

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja Haridusteaduskond
Psühholoogia instituut

Triinu Niiberg-Pikksööt
DEPRESSIOONI SOTSIAALSETE JA MAJANDUSLIKE
MÕJUTEGURITE HINDAMINE.

Magistriprojekt kliinilises psühholoogias

Juhendajad: Anu Aluoja
Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri:Depressiooni mõjutegurite hindamine

Tartu 2010

KOKKUVÕTE

Depressioon tekib bioloogiliste ja psühholoogiliste tegurite koosmõju tulemusena. Mõned depressiooniga seostuvad tegurid võivad olla depressiooni tekkimise riskifaktoriteks, mõned depressiooni püsimise riskifaktoriteks ning mõned tagajärgedeks. Magistriprojekti eesmärk on välja selgitada depressiooni sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid ning koostada lühike riskitegurite hindamise küsimustik, mis arvestaks võimalikult paljusid sotsiaalseid ja majanduslikke tegureid ning nende koosmõju depressiooni esinemisel.

Meetod: Valimisse kuulub 314 uuritavat vanuses 17-65. Depressiooni sümptomitega uuritavate väljaselgitamiseks kasutasime Emotsionaalse Enesetunde Küsimustiku 2. versiooni (EEK-2). Riskitegurite küsimustiku koostamisel tuginesime Eesti Terviseuuringus ja PREDICT uuringus kasutatud metoodikale. Uuritavatel esineva depressiooni kindlakstegemiseks kasutasime MINI Rahvusvahelist Neurpsühhiaatrilist Intervjuud (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Tulemusena* selgub, et MINI järgi esines depressiivset häiret 51,0% ja EEK-2 põhjal depressiooni sümptomeid 60,6% uuritavatest. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi tulemustest selgub, et depressiooni esinemise šanss on kõrgem: (a) mittetöötajatel; (b) nendel, kes ei ole rahul olukorraga, et nad on töötajad või mittetöötajad; (c) isikutel, kes ei ole rahul inimestega, kellega nad koos elavad; (d) kutse-, põhi-, algharidusega isikutel; (e) rahalise toimetulekuraskustega isikutel; (f) kellel on pikaajaline haigus või puue; (g) sotsiaalse toetuse puudumise korral; (h) alkoholi kuritarvitajatel; (i) nendel, kes on rahulolematud emotsionaalsete suhetega abikaasa või elukaaslasega. Tulemused võimaldavad arvutada depressiooni taustategurite skoori, mis tuvastab depressiooniga isikuid sensitiivsusega 75% ja spetsiifilisusega 86%. *Kokkuvõttena* saab öelda, et välja on töötatud esialgne riskitegurite profiil ning sellele ja edaspidistele longitudinaalsetele uuringutele tuginedes on võimalik arendada lõplik küsimustik, mis võimaldab hinnata depressiooni sotsiaalseid ja majanduslikke mõjutegureid ning seeläbi on abivahendiks depressiooni haigestumise ennetamisel.

Märksõnad: depressioon, sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid, depressiooni haigestumise ennetamine.

ABSTRACT

Assessment of socio-economic factors of depression

Development of depression is based on the concurrency of several biological and psychological factors. Some factors associated with depression could be riskfactors of ensuing depression, some could be riskfactors for persistence of depression and some could be maintaining factors. The main aim of this Master`s project is to examine the social and economical factors of depression and to compose a brief riskfactors assessment questionnaire which takes into consideration great extent of social and economical factors and their concurrency. *Method:* In total 314 subjects (in age of 17-65) took part in the study. EEK-2 was used to establish the symptoms of depression, questionnaire about risk factors was used to assess socio-economic and health factors. In order to confirm the diagnose of depression Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) was used. *Results:* According to MINI 51,0% of all subjects had depression, and according to EEK-2 60,6% had symptoms of depression. According to the results of multiple logistic regression following aspects increased significantly the odds for depression: (a) non-worker; (b) dissatisfaction with working or non-working situation; (c) dissatisfaction with people who they live with; (d) vocational-, primary- and elementary education; (e) problems with financial coping; (f) prolonged illness or disability; (g) lack of social support; (h) alcohol abuse; (i) dissatisfaction with emotional and sexual relationships with partner. According to the results it is possible to calculate the score for depression background factors, which identifies depression with sensitivity of 75% and specificity of 86% in identifying depression. *Conclusion:* Based on the initial riskfactors profile and prospective longitudinal studies it would be possible to create final questionnaire which can evaluate socio-economic factors of depression and could be a facility to prevent depression.

Keywords: depression, social and economical factors, prevention of depression.

SISSEJUHATUS

Diagnostilised kriteeriumid

Depressioon kuulub Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni (RHK-10) järgi meeleoluhäirete alarühma ning on vaimse tervise häire, mille puhul kannatab inimene tavaliselt alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumise ja energia vähenemise all, mis toob kaasa suurenenud väsitatavuse ja vähenenud aktiivsuse. Põhisümptomite kõrval esinevad lisasümptomid ning sümptomite esinemise hulk määrab selle, kas depressioon liigitatakse kategooriasse kerge, mõõdukas või raske (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1993). Vaimse tervise häirete diagnostilise ja statistilise manuaali järgi (*Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*; DSM-IV-TR) kasutatakse mõistet „suur depressioon“ (major depression), mis vastab RHK-10 mõõdukale või raskele depressioonepisoodile ja jaguneb ühekordseks ja korduvaks (APA, 2000).

Düstüümia on krooniline meeleolu alanemine, mis ei vasta kerge või mõõduka korduva depressiooni kirjeldusele ega diagnostilistele juhistele ei üksikute episoodide raskusastme ega kestuse poolest. Vajalik tunnus on pikaajaline meeleolu alanemine, mis ei ole või on äärmiselt harva küllalt intensiivne, et vastata kerge või mõõduka korduva depressiooni kirjeldusele ja diagnostilistele juhistele (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1993). DSM-IV-TR käsitleb düstüümiat kui krooniliselt depressiivset meeleolu, mis kestab enamusel päevadest vähemalt kahe aasta jooksul. Kusjuures sümptomitevaba periood ei kesta kauem, kui kaks kuud ning sümptomite intensiivsus ei vasta „suure depressiooni“ episoodi kriteeriumitele (APA, 2000).

Alaläise depressiooni diagnoosi eraldi RHK-10 järgi ei ole. DSM-IV-TR toob välja „väikese depressiooni“ (minor depression) mõiste. Alaläise depressiooni episoodi ajal esineb vähemalt kaks nädalat depressiivseid sümptomeid, kuid neid on vähem kui viis tunnust, mis on vajalikud „suure depressiooni“ episoodi diagnoosimiseks (APA, 2000).

Üldistunud ärevushäire peamiseks jooneks on üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljandunud. Häire diagnoosimiseks peavad avalduma ärevuse primaarsed sümptomid enamusel päevadest, vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul (APA, 2000). Üldistunud ärevushäire on üks sagedasem häire, mis esineb komorbiidselt teiste häiretega, eriti teiste ärevushäiretega ja depressiooniga. Mõned uurijad usuvad, et üldistunud ärevushäire ei ole omaette häire vaid

depressiooni variant. Selline arvamus tekib, kuna depressiooni esinemine samaaegselt üldistunud ärevushäirega maskeerib üldistunud ärevushäire sümptomid. Üldistunud ärevushäire eksisteerib siiski ka eraldiseisva häirena ning seetõttu ei ole defineeritav kui depressiooni vorm (Nutt, Argyropoulos, Hood ja Potokar, 2006).

Depressiivsete häirete esinemissagedus

Epidemioloogilised uuringud näitavad, et depressiivsete häirete sagedus on sarnane kogu maailmas (Barkow jt., 2003; Sartorius, 2001). Levimus populatsioonis ühe kuu jooksul on peaaegu 4,9% (Blazer, Kessler, McGonagle ja Swartz, 1994), ning häiret esineb ligilähedaselt 10% inimestest, kes pöörduvad mingil põhjusel esmatasandi arsti poole (Sartorius, 2001). Eesti Terviseuuringus leitud oli 2006. aastal depressiooni hetkelevimus Eesti rahvastikus 4,9%, mis on sarnane Blazer'i ja kolleegide poolt (1994) läbi viidud uuringule. Depressiivsuse ja ärevuse ühe kuu levimus 2006. aastal oli vastavalt 8,7% ja 7,7%, 1996. aastal vastavalt 11,1% ja 8,5%. Terviseuuringu andmetel on depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti rahvastikus 10 aastaga vähenenud, enam depressiooni osas (Kleinberg, Aluoja ja Vasar, 2008). Sarnaste demograafiliste näitajate puhul on leitud, et depressiooni esiletulek elu jooksul on 17,1% (Blazer jt., 1994). National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) andmetel on eluea depressiooni esinemissagedus 16,2% ja 12-kuu esinemissagedus on 6,6% (Kessler jt., 2003).

Alaläise depressiooni levik esmatasandi arstiabis ja populatsioonis on umbes 3%-10% (Kessler, Zhao, Blazer ja Swartz, 1997; Sartorius, 2001). National Comorbidity Survey (NCS) andmetel selgus, et 10% inimestel populatsioonis esines elu jooksul ainult alalävist depressiooni (Kessler jt., 1997).

NCS andmetel (Wittchen, Zhao, Kessler ja Eaton, 1994) enamus inimesi (90%), kellel on olnud eluea jooksul üldistunud ärevushäire, on eluea jooksul saanud vähemalt ühe teise häire psühhiaatrilise diagnoosi. NCS-R (Kessler, jt., 2003) andmetel on depressiooni komorbiidsus ärevushäiretega (sealhulgas üldistunud ärevushäire) 59,2%.

Depressiivsete häirete esiletulek muutub aastate lõikes üha sagedamaks, seda mitmetel põhjustel, muuhulgas demograafilised muutused ja krooniliste füüsiliste häiretega inimeste kõrge elulootus (Sartorius, 2001).

Depressiooniga seostuvad tegurid

Depressiooni riskitegurid.

Depressioon tekib bioloogiliste ja psühholoogiliste tegurite koosmõju tulemusena. Mõned depressiooniga seostuvad tegurid võivad olla depressiooni tekkimise riskifaktoriteks, mõned depressiooni püsimise riskifaktoriteks ning mõned tagajärgedeks. Alates üheksakümnendate aastate keskpaigast on läbi viidud mitmeid uuringuid, mis püüavad välja selgitada depressiivsete häirete tekke ja säilimise riskifaktoreid. Paljud neist uuringutest on läbi viidud esmatasandi meditsiinis või kasutades perearstide abil koostatud valimeid. Vähem on populatsiooniuringuid ning need keskenduvad rohkem seostele suitsidaalsuse ja somaatilise tervisega, samuti on suurem osa uuringutest läbilõikeuuringud. Arvestatavate populatsiooniuringutena saab välja tuua Depression Research in European Society II (DEPRES II), European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), NCS ja NCS-R (ESEMeD/MHEDEA-2000 Investigators, 2004; Kessler, jt., 1997; Kessler, jt., 2010; Tylee, 2000). Kaks enim maailmas uuritud riskifaktorit on madal sotsiaal-majanduslik staatus ja naissugu (Weich ja Lewis, 1998). PREDICT riskiindeksi uuringus Euroopa valimil välja selgitatud riskifaktoriteks olid sugu, vanus, haridustase, varasema depressiooni esinemine, perekonnas depressiooni esinemine, füüsilise tervise seisund, ärevus, emotsionaalsed sümptomid, raskused tööl, diskrimineerimise kogemus (King jt., 2008). Üks depressiooni välja kujunemise riskitegur on alaläise depressiooni esinemine. Kessler jt. (1997) pakub oma artiklis välja, et olemas on tõenäoliselt kaks alaläise depressiooni alatüüpi: üks neist on primaarne diagnoos ja teine on selline, milles alaläine depressioon on seotud depressiooni haigestumisega. Cuijpers, Graaf ja Dorsselaer (2004) on oma uuringu põhjal leidnud, et alaläise depressiooni olemasolu tõstab riski depressiooni väljakujunemiseks ning et depressiivsed häired eksisteerivad pigem kontinuumil, mitte ei ole eraldi kategooriad, seega alaläine depressioon on samal kontinuumil depressiooniga. Alaläise depressiooni riskitegurid on leitud olevat sarnased depressiooni riskiteguritele (Cuijpers jt., 2004; Kessler jt., 1997).

Depressiooni püsimist soodustavad tegurid.

Spijker jt. (2004) on oma artiklis klassifitseerinud populatsioonis levinud faktorid (tuginedes Ormeli ja Neelemani dünaamilisele stress-haavatavuse mudelile), mis hoiavad

depressiooni alal: demograafilised faktorid; pikaajalised sotsiaalse haavatavuse faktorid (madal haridustase, madal sotsiaal-majanduslik staatus ja üksi elamine) ja psühhobioloogilised haavatavuse faktorid (negatiivsed kogemused nooruses, isiksuse jooned, eelnev psühhiaatriline või füüsiline haigus); säilitavad faktorid (negatiivsed elusündmused, jätkuvad raskused ja sotsiaalse toetuse puudumine); depressioonist tulenevad faktorid (st. mis iseloomustavad depressiooni episoodi).

Depressiooni ravile mitteallumise ennustajateks esmatasandi meditsiinis on: depressiivsete häirete raskus, kõrge neurotism, düstüümia olemasolu, komorbiidsus ärevushäiretega, somaatilise haiguse esinemine, madalam haridustase, töötus, madal sotsiaalne toetus, vähene füüsiline aktiivsus, vältiv toimetulekustiil, kehv sotsiaalne funktsioneerimine, negatiivsed elusündmused, madal enesehinnang ja pingeline elustiil (Barkow jt., 2003).

Depressiooni tagajärjed.

Kogu maailmas on 2020 ja 2030. aastaks depressioon puude põhjustajana (cause of disability) ennustatavalt teisel kohal (esimesel kohal südame-veresoonkonna haigused, kolmandal kohal liiklusõnnetused) (Mathers ja Loncar, 2005; Murray ja Lopez, 1997). Samuti on depressiivsed häired sageli komorbiidsed mitmete somaatiliste seisunditega ning depressiooni levik on teadaolevalt suurem nende hulgas, kellel on mingi krooniline somaatiline haigus (Carroll, Cassidy ja Cote, 2003; Sartorius, 2001). Depressiooni tagajärjed on eriti märgatavad sotsiaalses ja emotsionaalses funktsioneerimises ning seeläbi mõjutab depressioon oluliselt mitmeid inimese normaalse aktiivsuse aspekte: abielulisi, isiklikke ja sõprussuhteid, suhteid lastega, võimet ennast välja puhata, üldist tervist, töövõimet, elukvaliteeti, võimet juhtida oma elu ja olla optimistlik tuleviku suhtes (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis ja Kaprinis, 2003; Simon, 2003).

Kuigi alaläise depressiooni tagajärjed ei tundu olevat nii tõsised kui unipolaarse depressiooni tagajärjed, on alalävine depressioon siiski suur rahvatervise probleem (Cuijpers jt., 2004). Keskendumine mitte ainult kliinilisele depressioonile vaid ka depressiivsetele sümptomitele on oluline, leidmaks faktoreid, mis võimaldavad depressiivsete patsientide märkamist meditsiinisüsteemis (Salokangas ja Poutanen, 1998).

Depressiooniga seostuvad kognitiivsed tegurid.

Kognitiivsed tegurid, nagu eba funktsionaalsed uskumused ja atribuutsioonistiil, võivad mõjutada negatiivsetele elusündmustele antavat hinnangut ja rahulolu elusündmustega, mille tulemusena tajub inimene kogemust või elusündmust stressirikkamana, kui see tegelikult on (Simons, Angell, Monroe ja Thase, 1993). Kognitiivsed faktorid võivad läbi sündmustele antava hinnangu mõjutada negatiivsete elusündmuste tekkimist. Kuigi inimene otseselt ei püüa oma elu stressirikkamaks muuta, kujundab eba funktsionaalne uskumus või depressiivne atribuutsioonistiil käitumist nii, et tekivad elusituatsioonid, milles stressirikkad sündmused on kergemad juhtuma (Simons jt., 1993). Inimeste vastused, mida nad enesekohastes küsimustikes annavad, võivad olla seotud depressioonist tulenevate negatiivsete hoiakutega ja/või globaalse ja stabiilse atribuutsioonistiiliga (Simons jt., 1993), seetõttu pole alati selge, kas on tegemist tõepoolest kehvema eluga või suurema rahulolematusega. Depressioon on seotud nii sotsiaalse-, kehalise- kui emotsionaalse heaoluga rahulolematuses, samuti töövõimetus ja alanenud töö produktiivsusega (Goldberg ja Harrow, 2005). Kuigi depressiooni saab edukalt ravida, mõjutab negatiivne hoiak ja teadmatus depressioonist potentsiaalsete abivajajate jõudmist tervishoiuteenusteni (Halter, 2004). Abi otsimine on raskendatud ka depressiooni enda tõttu, sest depressiooni üks kognitiivne faktor, negatiivne maailmapilt, mõjutab enesehinnangut, mistõttu probleemi tunnistamine iseenesest on inimesele raske. Potentsiaalsed abivajajad ei tea, millist abi nad täpselt vajavad, kuidas seda abi leida, kardavad, et nad ei saa loodetud abi ning seetõttu jääb depressioon sageli ravimata (Halter, 2004). Samuti sõltub depressiivsete inimeste hulk, kes jõuavad tervishoiuteenusteni, sellest, kuidas üldsus teenust tajub, juurdepääsust alternatiivsetele teenustele ja teenustele üldse ning stigmast, et inimesed tunnevad häbi või ebamugavust psühhiaatri poole pöörduda (Sartorius, 2001).

Sotsiaalmajanduslikud tegurid.

Sotsiaalmajanduslikud faktorid, nagu haridustase, sissetulek ja tööstaatus (töökoha tasand hierarhias), võivad mõjutada depressiooni sagedust, kulgemist ja tõsidust (Blazer jt., 1994; Carroll jt., 2003; Fullilove, 2002; Kessler jt., 1997; Sartorius, 2001; Simon, 2003). Madal sotsiaalmajanduslik staatus on oluline haiguste mõjutaja, tuues kaasa funktsionaalsed kahjustused, töövõime alanemise ja suurenenud vajaduse tervise teenustele (Simon, 2003).

Haridus on inimese heaolu seisukohalt väga oluline seeläbi, et haridus on ressurss ja võimaldab panustada inimkapitali ning seeläbi tekitab inimestele võimalusi luua uusi ressursse (Ross ja Mirowsky, 2006). Haridus eelneb ja mõjutab karjäärivõimalusi, tööd, teenimisvõimalusi ja sissetulekut, olles võtmepositsioonil klassijaotuse süsteemis (Ross ja Mirowsky, 2006). Haridusest tulenev pääsemine vaesusest ja majanduslikest raskustest võib mõjuda kaitsvalt emotsionaalsele heaolule (Ross ja Mirowsky, 2006). Kõrgem haridus õpetab inimestele loogilist ja ratsionaalset mõtlemist, mitmekülsust, analüüsi- ja probleemilahendusoskusi, andes võimalused ja motivatsiooni kujundada ja kontrollida oma elu (Ross ja Mirowsky, 2006). Inimesed, kellel on suur kontroll oma elu üle, kogevad vähem psühholoogilist distressi (Ross ja Mirowsky, 1989). Madal haridus on oluliselt seotud depressiooni esiletulekuga (Blazer jt., 1994; Kessler jt., 1997; Ross ja Mirowsky, 1989). Hariduse ja depressiooni oluline seos on leitud Eesti Terviseuuringus. Kõrgema haridusega inimeste seas esineb depressiooni vähem, madalama haridusega inimeste depressiooni levimus ei ole Eestis 10 aastaga oluliselt muutunud (Kleinberg jt., 2008). Sarnaselt on Salokangas ja Poutanen (1998) Soome valimi põhjal leidnud, et depressiivsed sümptomid on sagedasemad vähem haritud patsientidel.

Madal sissetulek alandab inimese heaolu ja ligipääsu psühhosotsiaalsetele ressurssidele, suurendab materiaalselt deprivatsiooni, vaesust, majanduslikku ebakindlust ning depressiivsete sümptomite esiletuleku võimalust (Von dem Knesebeck, Lüschen, Cockerham ja Siegrist, 2003; Weich ja Lewis, 1998). Vaesus ja deprivatsioon kahjustavad ka inimestevahelisi suhteid ning seeläbi võivad põhjustada depressiooni (Zeman, 1996). Vaesus ei avaldu alati finantsilistes puudustes, et ravimeid osta või arsti juurde jõuda, vaid ka selles, et patsiendid ei suuda maksta transpordi eest, mis arstiabinini viib või võtta töölt puhkust, sest see tingiks olulise sissetuleku kaotuse (Sartorius, 2001). Majanduslike ressursside ebavõrdsus tekitab sotsiaalse kihistumise, mis omakorda mõjutab inimese heaolu, sissetulekut ja elustandardeid (Borrell, Muntaner, Benach ja Artazcoz, 2004). Siegrist ja Marmot (2004) on defineerinud psühhosotsiaalse keskkonna mõiste järgmiselt: „Psühhosotsiaalne keskkond on sotsiaalse struktuuriga seotud võimalused, mis aitavad inimesel rahuldada heaolu vajadusi, olla produktiivne ja saavutada positiivset minapilti”. Seega, kui inimesel puudub või on materiaalsete ressursside vähesusest tingitult piiratud ligipääs psühhosotsiaalsetele ressurssidele ning sotsiaalsetele ja kultuurilistele tegevustele, tingib see kõrgema stressi taseme, ning võib tõsta riski krooniliste haiguste ning depressiooni tekkeks (Pikhart jt., 2004;

Siegrist ja Marmot, 2004; Stansfeld, Head ja Marmot, 1998; Von dem Knesebeck jt., 2003). Depressiooni ja sissetuleku oluline seos tuuakse välja ka Eesti Terviseuuringus, mille järgselt on see seos 10 aasta jooksul tugevnenud (Kleinberg jt., 2008). NCS andmetel ei leitud olulist seost depressiooni ja leibkonna sissetuleku vahel (Blazer jt., 1994).

Töötus ja pensioniiga on depressiooni olulised riskifaktorid. Depressiivsed häired põhjustavad rohkem töövõimetust kui enamus kroonilisi somaatilisi haigusi (välja arvatud südameinfarkt) (Sartorius, 2001). Töökoha paiknemine hierarhias ning töö iseloom on samuti olulised depressiooni ja heaolu mõjutajad (Stansfeld jt., 1998). Paljusi on stressi ja depressiooni teke töö tüübist. Kvalifitseerimata ning madalama sotsiaalmajandusliku staatusega töolistel on sageli tervistkahjustavamad ja ebastabiilsemad töötingimused, kui kvalifitseeritud ja kõrgemast sotsiaalsest klassist pärit töolistel (Iacovides jt., 2003). Tajutud vaesus ja töötus on eelkõige seotud depressiooni episoodide pikema kestusega ja vähem nende tekkimisega. Pikemas perspektiivis on sellised tingimused seotud kasvanud haigusriskiga. (Borrell jt., 2004; Siegrist ja Marmot, 2004; Weich ja Lewis, 1998). Eesti Terviseuuringu tulemusena on leitud, et töötute ja pensionäride seas püsib 10 aasta jooksul suurem depressiooni levimus (Kleinberg jt., 2008). Soome valimi põhjal on leitud, et depressiooni esineb rohkem töötutel ja invaliidsuspensiooni saajatel (Salokangas ja Poutanen, 1998).

Demograafilised tegurid.

Elustress ning psühhosotsiaalne haavatavus tõstavad oluliselt depressiivse episoodi esiletuleku tõenäosust (Oldehinkel, Ormel, Brilman ja van den Berg, 2003). Oldehinkel jt. (2003) ning Barkow jt. (2003) väidavad samuti, et vanem iga on eluperiood, milles sageli tajutakse tugevamat stressi. See on tingitud vanusega sagenevatest haigustest ja funktsionaalsetest puuetest, lähedaste suhete kaotusest või hoolitsemisest teiste haigete lähedaste eest. Funktsionaalsed puudujäägid vanemas eas patsientide hulgas ennustavad depressiooni esinemist ning vastupidi depressioon ja depressiivsed sümptomid süvendavad kehva funktsioneerimisvõimet, mistõttu vanus, funktsioneerimisvõime ja depressioon on omavahel tihedas seoses (Katon, 2003). Aluoja, Leinsalu, Shlik, Vasar ja Luuk (2004) leidsid Eesti kontekstis, et oluliselt kõrgem risk depressiooni sümptomite esiletulekuks on üle 40 aastastel. Salokangas ja Poutanen (1998) on Soome valimi põhjal leidnud, et depressiivsed

sümptomid on sagedasemad vanematel inimestel. NCS andmetel ei leitud olulist seost vanuse ja depressiooni vahel (Blazer jt.,1994).

Depressiooni esinemine naiste seas on kaks korda kõrgem kui meestel, sarnane tulemus on leitud erinevates valimites (Lucht jt., 2003). Soolisi erinevusi mõjutavad tugevalt järgmised faktorid: emaks olemine, haridus, sümptomite rohkus, episoodide kestus, vanus, tööstaatus ja abielu (Lucht jt., 2003). Eesti Terviseuuringu tulemustest selgub, et võrreldes 1996. ja 2006. aastat on depressiooni esinemissagedus naiste hulgas oluliselt vähenenud, meeste depressiooni sagedus on püsinud suhteliselt muutumatuna (Kleinberg jt., 2008). NCS (Blazer jt.,1994) andmetel on depressiooniga oluliselt seotud naissugu. Sarnased tulemused on saadud ka NCS-R uuringus (Kessler jt., 2003).

Aluoja jt. (2004) on oma uuringus välja pakkunud idee, et rahvuse ja depressiooni seosed sõltuvad tõenäoliselt keelelistest raskustest, positsiooni tajumisest ühiskonnas, sotsiaalse võrgustiku puudumisest. Eesti kontekstis on Aluoja jt. (2004) oma uuringus leidnud, et depressiivsete sümptomite esinemise šanss on kõrgem mitte-eestlaste seas. Samuti seostus depressioon oluliselt rahvusega Eesti Terviseuuringus. 10 aastaga vähenes depressiooni levimus oluliselt nii eestlastel kui ka mitte-eestlastel (Kleinberg jt. 2008). NCS ja NCS-R (Blazer jt.,1994; Kessler jt., 2003) andmetel depressiooni ja rahvuse vahel olulist seost ei esine.

Perekond, milles üks või rohkem liikmeid on depressioonis, kannatab mitte ainult depressiooni kui haiguse tõttu, vaid tekivad ka lahkkelid abielus, suureneb lahutuse tõenäosus, häiruvad perekonna erinevad sotsiaalsed rollid, sealhulgas perekultuuri edasiandmine, laste kasvatamine, pereliikmete toetamine (Sartorius, 2001). Eesti Terviseuuringus on leitud seos depressiooni ja perekonnaseisu vahel, kõige sagedasem on depressioon leskede seas. Lahutatud ja lahus elavate naiste seas oli aastaks 2006, võrreldes meestega, depressioon oluliselt vähenenud (Kleinberg jt., 2008). Salokangas ja Poutanen (1998) on Soome valimi põhjal leidnud, et depressiivsed sümptomid on sagedasemad mitte abielus olevatel inimestel. NCS andmetel on depressiooniga oluliselt seotud lahutatud, leseks jäänud, eraldatud või vallalised inimesed (Blazer jt.,1994). Abielustaatus ja depressiivsete sümptomite vahelise seose on samuti leidnud Pikhart jt. (2004).

Elukoha asukoha ning depressiooni vahelised seosed on uuringute lõikes erinevad. Olulist seost elukoha asukohaga ei leidunud Aluoja jt. (2004) poolt läbi viidud uuringus ja Eesti Terviseuuringus (Kleinberg jt., 2008). NCS ja NCS-R (Blazer jt.,1994; Kessler jt.,

2003) andmetel ei leitud samuti olulist seost depressiooni ja elukoha asukoha vahel. ESEMeD (ESEMeD/MHEDEA-2000 Investigators, 2004) andmetel esineb depressiooni seos elukoha asukohaga: maal elavatel meestel on mõnevõrra suurem tõenäosus haigestuda vaimse tervise häiretesse, eriti depressiooni.

Elusündmuste ja suhetega seotud tegurid.

Stressorid, nagu akuutsed elusündmused ja pidevad probleemid (eriti materiaalsed), on sagedasemad madala sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste seas ning probleemidest tingitud sotsiaalsele stressile järgneb sageli depressioon (Fullilove, 2002; Stansfeld jt., 1998). Ebastabiilsed suhted ja partneri kaotus vähendavad depressioonist paranemise tõenäosust (Barkow jt., 2003). Väärkohtlemise kogemine lapseas ja kohanemishäired mõjutavad suhteid lähedastega ning inimeste, sealhulgas oma arsti, usaldamist (Katon, 2003), seeläbi tehes keerukaks ärevushäirete ja depressiooni efektiivse ravi.

Sotsiaalsed suhted ja sotsiaalne toetus mõjutavad vaimset tervist, eriti depressiivsust, toimides iseseisvalt või modifitseerides elusündmuste mõju inimesele (Huurre, Eerola, Rahkonen ja Aro, 2007). Tajutud sotsiaalne toetus on uskumus, et probleemide korral on läheduses inimene, kes on toetav ja mõistev (Ross ja Mirowsky, 1989). Depressiivsete häirete korral kannatab nii inimene, kui tema emotsionaalsete ja intiimsete suhete kvaliteet lähedaste ja sõpradega, mistõttu tekivad puudujäägid sotsiaalses toetuses (Sartorius, 2001; Zlotnick, Kohn, Keitner ja Della Grotta, 2000). Abielu võib pakkuda sotsiaalset toetust, kuid ei pruugi alati olla garantii toetavale suhtele. Sotsiaalset toetust pakub eelkõige emotsionaalne lähedus, mida võib tajuda ka mitte abielus olev inimene läbi oma sugulaste ja sõprade (Ross ja Mirowsky, 1989). Tugevad sotsiaalsed suhted ja sotsiaalne toetus lubavad inimesel olla iseseisev, instrumentaalne ja riskida oma elu korraldamisel ja probleemide lahendamisel (Ross ja Mirowsky, 1989). Sotsiaalse toetuse ja sotsiaalse kapitali olemasolu on omakorda seotud kõrgema hariduse ja majandusliku staatusega ning madalamast sotsiaalsest klassist inimesed on tervise suhtes mitte ainult materiaalselt vaid ka mittemateriaalselt kehvemas olukorras (Huurre jt., 2007; Stansfeld jt., 1998). Sotsiaalse toetuse puudumine on seotud suurema stressi hulga, kehvema tervisega, krooniliste füüsiliste haiguste pikema kestusega ja ennustab hilisemate depressiivsete episoodide esiletulekut (Huurre jt., 2007; Spijker jt. 2004).

Tervisega seotud tegurid.

Rahvastiku tervis on üks peamisi inimkapitali osiseid tänapäeva arenenud vananeva rahvastikuga ühiskonnas (Sakkeus, 2008). Depressiivsed häired esinevad sageli komorbiidselt somaatiliste haigustega ja tervis avaldab depressiooni esinemisele mõju läbi raviprobleemide, teadmatuse ja vaesuse (Sartorius, 2001). Häire mitte teadvustamine toimub nii patsiendi kui arsti poolt, kuna depressiivset seisundit ei osata alati märgata. Arstid ja patsiendid keskenduvad sageli somaatiliste haiguste ravile. Samal ajal süveneb depressioon, häirides oluliselt inimese elukvaliteeti ja süvendades somaatilisi haigusi (Sartorius, 2001). Sama moodi keskenduvad terviseuurijad rohkem füüsilise tervisega seonduvate riskitegurite uurimisele, kuid vaimne tervis üldisemalt jääb tähelepanuta.

Depressioon on sageli seotud tervistkahjustava käitumisega, siinhulgas ülekaalulisus, suitsetamine, alkoholism ja alanenud füüsiline aktiivsus, mis tõstavad omakorda füüsilistesse haigustesse haigestumise riski (Katon, 2003; Raimo ja Schuckit, 1998). Võib eeldada, et kui mitmed füüsilised tegurid (ülekaalulisus, suitsetamine, alkoholism, füüsiline aktiivsus) ja sotsiaalsed riskifaktorid on seotud kehva füüsilise tervisega, on need seotud ka kehva vaimse tervisega. Seetõttu võib oletada, et avalikud terviseteenused, mis keskenduvad elustiili parandamisele, viivad kokkuvõttes nii vaimse kui füüsilise tervise paranemisele (Rohrer, Pierce ja Blackburn, 2005).

Depressioon ja kehakaal on vastastikku tugevas seoses. Depressiooni üks sümptomeid on isu suurenemine või vähenemine, mis mõjutab kehakaalu. Ülekaalulisus on seotud suurenenud riskiga psühhiaatriliste haiguste väljakujunemisele (Zhao jt., 2009). Zhao jt. (2009) leidsid oma uuringus, et nii meestel kui naistel, kellel esineb ülekaalulisus või rasvumine, esineb oluliselt suurema tõenäosusega depressiooni ja ärevushäireid. Berlin ja Lavergne (2003) leidsid oma uuringus, et kaalu ja depressiooni vahel esineb naistel U-kujuline seos – nii alakaalulistel kui ülekaalulistel naistel esineb sagedamini depressiooni ja suitsiidimõtteid. Ülekaalulistel meestel leiti, et depressiooni ja suitsiidimõtete sagedus väheneb ning alakaalulistel meestel suureneb depressiooni, suitsiidimõtete ja suitsiidikatsete sagedus. Leiti ka, et alkoholi ja suitsetamise mõju ei olnud depressiooni ja kehakaalu seoste puhul statistiliselt oluline mõjutaja.

Kroonilise füüsilise haigusega seotud tegurid (sealhulgas rohkemate sümptomite esinemine, tõsisem funktsionaalne kahjustus, alanenud elukvaliteet, suuremad meditsiinilised kulutused, vähenenud enese eest hoolitsemise võime) on tugevaimad depressiooni

episoodide ennustajad: st tõsisem käesolev episood ja pikema kestvusega eelnevad episoodid (Katon, 2003; Katon, Lin, Russo ja Unützer, 2003). Paljud inimesed, kellel on mõni krooniline haigus, peavad õppima hakkama saama ja harjuma krooniliste sümptomitega nagu valu ja väsimus (Katon, 2003). Krooniline valu mõjutab oluliselt depressiooni esiletulekut (Katon, 2003). 30-54% kroonilise valuga patsientidel esineb depressiooni (Banks ja Kerns, 1996). Kroonilise valu ja depressiooni kombinatsioon, mõjutab peaaegu 2%-i kogu populatsioonist, ning paistab esindavat olulisi terviseprobleeme, mis on seotud kõrge puute arvuga, sotsiaalmajanduslike kaotustega ja suuremate tervishoiukuludega (Currie ja Wang, 2004). Uuringud näitavad, et patsientidel kellel esinevad komorbiidselt ärevus ja depressioon on oluliselt rohkem meditsiiniliselt seletamatuid sümptomeid (MUS) ilma selge patoloogia esinemiseta, kui neil, kellel esineb ainult krooniline haigus, sõltumata selle raskusastmest (Katon, 2003). See tähendab ka, et komorbiidne ärevus ja depressioon muudavad komplitseerituks kroonilise haiguse kulu ning ennustavad funktsionaalseid raskusi aja jooksul rohkem kui füüsilise haiguse raskusaste (Katon, 2003). Eesti kontekstis on puudega inimeste seas depressiooni esinemine kolm korda sagedasem kui rahvastikus tervikuna (Kleinberg jt., 2008). Euroopas läbi viidud ESEMeD uuringus seostuvad vaimse tervise häired (eriti düstüümia ning depressioon) oluliselt puude raskusastmega (ESEMeD/MHEDEA-2000 Investigators, 2004).

Depressioon esmatasandi meditsiinis, taastusravis ja rehabilitatsioonis

Enamik somaatilisi haigusi nõuab hulka enesekohaseid (self-management) käitumisi, et muuta ravi optimaalseks. Kroonilise somaatilise haigusega toimetulek nõuab pidevat koostööd oma arstiga, toitumise muutmist, füüsiliste harjutuste tegemist, regulaarset ravimite tarvitamist, enese-jälgimist; sealhulgas vererõhu mõõtmine, veresuhkru taseme mõõtmine, kahjulike käitumiste vähendamine, nagu suitsetamine ja alkoholi tarvitamine. Depressioon on seisund, mis mõjutab enesekohaseid käitumisi väga paljude haiguste korral (Katon, 2003), seetõttu on depressiooni efektiivne ravi esmatasandi meditsiinis, taastusravis ja rehabilitatsioonis väga olulisel kohal.

Kirjanduse andmetel võib 10-20% perearsti patsientidest diagnoosida depressiooni (Salokangas, Poutanen, Stengard, Jähi ja Palo-oja, 1996). Depressiooni diagnoosimisel esmatasandi meditsiinis on mitmeid probleeme ning on leitud, et esmatasandi meditsiinis tuntakse õigesti ära vaid üks neljandik kliinilisest depressioonist ning rohkem raskusi esineb

raskema (kui mõõduka) depressiooni ära tundmisel (Salokangas ja Poutanen, 1998). Perearstidel on oluline roll depressiooni ravis, kuna nad tegelevad ambulatoorselt ligilähedaselt poolte depressiooni haigestunud patsientide raviga. Riskifaktoritest teavitamine võimaldab ennetada häire süvenemist ning tagasilangusi ja on seetõttu esmatasandi meditsiinis väga oluline (Barkow jt., 2003). Riskifaktorite küsimustik võiks olla üks osa teaduslikult uuritud testipaketist ja juhtnööridest, mis võimaldavad esmatasandi arstidel ennetada, diagnoosida ja ravida kergeid ja mõõdukaid depressiivseid häireid efektiivsemalt ning seeläbi vähendada spetsialistide, psühhiaatriakliinikute koormust ning ühiskonna ja meditsiinisüsteemi kulusid (Barkow jt., 2003). Vajalikud oleksid esmatasandi meditsiinis lihtsad ja lühikesed sõeltestid, üldiste riskitegurite mõõtvahendid, manuaalid nende kasutamiseks ning individuaalsete faktorite arvestamine; nagu geneetika, isiksuseomadused, sotsiaalne keskkond (Barkow jt., 2003). Põhjused miks depressioon esmatasandi meditsiinis avastamata jääb, võivad olla järgmised: patsiendid ise ei räägi oma probleemidest, kuna leiavad, et perearstil on liiga kiire või on arvamus perearstist, kes oskab ainult tablette kirjutada (Kadam, Croft, McLeod ja Hutchinson, 2001); patsiendid leiavad, et vaimse tervise probleeme ei tohiks üldse arutada (Bushnell jt., 2005); vaimse tervise probleemid on stigmatiseeritud seisund (Sartorius, 2001).

Taastusravi ja rehabilitatsiooni patsientide hulgas on depressioon sageli komorbiidne somaatiliste terviseprobleemidega ning avaldab seeläbi negatiivset mõju patsiendi ravimise efektiivsusele (Unsar ja Sut, 2010). Kroonilised haigused ja õnnetusjuhtumite tagajärjel tekkinud stressiseisund on mõlemad depressiooniga tihedas koosmõjus. Mistõttu on depressioon nii krooniliste haiguste riskifaktor kui ka tagajärg (Patten jt., 2008). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni käiku mõjutab oluliselt kliendi depressiivsus. Eelkõige läbi madala elukvaliteedi ning võimekuse oma käesolevaid eluprobleeme efektiivselt lahendada (Shen, Myers ja McCreary, 2006).

Medicare Health Maintenance Organization (HMO) andmete kohaselt on tõusnud depressiooniga seotud tervisekulude kasv, mis pole tingitud depressiooni ravimiseks tehtud kuludest. Vanemaealistel patsientidel, kellel esineb alalälviseid depressiivseid sümptomeid, depressiooni ja/või düstüümiat, on ligikaudu 50% suuremad ravikulud kui ilma depressiivsete häireteta sama vanade patsientide kontrollgrupil (Katon jt., 2003). Kulud, mida saab depressiooni ravimisel arvestada (antidepressantravi, psühhoterapia, arsti diagnoos), hõlmavad depressiooni raviks ette nähtud tervisekaitse kuludest vaid 5%-10%. Seega

depressiooni ravimisele suunatud allikaid kasutatakse suuremas osas üldiste meditsiiniteenuste osutamisele. Riskitegurite väljaselgitamine aitab depressioonist paraneda, paranemine vähendab omakorda üldiste meditsiiniteenuste kulutusi (Simon, 2003).

Töö eesmärk

Depressiooni riskitegureid psühhiaatriliste-, ambulatoorsete- ja statsionaarsete patsientide valimil on üsna palju uuritud, kuid need leiud ei ole üldistatavad suuremale depressiivsete patsientide valimile esmatasandi meditsiinis ega populatsioonis, kus on sageli tegemist kergemate depressiivsete häirete vormidega, jäädes seetõttu tuvastamata ja ravimata (Barkow jt. 2003). Magistritöö peamiseks aluseks võtsin 2004. aastast käivitunud projekti: *Depressioonijuhtude prognoosimine esmatasandi meditsiinis: riskitegurite profiili väljatöötamine* (PREDICT; Maaros, Kalda, Aluoja ja Ööpik, 2003; King jt., 2006) ja PREDICT riski indeksi uuringu, mis on esimene omalaadne riski indeks; välja töötatud ennustamaks depressiooni uut episoodi esmatasandi meditsiinis (King jt., 2008). Samuti Eestis Aluoja jt. (2004) poolt läbi viidud uuringu, mille eesmärk oli välja selgitada depressiivsete sümptomite esindatus Eesti populatsioonis 1990ndate keskpaigas ja analüüsida depressiooni seost sotsiaaldemograafiliste indikaatoritega ning sotsiaalse heaolu subjektiivsete aspektidega.

Käesoleva magistriprojekti eesmärk on välja selgitada depressiivsuse sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid ning koostada lühike depressiooni taustategurite küsimustik, mis arvestaks võimalikult paljusid sotsiaalseid ja majanduslikke riskitegureid ning nende seoseid depressiivsuse esinemisel. Kuna antud magistritöö on läbilõikeuuring, ei võimalda see teha põhjuslikke järeldusi riskitegurite kohta, mistõttu uurin pigem depressiooni taustategureid. Oma lõputöös (Niiberg, 2005) selgitasin välja prognoositavad sotsiaalsed ja majanduslikud tegurid, mis võivad avaldada mõju depressiooni kujunemisele ning on olulised häire alalhoidjad. Riskifaktorite välja selgitamine võimaldab nende mõju ennetada ja vähendada haiguste esinemist, pakkudes täpsemaid ravistrateegiaid, paremaid psühhoterapeutilisi ja psühhofarmakoloogilisi ravivõtteid ning võimaldab saavutada parimaid füüsiliste-, psühholoogiliste- ja meditsiiniliste sekkumiste kombinatsioone (King jt., 2006; King jt., 2008; Sartorius, 2001). Sarnaselt kardiovaskulaarsete haiguste riskiprofiili koostamisele tuleb püüda leida, kas ja kuidas depressiooni riskifaktorid omavahel interakteeruvad ning koostada sarnased kvantifitseeritud riskifaktorid depressiooni kohta (King jt., 2006). Lühike

riskitegurite küsimustik on abivahend esmatasandi meditsiinis patsiendi küsitlemiseks ning depressiooni ennetamiseks (King jt., 2008). Samuti on küsimustik rakendatav taastusravis ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni planeerimisel, kus see on abivahend arstile/õele, psühholoogile või rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistile. See annab perearstile, taastusarstile või rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistile võimaluse koos teiste sõeltestidega kiiresti hinnata, kas patsient/klient kuulub sotsiaalselt ja/või majanduslikult depressiooni riskigruppi.

Püstitatud hüpoteesid

1. Depressiooni sotsiaalsetest ja majanduslikest taustateguritest lähtudes on võimalik koostada küsimustik, mille alusel saab eristada depressiooniga inimesi depressioonita inimestest.
2. Depressiooni ja üldistunud ärevushäire koosesinemisega uuritavate grupi üldskoor saadud riskitegurite küsimustikus on oluliselt kõrgem kui ilma depressioonita uuritavate grupil.
3. Depressiooni ja üldistunud ärevushäire koosesinemisega uuritavate grupi üldskoor saadud riskitegurite küsimustikus on kõrgem kui puhta depressiooniga uuritavate grupil.

MEETOD

Uuritavad

Andmed kogusime koostöös Kaia Kastepõld-Tõrs'i ja dr Triin Eller'iga projekti „Depressiooni psühholoogiliste, bioloogiliste ja sotsiaal-majanduslike mõjutegurite interaktsioon” raames. Koostöös kogutud valimi suuruseks oli esialgselt 448 uuritavat. Minu magistripjektkis on valimi suuruseks 314 uuritavat, kuna esialgses uurimisandmestikus 134. uuritaval puudusid MINI või esialgse riskitegurite küsimustiku tulemused. Puudumise põhjuseks oli osadel juhtudel täitmata jäänud küsimustik, teisi patsiente ei õnnestunud MINI läbi viimiseks motiveerida või tekkis vajadus statsionaarsele ravile. Katseisikud pidid vastama järgnevatele kriteeriumitele: 1) informeeritud nõusolek, 2) vanus 17 – 75 aastat, 3) eesti keele valdamine. Välistuskriteeriumid: 1) kaasuva diagnoosina paanikahäire, 2) raske orgaaniline psüühikahäire, 3) vaimse arengu mahajäämus, 4) raske kehalise haiguse

olemasolu. Uuringusse kaasasime ka alkoholsõltuvuse ja üldistunud ärevusega indiviide. Minu magistritöös on kasutatud osa kogutud andmetest.

Antud magistriprojektis kuulus depressiooni diagnoosiga inimeste gruppi (MINI järgi esines käesolevalt depressioon) 160 uuritavat (51,0%), ilma depressiooni diagnoosita inimeste gruppi (MINI järgi käesolevalt depressiooni ei esinenud) kuulus 154 uuritavat (49,0%). Depressiooni diagnoosiga inimestest 55-l (17,5% koguvalimist) esines kaasuvana üldistunud ärevushäire (komorbiidne grupp). Depressiooni diagnoosita uuritavatest 99-l (31,5% koguvalimist) ei esinenud ühtegi vaimse tervise häiret (tervete grupp).

Tulemuste kontrollimiseks kasutasin oma lõputöö raames kogutud valimit. Kontrollvalimisse kuulus 151 isikut Kagu-Eestist (Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa), kellest 32 (21,2 %) olid mehed ja 119 (78,8 %) naised. Uuritavate isikute keskmine vanus oli 48,6 aastat. Valimisse valisin uuritavad perearstide abiga, paludes neil igale kolmandale vastuvõtule tulevale patsiendile anda vastuvõtu lõpul uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku leht ning kasutades oma isiklikke tutvusi. Valimis olid uuringusse arvamise kriteeriumid: 1) informeeritud nõusolek, 2) vanus 18 – 75 aastat, 3) eesti keele valdamine. Uuringu välistuskriteeriumid olid: 1) raske orgaaniline psüühikahäire, 2) selge vaimse arengu mahajäämus, 3) dementsus, 4) terminaaelses staadiumis kehalise haiguse olemasolu.

Mõõtmisvahendid

Depressiooni sümptomitega uuritavate väljaselgitamiseks kasutasime Emotsionaalse Enesetunde Küsimustiku teist versiooni (EEK-2), mis on välja töötatud Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliinikus (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999). Küsimustik sisaldab 28 väidet, mida vastaja hindab 5-pallilisel skaalal 0-4. EEK-2 võimaldab hinnata depressiooni ja ärevushäirete sümptomeid ning kaasnevaid mittespetsiifilisi probleeme nagu väsimus ja insomnia.

Riskitegurite küsimustiku koostamisel tuginesime Eesti Terviseuuringus (Leinsalu, Grintšak, Noorkõiv ja Silver, 1998) ja PREDICT uuringus kasutatud metoodikale (King jt., 2008). Küsimustikus hinnatakse järgmisi sotsiaalmajanduslikke ja tervisetegureid: demograafilised tegurid, leibkonna karakteristikud, tööprobleemid, majanduslikud pinged, enesehinnang tervisele, varasemad isiklikud ja perekondlikud vaimse tervise probleemid, momendil esinevad sõltuvuse sümptomid, negatiivsed elusündmused ja sotsiaalne toetus,

hinnang elukeskkonnale. Saadud küsimustikus lühendasime ja mugandasime mitmeid küsimusi, et muuta neid uuritavatele arusaadavamaks.

Uuritavatel esineva depressiooni kindlakstegemiseks kasutasime MINI Rahvusvahelist Neuropsühhiaatrilist Intervjuud (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI). MINI on välja töötanud 1990. aastal David V. Sheehan ja Yves Lecrubier. See on täielikult struktureeritud diagnostikaintervjuu, mis annab käesoleva ja eluaja psüühikahäirete diagnoosid vastavalt psüühikahäirete klassifikatsioonisüsteemidele RHK-10 ja DSM-IV (Sheehan jt., 1998). MINI viisime läbi, olles saanud eelnevalt vastava koolituse.

Kontrollvalimis kasutasin uuritavatel esineva depressiooni kindlakstegemiseks Rahvusvahelise Diagnostilise Liitintervjuu (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) depressiooni alaosa. CIDI on välja töötatud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt. See on täielikult struktureeritud diagnostikaintervjuu, mis annab praeguse (ja eluaja) psüühikahäirete diagnoosid vastavalt psüühikahäirete klassifikatsioonisüsteemidele RHK-10 ja DSM-IV (World Health Organisation, 1997). CIDI viisin läbi olles saanud eelnevalt vastava koolituse.

Uuringu läbiviimine

Depressiooni diagnoosiga inimesed kaasati valimisse psühhiaatrite ja kliiniliste psühholoogide vahendusel. Psühhiaatrid ja kliinilised psühholoogid tutvustasid oma patsientidele antud uurimuse sisu ja eesmärgi. Uuringus osalemisest huvitatud isikutelt võeti informeeritud nõusolek, mille alusel võttis uuringu läbiviija patsiendiga ühendust ja leppis kokku aja intervjuu läbiviimiseks ning testide instrueerimiseks. Kõik katseisikud läbisid diagnostilise psühhiaatrilise intervjuu depressiooni olemasolu hindamiseks. Samuti anti igale uuringus osalejale täitmiseks testikomplekt psühholoogiliste ja tervise riskitegurite hindamiseks, mis paluti tagastada posti teel ühe nädala jooksul. Saadud andmed jagati gruppidesse, et neid hiljem omavahel võrrelda. Tervete grupp moodustati vastuvõtule tulnud psüühiliselt tervetest inimestest, depressiooni uuringul osalenud vabatahtlikest ning üliõpilastest, mistõttu on see grupp heterogeenne.

Uuringuandmed kodeerisime ning tagamaks konfidentsiaalsust hoiame tulemusi eraldi isikuandmetest. Koode, mis võimaldavad isikuandmeid ja uuringutulemusi ühitada, valdab ainult vastutav uurija.

Andmeanalüüs

Logistilist regressioonanalüüsi kasutasin muutujate seose uurimiseks depressiooniga. Muutujaid uurisin logistilises regressioonanalüüsis esialgu ühekaupa. Seejärel viisin läbi mitmese logistilise regressioonanalüüsi nende muutujatega, mille seos depressiooniga oli statistiliselt oluline. Kategoriaalsete muutujate korral tähistab riskide suhe 1,00 referentskategoriat, mille suhtes võrdlesin muutuja teisi alagruppe. Referentskategoriana arvestasin enamusel juhtudel seda muutuja taset, millel depressiivsete protsent on madalam. Tuginedes varasemalt läbi viidud uuringutele, arvestasin referentskategoriana abielus ja töötavaid inimesi. Pideva tunnusega vaatlesin kahte muutuja - vanus ja kehamassiindeks. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi puhul jätsin välja muutujad, kuu sissetulek (puuduvaid vastuseid 38) ja rahulolu seksuaalsuhetega üldse (puuduvaid vastuseid 11), kuna nende muutujate lõikes esines palju puuduvaid vastuseid.

Riskivalemi arvutasin järgmiselt: mitmese logistilise regressioonanalüüsi tulemusena saadud statistiliselt olulistele vastuskategooriatele omistasin uueks väärtuseks 1. Juhul, kui ühe muutuja lõikes oli statistiliselt olulisi vastuskategooriaid mitu, omistasin 1 (väiksema OR-ga vastus) või 2 (suurema OR-ga vastus). Statistiliselt mitte olulised vastuskategooriad said väärtuse 0. Saadud väärtused liitsin ning arvutasin üldskoori, mille alusel koostas ROC (Receiver Operating Characteristic) kõvera. Depressiooniga isikute riskiskoori võrdlemisel depressioonita isikute riskiskooriga kasutasin dispersioonanalüüsi. Andmete analüüsimisel kasutasin paketti Statistical Package for Social Sciences 17.0 (SPSS).

TULEMUSED

Valimi kirjeldus, depressiooni sagedus ning logistilise regressioonanalüüsi tulemused, vaadeldes depressiooniga seostuvaid tegureid ühekaupa, on esitatud lisas 1. MINI järgi esines depressiivset häiret 51,1% uuritavatel, depressiivseid sümptomeid (EEK-2 järgi) esines 56,9% uuritavatel.

Tabelis 1 on esitatud mitmese logistilise regressioonanalüüsi tulemused.

Tabel 1

Depressiooni seos demograafiliste näitajatega, majanduslike näitajatega, sotsiaalsete näitajatega, tervise, alkoholi, diskrimineerimise ja elusündmustega.

Mitmesel logistilise regressioonanalüüsi^a tulemused.

Muutuja	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	P	Regressiooni koefitsient (B)	Standard viga
<i>Sugu</i>					
Mees	1,00				
Naine	2,57	0,98 - 6,77	0,06	0,95	0,49
<i>Vanus</i>	1,00	0,95 - 1,05	0,89	0,00	0,03
<i>Kehamassiindeks (pidevana)</i>	0,98	0,89 - 1,08	0,68	-0,02	0,05
<i>Perekonnaseis</i>					
Abielus/elukaaslasega	1,00				
Lahutatud/Lesk	2,26	0,65 - 7,78	0,20	0,81	0,63
Pole kunagi abielus olnud	0,84	0,23 - 3,09	0,79	-0,18	0,67
<i>Töö</i>					
Töötaja	1,00				
Mittetöötaja	4,82	1,34 - 17,30	0,02	1,57	0,65
Õppur	0,43	0,12 - 1,56	0,20	-0,84	0,65
<i>Tööga rahulolu</i>					
Rahul	1,00				
Ei rahul ega rahulolematu	1,07	0,39 - 2,94	0,89	0,07	0,51
Rahulolematu	3,93	1,38 - 11,18	0,01	1,37	0,53
<i>Kooselu</i>					
Elan üksinda	3,15	0,89 - 11,13	0,07	1,15	0,64
Elan kellegagi koos	1,00				
<i>Rahulolu elukorraldusega (kooseluga)</i>					
Rahul	1,00				
Ei rahul ega rahulolematu	1,24	0,45 - 3,43	0,67	0,22	0,52
Rahulolematu	4,37	1,47 - 12,95	<0,001	1,48	0,55
<i>Haridus</i>					
Kõrgharidus	1,00				
Kesk, Kesk-eri, rakenduskõrgharidus	2,70	0,94 - 7,76	0,07	0,99	0,54
Kutse-, Põhi-, Algharidus, muu	5,65	1,33 - 23,92	0,02	1,73	0,74
<i>Rahaline toimetulek</i>					
Ei ole raskusi	1,00				
On raskusi	2,65	1,02 - 6,86	0,05	0,97	0,49
<i>Puude olemasolu</i>					
Ei ole puuet	1,00				
On puue	2,69	1,04 - 6,95	0,04	0,99	0,49
<i>Tean inimesi oma pere ja sõprade hulgas, kes mind igati toetavad</i>					
See ei ole tõsi	4,89	1,48 - 16,16	<0,001	1,59	0,61
Osaliselt tõsi	0,72	0,26 - 1,10	0,52	-0,33	0,52
Kindlasti tõsi	1,00				
<i>Kehaline tervis</i>					
Hea	1,00				
Keskmine	1,14	0,44 - 3,01	0,79	0,13	0,49
Vilets	3,03	0,43 - 21,56	0,27	1,11	1,00

Tabel 1 (järg)

Muutuja	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	p	Regressiooni koefitsent (B)	Standard viga
<i>Harrastusspordiga tegelesin viimasel aastal</i>					
Ei tegelenud	0,83	0,36 - 1,90	0,66	-0,18	0,42
Tegelesin	1,00				
<i>Alkoholi tarvitamine (AUDIT järgi)</i>					
Skoor ≤7	1,00				
Skoor ≥8	4,25	1,49 - 12,09	<0,001	1,45	0,53
<i>Üles kasvades üldse väärkohtlemise all kannatanud</i>					
Ei ole	1,00				
Olen	1,73	0,74 - 4,03	0,21	0,55	0,43
<i>Rahulolu abikaasaga</i>					
Mul ei ole abikaasat/partnerit	0,76	0,21 - 2,81	0,68	-0,28	0,67
Rahulolematu	9,75	2,63 - 36,08	0,001	2,28	0,67
Võrdselt nii rahul kui rahulolematu	2,83	1,05 - 7,63	0,04	1,04	0,51
Rahul	1,00				
<i>Raskusi läbisaamisel inimestega</i>					
On probleeme	0,63	0,24 - 1,64	0,34	-0,47	0,49
Pole üldse probleeme	1,00				
<i>Raskusi lähisuhete loomisel ja hoidmisel</i>					
On probleeme	1,31	0,45 - 3,79	0,62	0,27	0,54
Pole üldse probleeme	1,00				
<i>Lähedaste probleemid</i>					
Lähedastel ei ole probleeme	1,00				
Lähedastel on 1 või enam probleemi	0,78	0,35 - 1,73	0,54	-0,25	0,41
<i>Enda probleemsed elusündmused</i>					
Ei ole probleemseid elusündmusi	1,00				
On 1 või enam probleemset elusündmust	0,97	0,39 - 2,44	0,95	-0,03	0,47

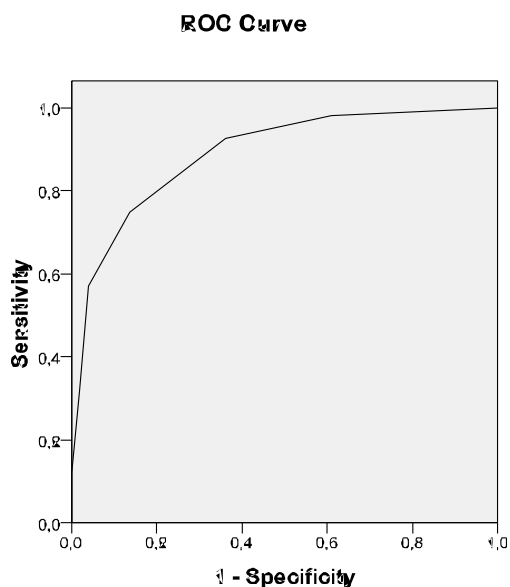
^a Tulemused on esitatud riskisuhetena (OR) koos 95% usalduspiiridega, usaldusväärsusnäitajaga (p), regressioonikoefitsendiga (B) ja standardveaga. Rasvase kirjaga on statistiliselt olulised tulemused.

Mudel tervikuna oli statistiliselt oluline $\chi^2=185,78$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,66$. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi tulemustest kogu valimil selgus, et depressiooni esinemise šanss oli kõrgem: (a) mittetöötajatel; (b) nendel, kes ei ole rahul olukorraga, et nad on töötajad või mittetöötajad; (c) isikutel, kes ei ole rahul inimestega, kellega nad koos elavad; (d) kutse-, põhi-, algharidusega isikutel (e) rahalise toimetuleku raskustega isikutel; (f) kellel on pikaajaline haigus või puue; (g) sotsiaalse toetuse puudumise korral; (h) alkoholi kuritarvitajatel; (i) nendel, kes on rahulolematud abikaasa või elukaaslasega seonduvate

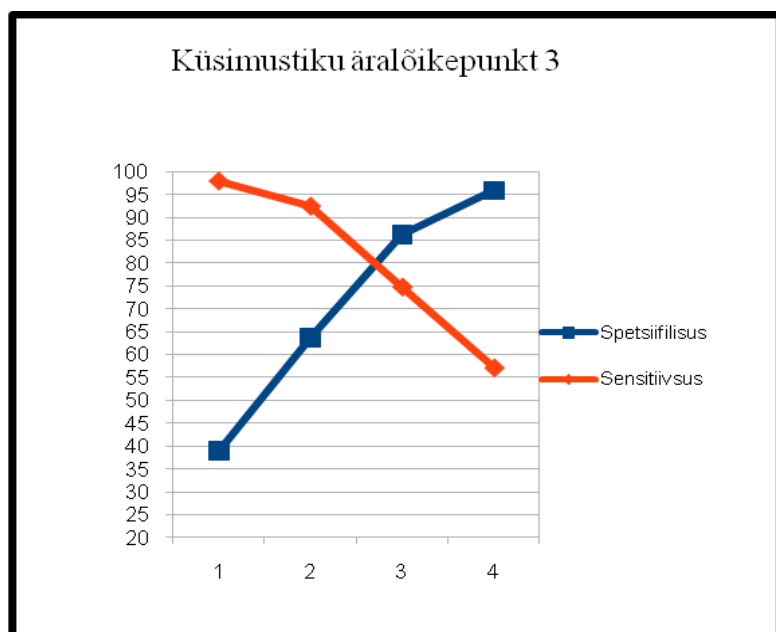
emotsionaalsete ja seksuaalsete suhetega. Statistiliselt oluliseks ei osutunud järgmiste tunnuste seos depressiooniga: vanus, kehamassiindeks, perekonnaseis, kooselu, kehaline tervis, väärkohtlemine, raskused läbisaamisel inimestega, raskused lähisuhete loomisel ja hoidmisel, lähedaste probleemid, enda probleemsed elusündmused. Nimetatud tunnused olid statistiliselt olulised, kui uurisin nende seost depressiooniga logistilises regressioonis ühekaupa. Logistilises regressioonianalüüsis ühekaupa analüüsides ei olnud olulist seost depressiooniga järgnevatel tunnustel: a) sugu; b) rahvus; c) elukoht (omab elukohta vs. üürib/rendib); d) narkootikumide tarvitamine elu jooksul; e) suitsetamine.

Logistilise regressiooni tulemuste põhjal saadud depressiooni riskitegurite küsimustiku üldskoori puhul oli ROC kõvera (joonis 1) alla jääva pindala suurus 0,89. Üldskoori äralõikepunkti 3 juures oli sensitiivsus (võime korrektselt tuvastada depressioonis patsiente) 74,8% ning spetsiifilisus (võime korrektselt tuvastada depressioonita isikuid) 86,3%. Üldskoori äralõikepunkti 3 juures tehti I tüüpi viga s.t. tuvastati 13,7% depressioonita isikuid, kelle üldskoori tulemus on sarnane depressioonis patsientide tulemustele ning tuvastamata jäi 25,2% depressioonis patsienti s.t. tehti II tüüpi viga. Joonis 2 kirjeldab ROC-kõvera meetodi alusel tehtud optimaalse äralõikepunkti valikut ja tabel 2 kirjeldab depressiooni riskitegurite küsimustiku eristusomadusi äralõikepunkt 3 korral.

Joonis 1 – ROC kõver



Joonis 2. Depressiooni riskitegurite küsimustiku üldskoori sensitiivsus ja spetsiifilisus erinevate äralõikepunktide korral.



Tabel 2 Depressiooni riskitegurite küsimustiku eristusomadused äralõikepunkti 3 juures.

	Depressioon	Ei ole depressiooni
Äralõikepunkt < 3	N=37 25,2% II tüüpi viga	N=126 86,3% Spetsiifilisus
Äralõikepunkt ≥ 3	N=110 74,8% Sensitiivsus	N=20 13,7% I tüüpi viga
Kokku	N=146	N=147

Selleks, et kindlaks teha, kas sotsiaalmajanduslikud tegurid annavad depressiooni äratundmisel depressiooni sümptomitele midagi juurde, tegin hierarhilise logistilise analüüsi, kus esimesel astmel oli sõltumatuks muutujaks EEK-2 depressioon ja teisel astmel lisati riskitegurite küsimustiku riskiskoor.

Tabel 3

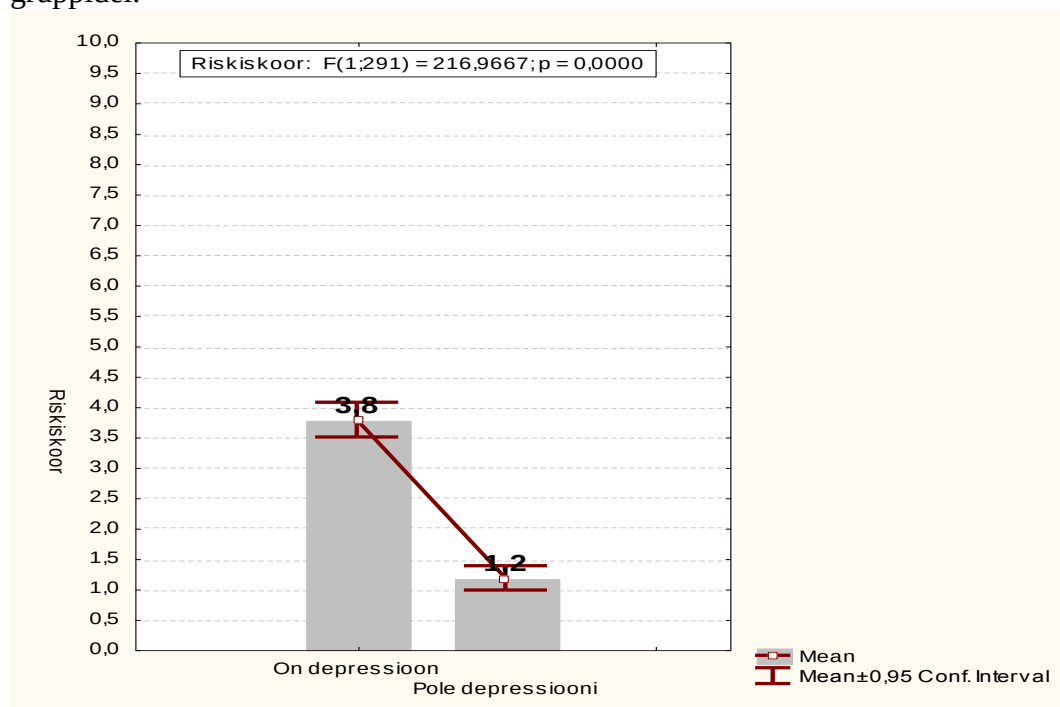
Hierarhilise logistilise regressioonanalüüsi tulemused.

Astmed	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	P	Regressiooni koefitsient (B)	Standardviga	χ^2	Nagelkerke R ²
<i>Samm 1</i>						170,46	0,60
EEK-D ^a	48,85	22,94 – 103,97	<0,001	3,89	0,39		
<i>Samm 2</i>						200,65	0,67
EEK-D	23,83	10,70 – 53,04	<0,001	3,17	0,41		
Riskiskoor	7,63	3,65 – 15,94	<0,001	2,03	0,38		

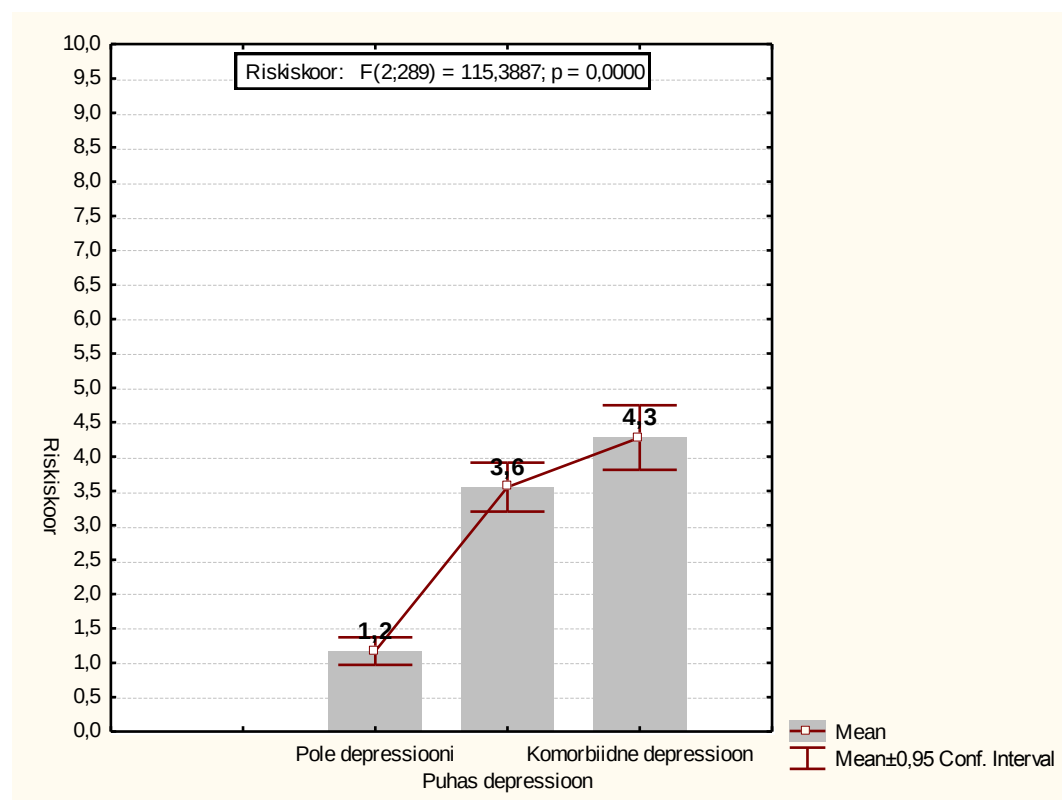
^aEEK-D – EEK-2 depressiooniskoor

Tulemusena selgus, et kogu mudel (EEK-2 ja riskitegurite küsimustiku riskiskoor koos) oli statistiliselt oluline. Riskitegurite küsimustiku lisamine parandas oluliselt mudelit (2. sammu $\chi^2=30,19$; $p<0,001$) ning andis EEK-2 depressioonisümptomite skoorile juurde 7,3%.

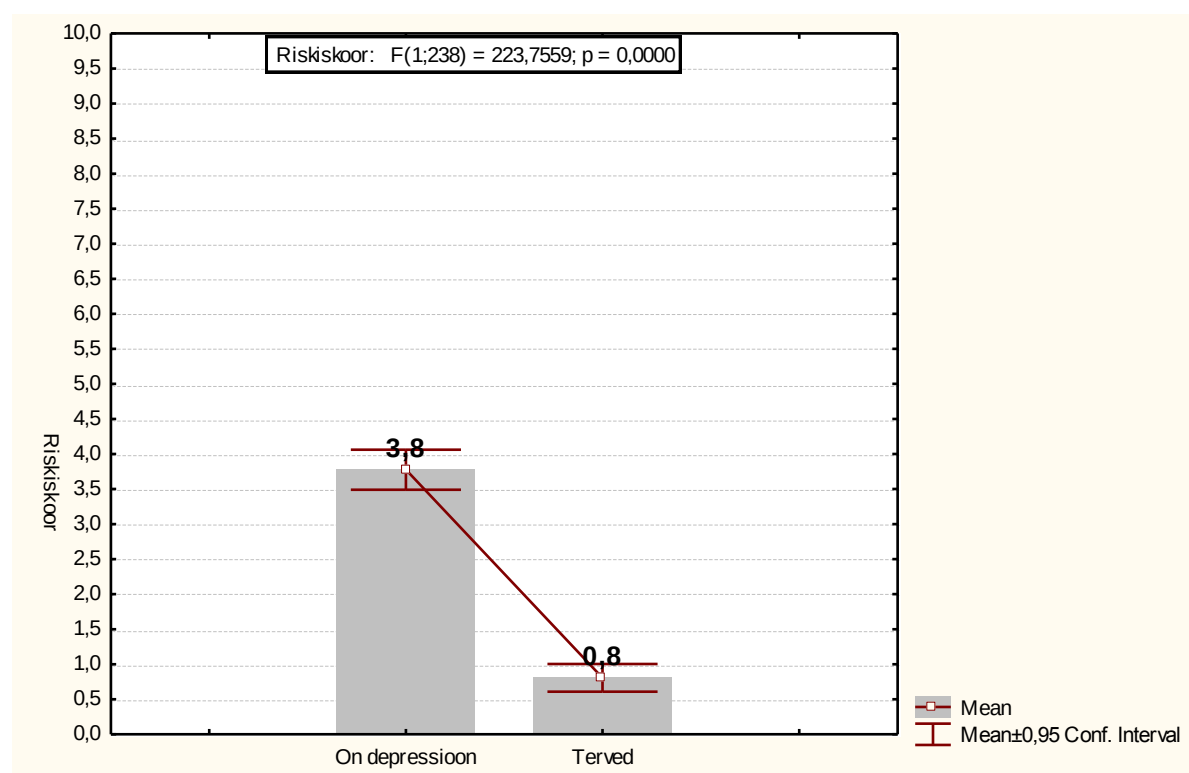
Hüpoteeside kontrollimiseks tegin dispersioonanalüüsi ja koostas kolm joonist, millel on võimalik võrrelda saadud riskiskoori keskmiste erinevusi depressiooniga, ilma depressioonita, komorbiidse depressiooniga ja tervetel uuritavate gruppidel.

Joonis 3 – Riskivalemi üldskoori keskmised depressiooniga ja ilma depressioonita uuritavate gruppidel.

Joonis 4 – Riskivalemi üldskoori keskmised puhta depressiooniga, komorbiidse depressiooniga ja ilma depressioonita uuritavate gruppidel.



Joonis 5 – Riskivalemi üldskoori keskmised depressiooniga ja tervetel uuritavate gruppidel.



Tulemustest selgus, et komorbiidse depressiooni korral oli riskivalemi üldskoori keskmine kõige kõrgem. Puhta depressiooni puhul oli riskivalemi üldskoori keskmine sarnane depressiooniga grupi keskmisele. Ilma depressioonita uuritavate grupis ning tervete grupis olid riskivalemi üldskoori keskmised kõige madalamad.

Järgnevalt vaatlesin komorbiidsete gruppi ja ilma depressioonita gruppi ning mitmese logistilise regressioonanalüüsi viisin läbi üksikanalüüsis tuvastatud statistiliselt oluliste tunnustega. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi mudel oli statistiliselt oluline ($\chi^2=125,8$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,74$) ning tulemustest selgus, et üldistunud ärevushäirega komorbiidse depressiooni esinemise šanss oli kõrgem: a) lahutatud või leseks jäänud inimestel; b) kutse-, põhi-, algharidusega isikutel; c) sotsiaalse toetuse puudumise korral; d) inimestel, kellel on viletsam kehaline tervis. Komorbiidse ja puhta depressiooniga grupi tunnuste üksikanalüüsi tulemusena selgus, et eristajatena olid olulised vaid kolm tunnust: a) vanus; b) pole kunagi abielus olnud inimesed; c) keskmise- ja viletsa tervisega inimesed. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi mudel: $\chi^2=13,4$; $p=0,02$; Nagelkerke $R^2=0,11$.

Võrdlesin tervete gruppi ja neid, kellel esines mõni vaimse tervise häire. Mitmese logistilise regressioonanalüüsi viisin läbi üksikanalüüsis tuvastatud statistiliselt oluliste tunnustega ning mudel tervikuna oli statistiliselt oluline ($\chi^2=158,73$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,62$) ning tulemustest selgus, et mõne vaimse tervise häire esinemise šanss oli kõrgem: a) lahutatutel ja leskedel b) nendel, kes ei ole rahul olukorraga, et nad on töötajad või mittetöötajad; c) isikutel, kes ei ole rahul inimestega, kellega nad koos elavad d) sotsiaalse toetuse puudumise korral; e) inimestel, kes on kogenud lapsena väärkohtlemist.

Depressiooni riskitegurite küsimustiku riskivalemit kontrollisin kontrollvalimil. Kontrollvalimi puhul oli depressiooni riskitegurite mitmese logistilise regressioonanalüüsi mudel statistiliselt oluline ($\chi^2=72,53$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,63$). Kontrollvalimi üldskoori puhul oli ROC kõvera alla jääva pindala suurus 0,81. Kontrollvalimi üldskoori äralõikepunkti 3 juures oli sensitiivsus (võime korrektselt tuvastada depressioonis patsiente) 68,1% ning spetsiifilisus (võime korrektselt tuvastada mitte depressioonis isikuid) 76,8%. Üldskoori äralõikepunkti 3 juures tehti I tüüpi viga, s.t. tuvastati 23,2% depressioonita isikuid, kelle üldskoori tulemus oli sarnane depressioonis patsientide tulemustele ning tuvastamata jäi 31,9% depressioonis patsienti, s.t. tehti II tüüpi viga.

ARUTELU

Uuring näitab, et RHK-10 järgi määratletud depressiooni esinemissagedus uuritavate isikute hulgas on 51,1% ja depressiivseid sümptomeid (EEK-2 järgi) esineb 56,9% uuritavatest. Eesti Terviseuuringus leitud on 2006. aastal depressiooni hetkelevimus Eesti rahvastikus 4,9%. Aluoja jt. (2004) läbi viidud uuring näitas, et Eestis esines nelja nädala jooksul 11,1% populatsioonist depressiivseid sümptomeid. Suur depressiooni ja depressiivsete sümptomite protsent käesolevas uuringus tuleneb ilmselt valimi eripärast. Eripära seisneb selles, et valimi koostamisel püüti leida inimesi, kes täidaksid eelkõige depressiooni diagnostilised kriteeriumid. Kontrollgruppidesse koondusid teiste diagnoosidega ja terved inimesed. Seetõttu ei peegelda tulemused depressiooni levimust, vaid kirjeldavad antud valimit. Valimi eripärast lähtudes kasutasin riskivalemi kontrollimiseks kontrollvalimit, mille olin koostanud oma lõputöö raames. Koostatud riskivalem töötab ka kontrollvalimil, mis annab võimaluse järeldada, et riskivalem ei ole mõjutatud magistriprojekti raames uuritud valimi eripäradest.

Tulemuste puhul ei avaldu nais- ja meessoos ning depressiooni vahelist olulist seost, mis erineb seni läbi viidud uuringutest (Aluoja jt., 2004; Blazer jt., 1994; Kessler jt., 1997; Kessler jt., 2003). Käesoleva uuringu valimi koostamisel on valitud võrdsest depressiivseid ja mittedepressiivseid mehi ja naisi, mistõttu võib sooliste erinevuste puudumine tuleneda valimi koostamise eripärast.

Vanuse ja depressiooni vahel esineb statistiliselt oluline seos, kui vaadelda vanust logistilises regressioonanalüüsis üksiku tunnusena. Üle 45 aastastel tõuseb depressiooni esinemise tõenäosus peaaegu viis korda. Tulemus erineb NCS andmetest (Blazer jt., 1994), kuid on sarnane Eestis Aluoja jt. (2004) ning Soomes Salokangas ja Puotanen (1998) poolt läbi viidud uuringule. Sarnane on tulemus ka NCS-R andmetele, mille kohaselt on risk haigestuda depressiooni madal varase teismeeani, sealt edasi suureneb depressiooni esinemise tõenäosus lineaarselt (Kessler jt., 2003). Põhjustena tuuakse välja, et vanemas eas inimestel esineb rohkem somaatilisi kroonilisi haigusi ning puude või töövõime kaotuse olemasolu on sagedasem just vanemas eas inimestel. Vink, Aartsen ja Schoevers (2008) poolt läbi viidud ülevaateuuringust selgub, et kuigi mõned uuringutest identifitseerivad pensioniiga ja vanust riskifaktorina, ei leia mitmed teised uuringud olulist seost või esineb hoopis depressiooni vähenemist vanuse suurenemisega. Mitmeses logistilises regressioonanalüüsis depressiooni ja vanuse vahel olulist seost esile ei tule. Tuginedes kirjanduse andmetele võib

põhjus olla selles, et antud küsimustikus uuritud kehalise tervise ja puude seos depressiooniga on tugev ning need tunnused varjutavad vanuse mõju depressioonile (Katon, 2003; ESEMeD/MHEDEA-2000 Investigators, 2004).

Kehamassiindeks seostus statistiliselt oluliselt depressiooniga ainult logistilises regressioonianalüüsis üksikuna analüüsides. Berlin ja Lavrgne (2003) leidsid, et kehamassiindeks on seotud krooniliste haigustega (kehamassiindeks madalam) ning tõuseb vanuse suurenedes. Minu koostatud esialgses küsimustikus olid kehaline tervis ja puue olulised depressiooni mõjutegurid ning arvestatud oli ka vanuse mõju depressioonile, seega võisid need muutujad koos varjutada kehamassiindeksi seose depressiooniga.

Tööga seotud muutujatena vaatasin oma magistripjektis, kas inimene on töötaja või mittetöötaja, kuivõrd rahul ta sellega on. Selgus, et mittetöötajatel on suurem tõenäosus olla depressiivne. Samuti tõstab depressiooni tõenäosust see, kas inimene on rahul oma töötaja või mittetöötaja staatusega. Sarnased tulemused on saadud Eesti Terviseuuringus (Kleinberg jt., 2008) ja NCS-R (Kessler jt., 2003) andmetel, kus leiti, et suurem tõenäosus haigestuda depressiooni on mittetöötajatel (töötud, pensionärid) ja kodustel inimestel. Sarnaselt mitmetele andmetele (Iacovides jt., 2003; Kessler jt., 2003; Kleinberg jt., 2008; Sartorius, 2001; Simon, 2003) näitavad minu tulemused, et depressioonil on töövõime kaotuse ja töökohustuste täitmise probleemidega, tööga rahulolematusega ning töövõimetusega tugev kahepoolne seos. Ühelt poolt põhjustavad depressiivsed häired töövõimetust, rahulolematust töötingimustega, madalamat töö produktiivsust ning raskusi töökohustuste täitmisel. Teisalt takistab depressiooni esinemine (läbi tahteaktiivsuse alanemise, lootusetuse ja energia alanemise) tööle naasmist, uute erialade õppimist, tööle motiveeritust. Töö iseloom, kehvad töötingimused, raskused suhetes töökaaslastega võivad olla stressi allikateks ning mõjutada depressiooni tekkimist. Paljud professionaalid samastuvad liialt oma tööga ning tööalane läbikukkumine muutub neile isiklikuks probleemiks, isiklik elu kaob töö varju ja viib depressiooni tekkimiseni.

Mitmete uuringute tulemusena selgub, et kooselus olnud, kuid mingi põhjusel partnerist ilma jäänud (lahutatud või lesed) esineb depressiooni sagedamini ning mitte kunagi abielus olnute kohta on andmed vastuolulised (Blazer jt., 1994; Kleinberg jt., 2008; Pikhart jt., 2004; Salokangas ja Poutanen, 1998). Kooselu ja depressiooni seos ei ole minu magistritöös statistiliselt oluline, kuid oluline on rahulolu elukorraldusega ehk sellega, kellega koos elatakse. Oluline on ka rahulolu (emotsionaalses ja seksuaalses mõttes) abikaasa

või partneriga. Võrreldes neid, kes on abikaasa või elukaaslase ja enda suhetega rahul, nendega, kes on rahulolematud, on viimastel suurem tõenäosus olla depressiivne. Tulemusest võib järeldada, et olulisem kooselust on selle kvaliteet.

Kooselu kvaliteet ja inimestega läbisaamine on sotsiaalse toetuse aspektid, mis mõjutavad depressiooni esiletulekut. Depressioonil ja usaldusisikute olemasolul on minu töös statistiliselt oluline seos. Mitmed teised uurijad on samuti leidnud, et eelkõige sotsiaalse toetuse kvaliteet on oluline depressiooni riskitegur (Halter, 2004; Sartorius, 2001; Zlotnick jt., 2000). Nõustun Halteri poolt (2004) läbi viidud uuringuga, milles leitakse, et ühelt poolt on korraliku sotsiaalse võrgustiku puudumine depressiooni tekitaja, teisalt on depressioon väga stigmatiseeritud seisund, mistõttu sageli tõukavad inimesed suhted depressiivsetega endast eemale ning võib kannatada lähedaste suhete rohkus ja kvaliteet. Lähedased võivad uskuda, et depressioon on inimese enda kontrolli all; sellest saab paraneda kui ise tahad ning sotsiaalsel keskkonnal ja medikamentidel pole depressioonist paranemisega mingit pistmist. Depressioonist paranemise seisukohalt on sotsiaalne toetus, sotsiaalsete suhete kvaliteet ja sotsiaalne keskkond väga olulised. Depressioon on üldse seotud suurema rahulolematusega ning see kinnitab varasemalt läbi viidud Goldberg ja Harrow (2005) uuringut, milles nad leidsid, et eluga rahulolu võib olla depressiooni korral kehvem kolmel põhjusel: 1) vähenenud teadlikkus või kahanenud sisevaade (insight); 2) demoraliseerumine ja stressi suhtes tundetuks muutumine; 3) muutunud ootused elu eesmärkidele ja psühhosotsiaalsetele tingimustele.

Statistiliselt oluline seos esineb haridustaseme ja depressiooni vahel, mis sarnaneb Kessler jt. (1997), Ross ja Mirowsky (1989) ja Blazer jt. (1994) uuringutele. Kõrgemal haridusel on depressiooni haigestumise suhtes kaitsev efekt - oluliselt väiksem tõenäosus depressiooni esiletulekuks. Kõrgema haridusega inimestel on tugevam sotsiaalne võrgustik ning laiem ulatus toimetulekustrateegiaid terviseprobleemidega toimetulekuks, mis koos suurema kontrolliga oma elu üle seletab seose depressiooni ja hariduse vahel. Samuti tajuvad kõrgema hariduse ja sissetulekuga inimesed suuremat kontrolli oma elu üle ning suudavad probleeme paremini lahendada kui depressiivsed inimesed, kes sageli tunnevad jõuetust oma elu muuta (Barkow jt., 2003; Ross ja Mirowsky, 1989).

Enesehinnanguline vilets rahaline toimetulek suurendab depressiooni esiletuleku tõenäosust. Tulemus on sarnane mitmete teiste autorite seni läbi viidud uuringutega, milles väidetakse, et sissetulek ja majanduslik staatus on olulised depressiooni allikad (Borrell jt.,

2004; Von dem Knesebeck jt., 2003; Weich ja Lewis, 1998). Majanduslikud raskused ja ebavõrdsus mõjutavad inimese sotsiaalset toimetulekut, võimalusi puhata, vaba aega veeta või koos perekonnaga ette võtta meeldivaid tegevusi. Seeläbi võib suureneda sotsiaalse tõrjutuse tunne, rahulolematuse, stressi tase ja negatiivne minapilt. Kui inimene väärtustab end läbi töö ja sissetuleku, võib tekkida rahalise toimetuleku raskustes väärtusetustunne, lootusetus ning võimetus oma elu produktiivselt elada.

Tervisega seonduvatest teguritest uurisin tervist üldiselt ja pikaajalise haiguse või puude olemasolu. Pikaajalise haiguse või puude olemasolu suurendab märgatavalt depressiooni esinemise võimalust. Need tulemused on sarnased mitmetele teistele uuringutele (ESEMeD/MHEDEA-2000 Investigators, 2004; Katon, 2003; Kleinberg jt, 2008). Kõiki tunnuseid koos võttes oli statistiliselt oluline puude ja depressiooni seos, kehalise tervise seos depressiooniga kaotas oma olulisuse. Põhjus võib olla selles, et puudega inimesed hindavad oma kehalist tervist viletsamaks ning koos kõigi teiste arvestatud muutujatega omab olulisemat statistilist kaalu puude olemasolu. Vaatasin ka kehamassiindeksi, suitsetamise, narkootikumide tarvitamise mõju depressioole. Suitsetamisel ja narkootikumide tarvitamisel depressiooni mõjuteguritena antud uuringus statistiliselt oluline seos puudub. See erineb eelnevalt läbi viidud uuringutest, milles on leitud, et need on olulised depressiooni mõjutegurid (Katon, 2003; Raimo ja Schuckit, 1998; Rohrer, jt. 2005).

Alkoholi kuritarvitajatest 80%-l esineb elu jooksul depressiivseid sümptomeid (Raimo ja Schuckit, 1998). Alkoholi probleemid ja depressiivsed sümptomid ennustavad teineteist retsiprookselt, sõltudes mõnevõrra tarvitajate soost ja vanusest – rohkem on alkoholi tarvitajaid meeste ning nooremas vanusegrupis täiskasvanute seas (Marmorstein, 2010). Kliinilised ja populatsiooniuuringud on leidnud, et alkoholi kuritarvitamine ja -sõltuvus on depressiooniga sageli väga komorbiidsed häired (Wang ja El-Guebaly, 2004). Alkoholi tarvitamise ja depressiooni vaheline tugev seos tuleb esile ka antud magistriprojektis. Alkoholi kuritarvitamise tagajärjel võib tekkida sõltuvus alkoholist ning see omakorda võib olla depressiooni tagajärjeks või põhjustada depressiooni. Samuti mõjutab alkoholi tarvitamine inimese funktsioneerimist igapäevaelus, suhteid lähedastega, somaatilise tervise häireid, sageli põhjustades raskusi ravi efektiivsuse ja ravile allumise juures. Alkoholi kuritarvitamise ning depressiooniga on seotud lisaks vanusele ja soole veel lahutatud, üksi jäänud või lehestunud inimesed ning madal sissetulek. Need faktorid

mõjutavad inimese vaimset tervist läbi kroonilise stressi ja ebatervisliku eluviisi (Wang ja El-Guebaly, 2004).

Uuringutes on leitud mõõdukas või isegi tugev seos depressiivsuse ja füüsilise aktiivsuse vahel. Uurisin oma töös, kas harrastusspordiga tegelemine viimasel aastal võib mõjutada depressiooni esinemist. Üksikanalüüsist selgus, et neil, kes spordiga ei tegele, suureneb depressiooni esinemise tõenäosus oluliselt. Harrastusspordi mõju depressioonile minu uuringus kaob kui vaadelda seda koos teiste tunnustega. Suurem kehaline aktiivsus tekitab inimesel parema une, suurendab söögiisu ning seeläbi vähendab organismi kurnatust ja depressiooni sümptome. Füüsiline aktiivsus ja aktiivne puhkus toimub enamasti sotsiaalses keskkonnas, mis võimaldab inimesel olla aktiivsem ka sotsiaalselt (Teychenne, Ball ja Salmon, 2008). Üsna tõenäoline on, et minu uuringus kaob harrastusspordi mõju mitmeses analüüsis just sotsiaalsete suhete ning kehalise tervise mõju tõttu.

Lapsepõlves väärkohtlemise all kannatanutel esineb oluliselt suurem tõenäosus kogeda depressiooni. Huvitav on see, et analüüsides tulemust koos teiste teguritega mitmeses logistilises regressioonis, seos depressiooni ja väärkohtlemise kogemise vahel kaob. Võimalik, et selle varjutavad väga tugev suhete ja suhete kvaliteedi mõju. Väärkohtlemine jääb siiski oluliseks psüühikahäirega isikute eristajaks täiesti tervetest inimestest. Üldiselt on eelnevalt uuringute käigus leitud, et noorena väärkohtlemise all kannatanutel suureneb tõenäosus kohanemishäirete tekkeks; esineb sageli varajast riskikäitumist, sageli kaasnevad väga kehvad suhted lähedastega ning sõpradega hilisemas elus (Brown, Craig, Harris ja Handley, 2008).

Lähedaste probleemid ja enda probleemsed elusündmused on peamised stressirikkad sündmused, mis mõjutavad oluliselt inimese toimetulekut igapäevaeluga. Minu varasemalt läbi viidud lõputöö tulemused kinnitavad, et lähedaste probleemid ja enda probleemsed elusündmused mõjutavad oluliselt depressiooni esiletulekut. Selline tulemus on sarnane mitmete teiste uurijate leitud depressiooni tendentsile (Coyne jt., 2004; Fullilove, 2002; Oldehinkel jt., 2003; Schmitz, Kugler ja Rollnik, 2003; Stansfeld jt., 1998). Minu magistriprojektis väljendub üksikanalüüsi korral eelnimetatule sarnane seos. Välja töötatud riskivalemi korral lähedaste probleemide, enda elusündmuste ja depressiooni vahel statistiliselt olulist seost ei esine. Erinevus võib tuleneda sellest, et teiste tunnuste mõju (sotsiaalsed suhted, rahulolu elukorraldusega, rahuolou abikaasaga) depressioonile on suurem

ning seetõttu ei tule kõiki tunnuseid koos vaadates lähedaste probleemide ja enda elusündmuste seos depressiooniga esile.

PREDICT riskiindeksi uuringu tulemused sarnanevad antud töös leitud oluliste mõjuteguritega. PREDICT riskiindeksi uuringus leiti, et depressiooni esinemise riski tõstavad oluliselt: a) vanus; b) sugu; c) haridus; d) raskused töö; e) füüsiline tervis; f) vaimne tervis; g) emotsionaalsete probleemide esinemine lähisugulastel; h) diskrimineerimine; i) varasem depressiooni episood; j) riik. Minu töös olid mõned tegurid, mis erinesid PREDICT riskiindeksi uuringus hinnatud teguritest (nt. raskused töö, diskrimineerimine, varasem depressiooniepisood), kuna PREDICT uuringus kasutatud tervise riskitegurite küsimustik erines mõnevõrra käesolevas töös kasutatud küsimustikust. Siiski saab teha järelduse, et antud töös välja pakutud esialgse küsimustiku idee sobib ennustama depressiooni esinemise riski, kuid kindlasti on vajalikud veel mitmed uuringud enne küsimustiku lõplikku koostamist.

Komorbiidsust depressiooni ja üldistunud ärevushäire vahel uurisin eelnevalt läbi viidud uuringute andmetele toetudes. Nutt jt. (2006) on oma uuringus leidnud, et võrreldes ilma komorbiidsuseta patsientidega on komorbiidsus seotud häire tõsidusega, suurema puudeastmega, tõusnud meditsiinisüsteemi poole pöördumiste arvuga ning muudab primaarse häire esinemise raskekujulisemaks (Nutt, jt., 2006). Uuringu tulemusena leidsin, et üldistunud ärevushäirega komorbiidse depressiooni riskitegurid kattuvad puhta depressiooni riskiteguritega, mistõttu võimaldab minu riskitegurite küsimustik hinnata ka komorbiidse depressiooni esinemist. Erilist tähelepanu tuleks antud küsimustiku põhjal pöörata depressiooni ja üldistunud ärevushäire komorbiidsuse esinemise tõenäosusele sel juhul kui: a) inimene on lahutatud või leseks jäänud; b) inimesel on kutse-, põhi- või algharidus; c) inimesel puudub sotsiaalne toetus; d) inimene hindab oma kehalist tervist viletsaks. Sarnaseid sotsiaalmajanduslikke ja tervisetegureid on oma uuringus kinnitanud ka Nutt jt. (2006).

Tulemused kinnitavad kõiki hüpoteese. Depressiooni sotsiaalsetest ja majanduslikest taustateguritest lähtudes on võimalik koostada küsimustik, mille alusel saab eristada depressiooniga inimesi depressioonita inimestest. Depressiooni ja üldistunud ärevushäire koosesinemisega uuritavate grupi üldskoor saadud riskitegurite küsimustikus on oluliselt kõrgem kui ilma depressioonita uuritavate grupil. Depressiooni ja üldistunud ärevushäire koosesinemisega uuritavate grupi üldskoor saadud riskitegurite küsimustikus on kõrgem kui puhta depressiooniga uuritavate grupil.

Taustategurite küsimustiku abil on võimalik tuvastada tegureid, mis võivad tõsta inimese riski depressiooni ja komorbiidse depressiooni kujunemiseks. Kui inimene kuulub taustategurite küsimustiku põhjal vähemalt kolme tunnuse lõikes depressiooni riskigruppi, võiks pöörata rohkem tähelepanu käesolevate depressiivsete sümptomite esinemisele. Töö tulemustest selgub, et taustategurite küsimustiku kasutamine koos EEK-2 parandab depressiooni hindamisvõimalusi ning võimaldab piirialase EEK-2 depressiooni skoori korral teha oletusi edaspidise riski kohta depressiooni haigestuda. Eriti kasulik on taustategurite arvestamine nende inimeste puhul, kes ei oska või ei soovi depressiooni sümptomeid raporteerida. Võib oletada, et taustategurite küsimustik võimaldab lisaks depressiooni sümptomite küsitlemisele (EEK-2) ära tunda ja ennetada depressiooni. Kindlasti vajab antud oletus edasist uurimist.

Uuringu üheks nõrgaks küljeks on valim ning sellest tulenevad probleemid. Valimi koostamisel lähtuti depressiooni diagnoosiga patsientidest ning kontrollvalimi koostamisel otsiti neile sooliselt lähedased uuritavad. Kontrollgrupi uuritavad olid pärit erinevatest uuringutest ning osa kontrollgrupist moodustasid üliõpilased. Uuritavate grupi ja kontrollgrupi koostamise eripärad seavad piirangud üldistuste tegemiseks populatsiooni tasandil. Samuti on piiranguks uuritavate arv. Suurema valimi korral oleksid võimalikud täpsemad järeldused. Antud töö kõige olulisem piirang on see, et tegemist on läbilõikeuuringuga, mistõttu ei saa tulemuste alusel kindlalt väita, et leitud tegurid on riskitegurid ja mitte tagajärjed. Edaspidi oleks vajalik läbi viia longitudinaalne uuring, mis võimaldaks teha paikapidavaid järeldusi riskitegurite kohta.

Uuringu tugevateks külgedeks on laialdaste majanduslike, sotsiaalsete ning tervisega seotud mõjutegurite arvestamine. Samuti depressiooni diagnoosimine intervjuuga (MINI) ja sümptomskaalaga (EEK-2), mis võimaldab kindlaima järeldusi kui ainult sümptomskaaladega läbi viidud uuringud. Saadud esialgse küsimustiku tugevuseks on mõjutegurite arvestamine puhta ja komorbiidse depressiooni korral, mis võimaldab tähelepanu pöörata nii depressiooni kui ärevuse sümptomitele ja täiendada EEK-2 küsimustiku kasutamist.

Kokkuvõttes saab öelda, et välja on töötatud esialgne riskitegurite profiil ning sellele ja edaspidistele longitudinaalsetele uuringutele tuginedes on võimalik arendada lõplik

küsimustik, mis võimaldab hinnata depressiooni sotsiaalseid ja majanduslikke mõjutegureid ning seeläbi on abivahendiks depressiooni haigestumise ennetamisel.

VIITED

- Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V., & Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78, 27-35.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, D.C
- Banks, S.M., Kerns, R.D. (1996). Explaining High Rates of Depression in Chronic Pain: A Diathesis-Stress Framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.
- Barkow, A., Maier, W., Üstün, T.B., Gänssicke, M., Wittchen, H-U., Heun, R. (2003). Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 76, 157-169.
- Berlin, I., Lavergne, F. (2003). Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression. *European Psychiatry*, 18, 85-88.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J., Artazcoz, L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*, 58, 1869-1887.
- Brown, G.W., Craig, T.K.J., Harris, T.O., Handley, R.V. (2008). Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: A life-course study of adult chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 110, 115-125.
- Bushnell, J., McLeod, D., Dowell, A., Salmond, C., Ramage, S., Collings, S., Ellis, P., Kljakovic, M., McBain, L., for the MaGPl Research Group (2005). Do patients want to disclose psychological problems to Gps? *Family Practice*, 22, 631-637.

- Carroll, L.J., Cassidy, J.D., Cote, P. (2003). Factors associated with the onset of an episode of depressive symptoms in the general population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 651-658.
- Cuijpers, P., Graaf, R., Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorder*, 79, 71-79.
- Currie, S.R., Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107, 54-60.
- ESEMed/MHEDEA-2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Fullilove, M.T. (2002). Social and economic causes of depression. *Journal of gender-specific medicine*, 5, 38-41.
- Halter, M.J. (2004). The Stigma of Seeking Care and Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 178-184.
- 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, 55-64.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, St., Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Kadam, U.T., Croft, P., McLeod, J., Hutchinson, M. (2001). A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. *British Journal of General Practice*, 51, 375-380.
- Katon, W.J. (2003). Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Katon, W.J., Lin, E., Russo J., Unützer J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly. *Archives of General Psychiatry*, 60, 897-903.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G., Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, P.S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From

- the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 23,3095-3105.
- King, M., Weich, S., Torres, F., Svab, I., Maaroos, H., Neeleman J., jt. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*, 6, 1-8.
- King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., jt. (2008). Development and Validation of an International Risk Prediction Algorithm for Episodes of Major Depression in General Practice Attendees. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1368-1376.
- Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V. (2008). Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti inimestel: depressiivse häire hetkelevimus, depressiivsuse ja ärevuse levimuse muutus kümne aasta jooksul. *Eesti Arst*, 88, 80-86.
- Knesebeck von dem, O., Lüschen, G., Cockerham, W.C., Siegrist, J. (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 57, 1643-1652.
- Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R, Silver B. (1998). Eesti Terviseuuring. Metodoloogiaülevaade. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.
- Lucht, M., Schaub, R.T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Bartels, T., von Houwald, J., Barnow, S., Freyberger, H.J., Dilling, H., John, U. (2003). Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77, 203-211.
- Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (1993). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised* (TÜ Psühhiaatriakliinik, tõlge). Tartu Ülikool.(Originaal avaldatud 1992).
- Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (1997). Composite International Diagnostic Instrument (CIDI). Version 2.1 World Health Organisation, Geneva.
- Maaroos, H-I., Kalda, R., Aluoja, A., Ööpik, P. (2003). Tervise ja elustiili uuring PREDICT. *Perearst*, 2, 9.
- Marmorstein, N.R. (2010). Longitudinal associations between depressive symptoms and alcohol problems: The influence of comorbid delinquent behavior. *Addictive Behaviors*, 35, 564-571.

- Mathers, C.D., Loncar, D. (2005). Updater projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. *Evidence and Information for Policy Working Paper*. World Health Organisation.
- Murray, C., Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Niiberg, T. (2005). Depressiooni sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid Eesti majanduslikult mahajäänud piirkondades. Avaldamata lõputöö, Tartu Ülikool, psühholoogia osakond.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 109-118.
- Oldehinkel, A.J., Ormel, J., Brilman, E.I., van den Berg, M.D. (2003). Psychosocial and vascular risk factors of depression in later life. *Journal of Affective Disorders*, 74, 237-246.
- Patten, S.B., Williams, J.V.A., Lavorato, D.H., Modgill, G., Jette, N., Eliasziw, M. (2008). Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *General Hospital Psychiatry*, 30, 407-413.
- Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y., Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe.
- Raimo, E.B. and Schuckit, M.A. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 933-946.
- Rohrer, J.E., Pierce Jr, J.R., Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40, 438-443.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem solving: or Support and talking? *Journal of Health & Social Behavior*, 30, 206-219.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science & Medicine*, 63, 1400-1413.
- Sakkeus, L. (2008). Eesti rahvastiku tervise areng. *Eesti Arst*, 88, 10-23.
- Salokangas, R.K.R., Poutanen, O. (1998). Risk factors for depression in primary care: Findings of the TADEP project. *Journal of Affective Disorders*, 48, 171-180.

- Salokangas, R.K.R., Poutanen, O., Stengard, E., Jähi, R., Palo-oja, T. (1996). Prevalence of depression among patients seen in community health centers and community mental health centers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 427-433.
- Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 8-11.
- Schmitz, N., Kugler, J., Rollnik, J. (2003). On the Relation Between Neuroticism, Self-Esteem and Depression: Results From the National Comorbidity Survey. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 169-176.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavis, J., Weiller, Emmanuelle, Hergueta, T., Baker, R., 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Shen, B-J., Myers, H.F., McCreary, C.P. (2006). Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 60,3-11.
- Siegrist, J., Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463-1473.
- Simon, G.E. (2003). Social and economic burden of mood disorder. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Simons, A.D., Angell, K.L., Monroe, S.M., Thase, M.E (1993). Cognition and Life Stress in Depression: Cognitive Factors and the Definition, Rating, and Generation of Negative Life Events. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 584-591.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T.F., Ormel, J., Nolen, W.A. (2004). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 81, 231-240.
- Stansfeld, S.S., Head, J., Marmot, M.G. (1998). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 1-9.
- Teychenne, M., Ball, K., Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Preventive Medicine*, 46, 397-411.
- Tylee, A. (2000). Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *European Neuropsychopharmacology*, 10, 445-448.

- Unsar, S., Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 6-10.
- Vink, D., Aartsen, M.J., Schoevers, R.A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.
- Zeman, S. (1996). Researching the causes of depression: Reasons for optimism. *International Review of Psychiatry*, 8, 403-408.
- Zhao, G., Ford, E.S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T.W., Mokdad, A.H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, 33, 257-266.
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., Della Grotta, S.A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 59, 205-215.
- Wang, J., El-Guebaly, N. (2004). Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 37-44.
- Weich, S., Lewis, G. (1998) Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiological Community*, 52, 8-14.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.

LISA 1Valimi kirjeldus ja logistilise regressioonanalüüsi ^a tulemused ühe muutuja kaupa analüüsides.

Muutuja	Valimi suurus (n)	Valimi protsent	Depressiooni protsent	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	p
Kokku	313	100,0	51,1			
<i>Sugu</i>						
Mees	105	33,5	48,6	1,00		
Naine	208	66,5	52,4	1,17	0,73 – 1,86	0,52
<i>Vanus (pideva muutujana)</i>				1,04	1,02 – 1,06	<0,001
<i>Vanus (kvartiilidena)</i>						
17-21	80	25,6	30,0	1,00		
22-29	77	24,6	48,1	2,16	1,12 - 4,15	0,02
30-44	83	26,5	60,2	3,54	1,85 - 6,77	<0,001
45-65	73	23,3	67,1	4,76	2,41 - 9,44	<0,001
<i>Rahvus</i>						
Eestlane	252	81,6	50,4	1,00		
Muu	57	18,4	54,4	1,17	0,66 - 2,09	0,59
<i>Kehamassiindeks (BMI)(pideva muutujana)</i>				1,06	1,01 - 1,12	0,03
<i>Kehamassiindeks (BMI)</i>						
Alakaal/ülekaal (BMI <19 või >26)	97	31,5	59,8	1,72	1,05 - 2,79	0,03
Normkaal (BMI 19-25)	211	68,5	46,4	1,00		
<i>Perekonnaseis</i>						
Abielus/ elukaaslasega	152	48,6	52,6	1,00		
Lahutatud/Lesk	47	15,0	74,5	2,63	1,27 - 5,44	<0,001
Pole kunagi abielus olnud	114	36,4	39,5	0,59	0,36 - 0,96	0,03
<i>Töö</i>						
Töötaja	167	53,5	54,5	1,00		
Mittetöötaja	52	16,7	82,7	3,99	1,83 - 8,71	<0,001
Õppur	93	29,8	28,0	0,32	0,19 - 0,56	<0,001
<i>Tööga rahulolu</i>						
Rahul	171	56,1	33,9	1,00		
Ei rahul ega rahulolematu	55	18,0	54,5	2,34	1,26 - 4,34	<0,001
Rahulolematu	79	25,9	84,8	10,88	5,45 - 21,71	<0,001
<i>Elukoht</i>						
Omab	195	62,5	53,8	1,00		
Muu	117	37,5	47,0	0,76	0,48 - 1,20	0,76
<i>Kooselu</i>						
Elan üksinda	33	10,5	69,7	2,40	1,10 - 5,23	0,03
Elan kellegagi koos	280	89,5	48,9	1,00		
<i>Rahulolu elukorraldusega (kooseluga)</i>						
Rahul	169	54,0	31,8	1,00		
Ei rahul ega rahulolematu	71	22,7	64,8	3,92	2,18 - 7,03	0,000
Rahulolematu	73	23,3	82,2	9,83	4,97 - 19,43	0,000

Lisa 1 (järg)

Muutuja	Valimi suurus (n)	Valimi protsent	Depressiivsete protsent	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	p
<i>Haridus</i>						
Kõrgharidus	79	25,2	35,4	1,00		
Kesk, kesk-eri, rakenduskõrg- haridus	195	62,3	52,8	2,04	1,19 - 3,50	0,010
Kutse-, põhi-, algharidus, muu	39	12,5	74,4	5,28	2,25 - 12,41	<0,001
<i>Rahaline toimetulek</i>						
Ei ole raskusi	218	69,9	39,9	1,00		
On raskusi	94	30,1	77,7	5,23	3,00 - 9,13	<0,001
<i>Puude olemasolu</i>						
Ei ole puuet	194	62,8	38,7	1,00		
On puue	115	37,2	70,4	3,78	2,31 - 6,19	<0,001
<i>Kuu sissetulek</i>						
Alla keskmise	260	94,5	53,1	4,53	1,25 - 16,41	0,02
Üle keskmise	15	5,5	20,0	1,00		
2008 aasta keskmine brutokuupalk 12912.-						
Alla vaesuspiiri	152	55,3	52,6	1,13	0,70 - 1,82	0,62
Üle vaesuspiiri	123	44,7	49,6	1,00		
<i>Tean inimesi oma pere ja sõprade hulgas, kes mind igati toetavad</i>						
See ei ole tõsi	68	22,0	82,4	8,46	4,23 - 16,93	<0,001
Osaliselt tõsi	61	19,7	60,7	2,79	1,54 - 5,08	<0,001
Kindlasti tõsi	180	58,3	35,6	1,00		
<i>Kehaline tervis</i>						
Hea	182	58,3	34,6	1,00		
Keskmine	100	32,1	69,0	4,20	2,49 - 7,09	<0,001
Vilets	30	9,6	90,0	17,00	4,96 - 58,24	<0,001
<i>Harrastusspordiga tegelesin viimasel aastal</i>						
Ei tegelenud	134	42,8	64,9	2,69	1,69 - 4,27	<0,001
Tegelesin	179	57,2	40,8	1,00		
<i>Alkoholi tarvitamine (AUDIT järgi)</i>						
Skoor ≤7	245	78,8	46,9	1,00		
Skoor ≥8	66	21,2	66,7	2,26	1,28 - 4,00	<0,001
<i>Narkootikumide tarvitamine elu jooksul</i>						
Ei ole tarvitanud	182	63,4	50,5	1,00		
Olen tarvitanud	105	36,6	56,2	1,26	0,77 - 2,03	0,36
<i>Suitsetamine (Kas olete suitsetaja?)</i>						
Jah	173	55,4	56,1	1,54	0,98 - 2,41	0,06
Ei	139	44,6	45,3	1,00		

Depressiooni mõjutegurite hindamine 44

Muutuja	Valimi suurus (n)	Valimi protsent	Depressiivsete protsent	Šansside suhted (OR)	Usalduspiirid (95%)	p
<i>Haridus</i>						
<i>Üles kasvades üldse väärkohtlemise all kannatanud</i>						
Ei ole	145	46,3	41,4	1,00		
Olen	168	53,7	59,5	2,08	1,33 - 3,27	<0,001
<i>Rahulolu seksuaalsuhetes ja emotsionaalsetes suhetes abikaasa või partneriga</i>						
Mul ei ole						
abikaasat/partnerit	74	23,6	45,9	2,52	1,33 - 4,76	<0,001
Rahulolematu	58	18,5	81,0	12,65	5,73 - 27,96	<0,001
Võrdsest nii rahul						
kui rahulolematu	78	24,9	67,9	6,28	3,27 - 12,04	<0,001
Rahul	103	32,9	25,2	1,00		
<i>Rahulolu seksuaalsuhetega üldse</i>						
Rahulolematu	74	24,5	66,2	3,39	1,90 - 6,04	<0,001
Võrdsest nii rahul						
kui rahulolematu	67	22,2	64,2	3,10	1,71 - 5,61	<0,001
Rahul	161	53,3	36,6	1,00		
<i>Raskusi läbisaamisel inimestega</i>						
On probleeme	223	71,9	55,2	1,92	1,16 - 3,18	0,01
Pole üldse						
probleeme	87	28,1	39,1	1,00		
<i>Raskusi lähisuhete loomisel ja hoidmisel</i>						
On probleeme	233	75,4	55,4	2,25	1,32 - 3,85	<0,001
Pole üldse						
probleeme	76	24,6	35,5	1,00		
<i>Lähedaste probleemid</i>						
Lähedastel ei ole						
probleeme	158	51,8	43,7	1,00		
Lähedastel on 1 või						
enam probleemi	147	48,2	56,5	1,67	1,06 - 2,63	0,02
<i>Enda probleemsed elusündmused</i>						
Ei ole						
probleemseid						
elusündmusi	94	30,8	30,9	1,00		
On 1 või enam						
probleemset						
elusündmust	211	69,2	58,8	3,20	1,91 - 5,35	<0,001

^a Tulemused on esitatud riskisuhetena (OR) koos 95% usalduspiiridega ja usaldusväärsusnäitajaga (p)

Tänuavaldus

Siirad tänud oma põhijuhendajale Anu Aluojale kannatlikkuse, põhjalikkuse, professionaalsuse ning igakülgse sooja ja toetava suhtumise eest. Suured tänud Aire Raidveele, kes aitas heade nõuannetega statistiliste analüüside osas. Samuti tänan juhendajat Kaia Kaste põld-Tõrs'i sisuliste nõuannete eest ning dr. Triin Ellerit andmete kogumisel abistamast. Südamlikud tänud perekonnale ja sõpradele kannatlikkuse ja mõistvuse eest.