

Tartu Ülikool

Psühholoogia instituut

Merili Tammisaar

**DEPRESSIOONI RISKITEGURITE SOOLISED JA VANUSELSED ERINEVUSED
PUBERTEEDIEALISTEL LASTEL**

Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: depressiooni ennustavad riskitegurid

Tartu 2015

KOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida depressiooni ja selle läbilõikelisi riskitegureid nii poistel kui tüdrukutel vanuses 11-16.

Uurimus viidi läbiaastatel 2010-2014, osalejad täitsid enesekohaseid küsimustikke 12-kuulise vahega. Selgus, et kuigi tüdrukute depressiooniskoor oli kõikide aastate lõikes keskmiselt kõrgem ei ilmnenu soolisi erinevusi 11-12, 12-13 ja 15-16 aastaste poiste ja tüdrukute vahel. Erinevus ilmnis aga 13-14 aastaste vahel. Tüdrukute skoorid erinevatel aastatel üksteisest ei erinenud; poiste skooris esines oluline erinevus 13-14 ja 15-16 aastaste vahel.

Selgus, et 11-12 aastaste poiste depressiooni riskiteguriteks on madal enesehinnang ning kõrge ärevus, samas vanuses tüdrukutel lisaks eelpoolnimetatutele ka rahulolematus sotsiaalse toega, emapoolne tõrjumine ning madal ekstravertsus. 12-13 aastastel poistel riskitegurid võrreldes varasemaga ei muutunud; tüdrukutel ilmnisid riskiteguriteks aga madal enesehinnang, rahulolematus sotsiaalse toega, kõrge neurootilisus, häirunud söömishoiakud ning madal sotsiaalsus. 13-14 aastaste poiste riskiteguriteks on madal enesehinnang, rahulolematus sotsiaalse toega ning kõrge neurootilisus; tüdrukutel madal enesehinnang, ekstravertsus, meelekindlus, emapoolne tõrjumine ning kõrge ärevus. 15-16 aastaste poiste depressiooni riskiteguriteks on madal enesehinnang, kõrge ärevus, madal ekstravertsus ning kõrge neurootilisus. Samas vanuses tüdrukutel vaid madal enesehinnang ning kõrge ärevus.

Käesoleva töö tulemused näitavad, et vanuse kasvades muutuvad ka depressiooni riskitegurid ning oluline on tähelepanu pöörata soolistele erinevustele. See on vajalik teadmine planeerides kliinilisi sekkumisi ning ravi, hariduslikke ennetusi.

Märksõnad: puberteet, depressioon, riskitegurid, vanuselised erinevused, soolised erinevused

ABSTRACT

Gender and age-related differences in depression risk factors in adolescent children

The aim of the present study was to investigate depression and its cross-sectional risk factor, gender and age differences among children aged 11-16.

Research was carried out during 2010-2014; subjects completed self-report questionnaires at least in 12 month intervals. Results showed that even though the mean depression scores of girls were higher than boys, there were no significant gender differences between girls and boys in age 11-12, 12-13 and 15-16. There was however a difference between in 13-14 years old. Depression scores in girls did not change within the 4 years, in boys there was a difference in scores between 13-14 and 15-16 years old.

Results showed, that risk factors for depression for 11-12 years old boys are low self-esteem and high anxiety. For same age girls risk factors are in addition to low self-esteem and high anxiety rejection by mother, dissatisfaction with social support and low extraversion. Risk factors for boys in age 12-13 did not differ from previous year. For girls in age 12-13 the risk factors were low self-esteem, dissatisfaction with social support, high neuroticism, disturbed eating attitudes and low agreeableness. Risk factors for 13-14 year old boys were low self-esteem, dissatisfaction with social support and high neuroticism. For girls low self-esteem, low extraversion, low openness to experience, rejection by mother, high anxiety. Risk factors for boys aged 15-16 were low self-esteem, high anxiety, low extraversion and high neuroticism, for girls low self-esteem and high anxiety.

The results of the current study show that with age depression risk factors change and it is important to take sex differences into consideration. This knowledge is important for planning clinical interventions and treatment, as well as educational preventions.

Keywords: puberty, depression, risk factors, age differences, gender differences

SISUKORD

KOKKUVÕTE	2
ABSTRACT	3
1. SISSEJUHATUS	5
1.1 Häirunud söömiskäitumine	6
1.2 Ärevus	7
1.3 Perfektsionism.....	7
1.4 Enesehinnang	8
1.5 Kehamassiindeks.....	8
1.6 Isiksusjooned.....	9
1.7 Kehaga rahulolematus.....	9
1.8 Sotsiaalne tugi.....	10
1.9 Peresuhted	10
2. EMPIIRILINE UURIMUS	11
2.1. Töö eesmärk ja hüpoteesid.....	11
2.2. Meetod	11
2.2.1. Valim.....	11
2.2.2. Mõõtevahendid	12
2.2.3. Protseduur	14
2.2.4. Andmeanalüüs.....	15
2.3. Tulemused.....	15
2.3.1. Depressiooni soolised erinevused ja vanuselised muutused.....	15
2.3.2. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 11-12 aastastel lastel	16
2.3.3. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 12-13 aastastel lastel	17
2.3.4. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 13-14 aastastel lastel	18
2.3.5. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 15-16 aastastel lastel	19
3. ARUTELU	20
4. VIITED	23

1. SISSEJUHATUS

"Rahvusvahelise psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsiooni (RHK-10)" (1993) järgi on depressiooni sümptomiteks alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine. Lisaks kaasnevad depressiooniga lisasümptomid nagu tähelepanu- ja kontsentratsioonivõime alanemine, enesehinnangu ja eneseusalduse alanemine, süü- ja väärtusetustunne, trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku, enesekahjutuse- või suitsiidimõtted või -teod, une häirumine ning isu alanemine (RHK-10, 1993).

Arvamused depressiooni kohta on aja jooksul oluliselt muutunud; mõnda aega tagasi oldi uskumusel, et lastel ning noorukitel depressiooni haigestumine võimalik ei ole ning sümptomite esinemine on neil tingitud ealistest iseärasustest. Nüüdseks on aga teada, et depressioon võib mõjutada lisaks täiskasvanutele ka eelkooliealisi, algklassiealisi ning noorukeid (Dopheide, 2006). Eelkõige puberteedieas esineb noorukitel mitmeid sotsiaalseid ja arengulisi muutusi, mis võivad endaga kaasa tuua depressioonisümptomite tõusu (Cyranowski, Frank, Young ja Shear, 2000). Uuringud näitavad, et umbes üks viiest noorukist kogeb 18ndaks eluaastaks vähemalt üht depressiooniepisoodi (Costello jt., 2003). Eestis on depressiooni levimus elanikkonna seas 5,6%, mis on varasematest uuringutest küll mõnevõrra kõrgem, kuid siiski samas suurusjärgus (Kleinberg, 2014).

Hoolimata sellest, et depressioon on ohtlik igas eas inimestele, võib ta mõjutada erinevas vanuses olevaid inimesi erinevalt. Algklassiealiste laste depressiooni on sageli raske märgata, kuna see avaldub eelkõige käitumisprobleemidena. Noorukieas ilmneb depressioon kehva une ja isutusena, käitumine muutub riskeerivamaks, rohkem esineb madalat enesehinnangut, lootusetust, süütunnet ja kodust ärajooksmist. Noorukite depressiooni sümptomid sarnanevad sageli täiskasvanute omadega, kuid siiski esineb puberteediealistel rohkem käitumuslikke probleeme, impulsiivsust, riskeerivat käitumist ning nende õpiedukus langeb. Võrreldes noorematega esineb rohkem muutusi toitumisharjumustes ja unehügieenis. Selles eas depressiooni esinemine viitab depressiooni geneetilisele eelsoodumusele ning suure tõenäosusega on depressioon kroonilise kuluga (Dopheide, 2006). Kuna depressioonil on erinevad väljendusviisid, jääb see sageli diagnoosimata ning seetõttu ka ravimata. Gagne, Vasiliadis ja Precville (2014) leidsid, et vaid 54,3% inimestest, kes vastavad raske depressiooni kriteeriumitele, on otsinud abi. Sarnased uuringud teismelistega näitavad, et enamik depressiooni haigestunud noorukeid käib oma perearsti vastuvõtul, kuid vaid 5% neist on otsinud abi seoses meeleluuhäiretega (Sayal, Yates, Spears ja Stallard, 2014).

Lisaks sellele, et depressioon avaldub eri vanustes erineval moel, on leitud ka soopõhiseid erinevusi. Puberteediealistel tüdrukutel on tavaliselt depressiivsuse skoorid kõrgemad kui poistel ning selline trend jätkub ka täiskasvanueas (Ghaedi ja Mohd Kosnin, 2014; Piccinelli ja Wilkinson, 2000; Žikić ja Nikolić, 2014). Uurimused näitavad, et mehed nimetavad rohkem kognitiivseid sümptomeid (keskendumisraskused, unustamine, otsustusvõimetus) kui naised. Naistel kaasneb depressiooniga pigem ärevushäire (Silverstein, 1999), meestel aga aine tarvitamisega seotud sõltuvushäire, muutused impulsikontrollis ning südame-veresoonkonna haigused (Azorin jt., 2014; Najt, Fusar-Poli ja Brambilla, 2011). Võrreldes mehi ja naisi, kellel on depressiooni diagnoos leiti, et naistel ilmnes depressiooni esimene episood nooremas eas, neil oli rohkem episoode ning enesetapukatseid, nad kogevad rohkem kurnatust ja väsimust (Azorin jt., 2014; Ghaedi ja Mohd Kosnin, 2014). Lisaks mõjutab depressioon negatiivselt meeste sotsiaalseid suhteid, kuid naistel pigem liikumist ja aktiivsust (Gili jt., 2014). Soolisi erinevusi on leitud ka riskifaktorites. Poistel on leitud riskiteguriteks madal enesehinnang, madal keskmine hinne ning vähene tunnetatud tugi sõpradelt. Tüdrukutel keskmine hinne depressiooni riskifaktoriks ei olnud, kuid neid mõjutas lisaks poiste loetelule ka vanemate madal haridustase (Eskin, Ertekin, Harlack ja Dereboy, 2008).

Lastel ja noorukitel esinevat depressiooni on seostatud mitmete erinevate negatiivsete tagajärgedega - see mõjutab noorukite üldist vaimset tervist ja toimetulekut ka täiskasvanueas (Melvin jt., 2013). Lisaks on teismeeas esinev depressioon sageli kroonilise kuluga (Melvin jt., 2013; Pine, Gohen, Gurley, Brook ja Ma, 1998). Kuna laste ja noorukite depressioon jääb sageli märkamata selle täiskasvanutest erineva väljendusviisi tõttu (Dopheide, 2006), on oluline teada riskifaktoreid ennetustööks. Cairns, Yap, Pilkington ja Jorm (2014) toovad oma ülevaateuuringus välja, et on mitmeid riskifaktoreid, mida on noorukitel endal ilma professionaali sekkumiseta võimalik mõjutada - erinevate ainete (alkohol, tubakas, kanep jm) tarvitamine, dieedi pidamine, negatiivsed toimetulekustrateegiad ja kehakaal.

1.1 Häirunud söömiskäitumine

Teismeeas sagenevad nii depressiooni kui häirunud söömiskäitumise sümptomid ning nende vahel on leitud mitmesuguseid seoseid. Siiski ei ole siiani kindel, kas depressioon põhjustab häirunud söömiskäitumist või vastupidi. Lisaks pole teada, kas selle seose vahel esineb soolisi erinevusi, kuna uuringutulemused on vastakad (Ferreiro, Wichstrøm, Seoane ja Senra, 2014; Maeselle, Stice ja Hogansen, 2006). Spoor jt. (2006) uurimusest selgus, et depressiooni sümptomid ennustavad vanemas eas ülesöömissoogusid, kuid ülesöömissood

depressiooni ei ennusta. Sarnasele tulemusele jõudsid ka Skinner, Gaines, Austin ja Field (2012) näidates, et tüdrukutel, kellel ilmsid depressiooni sümptomid, on kaks korda suurem tõenäosus ülesöömishooks. Sama uuring näitas aga ka vastupidise seose esinemist - häirunud söömiskäitumisega tüdrukutel oli järeluuringu ajaks kujunenud välja depressioonile viitavad sümptomid. Skinner jt. (2012) uuringuga sarnastele tulemustele jõudsid Shanmugam, Jowett ja Meyer (2014), kes leidsid, et häirunud söömiskäitumine ennustab kuus kuud hiljem tekkivaid depressiooni sümptomeid.

Wojciech Pilecki, Józefik, Solecka ja Cygankiewicz (2014) leidsid, et söömishäirete üheks kõige olulisemaks riskifaktoriks on depressioonisümptomite koosesinemine nooremas eas vanematega. Lisaks on leitud, et anoreksia diagnoosiga tüdrukutel on oluliselt kõrgem skoor Laste Depressiooni Skaalal kui ilma diagnoosita tüdrukutel (Watson, Egan, Limburg ja Hoiles, 2014). Seetõttu on käesolevas uurimuses riskifaktorina kaasatud ka häirunud söömiskäitumine.

1.2 Ärevus

Lisaks depressioonile on ärevushäired laste ja noorte seas väga levinud ning need esinevad sageli just koos (Garber ja Weersing, 2010). Depressiooni ning ärevust on seostatud paljude negatiivsete aspektidega ning nendega kaasnevad sageli probleemid toimetulekus (Langley, Bergman, McCracken ja Piacentini, 2004). Mõlema puhul on tegemist internaliseerunud häirega ning need jäävad tihti avastamata, kuni tõsiste probleemide tekkimiseni. Leitud on, et noored, kelle ärevusega kaasneb ka depressioon, on ärevamad võrreldes nendega, kel depressiooni ei kaasne (Guberman ja Manassis, 2011). Samas, depressiooniga kaasneva ärevusega noored on sama toimetulekuga võrreldes nendega, kelle ärevust ei kaasne. Kuigi uuringud näitavad, et tüüpiliselt eelneb depressioon ärevusele (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker ja Ries Merikangas, 2001), soovitatakse uurida ka ärevust depressiooni ennustamisel, kuna see võib anda vajalikku infot (Keenan, Feng, Hipwell ja Klostermann, 2009). Sellest lähtuvalt on ka käesolevas uurimuses vaatluse alla võetud ärevus.

1.3 Perfektsionism

Perfektsionism on isiksuseomadus, mida iseloomustavad hirm läbikukkumise ja kriitika ees, endale seatud kõrged standardid ning mitmed uuringud on näidanud selle seoseid depressiooniga - sageli kaasnevad kõrgemad skoorid perfektsionismi skaalal (Pacht, 1984; Sassaroli jt., 2008). Leitud on, et erinevad perfektsionismi dimensioonid on seotud erinevate häiretega. Enns ja Cox (1999) uurisid kümmet perfektsionismi dimensiooni ning nende

seoseid depressiooniga ja leidsid, et neist kolmel - sotsiaalselt ettekirjutatud perfektsionism (*socially prescribed perfectionism*), enesekriitika (*self-criticism*), mure tehtud vigade pärast (*concern over mistakes*) - on seotud depressiooniga. Samaseid seoseid on leitud ka teistes uuringutes (Sassaroli jt., 2008). Samas on depressiooni seostatud ka enesele suunatud perfektsionismi (*self-oriented perfectionism*) ning sotsiaalse stressiga (*social stress*) (Hewitt jt., 2002).

Uuringud näitavad, et perfektsionism on depressiooni riskifaktoriks (Besharat, Issazadegan, Etemadina, Golssanamlou ja Abdolmanafi, 2014). Lisaks on leitud, et sotsiaalselt ettekirjutatud perfektsionism ennustab samaaegset suitsiidiriski ning on depressiivsetele puberteedialistele suitsiidi riskifaktoriks (Hewitt, Caelian, Chen ja Flett, 2014). Cheng jt. (2015) leidsid, et perfektsionistlik ootus tulemusele (*outcome expectancy*) on seotud depressiooni tugevuse ning sümptomitega.

1.4 Enesehinnang

Puberteedialiste enesehinnangut on palju uuritud, kuna see mõjutab erinevaid tegureid - näiteks on kõrget enesehinnangut seostatud parema hakkamasaamisega koolis (Alam, 2013) ja eluga rahuloluga (Moksnes ja Espnes, 2013) ning madalat enesehinnangut enesekahjustamise (Phillips jt., 2013) ning suitsetamisega (Carters ja Byrne, 2013). Steiger, Allemand, Robins ja Fend (2014) toovad välja, et lapsed, kellel on puberteedia alguses madal enesehinnang või kelle enesehinnang puberteedia jooksul oluliselt langeb, kogevad täiskasvanuna suurema tõenäosusega depressiooni sümptomeid. Seega on enesehinnangul oluline roll depressiooni tekkimisel ning samasele tulemusele on jõudnud ka mitmed teised uurijad (Orth, Robins ja Roberts, 2008; Weber, Puskar ja Ren, 2010). Varasemalt on pakutud, et madal enesehinnang kaasneb depressiooniga, mitte ei ole selle põhjustajaks. Longituuduuringute analüüs näitas, et madal enesehinnang ennustab depressiooni, kuid depressioon enesehinnangu ennustamisel rolli ei mängi (Orth jt., 2008).

1.5 Kehamassiindeks

Ciubara, Burlea, Anton-Padurar, Burlea ja Untu (2014) toovad välja, et kõrgem kehakaal ning depressioon mõjutavad teineteist ning pikalt polnud selge, kumb kummale riskifaktoriks on. Nüüdseks on noorukitega tehtud uuringud näidanud, et depressioon on ülekaalu riskiteguriks, kuid samaaegselt on ka ülekaal depressiooni riskiks. Viimase esinemiseks on vajalik ka ülesöömishoogude esinemine. Leitud on, et puberteedialised, kes on rasvunud või ülekaalulised, omavad oluliselt rohkem depressiooni sümptomeid (Goldfield

jt., 2010). Lisaks on kõrgema kehamassiindeksiga inimestel depressioon kroonilisem ning selle aste raskem (Opel jt., 2015). Hammerton, Thapar ja Thapar (2014) leidsid, et kõrge kehamassiindeks on küll depressiooni sümptomite aga mitte häire riskifaktoriks. Samas on uuringuid, mille kohaselt kehamassiindeksi ja depressiooni vahel seosed puuduvad (Rieck, Jackson, Martin, Petrie ja Greenleaf, 2013). Kuigi suurem osa uuringutest viitavad võimalikule seosele, on paljutki selles veel ebaselge.

1.6 Isiksusjooned

Üheks enimlevinud isiksusemudeliks on Suur Viisik, millel on viis dimensiooni - neurootilisus, ekstravertsus, avatus, meelekindlus ning sotsiaalsus. Uuringutest on leitud, et erinevad dimensioonid on seotud psühhopatoloogiaga. Täiskasvanutel on leitud, et depressiivsus on seotud kõrgema neurootilisusega, madalama ekstravertsuse, meelekindlusega (Koorevaar jt., 2013). Klimstra, Crocetti, Hale, Fermani ja Meuus (2011) uurisid puberteediealisi ning leidsid, et depressiooni ning ekstravertsuse, sotsiaalsuse ja meelekindluse vahel esineb negatiivne ning neurootilisusega positiivne seos. Vazsonyi, Ksinan, Mikuška ja Jiskrova (2015) leidsid samuti, et kõrge neurootilisus ennustab depressiooni, mida on leidnud ka teised uuringud (Garcia, 2011), kuid erinevalt muudest uuringutes ei leidnud Vazsonyi jt. (2015) oma uurimuses seost ekstravertsusega.

1.7 Kehaga rahulolematust

Rahulolematust kehaga esineb noorte seas palju ning seetõttu on seda valdkonda ka laialdaselt uuritud. Kehaga rahulolematust saab sageli alguse lapseas ning eriti tugevalt tunnevad seda just puberteediealised, kuna selles vanuses esineb mitmeid muutusi (Calzo jt., 2012). Graziano ja Skiroski (2014) leidsid, et naised, kes kartsid kaalus juurde võtta ning kelle rahulolematust kehaga oli kõrgem, omasid ka rohkem depressiooni sümptomeid. Puberteediealistega tehtud uuringud viitavad samuti seosele depressiooni ja kehaga rahulolematuse vahel. Blashill ja Wilhelm (2014) uurisid puberteediealisi poisse ning leidsid, et depressiooni tekkimisel on oluline roll sellel, kuidas lapsed iseennast näevad. Normaalkaalus lastel, kes peavad end oluliselt üle- või alakaalulisemaks võrreldes tegeliku kaaluga, on ka rohkem depressiooni sümptomeid. Mõned uuringud viitavad sellele, et kehaga rahulolematust on riskifaktoriks nii poistele kui tüdrukutele ning erinevusi soo vahel ei ole (Ferreiro, Seoane ja Senra, 2011).

1.8 Sotsiaalne tugi

Uuringud näitavad, et rahulolu sotsiaalse toega on vahendav tegur stressi ning depressiooni vahel - mida kõrgem on tunnetatud sotsiaalne tugi, seda vähem esineb depressiooni sümptomeid (Grav, Hellzen, Romild ja Strodal, 2012). Chan (2012) toob oma uuringus välja, et rahulolu sotsiaalse toega on depressiooni eest kaitsvaks faktoriks. Lisaks on leitud, et perepoolne sotsiaalse toe puudumine mängib olulist rolli depressiooni ja suitsiidimõtete omavahelises seoses, sõpradepoolse toe puudumine aga pigem suitsiidimõtete ja häirunud söömiskäitumise puhul (Brausch ja Decker, 2014). Lisaks on leitud soolisi erinevusi puberteedialiste depressiooni ja sotsiaalse toega rahulolu vahel. Zhang, Yan, Zhao ja Yuan (2014) leidsid, et rahulolu sotsiaalse toega oli oluline vaid poistel ning seda vaid sõprade osas.

1.9 Peresuhted

Peresuhte ja vanemate käitumise seost laste depressiivsusega on palju uuritud. Mõlema vanema käitumist on seostatud laste vaimse tervisega (Quach, Epstein, Riley, Falconier ja Fang, 2015) ning see on üks peamisi aspekte, mis mõjutab teismeliste vaimset tervist (Dwairy, 2010). Siiski on isapoolsel kasvatusstiilil suurem mõju noorukite depressioonile ning ärevusele (Quach jt., 2015). Kourous ja Garber (2014) toovad välja, et ema-poolt raporteeritud kehvad suhted perekonnas ennustavad teismeliste depressiooni tekkimist, eriti just anhedoonia sümptomite osas. Sama efekt on noorukite poolt raporteeritud emapoolse kõrge psühholoogilise kontrolli suhtes. Vanemate soojus aga vähendab psühhopaatoloogia sümptomeid (Quach jt., 2015).

Sarnaseid tulemusid on leitud ka Eesti valimil. Roosna (2013) leidis oma uuringus, et varases puberteedieas on emapoolne tõrjumine seotud kõrgema depressiivsusega ning isapoolne madalam soojus suurendab poiste depressiivsust. Lisaks on isa puudumine perest seotud poiste depressiivsusega.

Peale selle on longituuduuringutega leitud, et lapsepõlves esinev vanemlik tõrjumine mõjutab depressiooni sümptomite kujunemist nii puberteedi- kui ka täiskasvanueas (Rohner, 2005).

2. EMPIIRILINE UURIMUS

2.1. Töö eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida depressiooni ja selle läbilõikelisi riskitegureid nii poistel kui tüdrukutel erinevates vanuseastmetes.

Varasematest uuringutest lähtuvalt püstitati järgnevad hüpoteesid:

- 1) Tüdrukutel on depressiooniskoor aastatel 2010-2014 kõrgem kui poistel;
- 2) Vanuse muutudes depressiooni skoor suureneb tüdrukutel rohkem kui poistel;
- 3) Vanuse kasvades muutuvad depressiooni läbilõikelised riskitegurid nii poistel kui tüdrukutel;
- 4) Häirunud söömiskäitumine, ärevus, perfektsionism, madal enesehinnang, kehamassiindeks, ema- ja isapoolne tõrjutus, rahulolematuse sotsiaalse toega, arvamus enese kehakaalust, rahulolematuse kehakujuga ning soov kaalu muuta ennustavad läbilõikeliselt kõrgemat depressiooni skoori.

2.2. Meetod

2.2.1. Valim

Andmed koguti longituuduuringu "Vanuselised muutused söömiskäitumises ja häirunud söömiskäitumist ennustavad tegurid eelpuberteedialistel lastel" raames; uuring kestis vahemikus 2010-2014. Uuringu teostamiseks ja läbiviimiseks on TÜ Inimuuringute Etikakomitee nõusolek; uuringus osalemiseks andsid nõusoleku nii vanemad kui lapsed.

Uuringu esialgse valimi moodustasid 308 last, kes käisid sel hetkel viiendas klassis. Nendest 133 (43,2%) olid poisid ning 175 (56,8%) tüdrukud. Uuritavad olid 11 - 12 aastased ($M = 11,53$; $SD = 0,53$), erandiks üks 13- ja üks 14-aastane. Valdav enamus lapsi (78,6%) elas linnas.

Uuringu teises andmekogumise voorus osales esialgsest valimist 262 last (85%). Nendest 109 (41,6%) olid poisid ning 153 (58,4%) tüdrukud. Uuritavad olid peamiselt vanuses 12 - 13 ($M = 12,52$; $SD = 0,52$), erandiks kolm 14-aastast. Valdav enamus lapsi (77%) elas linnas.

Uuringu kolmandas andmekogumise voorus osales esialgsest valimist 249 last (80,8%), kellest 111 (44,6%) olid poisid ning 138 (55,4%) tüdrukud. Osalejad olid peamiselt vanuses 13 - 14 ($M = 13,6$; $SD = 0,55$), erandiks viis 15-aastast ning üks 16-aastane. Valdav enamus lapsi (77%) elas linnas.

Uuringu viimasel ehk neljandas laines olid lapsed üheksandas klassis. Osales 161 last, kellest 63 (39,1%) olid poisid ning 98 (60,9%) tüdrukud. Enamik lapsi oli 15 - 16 aastased ($M = 15,36$; $SD = 0,49$), erandiks üks 14-aastane. Valdav enamus lapsi (74%) elas linnas.

2.2.2. Mõõtevahendid

Uuringu "Vanuselised muutused söömiskäitumises ja häirunud söömiskäitumist ennustavad tegurid eelpuberteedialistel lastel" mõõtevahendiks oli enesekohaste küsimustega testpakett. Testpakett koosnes mitmest alaskaalast ning käsitles erinevaid depressiooni riskitegureid. Muuhulgas olid küsimused vastajate taustaandmete kohta nagu näiteks elukoht.

Laste Depressiooni Skaala (*Children's Depression Inventory, CDI*; Kovacs, 1992; eestikeelne versioon Pruulmann, 2006). Laste depressiooni hindamiseks on Laste Depressiooni Skaala ehk CDI, mis koosneb 27st enesekohasest väitekolmikust. Vastaja valib väite, mis kirjeldab kõige paremini tema viimase kahe nädala mõtteid ja tundeid. Näiteks kolmene väitegrupp "Ma olen vahetevahel kurb", "Ma olen sageli kurb", "Ma olen kogu aeg kurb". Hinnang antakse skaalal 0-2 punkti; 0 viitab sümptomi puudumisele, 1 mõõdukale sümptomaatikale ning 2 kindla sümptomi olemasolule.

Huang ja Dong (2014) toovad välja, et Kovacsi (1992) loodud CDI on kasutusel 7-17 aastaste laste puhul ning sellel on viis alaskaalat - anhedoonia (naudingu puudumine, psühhosomaatilised kaebused), madal enesehinnang (uskumus, et milleski ei olda hea, armastuse puudumise tunne), ebaefektiivsus (motivatsioonipuudus ülesannete täitmiseks, pessimistlik suhtumine seoses kooliga), masendunud meeleolu (kurbus, süütunne) ja suhte probleemid (puudulikud suhtlemisoskused, üksildustunne). Kuigi CDI erinevad alaskaalad on näidanud seoseid erinevate häiretega ning faktorstruktuur võib muutuda, soovitatatakse depressiooni olemasolu hindamiseks võtta aluseks koguskoor (Craighead, Curry ja Ilardi, 1995), mida on ka käesolevas uuringus tehtud. Küsimustiku sisereleiaablused varieerusid läbi mõõtmiskordade vahemikus $\alpha = 0,86$ kuni $0,90$.

Rosenbergi Enesehinnangu Skaala (*Rosenberg Self-Esteem Inventory*, Rosenberg, 1965; eestikeelne versioon Pullmann ja Allik, 2000). Küsimustikus on 10 väidet, mis puudutavad enesehinnangut. Vastata tuleb 5-pallilisel skaalal hindamaks väidete paikapidavust enda jaoks (olen täiesti nõus/olen üldiselt nõus/ei oska öelda/ei ole üldiselt nõus/ei ole üldse nõus). Küsimustiku sisereleiaablused varieerusid läbi mõõtmiskordade vahemikus $\alpha = 0,85$ kuni $0,91$.

Seisundi- ja Püsiärevuse Skaala Lastele (*State and Trait Anxiety Inventory for Children*; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori ja Platzek, 1973; eesti keelde kohandatud käesoleva uurimuse jaoks). Käesolevas uuringus kasutati antud küsimustikust vaid püsiärevuse alaosa. Testis on 21 enesekohast väidet, millele tuleb vastata 3-pallilisel skaalal (0 - peaaegu mitte kunagi, 1 - mõnikord, 2 - tihti). Küsimustiku sisereliaablused varieerusid läbi mõõtmiskordade vahemikus $\alpha = 0,86$ kuni $0,91$.

Laste söömishoiakute Skaala (*Children's Eating Attitude Test ChEAT*; Maloney, McGuire ja Daniels, 1988; *Laste Söömishoiakute Skaala, LSHS*, eesti keelde adapteerinud Anni Polli (2011) seminaritöö raames) on 4-faktoriline ning selle alaskaalad väljendavad söömishäiretele omaseid tunnuseid. Väited käsitlevad hõivatust välimusest (mõtted seotud toidu ja kehakaaluga), tajutud survet (sotsiaalne surve söömisele), piiramist (püütakse süüa väiksemaid koguseid, ollakse teadlik toidu kalorisaldusest) ja kontrolli (tunne, et toit kontrollib elu). Küsimustiku koguskoori sisereliaablused varieerusid vahemikus $\alpha = 0,77$ kuni $0,87$.

Vanemliku heakskiidu- tõrjumise/kontrolli küsimustik (*Parental Acceptance-Rejection Control Questionnaire, PARQ / Control: Child version*; Rohner, 2005; eestikeelne versioon Tulviste ja Rohner, 2010). Küsimustikus on 29 küsimust ning sellel on viis alaskaalat: soojus/kiindumine (afektiivne seotus lapse ja vanema vahel), vaenulikkus/agressiivsus (käitumine, mille eesmärgiks on emotsionaalne või füüsiline kahju), ükskõiksus/hoolimatus (lapse hooletusse jätmine materiaalselt, füüsiliselt, emotsionaalselt, sotsiaalselt), tagasilükkamine (laste uskumus vanemate hoolimatusest) ja kontroll (lapse tegevuse reguleerimine, juhendamine). Lastel tuli vastata enesekohastele küsimustele neljapunktilisel skaalal (1 - ei kehti peaaegu kunagi ... 5 - kehtib peaaegu alati). Uuringus kasutati küsimustiku nii ema kui isa versiooni. Käesolevas uuringus on kasutatud heakskiidu-tõrjumise koguskoori, mis sisaldab endas kõiki alaskaalasid peale kontrolli. Küsimustiku sisereliaablused varieerusid vahemikus $\alpha = 0,93$ kuni $0,95$.

EPIP-NEO lühiversioon (Möttus, Pullmann ja Allik, 2006). EPIP-NEO on viiefaktorilisel isiksusemudelil põhinev küsimustik, mis koosneb 60st lühikesest enesekohasest väitest. Küsimustik kirjeldab viit isiksuse põhiomadust, milleks on neurotilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus ja meelekindlus. Vastajatel paluti anda vastuseid 5-pallilisel skaalal (0 - ei ole üldse nõus ... 4 - olen täiesti nõus). Isiksuseküsimustik oli uuringus kahel aastal (2012 ja

2014). Lähtudes sellest, et isiksus on elu jooksul suhteliselt püsiv, kasutati esimese kahe aasta andmete analüüsis 2012. aastal mõõdetud isiksust.

Laste ja Noorukite Perfektsionismiskaala (*Child and Adolescent Perfectionism Scale, CAPS*; O'Connor, Dixon ja Rasmussen, 2009; eestikeelne versioon Kalde, 2013). Küsimustik koosneb kümnest enesekohasest väitest, millele tuleb vastata 5-pallisel skaalal (4 - õige, 3 - peaaegu õige, 2 - raske öelda, 2 - peaaegu vale, 1 - vale). Küsimustiku sisereliaablused varieerusid vahemikus $\alpha = 0.74$ kuni 0.80.

Kehamassiindeks. Kehamassiindeksi (KMI) arvutamiseks on valem $KMI = \text{kehakaal (kg)} / \text{pikkus (m)}^2$. KMI hindamiseks kasutati 10-12 ning 13-15 aastaste laste vanuselisi norme (Eesti Haigekassa). 10-12 aastastel loetakse alakaaluks kehamassiindeks, mis on väiksem kui 15 ning ülekaaluks suuremat kui 22. 13-15 aastastel on vastavad arvud <22 (alakaal) ja >24 (ülekaal). Nende arvude vahele jääv kehamassiindeks väljendab normaalkaalu.

Kehaga rahulolu. Kehaga rahulolu mõõdeti kolme küsimusega: 1) Kas sa oled oma kehakujuga rahul? 2) Mida sa arvad oma kehakaalust? 3) Kas sa sooviksid oma kehakaalu muuta? Andmeanalüüsis kasutati üksikküsimusi.

Tajutud sotsiaalne toetus. Õpilastel paluti loetleda inimesed, kes on nende jaoks lähedased ning vajadusel neid toetavad ja aitavad. Seejärel hindasid lapsed 5-pallisel skaalal (0 - ei ole üldse rahul ... 4 - väga rahul) enda rahulolu eelnevalt nimetatud inimeste sotsiaalse toetusega.

2.2.3. Protseduur

Käesolevas uurimuses uuriti lapsi aastatel 2010-2014 ning iga testimiskorra vahel oli vähemalt 12 kuud. Enne testimise läbiviimist said õpilased ning nende vanemad informeeritud nõusoleku lehe, mis sisaldas infot uurimuse sisu ja ajakulu kohta. Osalemiseks paluti leht allkirjastada ning uuringus osalesid vaid õpilased, kelle vanemad nõusolekut allkirjaga kinnitasid ning kes tagastasid testimise päevaks informeeritud nõusoleku lehe.

Õpilastel tuli testimisel täita enesekohased küsimustikud, millele kulus aega umbes 45 minutit ehk akadeemiline tund. Iga laps sai kindla koodiga ankeedi, mis võimaldas ühildada sama lapse erinevate aastate ankeete. Lastele selgitati testi olemust ning et nende poolt antud vastused on anonüümsed ja neid kasutatakse vaid üldistatud kujul käesoleva uuringu raames.

Neil oli võimalus vajaduse korral küsida eksperimentaatori käest täpsustavaid küsimusi. Pärast ankeetide täitmist kogusid eksperimentaatorid testid kokku ning kooli medõe kabinetis toimus laste kaalumine ja mõõtmine. Lastel paluti jalast võtta jalanõud, seljast üleriided, taskutest asjad (telefon, rahakott jms). Igal lapsel oli huvi korral võimalus teada saada enda mõõtmiste tulemused, kuid teiste tulemused jäid anonüümseks.

Käesoleva töö autor liitus uuringuga poole pealt osaledes selles kahe aasta vältel, suhtles koolidega testimiste läbiviimiseks ning kogus ja sisestas andmeid.

2.2.4. Andmeanalüüs

Andmed koguti paber kandjal, need kodeeriti ning analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi IBM SPSS Statistics version 20. Andmeanalüüsimeetoditena kasutati sõltumatute valimite t-testi ning paarkaua t-testi, korrelatiivsete seoste leidmiseks korrelatsioonianalüüsi ning Pearson ja Spearman korrelatsioonikoefitsienti. Läbilõikeliste ennustajate leidmiseks viidi läbi lineaarne regressioonanalüüs. Mudelite skaalade sisereliaabluskoeffitsendi leidmiseks kasutati Cronbachi alfat.

2.3. Tulemused

2.3.1. Depressiooni soolised erinevused ja vanuselised muutused

Kõikide aastate lõikes said tüdrukud võrreldes poistega CDI skaalal keskmiselt kõrgema skoori. Siiski ei ilmnenud sugudevahelisi erinevusi 11-12 aastaste ($t = -0,45$; $df = 290$; $p > 0,05$), 12-13 aastaste ($t = -0,99$; $df = 232$; $p > 0,05$) ning 15-16 ($t = -0,17$; $df = 149$; $p > 0,05$) aastaste tüdrukute ning poiste depressiooni skoori vahel. Statistiliselt oluline erinevus ilmnis aga 13-14 aastaste poiste ja tüdrukute skooride vahel ($t = -2,24$; $df = 226$; $p < 0,05$). Poiste ja tüdrukute CDI skaala keskmised skoorid ja standardhälbed vanuste lõikes on toodud tabelis 1.

Võrreldes erinevates vanustes poisse ilmnis oluline erinevus 13-14 ja 15-16 aastaste vahel ($t = -2,3$; $df = 50$; $p < 0,05$). Ülejäänud aastatel erinevust ei ilmnenud. Tüdrukute nelja aasta skoorid üksteistest oluliselt ei erinenud.

Tabel 1. Poiste ja tüdrukute CDI skaala keskmised skoorid ja standardhälbed vanuste lõikes

Mõõtmiskord	Poisid		Tüdrukud	
	M	SD	M	SD
CDI skoor (11-12 aastased)	11,13	6,54	11,51	7,64
CDI skoor (12-13 aastased)	10,40	5,85	11,24	7,31
CDI skoor (13-14 aastased)	9,49*	6,62	11,35*	7,38
CDI skoor (15-16) aastased	11,72	7,57	11,95	8,16

Märkus. * $p < 0,05$

2.3.2. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 11-12 aastastel lastel

11-12 aastaste poiste ja tüdrukute depressiooni läbilõikelised muutujad on toodud tabelis 2. Nii poiste kui tüdrukute koondtabelisse sisestati muutujad, mis korreleeruvad CDI skooriga. Sellest lähtuvalt sisestati poiste koondtabelisse neurootilisus, ekstravertsus ja sotsiaalsus, perfektsionism, ema- ja isapoolne tõrjutus, enesehinnang, ärevus, LSHS koguskoor ja rahulolu sotsiaalse toega. Pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid lõppmudelisse alles ärevus ning enesehinnang. Antud mudel seletab 74,0% poiste CDI skoori varieeruvusest; sellest enesehinnang seletab 71,2% ($F_{(1,40)} = 98,66$; $p < 0,01$) ning ärevus 2,9% ($F_{(1,39)} = 55,65$; $p < 0,01$).

Lähtuvalt korrelatiivsetest seostest sisestati tüdrukute mudelisse isiksusejoontest neurootilisus, ekstravertsus, meelekindlus ja sotsiaalsus. Lisaks perfektsionism, ema- ja isapoolne tõrjutus, enesehinnang, ärevus, LSHS koguskoor, arvamus kaalust, rahulolu kehakujuga ning rahulolu toega. Pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid lõplikusse mudelisse enesehinnang, emapoolne tõrjutus, rahulolu sotsiaalse toega, ekstravertsus ning ärevus. Antud mudel seletab 86,0% tüdrukute CDI skoori variatiivsusest esimesel aastal. Enesehinnang seletab 74,5% ($F_{(1,63)} = 184,30$; $p < 0,01$), emapoolne tõrjutus 6,3% ($F_{(1,62)} = 130,88$; $p < 0,01$), rahulolu toega 2,1% ($F_{(1,61)} = 99,15$; $p < 0,01$), ekstravertsus 1,9% ($F_{(1,60)} = 84,31$; $p < 0,01$) ning ärevus 1,1% ($F_{(1,59)} = 72,41$; $p < 0,01$).

Tabel 2. Depressiooni ennustajad 11-12 aastastel lastel läbilõikeliselt

	B	SD	β	t	p
Poiste mudel					
Enesehinnang	-1,25	0,16	-0,74	-7,75	<0,01
Ärevus	0,2	0,10	0,20	2,08	0,04
Tüdrukute mudel					
Enesehinnang	-0,73	0,15	-0,45	-5,06	<0,01
Emapoolne tõrjumine	0,20	0,06	0,25	3,45	<0,01
Rahulolu sotsiaalse toega	-2,31	0,86	-0,17	-2,67	0,01
Ekstravertsus	-0,11	0,05	-0,12	-2,37	0,02
Ärevus	0,17	0,08	0,17	2,14	0,03

2.3.3. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 12-13 aastastel lastel

12-13 aastaste poiste mudelisse sisestati korrelatsioonidest tulenevalt kõik Suure Viisiku isiksuseomadused, LSHS koguskoor, ärevus, ema- ja isapoolne tõrjutus, enesehinnang ja perfektsionism. Pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid alles enesehinnang ning ärevus. Antud mudel seletab 44,5% poiste CDI skoori varieeruvusest. Enesehinnang seletab 34,9% ($F_{(1,4)} = 24,13$; $p < 0,01$) ja ärevus 9,6% ($F_{(1,44)} = 17,62$; $p = 0,01$).

Tüdrukutel korreleerus CDI skoor neurootilisuse, ekstravertsuse, meelekindluse, sotsiaalsuse, enesehinnangu, LSHSi koguskoori, ärevuse, perfektsionismi, ema- ja isapoolse tõrjutusega. Lisaks sooviga kaalu muuta, rahuloluga kehakujust, arvamusega kehakaalust ning rahuloluga sotsiaalse toega. Nimetatud muutujad sisestati koondtabelisse ning pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid mudelisse alles enesehinnang, neurootilisus, rahulolu sotsiaalse toega, LSHSi koguskoor ja sotsiaalsus. Lõplik mudel seletab 84,3% tüdrukute depressiooni skoori varieeruvusest. Enesehinnang seletab 72,5% ($F_{(1,74)} = 195,41$; $p < 0,01$), neurootilisus lisaks 6,3% ($F_{(1,73)} = 136,29$; $p < 0,01$), rahulolu sotsiaalse toega 2,7% ($F_{(1,72)} = 106,05$; $p < 0,01$), LSHS 1,5% ($F_{(1,71)} = 86,70$; $p = 0,02$) ja sotsiaalsus veel 1,3% ($F_{(1,70)} = 75,31$; $p = 0,02$). Poiste ja tüdrukute lõplikud mudelid on toodud tabelis 3.

Tabel 3. Depressiooni ennustajad 12-13 aastastel lastel läbilõikeliselt

	B	SD	β	t	p
Poiste mudel					
Enesehinnang	-0,85	0,21	-0,49	-4,09	< 0,01
Ärevus	0,29	0,10	0,33	2,75	<0,01
Tüdrukute mudel					
Enesehinnang	-1,02	0,13	-0,53	-7,71	<0,01
Neurootilisus	0,21	0,05	0,22	3,83	<0,01
Rahulolu sotsiaalse toega	-1,86	0,59	-0,16	-3,14	<0,01
LSHS	0,12	0,04	0,18	2,79	0,01
Sotsiaalsus	-0,16	0,07	-0,12	-2,43	0,02

2.3.4. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 13-14 aastastel lastel

13-14 aastaste poiste mudelisse sisestati CDI korrelatiivsetest seostest lähtuvalt kõik Suure Viisiku isiksuseomadused, ema- ja isapoolne tõrjutus, enesehinnang, kehamassiindeks, perfektsionism, ärevus, häirunud söömiskäitumine, rahulolu sotsiaalse toega ja rahulolu kehakujuga. Pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid alles enesehinnang, rahulolu toega ja neurootilisus. Antud mudel seletab 58,2% poiste depressiooni skoori variatiivsusest kolmandal aastal. Enesehinnang seletab 48,9% ($F_{(1,69)} = 65,97$; $p < 0,01$), rahulolu toega lisaks 6,4% ($F_{(1,68)} = 41,95$; $p < 0,01$) ja neurootilisus veel 3,0% ($F_{(1,67)} = 31,15$; $p = 0,03$).

Tüdrukute mudelisse korrelatiivsetest seostest lähtuvalt neurootilisus, ekstraversus, sotsiaalsus ja meelekindlus, ema- ja isapoolne tõrjutus, enesehinnang, kehamassiindeks, perfektsionism, ärevus, soov kaalu muuta, arvamus kaalust, rahulolu kehakujuga ja rahulolu sotsiaalse toega. Pärast ebaoluliste muutjate eemaldamist jäid mudelisse alles enesehinnang, ekstraversus, emapoolne tõrjutus, ärevus ja meelekindlus. Saadud mudel kirjeldab 83,5% tüdrukute kolmanda aasta depressiooni skoori variatiivsusest. Enesehinnang seletab 63,5% ($F_{(1,98)} = 170,25$; $p < 0,01$), lisaks ekstraversus 10,4% ($F_{(1,97)} = 137,44$; $p < 0,01$), emapoolne tõrjutus veel 7,1% ($F_{(1,96)} = 136,25$; $p < 0,01$), ärevus 1,8% ($F_{(1,95)} = 113,90$; $p = 0,02$) ning meelekindlus veel 0,7% ($F_{(1,94)} = 95,10$; $p = 0,04$). Poiste ja tüdrukute lõplikud mudelid on toodud tabelis 4.

Tabel 4. Depressiooni ennustajad 13-14 aastastel lastel läbilõikeliselt

	B	SD	β	t	p
Poiste mudel					
Enesehinnang	-0,75	0,16	-0,47	-4,70	<0,01
Rahulolu sotsiaalse toega	-1,74	0,66	-0,24	-2,62	0,01
Neurootilisus	0,17	0,08	0,22	2,20	0,03
Tüdrukute mudel					
Enesehinnang	-0,79	0,10	-0,48	-8,16	<0,00
Ekstravertsus	-0,26	0,04	-0,30	-6,62	<0,00
Emapoolne tõrjutus	0,14	0,03	0,25	5,37	<0,00
Ärevus	0,15	0,05	0,18	3,22	<0,00
Meelekindlus	-0,10	0,05	-0,09	-2,07	0,04

2.3.5. Depressiooni läbilõikelised ennustajad 15-16 aastastel lastel

15-16 aastaste poiste esialgsesse mudelisse sisestati neurootilisus, ekstravertsus, sotsiaalsus ja meelekindlus. Lisaks enesehinnang, häirunud söömiskäitumine, ärevus, isa- ja emapoolne tõrjutus, perfektsionism ja rahulolu sotsiaalse toega. Pärast ebaoluliste muutujate eemaldamist jäid mudelisse alles enesehinnang, ärevus, ekstravertsus ja neurootilisus. Mudel kirjeldab 15-16 aastaste poiste depressiooni skoori variatiivsusest 83,8%. Enesehinnang seletab 72,3% ($F_{(1,42)} = 109,81$; $p < 0,01$), lisaks ärevus 4,7% ($F_{(1,41)} = 68,78$; $p = 0,01$), ekstravertsus 4,2% ($F_{(1,40)} = 57,80$; $p = 0,01$) ja neurootilisus veel 2,5% ($F_{(1,39)} = 50,44$, $p = 0,02$).

Tüdrukute esialgsesse mudelisse sisestati neurootilisus, ekstravertsus, avatus ja meelekindlus. Lisaks enesehinnang, LSHS koguskoor söömishoiakud, ärevus, ema- ja isapoolne tõrjutus, arvamus kehakaalust, rahulolu kehakujuga ning sotsiaalse toega. Lõplikusse mudelisse jäid alles enesehinnang ja ärevus ning kokku kirjeldab mudel 86,1% 15-16 aastaste tüdrukute depressiooni skoori variatiivsusest. Enesehinnang seletab 77,2% ($F_{(1,77)} = 261,42$; $p < 0,01$) ning ärevus veel 8,9% ($F_{(1,76)} = 236,29$; $p < 0,01$). Poiste ja tüdrukute lõplikud mudelid on toodud tabelis 5.

Tabel 5. Depressiooni ennustajad 15-16 aastastel lastel läbilõikeliselt

	B	SD	β	t	p
Poiste mudel					
Enesehinnang	-0.35	0.12	-0.34	-2.88	0.01
Ärevus	0.19	0.09	0.19	2.09	0.04
Ekstravertsus	-0.26	0.07	-0.29	-3.64	<0.01
Neurootilisus	0.26	0.11	0.28	2.48	0.02
Tüdrukute mudel					
Enesehinnang	-0.59	0.06	-0.61	-10.48	<0.01
Ärevus	0.40	0.06	0.40	6.99	<0.01

3. ARUTELU

Teismeeas tõuseb oluliselt depressiooni risk, kuna sel ajal toimub noorukite elus palju arengulisi muutusi nii bioloogiliselt kui sotsiaalselt (Cyranowski jt., 2000). Depressiooni on aga seostatud mitmete negatiivsete tagajärgedega ning retrospektiivsed uuringud näitavad, et vähemalt 50%-l depressioonis olnud noorukitest on haigus korduv (Kessler, Avenevoli ja Merikangas, 2001). Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida erinevaid depressiooni läbilõikelisi riskitegureid puberteedieas olevatel lastel ning nende soolisi erinevusi.

Sarnaselt varasemate uuringutega leiti, et keskmiselt on tüdrukute depressiooni skoor kõrgem kui poistel, kuid soolised erinevused ilmnemiseks vaid 13-14 aastaste laste vahel, mis oli tingitud poiste skoori langusest. Mõnevõrra on tulemus üllatav, kuna mitmed uuringud on näidanud, et tüdrukute depressiooni skoorid vanuse kasvades järjest tõusevad (Twenge ja Nolen-Hoeksema, 2002). Seda käesolevalt aga ei ilmnenud. Võimalik, et tüdrukute depressioonis siiski toimusid muutused, kuid need on alaskaalade põhised ning seetõttu ei väljendu üldskooris. Tulemus viitab vajadusele uurida ka nooremate kui 11-12 aastaste laste depressiooni, kuna on võimalik, et olulised muutused toimuvad enne seda vanust. Poiste depressiooniskoori ühe aasta langus ning järgmise aasta tõus on ootuspärane, kuna ka varasemad uuringud on näidanud, et poiste depressiooni osas on tulemused väga vastuolulised ning erinevalt tüdrukutest ei ole nende skoorid puberteedieas niivõrd stabiilsed ja võivad kiiresti muutuda (Conley ja Rudolph, 2009; Mendle, Turkheimer ja Emery, 2007). Lisaks on ka varasemalt on leitud, et poiste depressiooni skoor langeb just vanuses 13-15 (Ferreiro jt., 2011).

Käesolevas töös püüti välja selgitada, millised on depressiooni skoori läbilõikelised ennustajad poistel ja tüdrukutel erinevates vanustes. Selgus, et nii poistel kui tüdrukutel on kõikides uuritud vanusegruppides üks ühine ennustaja – madal enesehinnang. Depressioon ning madal enesehinnang on omavahel seotud, üldjuhul koosinevad, ning väga mitmed uurimused on jõudnud sarnasele tulemusele käesoleva uuringuga (Brausch ja Decker, 2014; Chan, 2012; Orth ja Robins, 2008). Uuringutulemus viitab, et laste madalat enesehinnangut ei tohi tähelepanuta jätta ning sellega tuleb tegeleda igas vanuses laste puhul.

Tüdrukute läbilõikelised mudelid ennustasid erinevatel aastatel 72.5% - 86.1% depressiooni skoori varieeruvusest. Kõikidel aastatel panustab tüdrukute depressiooni ennustamisse enesehinnang; selle olulisust on rõhutanud ka teised uuringud, tuues välja enesehinnangu tugeva seotuse depressiooniga (Moksnes ja Espnes, 2012; Orth ja Robins, 2008; Steiger jt., 2014). Teiseks korduvalt esinevaks ennustajaks oli ärevus, kuid see on oluliselt väiksema ennustusvõimega. Aastatel, kus ärevus mudelist välja jäi, on ennustajaks neurootilisus. Võib oletada, et ärevus ning neurootilisus on omavahel seotud ning seetõttu mõjutavad nad ka olulisel määral teineteist.

11-14 aastastel tüdrukutel on ennustajaks ka isiksuseomadused, täpsemalt ekstraversus (11-12a ja 13-14a), neurootilisus (12-13a), sotsiaalsus (12-13a) ja meekindlus (13-14a). Poistel on isiksusomadused depressiooni ennustajaks alles 13-14 aastastel ning statistiliselt oluline on neist vaid neurootilisus. Võib oletada, et see on põhjustatud tüdrukute ja poiste erinevast arengukiirusest. Uurimused on leidnud, et lapsepõlv ja noorukiiga on väga tundlik aeg isiksuse väljakujunemisel. Erinevad isiksusejooned arenevad erineva kiirusega ning selles esineb sugudevahelisi erinevusi (Soto, 2015). Käesolevas uuringus saadud tulemus kinnitab teiste uuringute hüpoteesi, et käesolevalt on isiksuse kujunemine ning erinevate isiksuseomaduste mõju häiretele ebaselge ning vajab täiendavat uurimist.

Poiste läbilõikelised mudelid ennustasid erinevatel aastatel 44.5% - 83.3% depressiooni skoorist, mis on aga tüdrukute mudelite ennustusvõimest tunduvalt madalam. Tulemus viitab sellele, et poiste depressiooni panustavad ka muutujad (eelkõige 12-13 aastastel), mida käesolevas töös ei ole kaasatud, kuid millel on leitud seos depressiooniga nagu perekonna sotsiaalmajanduslik olukord (Torikka jt., 2014). Sarnaselt tüdrukutele on ka poistel kõige suurema ennustusvõimega enesehinnang. Varasemad uuringud on näidanud, et vanemapoolne tõrjutus on riskifaktoriks nii poistel kui tüdrukutel (Roosna, 2013). Sellele tuginedes on mõnevõrra üllatuslik tulemus, et erinevalt tüdrukutest ei ilmnenu poistel ühelgi aastal vanematepoolne tõrjutus riskifaktoriks. Võimalik põhjendus tulemusele võib olla Bögelsi ja Pharese (2008) teoorias, mille järgi lapsed on seotud isaga pigem imiku- ning

puberteedia lõpus. Lisaks, McPhee ja Andrews (2006) jõudsid sarnasele tulemusele käesoleva uuringuga ning pakuvad omalt poolt põhjenduseks, et kuna enesehinnangut on seostatud vanematepoolse tõrjutusega, võib tõrjutus mõjutada enesehinnangut, mis on omakorda riskifaktoriks depressioonile. McKinney, Milone ja Renk (2011) poolt tehtud uuringust selgus, et tunnetatud vanematepoolne kasvatusstiil on seotud hilises puberteedieas emotsionaalsete probleemide esinemisega, kuid seda vaid tüdrukutel mitte poistel. Võimalik, et sarnane efekt esineb ka nooremas puberteedieas.

Uurimustest selgus, et vanuse kasvades tüdrukutel erinevate riskitegurite arv järjest väheneb, poistel seevastu suureneb. Sugudevaheliste erinevuste põhjuseks võivad olla nii bioloogilised, geneetilised kui ka perekonnaga seotud faktorid (Piccinelli ja Wilkinson, 2000). Mitmed riskitegurid on esindatud mõlemal sool, kuid erinevas vanuses. Näiteks rahulolematuse sotsiaalse toega on riskiteguriks noorematel tüdrukutel ning vanematel poistel. Võib oletada, et selle põhjuseks on asjaolu, et probleemide esinemisel otsivad tüdrukud just sotsiaalset tuge ning poisid pigem füüsilist tegevust ning lõdvestust (Kim, Han, Trksak ja Lee, 2014) ning vanuse muutudes ja probleemide jätkuval esinemisel on tüdrukutel piisavalt oskusi tulemaks ise toime (Derdikman-Eiron jt., 2012). Tüdrukute mudelites ilmnenu riskitegurid, nagu häirunud söömiskäitumine ning emapoolne tõrjutus on ka sarnaselt teiste uuringutega seostatud eelkõige tüdrukute depressiooniga (Roosna, 2013).

Väga mitmed uurimuses vaatluse all olevad ning depressiooniga seostatud riskitegurid ei osutunud käesolevas uuringus oluliseks. Mitte üheski vanusegrupis ei osutunud riskiteguriteks perfektsionism, kehamassiindeks, soov kaalu muuta ning arvamus kehakaalust, mis lähtudes varasematest uuringutest mõnevõrra ootamatu tulemus. Samas on mitmete nende muutujate osas ka uuringutulemused vastuolulised. Näiteks on seos kehamassiindeksiga erinevate uuringute põhjal jätkuvalt ebaselge (Goldfield jt., 2010; Rieck jt., 2013). Võimalik, et perfektsionismi ja depressiooni omavahelise seose ilmnemiseks on vajalik ka vahendav tegur, ilma milleta seos ei ilmne (Xueting, Hong, Bin ja Taisheng, 2013).

Käesoleva uuringu tulemustest saab järeldada, et depressiooni ennetamisel, sekkumistes ning ravis on oluline tähelepanu pöörata ka laste vanusele ning sugudevahelistele erinevustele ning sekkumine planeerida kindlale grupile. Kõikides uuritud vanustes ning mõlemal sool esines riskifaktoriks madal enesehinnang, seega on sekkumiste kavandamisel oluline sellele tähelepanu pöörata. Lisaks viitavad tulemused sellele, et olemasolevatele sekkumistele võib kasuks tulla, kui noorukite puhul keskenduda ka isiksusejoontele.

Käesoleva töö andmete interpreteerimisel tuleb kindlasti arvesse võtta ka selle piiranguid. Antud töös on vaadeldud depressiooni üldskoori, mitte aga erinevate sümptomite esinemist ja sõltumist soost ning vanusest. Võimalik, et mõned sümptomid on soospetsiifilised ealised iseärasused ning mitte omased depressioonile. Seega tuleks edaspidistes uuringutes, mis käsitlevad depressiooni soolisi ja ealisi eriärasusi, vaadelda ka alaskaalade erinevusi vanuse ja soo lõikes, kuna see võib anda olulist informatsiooni.

4. VIITED

- Alam, M. M. (2013). A Study of Test Anxiety, Self-Esteem and Academic Performance Among Adolescents. *IUP Journal Of Organizational Behavior*, 12(4), 33-43.
- Azorin, J., Belzeaux, R., Fakra, E., Kaladjian, A., Hantouche, E., Lancrenon, S., & Adida, M. (2014). Gender differences in a cohort of major depressive patients: Further evidence for the male depression syndrome hypothesis. *Journal Of Affective Disorders*, 167, 85-92.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081.
- Blashill, A. J., & Wilhelm, S. (2014). Body image distortions, weight, and depression in adolescent boys: Longitudinal trajectories into adulthood. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 445-451.
- Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian Journal of Psychiatry*, 10(8), 21-26.
- Brausch, A., & Decker, K. (2014). Self-Esteem and Social Support as Moderators of Depression, Body Image, and Disordered Eating for Suicidal Ideation in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 779-789.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539-558.
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P.D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61-75.
- Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2012). The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 517-523.
- Carters, M. A., & Byrne, D. G. (2013). The role of stress and area-specific self-esteem in adolescent smoking. *Australian Journal of Psychology*, 65(3), 180-187.
- Chan, S. M. (2012). Depressive mood in Chinese early adolescents: Relations with shyness, self-esteem and perceived social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4(4), 233-240.
- Cheng, P., Dolsen, M., Girz, L., Rudowski, M., Chang, E., & Deldin, P. (2015). Understanding perfectionism and depression in an adult clinical population: Is outcome expectancy relevant to psychological functioning? *Personality and Individual Differences*, 75(3), 64-67.
- Ciubara, A., Burlea L. S., Anton-Paduraru, D-T., Burlea, M., & Untu, I. (2014). Obesity - depression interrelation in children and adolescent. *Romanian Journal of Pediatrics*, 63(4), 375-378.

- Conley, C. S., & Rudolph, K. D. (2009). The emerging sex differences in adolescent depression: Interacting contributions of puberty and peer stress. *Development and Psychopathology*, *21*, 593-620.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 837-844.
- Craighead, W. E., Curry, J. F., & Ilardi, S. S. (1995). Relationship of Children's Depression Inventory factors to major depression among adolescents. *Psychological Assessment*, *7*(2), 171-176.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, *57*(1), 21-27.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M., Bakken, I., Bratberg, G., Hjemdal, O., & Colton, M. (2012). Gender differences in psychosocial functioning of adolescents with symptoms of anxiety and depression: longitudinal findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*(11), 1855-1863.
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *63*(3), 233-243.
- Dwairy, M. (2010). Parental Acceptance–Rejection: a Fourth Cross-Cultural Research on Parenting and Psychological Adjustment of Children. *Journal of Child & Family Studies*, *19*(1), 30-35.
- Eesti Haigekassa. *Koolitervishoiuteenuse aruande täitmise juhend*.(n.d.) Allikas: <https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Microsoft%20Word%20-%20Koolitervishoiuteenuse%20aruande%20t%C3%A4itmise%20juhend.pdf> Välja võetud : 18.04.2015
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(8),783-794.
- Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., & Dereboy, C. (2008). Prevalence of and Factors Related to Depression in High School Students. *Turkish Journal of Psychiatry*, *19*(4),1-8.
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2011). A Prospective Study of Risk Factors for the Development of Depression and Disordered Eating in Adolescents. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(3), 500-505.
- Ferreiro, F., Wichstrøm, L., Seoane, G., & Senra, C. (2014).Reciprocal associations between depressive symptoms and disordered eating among adolescent girls and boys: A multiwave, prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(5), 803-81.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*, 293-306.
- Garcia, D. (2011). Two models of personality and well-being among adolescents. *Personality and Individual Differences*, *50*(8),1208-1212.
- Gagné, S., Vasiliadis, H-M., & Prévile, M. (2014). Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1-21.
- Ghaedi, L., & Mohd Kosnin, A. (2014). Prevalence of Depression among Undergraduate Students: Gender and Age Differences. *International Journal of Psychology Research*, *7*(2),38-50.
- Gili, M., Castro, A., Navarro, C., Molina, R., Magallón, R., García-Toro, M., & Roca, M. (2014). Gender differences on functioning in depressive patients. *Journal Of Affective Disorders*, *166*, 292-296.

- Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. F. (2010). Body Dissatisfaction, Dietary Restraint, Depression, and Weight Status in Adolescents. *Journal of School Health, 80*(4), 186-193.
- Graziano, M., & Sikorski, J. F. (2014). Level of disordered eating: Depression, perfectionism, and body dissatisfaction. *Psi Chi Journal of Psychological Research, 19*(3), 119-128.
- Grav, S., Hellzén, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(1-2), 111-120.
- Guberman, C., & Manassis, K. (2011). Symptomatology and Family Functioning in Children and Adolescents with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 20*(3), 186-195.
- Hammerton, G., Thapar, A., & Thapar, A. K. (2014). Association between obesity and depressive disorder in adolescents at high risk for depression. *International Journal Of Obesity (2005), 38*(4), 513-519.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences, 32*(6), 1049-1061.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., Flett, G. L. (2014). Perfectionism, Stress, Daily Hassles, Hopelessness, and Suicide Potential in Depressed Psychiatric Adolescents. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 36*(4), 663-674.
- Huang, C., & Dong, N. (2014). Dimensionality of the Children's Depression Inventory: Meta-analysis of Pattern Matrices. *Journal of Child & Family Studies, 23*(7), 1182-1192.
- Kalde, K. (2013). *Perfektsionismi struktuuri areng varases puberteedieas lastel.* (Publitseerimata magistriritöö). Psühholoogia instituut, Tartu Ülikool.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(9), 1167-1175.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1002-1014.
- Kim, S. M., Han, D. H., Trksak, G. H., & Lee, Y. S. (2014). Gender differences in adolescent coping behaviors and suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. *Anxiety, Stress & Coping, 27*(4), 439-454.
- Klimstra, T. A., Crocetti, E., Hale, W. W., Fermani, A., & Meeus, W. H. J. (2011). Big Five Personality dimensions in Italian and Dutch adolescents: A cross-cultural comparison of mean-levels, sex differences, and associations with internalizing symptoms. *Journal of Research in Personality, 45*(3), 285-296.
- Kleinberg, A. (2014). Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health service. Doktori väitekirj. Tartu Ülikool, Arstiteaduskond, Tartu Ülikooli Kirjastus
- Koorevaar, A. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. F., van Marwijk, H. J., van der Mast, R. C., Naarding, P., & ... Stek, M. L. (2013). Big five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal Of Affective Disorders, 151*(1), 178-185.
- Kouros, C. D., & Garber, J. (2014). Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Developmental Psychology, 50*(12), 2633-2643.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory.* New York, NY: Multi-Health Systems
- Langley, A., Bergman, L., McCracken, J., & Piacentini, J. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the child anxiety impact scale-parent version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 14*, 105-114

- MacPhee, A. R., & Andrews, J. J. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence, 41*(163), 435 - 466.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability Testing of a Children'sb Version of the Eating Attitude Test. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 541-543.
- McKinney, C., Milone, M. C., & Renk, K. (2011). Parenting and Late Adolescent Emotional Adjustment: Mediating Effects of Discipline and Gender. *Child Psychiatry and Human Development, 42*(4), 463-481.
- Measelle, J. R., Stice, E., & Hogansen, J. M. (2006). Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3), 524-538.
- Melvin, G. A., Dudley, A. L., Gordon, M. S., Ford, S., Taffe, J., & Tonge, B. J. (2013). What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 298-305.
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review, 27*, 151-171.
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2012). Self-esteem and emotional health in adolescents—gender and age as potential moderators. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*, 483-489.
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research, 22*(10), 2921-2928.
- Mõttus, R., Pullmann, H., & Allik, J. (2006). Toward More Readable Big Five Personality Inventories. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(3), 149-157.
- Naji, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 159-164.
- O'Connor, R. C., Dixon, D., & Rasmussen, S. (2009). The Structure and Temporal Stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychological Assessment, 21*, 437-443.
- Orth, U., Robins, R. W., Roberts, B. W. (2008). Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality & Social Psychology, 95*(3), 695-708.
- Opel, N., Redlich, R., Grotegerd, D., Dohm, K., Heindel, W., Kugel, H., Arolt, V., & Dannlowski, U. (2015). Obesity and major depression: Body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology, 51*(1), 219-226.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections of perfectionism. *American Psychologist, 39*(4), 386-390.
- Phillips, R., Spears, M. R., Montgomery, A. A., Millings, A., Sayal, K., & Stallard, P. (2013). Could a brief assessment of negative emotions and self-esteem identify adolescents at current and future risk of self-harm in the community? A prospective cohort analysis. *BMC Public Health, 13*(1), 1-11.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Arch Gen Psychiatry, 55*(1), 56-64.
- Polli, A. (2011). *Laste söömishoiakute skaala adapteerimine Eesti laste valimil* (Publitseerimata seminaritöö). Psühholoogia Instituut, Tartu Ülikool.

- Pruulmann, K. (2006). *Koolitõrke funktsionaalsed põhjused ning nende seos põhikooli õpilaste õpimotivatsiooni, kliinilise sümptomaatika ja isiksuseomadustega*. Magistriprojekt kliinilises psühholoogias. Psühholoogia Instituut, Tartu Ülikool.
- Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg self-esteem scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Quach, A., Epstein, N., Riley, P., Falconier, M., & Fang, X. (2015). Effects of Parental Warmth and Academic Pressure on Anxiety and Depression Symptoms in Chinese Adolescents. *Journal of Child & Family Studies*, 24(1), 106-116.
- RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. (1993). Tõlge eesti keelde. Toim. Veiko Vasar. Tartu: TÜ Kirjastus
- Rieck, T., Jackson, A., Martin, S. B., Petrie, T., & Greenleaf, C. (2013). Health-Related Fitness, Body Mass Index, and Risk of Depression among Adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(6), 1083-1089.
- Rohner, R. P. (2005). Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire (PARQ/Control): Test manual. Rohner, R. P., Khaleque, A. (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (pp. 137–186). Storrs, CT: Rohner Research.
- Roosna, R. (2013). *Peresuhete seosed depressiivsuse ja ärevusega 11-14 aastastel lastel: 2-aastane longituuduuring* (Publitseerimata magistritöö). Psühholoogia Instituut: Tartu Ülikool.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sassaroli, S., Lauro, L. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research And Therapy*, 46(6), 757-765.
- Sayal, K., Yates, N., Spears, M., & Stallard, P. (2014). Service use in adolescents at risk of depression and self-harm: prospective longitudinal study. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1231-1240.
- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2014). Eating psychopathology as a risk factor for depressive symptoms in a sample of British athletes. *Journal of Sports Sciences*, 32(17), 1587-1596.
- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156, 480-482.
- Skinner, H. H., Haines, J., Austin, S. B., & Field, A.E. (2012). A Prospective Study of Overeating, Binge Eating, and Depressive Symptoms Among Adolescent and Young Adult Woman. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 478-483.
- Soto, C. J. (2015). The little six personality dimensions from early childhood to early adulthood: Mean-level age and gender differences in parents' reports. *Journal Of Personality*, doi:10.1111/jopy.12168
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Plazek, D. (1973). *Preliminary manual of the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spoor, S. T., Stice, E., Bekker, M. H., Van Strien, T., Croon, M. A., & Van Heck, G. L. (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal Of Eating Disorders*, 39(8), 700-707.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and Decreasing Self-Esteem During Adolescence Predict Adult Depression Two Decades Later. *Journal of Personality & Social Psychology*, 106(2), 325-338.

- Zhang, B., Yan, X., Zhao, F., & Yuan, F. (2014). The relationship between perceived stress and adolescent depression: The roles of social support and gender. *Social Indicators Research*, doi:10.1007/s11205-014-0739-y
- Žikić, O., & Nikolić, G. (2014). Traumatic experiences and depression in student population / Gender differences. *Casopis za Društvene Nauke*, 38(4), 1683-1697.
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Marttunen, M., Luukkaala, T., & Rimpelä, M. (2014). Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health*, 14(1), 1-18.
- Tulviste, T., & Rohner, R. P. (2010). Relationships Between Perceived Teachers' and Parental Behavior and Adolescent Outcomes in Estonia. *Cross-Cultural Research*, 44, 222–238.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578–588.
- Vazsonyi, A. T., Ksinan, A., Mikuška, J., & Jiskrova, G. (2015). The Big Five and adolescent adjustment: An empirical test across six cultures. *Personality and Individual Differences*, 85, 234-244.
- Watson, H., Egan, S., Limburg, K., & Hoiles, K. (2014). Normative data for female adolescents with eating disorders on the Children's depression inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 666-670.
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Relationships Between Depressive Symptoms and Perceived Social Support, Self-Esteem, & Optimism in a Sample of Rural Adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(9), 584-588.
- Wojciech Pilecki, M., Józefik, B., Solecka, D., & Cygankiewicz, P. (2014). Predictors of eating disorders outcomes in Polish teenage patients. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 16(3), 25-35.
- Xueting, Z., Hong, Z., Bin, Z., & Taisheng, C. (2013). Perceived social support as moderator of perfectionism, depression and anxiety in college students. *Social Behavior & Personality: an international journal*, 41(7), 1141-1153.

Tänu sõnad

Suured tänud juhendajale Kirsti Akkermannile toetuse, nõuannete, juhiste ja kannatlikkuse eest; Iirisele ja Kärolile abi eest uurimuse läbiviimisel; Kai Tiitsaarele motiveerivate vestluste ja töö tagasisidestamise eest; kõikidele teistele, kes olid mingil viisil abiks töö valmimisel.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Merili Tammisaar,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose
"Depressiooni riskitegurite soolised ja vanuselised erinevused puberteediealistel lastel"

mille juhendaja on Kirsti Akkermann

1.1 reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2 üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015