende omavahelisi seoseid.

Vaatamata piirangutele näitasid antud töö tulemused, et lapseas keskkondlike riskide kaardistamine võib olla tuleviku vaimse tervise väljundite mõistes väga tähtis. Lisaks sellele, kui kõrge subjektiivne heaolu käitub depressiooni kaitsefaktorina, oleks oluline suunata tähelepanu viisidele, kuidas vaatamata taustal esinevatele raskustele nii laste, noorte kui ka täiskasvanute tajutud heaolutunnet suurendada.

Kasutatud kirjandus

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Staples Press.
- Berg, L., Rostila, M., & Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *57*(9), 1092–1098. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
- Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, *15*(5), 615–631. <https://doi.org/10.1080/02699930126063>
- Burns, R. A., Anstey, K. J., & Windsor, T. D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(3), 240–248. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.529604>
- Cao, M., Tian, Y., Lian, S., Yang, X., & Zhou, Z. (2021). Family socioeconomic status and adolescent depressive symptoms: A moderated mediation model. *Journal of Child and Family Studies*, *30*(11), 2652–2663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02068-1>
- Chang, E. C., Muyan, M., & Hirsch, J. K. (2015). Loneliness, positive life events, and psychological maladjustment: When good things happen, even lonely people feel better! *Personality and Individual Differences*, *86*, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.016>
- Dai, Q., & Smith, G. D. (2023). Resilience to depression: Implication for psychological vaccination. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1071859>
- Daryanani, I., Hamilton, J. L., McArthur, B. A., Steinberg, L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Cognitive vulnerabilities to depression for adolescents in single-mother and two-parent families. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(1), 213–227. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0607-y>
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The Neurobiology of Depression: An Integrated View. *Asian Journal of Psychiatry*, *27*, 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>

- Depressive disorder (depression). (2023). World Health Organization, 31. märts. Kasutatud 14.02.2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33–37. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_3
- Dobson, K. S., & Dozois, D. (2008). *Risk factors in depression*. Elsevier.
- Elsayed, N. M., Fields, K. M., Olvera, R. L., & Williamson, D. E. (2019). The role of familial risk, parental psychopathology, and stress for first-onset depression during adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 253, 232–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.084>
- Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 891–895. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00303-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00303-3)
- Fisher, S. D. (2016). Paternal mental health: Why is it relevant? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(3), 200–211. <https://doi.org/10.1177/1559827616629895>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social Support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V., & McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: A literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 271–289. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x>
- Harro J, Merenäkk L, Nordquist N, Konstabel K, Comasco E, Oreland L. (2009). Personality and the serotonin transporter gene: associations in a longitudinal population- based study. *Biol Psychol* ,81, 9–13.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 723–727. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00057-0](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00057-0)
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., & Aro, H. (2007). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.019>
- Jeon, S. W., Amidfar, M., & Kim, Y.-K. (2017). Bio-Psycho-Social Risk Factors For Depression. *Major depressive disorder: risk factors, characteristics and treatment options*. Nova Science Publishers.
- Kowalczyk, M., Kowalczyk, E., Kwiatkowski, P., Łopusiewicz, Ł., Sienkiewicz, M., & Talarowska, M. (2021). Ketamine—new possibilities in the treatment of depression: A narrative review. *Life*, 11(11), 1186. <https://doi.org/10.3390/life11111186>
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Neale, J. M., & Davidson, G. C. (2007). Mood Disorders. *Abnormal Psychology* (1k 229–260), John Wiley & Sons, Inc.
- Laidra K, Allik J, Harro M, Merenäkk L, Harro J. (2006) Agreement among adolescents, parents, and teachers on adolescent personality. *Assessment*, 13, 187–96.
- Li, C., Xia, Y., & Zhang, Y. (2023). Relationship between subjective well-being and depressive disorders: Novel findings of Cohort Variations and demographic heterogeneities. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1022643>

- Li, Y. I., Starr, L. R., & Hershenberg, R. (2017). Responses to positive affect in daily life: Positive rumination and dampening moderate the association between daily events and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(3), 412–425. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9593-y>
- Maailma Terviseorganisatsioon (1992). Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon. Genf: Maailma Tervise Organisatsioon.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162. <https://doi.org/10.2307/2676303>
- Moberly, N. J., & Watkins, E. R. (2008). Ruminative self-focus, negative life events, and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1034–1039. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.004>
- Norkeviciene, A., Gocentiene, R., Sestokaite, A., Sabaliauskaite, R., Dabkeviciene, D., Jarmalaite, S., & Bulotiene, G. (2022). A systematic review of candidate genes for major depression. *Medicina*, 58(2), 285. <https://doi.org/10.3390/medicina58020285>
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in Mental Health Service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089–1095. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–33; 34–57.

- Shi, D.-D., Zhang, Y.-D., Ren, Y.-Y., Peng, S.-Y., Yuan, T.-F., & Wang, Z. (2021). Predictable maternal separation confers adult stress resilience via the medial prefrontal cortex oxytocin signaling pathway in rats. *Molecular Psychiatry*, *26*(12), 7296–7307. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01293-w>
- Shlik, J., Aluoja, A., Kihl, E. (1999). M. I.N.I. Mini International Psychiatric Interview. Estonian Version 5.0.0. University of Tartu, Department of Psychiatry, Tartu.
- Simbi, C. M., Zhang, Y., & Wang, Z. (2020). Early parental loss in childhood and depression in adults: A systematic review and meta-analysis of case-controlled studies. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.087>
- Soto, C. J. (2014). Is happiness good for your personality? concurrent and prospective relations of the big five with subjective well-being. *Journal of Personality*, *83*(1), 45–55. <https://doi.org/10.1111/jopy.12081>
- Stanton, K., & Watson, D. (2014). Positive and negative affective dysfunction in Psychopathology. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(9), 555–567. <https://doi.org/10.1111/spc3.12132>
- Stover, C. S., Urdahl, A., & Easton, C. (2012). Depression as a mediator of the association between substance abuse and negative parenting of fathers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *38*(4), 344–349. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.649221>
- Sullivan, A. D., Forehand, R., Vreeland, A., & Compas, B. E. (2021). Does parenting explain the link between cumulative SES risk and child problems in the context of parental depression? *Child Psychiatry & Human Development*, *53*(2), 330–341. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01130-9>
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, *64*(2–3), 203–216. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00242-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00242-1)

Theron, L., Stekel, D. J., Höltge, J., Fawole, O. I., Levine, D. T., Mai-Bornu, Z., Maksudi, K., Olaniyan, O., Wright, C. Y., & Ungar, M. (2025). Factors that affect the resilience of young adults to depression: A systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *12*(5), 377–383. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(25\)00044-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(25)00044-6)

Wickersham, A., Leightley, D., Archer, M., & Fear, N. T. (2020). The association between paternal psychopathology and adolescent depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *79*(1), 232–246. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.007>

Xiang, Y., Cao, R., & Li, X. (2024). Parental Education Level and Adolescent Depression: A multi-country meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *347*, 645–655. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.081>

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anette Andresoo,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Lapseeas esinevate keskkondlike riskifaktorite ja subjektiivse heaolu seos depressiivsusega noores täiskasvanueas“, mille juhendaja on Triin Kurrikoff, 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 4.0, 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.

Anette Andresoo

12.05.2025