

Tartu Ülikooli
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu
instituut

DEPRESSIIVSUSE TEKE EESTI KESK- JA
VANEMAEALISTEL SHARE UURINGU PÕHJAL

Magistritöö rahvatervishoius

Galina Opikova

Juhendajad: Katrin Lang, PhD, TÜ tervishoiu instituut, dotsent
Liili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus, teadur

Tartu 2019

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 21.05.2019 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Terje Peetso, MD, Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatuse liige

Kaitsmine: 05.06.2019

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	5
1. Sissejuhatus	6
2. Kirjanduse ülevaade	8
2.1 Depressioon ja depressiivsus	8
2.2 Depressiooni haigestumus ja levimus.....	9
2.3 Rahvastikuvananemine ja depressioon	10
2.4 Depressiooni tekkega seotud tegurid	11
2.4.1 Sotsiaaldemograafilised tegurid	11
2.4.2 Sotsiaalmajanduslikud tegurid	13
2.4.3 Tervise ja tervisekäitumuslikud tegurid	15
3. Eesmärgid.....	17
4. Materjal ja metoodika.....	18
4.1. SHARE uuring ning valimi moodustamine	18
4.2 Andmestik.....	19
4.2.1 Sõltuv tunnus: depressiivsus	19
4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused	19
4.2.3 Sotsiaalmajanduslikud tunnused	20
4.2.4 Tervise ja tervisekäitumuslikud tunnused	21
4.3 Andmeanalüüs	22
5. Tulemused.....	23
5.1 Depressiivsuse avaldumise kirjeldus	23
5.2 Depressiivsuse tekke seosed erinevate teguritega	25

6. Arutelu.....	30
6.1 Depressiivsuse teke ja sellega seotud tegurid	30
6.2 Ettepanekud praktikutele	35
6.2 Magistritöö nõrkused ja tugevused	36
7. Järeldused.....	38
8. Kasutatud kirjandus.....	39
<i>Summary</i>	44
Tänuavaldus.....	46
<i>Curriculum vitae</i>	47
Lisad	48
Lisa 1. Valimi kirjeldus sooti.....	48

Lühikokkuvõte

Eestis toimub rahvastikuvananemine. Sellest tingituna muutub oluliseks küsimus, millised tegurid võimaldavad inimestel suurendada piisavalt hea tervisega elatud aega. Osad terviseprobleemid on vananemise puhul paratamatud, kuid osad probleeme võib ennetada näiteks parema tervisekäitumisega ning kvaliteetsema arstiabi pakkumisega.

Sellest lähtuvalt on antud magistritöö eesmärgiks kirjeldada depressiivsuse teket kahe aasta vältel ja analüüsida depressiivsuse seoseid sotsiaal-demograafiliste, sotsiaal-majanduslike, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike näitajatega Eesti kesk- ja vanemaealiste (53aastased ja vanemad) seas.

Magistritöö aluseks on Euroopa tervise, vananemise ja tööjätu (SHARE, *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) uuringu viienda laine Eesti andmed. Uuringu esinduslik juhuvalim on koostatud rahvastikuregistri põhjal. Käesolev magistritöö on 1842 vastanuga paneeldisainiga uuring. Andmete analüüsimiseks ja kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid, hii ruut testi ja binomiaalse logistilise regressiooni analüüsi. Antud töös vaadeldi depressiivsuse teket 6. uuringulaineks ja sellega seotud tegureid nende seas, kellel 5. laines ei esinenud depressiivsust.

Tulemused näitasid, et SHARE kuuendaks laineks tekkis depressiivsus 22,6% viienda laine vastajatest. Eesti kesk- ja vanemaealiste seas esines depressiivsust rohkem naistel, 80aastastel ja vanematel, mittetöötavatel vastajatel, ning neil, kes ei saanud teistelt abi. Tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste puhul esines depressiivsust rohkem tegevuspiirangutega inimestel, kahe või enama kroonilise haiguse põdejal, vastajatel, kellel esines korduvdepressiivsus ning eluga rahuolematutel vastajatel. Depressiivsust esines rohkem neil, kes ei olnud tarbinud alkoholi viimase kolme kuu jooksul ja neil, kes olid kehaliselt vähem aktiivsed võrreldes nendega, kes tegelesid füüsilise aktiivsusega rohkem kui üks kord nädalas.

Käesolev uuring näitas, et kõrgem vanus (80 aastat ja vanemad), naissugu, varasemalt läbipõetud depressiivsus ja mõõdukas füüsiline aktiivsus on olulised tegurid Eesti kesk- ja vanemaealiste depressiivsuse tekkes. Abi saamine leibkonna liikmetelt või väljaspoolt viimase aasta jooksul ning eluga rahulolek vähendasid depressiivsuse tekke šanssi.

1. Sissejuhatus

Depressioon on väga oluline vaimse tervise probleem. Depressioonis inimest iseloomustab huvi kadumine, meeleolulangus, väsimus, madal enesehinnang, süütunne, une- või isuhäired ja halb keskendumisvõime (1). Depressiooni korral esineb kolm taset: depressiivne meeleolu; depressiivne sündroom ehk depressiivsus ning depressiooni häire (2). Käesolevas töös uuritakse depressiivsust, mis viitab osade depressiooni sümptomite esinemisele. Depressiivsuse sümptomiteks on alanenud meeleolu, enesetapumõtted, pessimism, süütunne, ärrituvus, uskindustunne, une- ja söömishäired, huvi puudumine, väsimus, keskendumisvõime langus, nutmishood, naudingu puudus (3). Võrreldes depressiooniga piisab depressiivsuse esinemiseks üle kolme sümptomi esinemisest viimase nelja nädala jooksul. Nii depressiooni kui ka depressiivsuse puhul kaasneb elukvaliteedi halvenemine ning terviseseisund võib põhjustada sotsiaalset, kehalist ning vaimset funktsioonihäiret.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, *World Health Organization*) andmetel (2017) kannatab maailmas üle 300 miljoni inimese depressiooni all, mis moodustab 4,4% elanikkonnast (4). Vanemaealistest - 60aastaste ja vanemate seas - kannatab vaimsete või neuroloogiliste häirete all üle 20%, millest kõige sagedasem on depressioon (7%) (5).

Eestis kannatab depressiooni all 5,6% täiskasvanud (18–84 eluaastat) elanikkonnast (6). Depressiivsuse all kannatab 41–42% kõikidest kesk- ja vanemaealistest (50aastased ja vanemad) (7,8). Tervisehäire esineb sagedamini üle 40aastastel (6) ning vanuse kasvades tõuseb depressiivsete inimeste osakaal, olles kõige kõrgem üle 80aastaste seas (8). Depressioon esineb halvema terviseseisundiga inimestel (6). Lisaks terviseseisundile võivad depressiooni tekke riskifaktoriteks olla vaesus, tööpuudus või lähedase kaotus (4).

Depressiooni ja depressiivsuse esinemine nii noorematel kui ka vanematel inimestel sõltub erinevatest psühholoogilistest, bioloogilistest ja sotsiaalsetest teguritest. Vanemaealised on suuremas riskirühmas, sest vanuse kasvades lisanduvad tegurid, mis võivad tekitada vaimse tervise häireid kergemini. Vanemaealised kogevad võrreldes noortega suurema tõenäosusega negatiivseid elusündmusi nagu lähedaste surm, töökaotuse ja pensionile jäämisega kaasnevaid sotsiaalseid ja majanduslikke muutusi või terviseprobleeme, mis piiravad igapäevategevusi (5). Praegu toimuva rahvastikuvananemise protsessiga areneb ka rahvastiku tervis. See võimaldab elada üha vanema eani ning ilma tegevuspiiranguteta või neid piiranguid kompenseerides hariduse saamise ning uue töökoha leidmise kaudu (9). Ennetades depressiooni saavad vanemaealised anda ühiskonnale suure panuse nii perekonnaliikmete, vabatahtlike kui ka aktiivsete tööjõus osalejatena (5).

Depressiooni probleeme alahindavad nii tervishoiupersonal kui ka eakad ise. Põhjuseks võib olla see, et depressiooni peetakse loomulikuks protsessiks, mis kaasneb vananemisega. Tervishoiupersonal võib tõlgendada valesti selliseid sümptome, nagu huvide ja rõõmutunde kadumine või sotsiaalne tõrjutus (10). Tihti jäetakse ka teised depressiooni sümptomid tähelepanuta, sest need ilmnevad teiste haiguslike seisunditega samaaegselt (5). Selle tulemusena jääb depressioon diagnoosimata ja ravita. Paljudel eakatel seostuvad vaimsete häiretega stigmad ja eelarvamused, mis võib olla seotud sellega, et varem ei olnud piisavalt teavet vaimsete haiguste kohta. Mõned eakad ei soovi probleemi tunnistada, sest näevad selles nõrkuse tunnust, eriti kui nad kardavad oma iseseisvuse vähenemist. Mõned eakad arvavad, et depressiooni sümptomite esinemine on vananemisega kaasneva protsessi loomulikena näivad nähtused (10).

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on kirjeldada depressiivsuse teket kahe aasta möödumisel ja analüüsida depressiivsuse seoseid sotsiaal-demograafiliste, sotsiaal-majanduslike, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike näitajatega Eesti kesk- ja vanemaealiste (53aastased ja vanemad) seas, kasutades SHARE uuringu 5. ja 6. laine andmeid. Vaadeldakse depressiivsuse teket 6. uuringulaineks ja sellega seotud tegureid nende seas, kellel 5. laines ei esinenud depressiivsust.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Depressioon ja depressiivsus

Depressioon on väga oluline vaimse tervise seisund, mis mõjutab märkimisväärselt elukvaliteeti (6), alandab tegutsemisvõimet, halvendab võimet tulla toime oma igapäevaeluga ning alandab eluga rahulolu tundeid (11). Depressiooni episoodi defineeritakse kui kahe või enama nädala pikkust perioodi, millal esines vähemalt kaks põhisümptomit (alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kaotus, energia vähenemine) ning kaks lisasümptomit (isu alanemine, häiritud uni, alanenud keskendumisvõime, väärtusetunne, alanenud enesehinnang, pessimistlik suhtumine tulevikku ja suitsiidmõtted) (12).

Rahvusvahelise haiguste ja surmapõhjuste klassifikatsiooni järgi klassifitseeritakse depressioon psüühika- ja käitumishäirete peatükis F00–F99 ning alapeatükis F30–F39 „meeleoluhäired“. Depressiooni jaotused on F32 „depressiivne episood e. depressioon“, mille alla kuuluvad kerge, mõõdukas ja raske depressioon ning F33, mille alla paigutatakse erineva raskusastmega korduvad depressioonid.

Depressioonile on iseloomulik korduvad episoodid ning krooniline kulgu (13). Depressiooni korral võib eristada kolme taset: depressiivne meeleolu; depressiivne sündroom ehk depressiivsus ja depressiooni häire. Depressiivsus koosneb depressiooni sümptomite kogumist. Depressiooni häire korral esineb nii somaatilisi kui ka vegetatiivseid sümptomeid nagu söömishäired ja keskendumisvõime langus (2). Käesolevas töös keskendutakse depressiivsusele - depressiooni sõeltesti positiivse tulemusele EURO-D skaala järgi. See tähendab depressiivsete sümptomite esinemist, sh alanenud meeleolu, pessimism, enesetapumõtted, süütunne, ärritus, uskindustunne, unehäired, huvi puudumine, söömishäired, väsimus, keskendumisvõime langus, nutmishood, naudingi puudus. Depressiivsuse esinemist hinnatakse üksikute sümptomite summeerimisel, kogusumma on vahemikus 0 kuni 12 EURO-D skaala järgi. Vastavalt skaalale hinnatakse inimest depressiivseks üle kolme nimetatud sümptomi esinemisel (3). Depressiivsus ei ole ametlik arsti poolt pandud diagnoos, kuid ei saa välistada, et uuritav, kellel esineb depressiivsus, vastab depressiooni diagnoosi kliinilistele kriteeriumitele. Kuna depressiivsus ei ole ametlik diagnoos, siis on ka selle levimust raskem leida. Teisest küljest võib depressiivsus näidata abivajavate inimeste tegelikku hulka võrreldes depressiooniga, depressiooni aladiagnoosimise tõttu. 2006. aastal esines depressiooni Eestis 5,6% täiskasvanu rahvastiku seas (6). 2014. aastal esines depressiivsust 41% kesk- ja vanemaeliste (50aastaste ja vanemate) inimeste seas (8). Suur vahe nende uuringute tulemustes võib olla seotud erinevas vanuses rahvastikurühmade uurimisega ning ka erinevate mõõtmismetoodikate kasutamisega. Ühes

uuringus on kasutatud EURO-D skaalat, mis mõõdab depressiivsust (8). Teises uuringus on depressiooni uurimiseks kasutatud rahvusvahelist neuropsühhiaatrilist intervjuud MINI (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*) (6). Lisaks võib depressiooni ja depressiivsuse levimuse vahe olla seotud depressiooni stigmatiseeritusega ja depressiooni sümptomite tähelepanuta jätmisega, sest tihti peetakse neid kaasnevate haiguste ilminguteks (10). Nii depressiivsuse kui ka depressiooni puhul kaasneb elukvaliteedi halvenemine ning tervises seisund võib põhjustada sotsiaalset ja kehalist talitlushäiret.

2.2 Depressiooni haigestumus ja levimus

Depressiooni levimus maailmas on kõrge, selle all kannatab üle 300 miljoni inimese (1). 2016. aastal moodustas depressioon maailmas kogu tervisekaotusest 1,8%, mõõdetuna tervisekaoga kohandatud eluaastates. Euroopas langes depressiooni arvele 2,2% kogu tervisekaotusest, sh meie naaberriikides Soomes ja Lätis vastavalt 3,2% ja 1,9%. Eestis oli depressioonist tingitud tervisekaotus kõigist haigustest ja tervisekahjustustest 2,4% (14). Haigusest tingitud kaotatud eluaastate arvu suuruse alusel asuvad psüühika- ja käitumishäired viiendal kohal (15).

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) (2017) andmetel kannatab üle 20% 60aastastest ja vanematest inimestest vaimsete või neuroloogiliste häirete all, millest kõige sagedasemad on depressioon (7%) ja dementsus (5%). Need haigused moodustavad eakatel 17% haiguskaoga elatud aastatest. (5)

Eestis esines Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel 2016. aastal 1542,1 ja 2443,4 uut ambulatoorset psühhiaatrilist haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta vanuses vastavalt 55–64 aastat ning 65 ja vanemad. Võrdluseks võib siinkohal tuua, et 2000. aastal oli see arv 1252,5 100 000 elaniku kohta 55–64aastastel ning 1738,5 65 ja vanemate seas. Samas uute ambulatoorsete psühhiaatriliste haigusjuhtude arv näitab pigem perioodilist muutust. 2008. aastal oli juhtude arv 1779,5 ja 2666,9 100 000 elaniku kohta, 2015. aastal langes see arv 1497,3-ni ja 2399-ni ning 2017. aastal tõusis taas 1613,1 ja 2430,4 haigusjuhuni 100 000 elaniku kohta vanuserühmades vastavalt 55–64 ja 65+. TAI andmebaasis ei ole andmeid depressiooni kui eraldi diagnoosi kohta, kuid on andmed meeleoluhäirete (Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK) F30-F39) kohta, mille diagnooside hulka kuulub ka depressiivne episood e. depressioon (RHK kood F32). Meeleoluhäire oli 2016. aastal psüühika- ja käitumishäirete diagnooside seas teisel kohal, kokku 429,6 uut ambulatoorset meeleoluhäire juhtu 100 000 elaniku kohta vanuses 55–64 eluaastat ning 331,6 juhtu 65 ja vanemate seas. Meeleoluhäire diagnooside arv näitab samuti pigem perioodilist muutust (16).

Võttes arvesse, et peale depressiooni kuulub meeleoluhäirete alla veel mitmeid diagnoose, on depressiooni haigusjuhtude tegelikud arvud ilmselt madalamad.

2014. aastal läbiviidud uuringust selgus, et Eesti oli kuueteistkümnest Euroopa riigist kesk- ja vanemaealiste depressiivsete häirete osakaalu poolest esikohal. Eestis vastas kõikidest vähemalt 55aastastest uuritavatest 42,1% võimaliku depressiivsuse kriteeriumitele. Depressiivsuse levimusmäär oli kõrgem valdavalt Ida- ja Lõuna-Euroopa riikides ning madalam Kesk- ja Põhja-Euroopa riikides (7). Teises Eesti täiskasvanute seas (18–84aastased) läbiviidud läbilõikelises uuringus vaadeldi depressiooni levimust. Depressiooni määramiseks kasutati MINI rahvusvahelise neuropsühhootilise intervjuu vastavat moodulit, mis on struktureeritud diagnostiline intervjuu. Selle järgi oli Eestis depressiooni levimus 5,6% (6), mis oli võrreldav naaberriigi, Soome rahvastikuga (5,3%) (17) ning oli maailma keskmisest depressiooni levimusest (4,7%) veidi kõrgem (18). Tuleb tähelepanu pöörata sellele, et depressiooni näitude järgi ei olnud Eesti näitaja nii kõrge, aga depressiivsuse järgi oli Eesti Euroopa riikide seas esikohal. Siinkohal võis tulemusi mõjutada see, et tegemist oli ka erinevate vanuserühmade näitudega.

Vanuserühmade lõikes oli depressiooni levimus kõige kõrgem vanemas eärühmas (75–84 aastat), olles 9,7% (6). Depressiivsus oli samuti kõrgem vanemas eas (75 ja vanemad), kuid levimus oli depressiooni levimusest tunduvalt kõrgem, 50,8% (7).

2.3 Rahvastikuvananemine ja depressioon

Rahvastiikuvananemine on erinevate demograafiliste protsesside tulem, mis loob uut sorti väljakutsed ühiskonnale, kuid ei pruugi olla tingimata negatiivne nähtus. Rahvastiku tervise areng võimaldab elada üha vanema eani ning ilma tegevuspiiranguteta või neid piiranguid kompenseerides hariduse saamise ning uue tegevuse leidmise kaudu, olles vastavuses inimese füüsiliste ja vaimsete võimalustega. Ajaga on muutunud ka ühiskondlikud normid ja ootused, mis omakorda mõjutavad inimeste käitumist. Nii on kõrgharidusega inimeste tööhõivemäär praegu juba kõrgem kui keskmiselt rahvastikus, seda ka vanemaealiste rühmades (9). Kõrgharidus mängib omakorda suurt rolli depressiooni esinemisel, kaitstes depressiooni tekkimise eest (19). Rahvastiku hariduse ning eluea kasvuga kasvab ka rahvamajanduse kogutulu. Selle kasv tuleneb asjaolust, et kõrgharidusega inimeste eluiga on pikem, mis toob kaasa tööelu pikenemise. Lisaks loovad kõrgharitud inimesed oma tööpanusega suuremaid lisandväärtusi (9). Sellele tuginedes võib väita, et kesk- ja vanemaealiste tervis, sh vaimne tervis, on oluline tegur ka ühiskondlikus ja riigi majanduslikus sfääris.

2.4 Depressiooni tekkega seotud tegurid

Depressiooni tekke põhjuseks on sotsiaalsete, psühholoogiliste ja bioloogiliste tegurite koosmõju (1). Need tegurid on jätkuvalt oluliseks uurimisteenaks. Järgnevalt on toodud ülevaade nende olulisematest mõjudest seoses depressiooniga.

2.4.1 Sotsiaaldemograafilised tegurid

Peaaegu kõik epidemioloogilised uuringud on leidnud, et vanus, sugu, perekonna suurus ning perekonnaseis on seotud depressiooniga. (6,20)

Vanuse kasvades võivad lisanduda tegurid, mis tekitavad vaimse tervise häireid kergemini. Nii võivad vanemaealised kogeda suurema tõenäosusega negatiivseid elusündmusi nagu pensionile jäämisega kaasnevad sotsiaalsed ja majanduslikud raskused või lähedaste surm. Lisaks tekivad vanuse kasvades tihedamini terviseprobleemid, mis piiravad igapäevategevusi või teevad enesega toimetuleku raskemaks. Need tegurid võivad kaasa tuua inimese eraldumise ja üksilduse, mis omakorda võib esile kutsuda probleeme vaimse tervisega, sh depressiivsete sümptomite teket (5). Uuringutes jõuti erinevatele järeldustele vanuse ja depressiooni seoste kohta (6,21–23). Vanuse ja depressiooni seost võivad mõjutada mitmed tegurid (6,22), lisaks võivad depressioon ja depressiivsed sümptomid omada erinevat mõju olenevalt inimese vanusest (23). Eestis läbiviidud uuringutes, kus osalesid inimesed vanuses 15–84 eluaastat ning 15–79 eluaastat, esines depressiooni enam üle 40aastaste seas (6,23). Sissetuleku, terviseseisundi ja sotsiaaldemograafiliste tegurite kontrollimisel kadus depressiooni ja vanuse vaheline seos. Selline tulemus võis viidata sissetuleku ja terviseseisundiga seotud tegurite olulisusele just vanemaealiste rühmade kõrgema depressiooni riski puhul (6). Sarnase tulemuseni jõuti ka teises uuringus, kus kohandamata andmed näitasid depressiivsuse šansi kasvu vanuse kasvades (60 ja vanemad), kuid teistele teguritele kohandamisel (füüsiline tervis, tervisekäitumuslikud tegurid) muutus seos vastupidiseks. Varasemate analüüside põhjal võib arvata, et kõrgem vanus ei oma otsest mõju depressiivsusele, pigem mõjutavad seda vananemisega kaasnevad protsessid (8). Uuringus, kus valimi vanus oli 50–85 eluaastat, esines depressiooni enam vanematel (75 ja vanemad) uuritavatel. Seal mõjutasid vanuselisi erinevusi elutingimuse ja tervise tunnused (sissetulek, kroonilised haigused, liikumispiirangud, kognitiivne häire) ning vanus üksinda ei omanud seletavat mõju (22).

Naised raporteerivad rohkem depressiooni kui mehed (6,7,21,24). Naistel esines kaks korda tihedamini depressiooni võrreldes meestega 23 Euroopa riigi andmete põhjal, kus uuritavate vanus oli 18–75 eluaastat. Soolised erinevused olid suuremad Ida- ja Lõuna-Euroopa riikides, väiksemad Iirimaa ja Slovakkias. Sugudevahelisi erinevusi tasandasid

sotsiaalmajanduslikud ja perekonnaga seotud faktorid. Madalam depressiooni risk oli seotud mõlema soo puhul abielus ja kooselus olemise ning üldise hea sotsiaalmajandusliku seisundiga (24). Ka Eestis oli naiste depressiooni levimus kõrgem võrreldes meestega. Selline tulemus võis olla seotud meeste halvema terviseseisundiga ning sissetulekuga - soolised erinevused kadusid peale nende tunnuste arvessevõtmist (6). Teises Eestis läbiviidud uuringus esines naistel võrreldes meestega kaks korda kõrgem šanss depressiivsuseks. Soolised erinevused ei kadunud ka kohandatud mudelis (8). Soolised erinevused esinesid kõikide vanusrühmade puhul (6,8). Viimases uurimuses (8) võeti arvesse terviseseisundi tunnuseid, kuid mitte sissetulekut. Nigeerias läbi viidud 65aastaste ja vanemate inimeste uuringus ei esinenud meeste ja naiste depressiooni levimuses erinevusi. Tulemusi võisid mõjutada kognitiivse häire, sissetuleku, sotsialvõrgustiku, krooniliste haiguste, ravimite kasutamise ja enesetunde tunnustele kohandamine (25).

Perekonnaseis mängib olulist rolli depressiooni tekke selgitamisel. Uuringud näitasid, et lahutatud, lahkuläinud või lehestunud inimestel oli depressiooni skoor kõrgem kui abielus olevatel inimestel (6,20,26,27). Lahutatud ja lahkuläinute seas oli depressiooni määr kõrgem võrreldes lehestunud rühmaga. Meestel, kes olid lahutunud, lahkuläinud või lehestunud, esines kõrgem depressioon võrreldes abielus meestega. Seos oli sama kõikides vanuserühmades. Naiste seas seevastu olid tulemused teistsugused. Kooseluseisust tingitud depressiooni sümptomite esinemise erinevus kadus eakamate naiste (75–85aastased) seas. Selles vanuses naistel ei esinenud erinevusi depressiooni sümptomite osas, olenemata sellest, kas nad olid kooselus või lahku läinud või lehestunud. Peaaegu kõikides vanuserühmades, välja arvatud 75–85aastaste seas, esines lahutatud või lahkuläinud naistel kõrgem depressiivsuse määr (CES-D (*Center for Epidemiological Studies–Depression scale*) koefitsendi järgi) kui lehestunud naistel võrreldes abielus naistega. Meeste seas oli antud koefitsient kõrgem lehestunute kui lahutatud või lahkuläinud meeste seas, välja arvatud 65–74aastaste seas (26). Lisaks mängib depressiooni sümptomite esinemisel rolli kooselu tüüp. Kesk- ja vanemaealiste (50 ja vanemad) seas oli vabaabielu seotud depressiooni sümptomite suurema esinemisega võrreldes abieluga. Leiti soolisi erinevusi kooseluseisu ja depressiooni seoses: meeste jaoks oli perekonnaseis tähtsam võrreldes naistega. Abielus olevatel meestel oli depressiooni skoor tunduvalt madalam võrreldes vabaabielus olevate meestega (28).

Kui vaadelda vastassuunalist seost - depressiooni kui lahutuse mõjutegurit, siis uuringud on näidanud, et vaimsed häired on seotud lahutamise ja lahkuläinutega. Depressioon oli esikohal vaimsete haiguste seas kui oluline lahutuse põhjustaja (27,29). Depressioon ei omanud mõju üksikutele ja vabaabielus olevate inimeste partnerluse alustamisele. Kuid depressiooni kogemine kahekordistas kooseluseisu muutusi: vabaabielus inimesed läksid lahku ning

abielus olevad lahutasid. Teisalt suurenes depressiooni avaldumus kooselu lõppemisel. Huvitav oli see, et depressiooni avaldumus ei olnud suurem inimestel, kes pole kunagi olnud abielus ega kooselus (27).

Kooseluseis on seotud ka teiste tervisenäitajatega. Leiti, et kooselu lõppemine kahjustab tervist. Aeglaselt arenevad tervisekahjud nagu kroonilised haigused ja liikumiskiirangud omavad tugevat mõju kooselu lõppemisele, teised tervisekahjud, nagu depressiivsed sümptomid on tundlikumad antud hetkel toimuvale kooselule. Pikemat aega lahutatud või lesena olnud inimestel ilmnes rohkem kroonilisi haigusi ja liikumiskiiranguid. (30)

2006. aastal Eestis teostatud uuringus leiti, et perekonna suurus, perekonnaseis ja funktsionaalsed tegurid (emotsionaalne ja sotsiaalne üksindus, emotsionaalne rahulolu partneriga) olid seotud depressiooniga. Depressiooni esinemise šanss oli kõrgem inimestel, kes ei olnud kooselus ega olnud rahul oma partneriga. (6)

Sotsiaalvõrgustik on üheks tugevaks depressiooni mõjuteguriks (6,25,31). Depressioon oli seotud nii ühiskondlikes tegevustes osalemisega, lähedaste kaotamisega (25) kui ka sotsiaalvõrgustiku struktuursete (vanemate ja sõpradega kontaktide sagedus väljaspool kodu ja organisatsioonidesse kuuluvus) ja funktsionaalsete teguritega (emotsionaalne ja sotsiaalne üksindus) (6). Kesk- ja vanemaealiste (50 ja vanemad) üksindus ennustas depressiivsete sümptomite suurenemist, tervisehinnangu vähenemist ning funktsionaalsete piirangute suurenemist kahe aasta jooksul (31).

Sotsiaalne tugi on üheks depressiooni mõjuteguriks. Selle vähesus või puudumine suurendas depressiooni riski. Madalama depressiooni levimusega oli seotud kolme või enama pereliikme või sõbra olemasolu. Samas oli pereliikmete puudus, kellelt saada emotsionaalset toetust, seotud kõrgema depressiooni levimusega. Kesk- ja vanemaealiste seas, võrreldes teiste vanuserühmadega, oli emotsionaalse abi saamise tihedus olulisem kui selle kvaliteet. (32)

2.4.2 Sotsiaalmajanduslikud tegurid

Madal haridustase tõstab depressiooni riski (8,26,33,34) ning kõrgem haridus omab kaitseefekti depressiooni esinemisel. Kaitseefekt võib olla seotud õppimisest tingitud aju arengu ning mälega. Haritud inimestel on mälu parem, seeläbi ka madalam depressiooni esinemisrisk (19). Lisaks saavutavad kõrgema haridusega inimesed paremaid tulemusi tööturul ja teevad teadlikumaid valikuid, mis omakorda mõjutab inimese heaolu (8). Eesti täiskasvanute seas läbiviidud uuringus aga depressiooni ja hariduse vahel seost ei leitud (6). Eesti kesk- ja vanemaealiste seas läbiviidud uuringus oli põhi- ja keskharidusega uuritavatel

kõrgem šans depressiivsuseks võrreldes kõrgharidusega uuritavatega, kuid statistiliselt oluline seos oli ainult põhihariduse puhul (8). Sellised tulemused võivad olla seotud sellega, et haridustaset tuleb vaadelda koos teiste teguritega nagu tööhõivestaatus ja sissetulek, mis omakorda on seotud haridustasemega (35). Haridustaseme ja depressiooni vahelised seosed väljenduvad tööhõivestaatus ja sissetuleku ja depressiooni seoste kaudu.

Eesti töötutel või töövõimetutel kesk- ja vanemaealistel on suurem šans depressiivsuseks võrreldes töötavate uuritavatega. Töövõimetuks olid antud uuringus nimetatud vastajad, kes lõpetasid töötamise tervisehäire tõttu (8). Töövõimetuse suurenenud šans on tihedalt seotud füüsilise tervise riskiteguritega. Näiteks tegevuspiirang on seotud depressiooni kõrgema esinemisega (36). Ennetähtajaline tööaja vähendamine ja töötuks jäämine on seotud enesetunde halvenemise, depressiooni tekke või suurenemise ja elukvaliteedi halvenemisega. Inimesed, kes lõpetavad ennetähtaegselt töötamise kas sotsiaaltoetusega või ilma, kipuvad ennast tundma halvemini, võrreldes nendega, kes töötavad edasi või pikendavad tööaega. Pensionile minevatel eakatel esineb suurema tõenäosusega parem enesetunne, väiksem depressiooni tekke risk ja parem elukvaliteedi tase võrreldes inimestega, kes suurendavad või säilitavad sama tööaja. Antud uuringus oli tegemist lühiajaliste muutuste uurimisega, seega mõne aasta möödumisel võivad tulemused muutuda ning ennetähtajaline töötamise lõpetamine ei pruugi sellist mõju avaldada (37). Seosed võivad olla mõlemasuunalised - depressiooni esinemine võib tõsta töötuks jäämise riski (38).

Epidemioloogiliste uuringute ülevaates esines kõige vaesematel küsitlusele vastajatel kaks korda kõrgem depressiooni esinemise šans võrreldes kõrge sissetulekuga inimestega (Prantsusmaa, Saksamaa ja Ameerika Ühendriikides) (39). Madala ja keskmise sissetulekuga riikides (Mehhiko ja Lõuna-Aafrika Vabariik) ei omanud sissetuleku suurus olulist seost depressiooni riski esinemisega. Tugevam seos depressiooni ja sissetuleku vahel esines kõrgema sissetulekuga riikides elavatel inimestel (20). Seose tugevus just kõrgema sissetulekuga riikides võib olla põhjustatud sellest, et sissetulekute ebavõrdsus on suurem kõrgema sissetulekuga riikides kui madala ja keskmise sissetulekuga riikides ning see soodustab erinevate krooniliste seisundite teket, s.h. depressiooni (40). Samas võib depressiooni esinemist seoses sissetulekuga mõjutada pigem enda võrdlemine teistega, mis ei pruugi olla otseselt seotud sissetuleku ebavõrdsusega. Leiti, et suurema sissetuleku ebavõrdsusega riikides olid sotsiaalne toetus, enesehinnang ja optimism depressiooni kaitseteguriteks. Lisaks oli sissetuleku ebavõrdsuse mõju depressiivsete sümptomite esinemisele suurem keskmise sissetulekuga inimeste seas. Suurenenud sissetuleku ebavõrdsuse mõju võib olla seotud sellega, et keskmise sissetulekuga inimesed soovivad karjääris edasi liikuda ning nende eeskujuks on kõrgema sissetulekuga inimesed. Samas ei

suuda kõik saavutada soovitud positsiooni, mille tõttu võib tekkida eluga rahulolematuse tunne (41).

2013. aastal läbiviidud uuringu tulemused näitasid, et sissetulek ei ole nii oluline eluga rahulolu tegur üle 50. eluaasta inimestel kui noorematel. Antud töös uuriti, kuidas perekond, raha ja tervis mõjutavad eluga rahulolu kogu elutsükli jooksul seitsmes piirkonnas (Ida- ja Lääne-Euroopas, Aasias, Lääne-Ameerikas, Lähis-, Ida- ja Põhja-Aafrikas, Kanadas, Austraalias, Irimaal) ning vanuserühmiti, kasutades Maaailma Väärtusuuringu (*World Values Survey*) andmeid. Uurimuse järgi muutus tervis kõige olulisemaks rahulolu teguriks. Käesolev uuring vaatles eluga rahulolu, mis on erinev depressioonist ja depressiivsusest, aga see töö annab aimu rahulolu muutuste kohta elukaare jooksul erinevates vanustes ning erinevates riikides mitme ajapunkti jooksul (42). Sarnane seos võib ehk eksisteerida ka depressiivsuse puhul, kuid käeoleva töö tausta kirjanduse otsingu raames ei leidnud autor selle kohta tulemusi.

Lisaks sissetulekule võivad ka muud majanduslikud näitajad nagu võlgade olemasolu viidata kohustuste ulatusele. Võlad igas vormis ning igas riigis (Belgia, Saksamaa ja Prantsusmaa näitel) olid seotud suurema depressiooni sümptomite arvuga nii naistel kui ka meestel (43).

2.4.3 Tervise ja tervisekäitumuslikud tegurid

Kroonilised haigused ning liikumiskiirangud on tugevalt seotud depressiooni esinemisega kesk- ja vanemaealiste seas (8,26,44–47). Nii on depressiooni riskiteguriks Parkinsoni tõbi, südamehaigused, infarkt ning insult (44). Depressiooni risk suureneb ajuhäirete esinemisel, sealhulgas dementsuse, Parkinsoni tõve, insuldi, lisaks ka sisehaiguste (diabeet, südamehaigused) korral (45). Haiguste hulka kuulus ka depressioon, millele on omased korduvad episoodid. Tavaliselt on patsiendi ja perekonna haigusloos depressiooni või teiste vaimse tervise häirete esinemine oluliseks depressiooni taastekkimise riskiteguriks (44).

Kroonilised haigused on seotud depressiooni esinemisega eakate seas (65 ja vanemad). Kuid subjektiivsele tervisehinnangule kohandamisel võib krooniliste haiguste ja depressiooni vahelise seose olulisus nõrgeneda (kolme või enama kroonilise haiguse puhul) või kaduda (kahe kroonilise haiguse puhul) (8,46). See võib olla tingitud krooniliste haiguste, subjektiivse tervise seisundi ja depressiooni omavahelisest tugevast seosest (46).

Nii kroonilised haigused kui ka tervisest tingitud tegevuskiirangud on seotud depressiooniga. Tõsise tegevuskiiranguga eakad kannatasid depressiooni kõrgema raskusastme all (36,47), lisaks oli neil tõenäolisem enesetapu mõtete teke (47). Tulemusi võib tõlgendada nii, et kiirangute puudumise korral saavad eakad (65 ja vanemad) hakkama

igapäevaelu toimingutega, mis annab neile suurema iseseisvuse tunde, säilitavad aktiivsuse ja seeläbi ka kõrgema eluga rahulolu tunde (36). Eluga rahulolu on seotud liikumispiirangute olemasoluga: mida vähem esineb liikumispiiranguid, seda suurema tõenäosusega on uuritav rahul oma eluga. Eluga rahulolemine omakorda mõjub psühholoogilisele tervisele kaitsvalt (48). Eluga rahulolematust on tugevalt seotud depressiooni kõrgema levikuga vanemaealiste (65 ja vanemad) seas (49).

Tegevuspiirangutega on seotud ka füüsiline aktiivsus, mis omakorda mõjutab depressiooni esinemist: sagedasema füüsilise aktiivsuse puhul esineb vähem depressiooni sümptomeid. Kesk- ja vanemaealiste seas leiti olulisi vanuselisi erinevusi füüsilise aktiivsuse ja depressiivsete sümptomite seose vahel. Leiti, et seos füüsilise aktiivsuse ja depressiivsuse muutuste vahel oli tugevam vanemates vanuserühmades (üle 65aastate seas) (50). Koreas tehtud uuringus uuriti füüsiliselt aktiivselt eakaid vanuses 60aastat ja vanemad. Neilt küsiti füüsilise aktiivsuse sageduse, kestuse ning intensiivsuse kohta. Andmed jagati rühmadeks: füüsiliselt passiivsed, ebapiisavalt aktiivsed või aktiivsed. Leiti, et passiivsetel eakatel oli kõrgem depressiooni kordaja võrreldes teiste rühmadega (51). Kehalise aktiivsuse puhul on väga oluline selle sagedus, tüüp ja meelepärased (52). Kehaline aktiivsus 1–4 korda kuus oli seotud madalama depressiivsusega võrreldes kehalise aktiivsusega rohkem kui üks kord nädalas (8).

Füüsilist aktiivsust soovitatakse mõõta koos teiste tervisekäitumuslike teguritega, näiteks alkoholi tarbimisega. Alkoholi tarbimine oli eakatel (60aastased ja vanemad) näidanud oluliselt madalamat depressiooni sümptomite taset võrreldes nendega, kes ei tarbinud hetkeseisuga alkoholi (53). Karsklaste kõrgem depressioon võib olla seotud alkoholi tarbimise sotsiaalse aspektiga - depressioonis inimesed osalevad sotsiaalses elus vähem (54), sealhulgas tarvitavad alkoholi vähem (53). Samas leiti, et šans depressiivsuseks oli tarvitajate seas väiksem ainult kohandamata mudelis. Võttes arvesse teisi tunnuseid (demograafilised ja tervise tunnused) muutus seose suund vastupidiseks (8). Uuringute tulemusi võib mõjutada see, et hinnatakse ainult alkoholi tarbimise sagedust, mitte tarbitud koguseid (55). Alkoholi koguseid mõõdetud uuringus leiti, et alkoholi mõõdukas tarbimine ei pruugi eakaid (60 ja vanemad) depressiooni eest kaitsta. Mõõdukaks joomiseks pidasid töö autorid alkoholi tarvitamist mitte rohkem kui 40 grammi päevas meestel ning 24 grammi naistel (56). Lisaks leiti, et depressioon ennustab tulevikus alkoholi liigtarvitamist kesk- ja vanemaealiste seas (50 ja vanemad), kes hetkel ei olnud alkoholi liigtarvitajad. Alkoholi liigtarvitamise mõju depressiooni esinemisele tulevikus aga ei olnud statistiliselt oluline (57).

3. Eesmärgid

Käesoleva magistritöö põhieesmärgiks on uurida depressiivsuse teket ning sellega seotud tegureid Eesti kesk- ja vanemaealiste seas, kasutades SHARE uuringu 5. ja 6. laine andmeid.

Selle eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada depressiivsuse teket kahe aasta möödumisel ja selle jaotumist sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes Eesti kesk- ja vanemaealiste seas;
2. Analüüsida depressiivsuse tekke seoseid sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike näitajatega Eesti kesk- ja vanemaealiste seas.

4. Materjal ja metoodika

Antud peatükk annab ülevaate töös kasutatavast SHARE andmestikust ning käesoleva magistritöö valimi moodustamisest. Antakse ülevaade selle kohta, kuidas on loodud tunnused, mida kasutatakse andmeanalüüsis. Viimasena kirjeldatakse magistritöö andmeanalüüsi meetodeid.

4.1. SHARE uuring ning valimi moodustamine

SHARE on üle-euroopaline longituudne küsitlusuuring kesk- ja vanemaealiste (50+) seas. Uuring keskendub individuaalse vananemisprotsessi kulgemisele ning seda mõjutavate seoste uurimisele. SHARE uuringut viiakse läbi alates 2004. aastast iga kahe aasta järel samade osalejatega ning iga kahe uuringulaine järel lisatakse uuringusse uus rühm inimesi, kes on saanud vahepeal 50–54 aastaseks. Eesti on liitunud SHARE uuringuga alates 2010. aastast (4. laine). (58)

SHARE uuringu valim põhineb tõenäosuslikul valimil Eestis elavatest inimestest rahvastikuregistri põhjal, kes olid vähemalt 50 aastat vanad küsitluslaine toimumise alguses. Uuringus kasutati arvuti abil tehtavat silmast-silma intervjuud ehk CAPI (*computer-assisted personal interviewing*) meetodit. SHARE uuringus osalevaid inimesi teavitati uuringu toimumisest ning eesmärkidest, uuritavatelt küsiti nõusolek uuringu läbiviimiseks. (58)

Antud magistritöös kasutati SHARE uuringu 5. ja 6. laine andmeid ning lisaks depressiivsuse tunnust 4. laine andmetest, andmete versiooni 6.1.0. Kuuenda laine andmed olid kogutud aastal 2015, viienda laine andmed 2013 (58,59). SHARE metoodika järgi ei kaasatud viiendasse lainesse uusi osalejaid vanustes 50–52. Selleks, et ei tekiks noorema vanuserühma alaesindatusest tingitud tulemuste vale tõlgendamist, saab 5. laine valimi analüüsis kasutada osalejad alates 53. eluaastast. Seetõttu on ka antud töö valimiks vastajad vanuses 53 aastat ja vanemad. Eesti vastamismäär oli 5. laines 89% (59) ning kuuendas laines 82% (60).

Kokku osales uuringu 5. laines Eestis 5752 vastajat. Magistritöö valimist jäeti välja need, kes olid uuringu läbiviimise aastal nooremad kui 53 eluaastat ($n=24$). Selleks, et paremini uurida depressiivsuse teket 6. laines, jäeti analüüsi valimist välja kõik, kellel 5. laines esines depressiivsus ($n=2302$) ning need kellel puudusid andmed depressiivsuse kohta 6. laines ($n=736$). Järelejäänud vastajatest 1842 olid põhivastajad ning 866 nende elukaaslased. Magistritöö valimisse jäeti ainult põhivastajad ($n=1842$), sest sissetuleku, leibkonna suuruse ja abieluseisu tunnused võivad olla partneritel liigselt seotud. Kirjeldavates tabelites on kõikide tunnuste puhul sisse jäetud ja välja toodud tunnuste puuduvad väärtused

(n=1842). Seoste statistilises analüüsis on puuduvad väärtused välja jäetud (analüüsivalimi n=1783).

4.2 Andmestik

4.2.1 Sõltuv tunnus: depressiivsus

Depressiivsust hinnati EURO-D skaala abil, mis mõõdab selliseid sümptomeid nagu pessimism, enesetapumõtted ja ärrituvus. EURO-D on välja töötatud kahest depressiooni skaalast (sealhulgas CES-D skaala) ning kolmest intervjuu instrumendist depressiooni sümptomite võrdlemiseks Euroopa riikide vahel. Skaala hõlmab endas 12 binaarset tunnust, (ei/jah), mille väärtus võib olla null või üks. Binaarsete tunnuste väärtused on liidetud kokku üheks depressiivsuse tunnuseks, kus suuremad väärtused näitavad depressiivsuse esinemist (3). Selle tunnuse koguskoori põhjal olid uuritavad rühmitatud nendeks, kellel esines depressiivsus (skoor üle kolme punkti) ja nendeks, kellel ei esinenud depressiivsust (kolm ja vähem punkti). Käesolevas magistritöös kasutati terminit „depressiivsus“, kuna tegemist oli depressiooni sõeltesti positiivse tulemusega, mitte diagnoositud kliinilise depressiooniga (8). Mudelites lisati tunnus depressiivsuse olemasolu kohta 4. laine seisuga, et kohandada korduvdepressiivsuse ilmingutele.

4.2.2 Sotsiaaldemograafilised tunnused

Vanuse tunnus oli eneseraporteeritud. Antud töös jagati uuritavad tunnuse moodustamiseks vanuse järgi järgmisteks rühmadeks: 53–64aastased, 65–79aastased ja 80aastased ning vanemad uuritavad. Iga vanuserühma puhul on inimesed erinevates eluperioodides (53–64aastaste seas on pigem töötavad vastajad, 65–79aastate seas aktiivsemad vanemaealised, 80aastased ja vanemad pigem rohkem terviseprobleeme põdevad inimesed).

Sugu jagati kahte rühma: mehed ja naised. Tunnus oli eneseraporteeritud.

Abieluseisu tunnus oli eneseraporteeritud. Antud töös tunnuses jagati vastajad nelja rühma: abielus/kooselus (abielus elavad koos või elavad lahus, registreeritud partnerlus), ei ole kunagi abielus olnud, lahutatud ja lehestunud. Alternatiivina kontrolliti ka reaalse kooseluseisu tunnust, kuid see ei olnud niivõrd informatiivne võrreldes abieluseisu tunnusega. Algselt eelistatud kooselu tunnus võib näidata tegelikku kooseluseisu paremini kui ametlik perekonnasis, sest vastaja võib olla ametlikult abielus, kuid elada abikaasast lahus. Samas oli abieluseisu tunnuse puhul võimalik eristada rühma, kuhu kuulusid vastajad, kes on abielus, kuid elavad lahus. Antud töös on need liidetud kokku inimestega, kes on abielus ja elavad koos ning kellel on registreeritud partnerlus, sest viimases rühmas oli vähe inimesi (n=39). Võrreldes kooselu tunnusega esinevad abieluseisu tunnuse puhul eraldi rühmad: lahutatud ja

leestunud ning vastajad, kes pole kunagi abielus olnud – see eristus on abieluseisu tunnuse eeliseks.

Leibkonna suurus oli pidev tunnus, mis on antud töös muudetud binaarseks: üksinda elavad vastajad ning teiste liikmetega koos elavad vastajad. Jaotuse tegemisel lähtuti kirjanduse ülevaates toodud informatsioonist, et üksildustunne, mis võib tekkida üksinda elamise tagajärjel, ennustab depressiivsuse sümptomite suurenemist. (31)

Teistelt abi saamine leibkonna siseselt ja -väliselt tunnus on eneseraporteeritud. Antud töö jaoks moodustati tunnus kahest tunnusest: isikuhoolduses või praktilistes majapidamistöodes abi saamine enda leibkonnas ja/või leibkonnast väljaspoolt viimase 12 kuu jooksul. Vastajad jagati kaheks rühmaks: vastajad, kes on abi saanud ja need, kes ei ole.

4.2.3 Sotsiaalmajanduslikud tunnused

Hariduse tunnus oli eneseraporteeritud. Antud töös jagati see kolme rühma: põhiharidus (alg- ja põhiharidus), keskharidus (üldkesk- ja kutseharidus põhihariduse baasil), kõrgharidus (bakalaureus, magister, doktor või sellega võrdsustatud haridusega vastajad). Hariduse jaotamisel lähtuti rahvusvahelisest ühtsest hariduse liigitusest vastavalt ISCED (ingl *International Standard Classification of Education*) 1997 klassifikatsioonile (61).

Tööhõiveseisundi tunnus oli eneseraporteeritud. Uuritavatelt küsiti, milline seisund neid intervjuu hetkel põhiliselt iseloomustas. Vastusevariantideks oli pensionil, töötav, töötu, töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu, kodune ja muu (elatud kinnisvarast, õppija, rantjee, vabatahtliku töö tegija). Antud töös jagati tunnus kolme rühma: „pensionär“, „mitte töötav“ (hõlmab „töötu“, „töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu“, „kodune“ ja „muu“) ja „töötav“ (hõlmab „töötav“ või „iseendale tööandja“). Tööhõiveseisundi tunnuse jagamisel lähtuti sellest, et tööturul aktiivsetel inimestel on tõenäoliselt mitmekesisemad ressursid (sh sotsiaalsed) ning erinev tervise seisund (sh depressiivsus).

Sissetuleku tunnuse moodustamiseks küsiti uuritavatelt kõigi leibkonnaliikmete netosissetuleku ja sotsiaaltoetuste suurust aastas eelneva aasta andmetel. Vastajad pidid märkima kogusumma. Seejärel arvutati sissetuleku tunnuse loomiseks kõikide leibkonnaliikmete keskmine kuu sissetulek eelneval aastal. Küsimus oli esitatud ainult ühele leibkonnaliikmele (kas põhivastajale või elukaaslasele). Seetõttu omistati antud töös sissetuleku summa mõlemale leibkonnaliikmele ning alles seejärel jäeti valimisse ainult põhivastajad. Sissetuleku tunnus jagati kolme rühma vastavalt 2013. aasta töötasu alammäära kehtestamise määrusele miinimumpalga ja vastavalt Statistikaameti andmetele 2013. aasta

keskmise brutopalgaga kohta. Need olid vastavalt 320 eurot ja 930 eurot (62,63): „0–319“, „320–929“, „930+“ (eurot).

4.2.4 Tervise ja tervisekäitumuslikud tunnused

Krooniliste haiguste tunnus oli koostatud tunnusest, mille puhul valisid uuritavad 20-st kroonilisest haigusest (sh insult, krooniline kopsuhaigus, südameinfarkt, hüpertooniatõbi) need, mida arst oli neil diagnoosinud ning mis esinesid vastamise hetkel. Seejärel tunnuse vastused liideti kokku ning jagati kahte rühma: „vähem kui kaks kroonilist haigust“ ning „kaks ja rohkem kroonilist haigust“.

Tervisest tingitud tegevuspiirangu kaardistamiseks küsiti, mil määral on mõni terviseprobleem inimest igapäevategevustes piiranud viimasel kuul kuul. Küsimusele oli kolm vastusevarianti, mis grupeeriti binaarseks tunnuseks sarnaselt teise SHARE riikide võrdlusuuringuga (64): „on piiranud“ (hõlmab vastusevariante „on piiranud oluliselt“, „on piiranud, kuid mitte oluliselt“) ja „ei ole piiranud“.

Selleks, et kontrollida varasemaid depressiivsuse ilminguid, on välja toodud **depressiivsuse** tunnus ka 4. laine kohta. See põhineb EURO-D skaalal, mis koostati 12 binaarsest tunnusest, mille puhul oli kaks varianti: „jah“ ning „ei“. Sarnaselt antud töö sõltuva tunnusega, liideti 4. laine depressiivsuse tunnuses binaarsete tunnuste vastused ning koguskoori põhjal rühmitati vastajad kaheks depressiivsuse olemasolu järgi. Käesolev tunnus oli ainuke sõltumatute tunnuste seas, mis ei ole 5. laine seisuga.

Eluga rahulolu oli uuringus raporteeritud pideva tunnusena 10-punktilisel skaalal. 0 punkti tähendas „ei ole üldse rahul“ ning 10 „täiesti rahul“. Käesoleva töö autor koondas hinnangud kokku kolmeks üldistavaks rühmaks, tuginedes vastajate jaotusele erinevates rühmades: ei ole rahul (0–4 punkti), rahul (5–7 punkti), väga rahul (8–10 punkti).

Kehalise aktiivsuse puhul esitati kaks küsimust mõõduka ja tugeva aktiivsuse tegemise tiheduse kohta. Mõõduka füüsilise aktiivsuse all oli mõeldud aiatööd, auto pesemist või jalutamist. Tugeva füüsilise aktiivsuse all mõeldi spordi või raskema füüsilise töö tegemist. Mõlema küsimuse puhul olid vastusevariantideks „rohkem kui korra nädalas“, „kord nädalas“, „1–3 korda kuus“, „peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi“. Vastusevariandid grupeeriti töös järgnevalt: „rohkem kui korra nädalas“, „1–4 korda kuus“ (kord nädalas ja 1–3 korda kuus), „peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi“, tagades piisava arvu vastanuid iga vastusevariandi juures. Käesolevas töös analüüsiti ainult mõõduka aktiivsuse tunnust. Töö käigus analüüsiti algselt ka tugeva aktiivsuse tunnust, kuid see ei omanud seletavat mõju, ning seetõttu otsustati see lõplikult mudelist välja jätta.

5. laine alkoholi tarvitamise tunnuse mõõtmiseks küsiti vastajatelt, kui sageli olid nad viimase kolme kuu jooksul joonud näiteks õlut, siidrit, veini, kangeid alkohoolseid jooke või kokteile. Vastusevariantideks oli „iga päev või peaaegu iga päev“, „5–6 päeva nädalas“, „3–4 päeva nädalas“, „1–2 päeva nädalas“, „1–2 päeva kuus“, „vähem kui 1 päev kuus“, „ei tarbinud alkoholi 3 kuu jooksul“. Algselt planeeriti vastusevariandid jagada vastavalt Eestis kasutusel olevatele soovitudele, mille järgi peaks ühes nädalas olema vähemalt kolm alkoholivaba päeva (65). Kuna osade vastusevariantide juures oli ebapiisav vastanute arv, siis grupeeriti vastusevariandid järgmiselt: „1–7 päeva nädalas“, „1–2 päeva kuus või vähem“, „ei tarbinud alkoholi viimase 3 kuu jooksul“.

4.3 Andmeanalüüs

Depressiivsuse kirjeldamiseks sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes kasutati sagedustabeleid ja protsente. Lisaks vaadeldi kirjeldavate tunnuste jaotamist sooti. Rühmade vaheliste erinevuste testimiseks kasutati hii-ruut testi. Juhul kui hii-ruut testi tulemus on $p < 0,05$, peetakse erinevusi tunnuste väärtuste vahel statistiliselt oluliseks. Antud töös on kasutatud läbivalt nii „depressiivsuse tekke“ kui ka „avaldumise“ terminit, mis tähendavad ühte ja sama asja.

Sõltuva tunnuse ja kirjeldava tunnuse vahelise seose leidmiseks kasutati binomiaalse logistilise regressiooni mudelit. Tulemused on esitatud šansisuhete (*OR, odds ratio*) ja 95% usaldusvahemike (95% *CI*) abil. Selleks, et aru saada, millised tunnused mõjutavad tulemusi, lisati neid mudelitesse järk-järgult. Käesolevas töös esitati kaks mudelit: kohandamata mudel ning seejärel sotsiaaldemograafilistele, sotsiaalmajanduslikele, tervise ja tervisekäitumuslikele tunnustele kohandatud mudel. Mudelite sobivust andmetega ja kirjeldusvõimet hinnati Pseudo R2 näitaja abil.

Lisaks käesolevas töös esitatud tunnustele testiti ka tugeva füüsilise aktiivsuse, päritolu, reaalse kooseluseisu, laste arvu tunnuseid 5. lainest ning sotsialvõrgustiku suuruse tunnuseid 4. ja 6. lainest. Lisaks mudeldati erinevaid muutusi ehk näiteks tegevuspiirangute muutus (tekkis või kadus uuringu kuuendaks laineks), abieluseisu muutuse ja teiste tegurite muutused kahe uuringulaine vahel. Kuna need ei omanud olulist seletavat mõju, otsustati need tunnused lõplikust mudelist välja jätta.

Mudelite hindamise tulemusel selgus, et mudelite Pseudo R2 olid erinevad. Demograafiliste tunnuste mudeli Pseudo R2 oli 0,0283, kõikidele tunnustele kohandatud mudeli Pseudo R2 0,0910 ehk lisatud tunnused parandasid mudeli seletusvõimet. Kohandatud mudeli Pseudo R2 oli kõrgem kui 0,05, mis viitab mudeli kõrgele kirjeldamisvõimele.

Andmete analüüsimiseks kasutati tarkvara Stata/IC 14.2.

5. Tulemused

Magistritöö valimi moodustasid 1842 uuringus osalenud põhivastajat. Käesolevas peatükis on toodud valimi kirjeldus ja uuritavate depressiivsuse tekke seosed sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnustega. Tabel 2 sisaldab depressiivsuse jaotust kirjeldavate tunnuste lõikes. Depressiivsuse tekke šansisuhted sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes on näidatud tabelis 3. Lisaks on antud töö lisas toodud Tabel 1, mis sisaldab soo jaotust sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes Eesti kesk- ja vanemaealiste seas.

5.1 Depressiivsuse avaldumise kirjeldus

Kuuendaks (2015.a.) uuringu laineks tekkis depressiivsus 22,6%-l Eesti kesk- ja vanemaealistest, kellel kaks aastat varem (2013.a) ei esinenud depressiivsust.

Vanuseliseltekkis depressiivsus rohkem kõige vanemas rühmas (80 ja vanemad) - 34,4%, nooremates rühmades (53–64 ja 65–79) vastavalt 21,9% ja 19,8% (vt Tabel 2). Meeste seas tekkis depressiivsust oluliselt vähem (17,3%) võrreldes naistega (25,3%).

Sotsiaalsete tunnuste järgi tekkis depressiivsus rohkem lehestunud uuritavate hulgas (25,1%) ning kõige vähem nendel, kes ei olnud kunagi abielus olnud (19,3%). Depressiivsuse avaldumus oli kõrgem neil, kes ei saanud teistelt abi (29,0%).

Hariduse järgi oli depressiivsuse avaldumus kõrgeim põhiharidusega inimeste seas (26,1%). Depressiivsus tekkis rohkem mittetöötavate vastajate seas (27,7%) võrreldes töötavate (18,6%) uuritavatega. Sissetuleku järgi tekkis depressiivsus rohkem madala, 0–319 eurose sissetulekuga vastajatel (27,3%).

Tervise tunnuste lõikes oli näha olulist erinevust depressiivsuse tekkes. Kahe ja enama kroonilise haigusega inimestel tekkis depressiivsust rohkem (27,1%). Tervisest tingitud tegevuspiirangutega uuritavatel tekkis depressiivsus rohkem (27,6%) võrreldes rühmaga, kellel ei esinenud tegevuspiiranguid (17,4%). Varem depressiivsust kogenute seas (4. uuringu laines) oli selle taasavaldumine (6. uuringu laines) kõrgem (37,9%) võrreldes depressiivsuse puudumisega 4. laines (17,0%). Depressiivsus tekkis rohkem eluga mitte-rahulolevatel (32,8%).

Tervisekäitumuslike tunnuste lõikes tekkis depressiivsus enam neil, kes tegelesid mõõduka kehalise aktiivsusega harvem: 1–4 korda kuus (28,2%) või ei tegelenud (peaaegu) üldse mõõduka kehalise aktiivsusega (27,2%). Samuti tekkis depressiivsus rohkem nende seas, kes ei tarbinud alkoholi viimase 3 kuu jooksul (27,0%) (Tabel 2).

Tabel 2. Depressiivsuse teke sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes Eesti kesk- ja vanemaealiste seas (SHARE, n=1842)

Tunnus	Depressiivsus (6. laine seisuga)				*p- väärtus	Kokku	%
	Ei ole	%	On	%			
		(rida)		(rida)			(veerg)
Vanus (5. laine seisuga)							
53–64	529	78,1	148	21,9	<0,001	677	36,8
65–79	727	80,2	179	19,8		906	49,2
80+	170	65,6	89	34,4		259	14,0
Sugu							
mees	517	82,7	108	17,3	<0,001	625	33,9
naine	909	74,7	308	25,3		1217	66,1
Abieluseis							
abielus	769	78,0	216	21,9	0,522	985	53,5
kunagi ei olnud abielus	142	80,7	34	19,3		176	9,6
lahutatud	201	76,7	61	23,3		262	14,2
lehestunud	313	74,9	105	25,1		418	22,7
puuduv	1		0			1	
Leibkonna suurus 5. laines							
üks elav	501	78,2	140	21,8	0,577	641	34,8
mitte-üksielav	925	77,0	276	23,0		1201	65,2
Abi saamine teistelt 5. laines							
ei	292	71,0	119	29,0	<0,001	411	22,4
jah	1128	79,2	297	20,8		1425	77,6
puuduv	6		0			6	
Haridus							
põhiharidus	322	73,9	114	26,1	0,050	436	23,7
keskharidus	713	77,4	208	22,6		921	50,0
kõrgharidus	391	80,6	94	19,4		485	26,3
Tööhõiveseisund 5. laines							
pensionär	822	75,7	264	24,3	0,022	1086	59,0
töötav	513	81,4	117	18,6		630	34,3
mittetöötav	89	72,4	34	27,6		123	6,7
puuduv	2		1			3	

*Hii-ruut test

Tabel 2. Jätk

Tunnus	Depressiivsus (6. laine seisuga)				* <i>p</i> - väärtus	Kokku	%
	Ei ole	% (rida)	On	(rida)			
Sissetulek (2013.a)							
0–319	208	72,7	78	27,3	0,056	286	15,5
320–929	792	77,3	232	22,7		1024	55,6
930+	426	80,0	106	20,0		532	28,9
Krooniliste haiguste seis 5. laines							
vähem kui 2	839	81,0	197	19,0	<0,001	1036	56,2
2 ja rohkem	587	72,8	219	27,2		806	43,8
Tegevuspiirangute seis 5. laines							
on piiranud	673	72,4	257	27,6	<0,001	930	50,5
ei ole piiranud	753	82,6	159	17,4		912	49,5
Depressiivsus 4. laine seisuga							
ei	1084	83,0	222	17,0	<0,001	1306	72,9
jah	302	62,1	184	37,9		486	27,1
puuduv	40		10			50	
Eluga rahulolu							
ei ole rahul	117	67,2	57	32,8	<0,001	174	9,5
rahul	800	74,8	270	25,2		1070	58,1
väga rahul	508	85,2	88	14,8		596	32,4
puuduv	1		1			2	
Mõõdukas kehaline aktiivsus 5. laine seisuga							
rohkem kui 1x nädalas	1075	79,4	279	20,6	0,002	1354	73,6
1–4 korda kuus	244	71,8	96	28,2		340	18,5
peaaegu/mitte kunagi	107	72,8	40	27,2		147	7,9
puuduv	0		1			1	
Alkoholi tarbimine							
1–7 korda nädalas	270	85,2	47	14,8	<0,001	317	17,2
1–2 korda kuus või vähem	630	78,4	174	21,6		804	43,7
ei tarbinud 3 kuu jooksul	526	73,0	195	27,0		721	39,1

*Hii-ruut test

5.2 Depressiivsuse tekke seosed erinevate teguritega

Logistilise regressiooni tulemused on toodud Tabelis 3. Kohandamata mudelis oli depressiivsuse tekke šanss suurem 80aastastel ja vanematel võrreldes 53–64aastastega (*OR* 1,91, 95% *CI* 1,39–2,64). Võttes arvesse kõiki tunnuseid jäi depressiivsuse tekke šanss statistiliselt oluliselt suuremaks 80aastastel ja vanematel (*OR* 1,79, 95% *CI* 1,11–2,91) võrreldes 53–64aastastega. Peale sotsiaaldemograafilistele ja sotsiaalmajanduslikele

tunnustele kohandamist vähenes šanss ning seos muutus statistiliselt ebaoluliseks. Šanss oli väiksem füüsilise tervise tunnustele (krooniliste haiguste arv ja tegevuspiirangud) kohandades. Seejärel, 4. laine depressiivsuse tunnuse lisamisel mudelitesse muutus 80aastaste ja vanemate šanss depressiivsuse tekkes statistiliselt oluliseks. See viitab sellele, et depressiivsuse tekke šanssi erinevused vanuseti tulenevad olulisel määral erinevustest tervises eri vanusrühmade vahel.

Tabel 3. Depressiivsuse tekke šansisuhted sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 53aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2015–2016 (SHARE, n=1783)

Tunnus	Kohandamata mudel <i>OR (95% CI)</i>	Mudel 1 <i>OR (95% CI)</i>
Vanus (5. laine seisuga)		
53–64	1	1
65–79	0,89 (0,70–1,15)	0,89 (0,61–1,28)
80+	1,91 (1,39–2,64)*	1,79 (1,11–2,91)*
Sugu		
mees	1	1
naine	1,69 (1,31–2,17)*	1,50 (1,11–2,01)*
Abieluseis		
abielus	1	1
kunagi ei olnud abielus	0,85 (0,57–1,29)	0,90 (0,56–1,46)
lahutatud	1,12 (0,81–1,55)	1,21 (0,80–1,83)
lehestunud	1,22 (0,93–1,60)	1,06 (0,72–1,57)
Leibkonna suurus 5. laines		
üksi elav	1	1
mitte-üksielav	1,07 (0,85–1,35)	1,51 (1,06–2,15)*
Abi saamine teistelt 5. laines		
ei	1	1
jah	0,89 (0,83–0,95)*	0,92 (0,86–0,99)*
Haridus		
kõrgharidus	1	1
keskharidus	1,29 (0,98–1,71)	1,13 (0,84–1,53)
põhiharidus	1,51 (1,10–2,08)*	1,18 (0,83–1,69)

* $p < 0,05$

Mudel 1 - kohandatud sotsiaaldemograafilistele, sotsiaalmajanduslikele, tervise ja tervisekäitumuslike tunnustele

Tabel 3. jätk

Tunnus	Kohandamata mudel	Mudel 1
	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Tööhõiveseisund 5. laines		
töötav	1	1
mittetöötav	1,72 (1,10–2,71)*	1,21 (0,73–1,99)
pensionär	1,43 (1,12–1,84)*	1,04 (0,71–1,51)
Sissetulek (2013.a)		
0–319	1	1
320–929	0,83 (0,61–1,12)	0,93 (0,65–1,35)
930+	0,66 (0,47–0,93)*	0,89 (0,57–1,39)
Krooniliste haiguste esinemine 5. laines		
vähem kui 2 haigust	1	1
2 ja rohkem haigust	1,65 (1,32–2,07)*	1,12 (0,86–1,46)
Tegevuspiirangute seis 5. laines		
on piiranud	1	1
ei ole piiranud	0,53 (0,42–0,67)*	0,79 (0,60–1,03)
Depressiivsus 4. laines		
ei	1	1
jah	3,00 (2,37–3,79)*	2,58 (2,01–3,30)*
Eluga rahulolu		
ei ole rahul	1	1
rahul	0,70 (0,49–1,00)*	0,80 (0,54–1,17)
väga rahul	0,36 (0,24–0,53)*	0,47 (0,31–0,73)*
Mõõdukas keheline aktiivsus 5. laines		
rohkem kui 1x nädalas	1	1
1–4 korda kuus	1,59 (1,21–2,09)*	1,38 (1,03–1,85)*
peaaegu/mitte kunagi	1,40 (0,94–2,09)	0,83 (0,53–1,29)
Alkoholi tarbimine		
1–7 korda nädalas	1	1
1–2 korda kuus või vähem	1,68 (1,17–2,42)*	1,18 (0,79–1,76)
ei tarbinud 3 kuu jooksul	2,26 (1,57–3,25)*	1,27 (0,83–1,93)

* $p < 0,05$

Mudel 1 - kohandatud sotsiaaldemograafilistele, sotsiaalmajanduslikele, tervise ja tervisekäitumuslikele tunnustele

Naistel oli võrreldes meestega depressiivsuse tekke šanss kõrgem nii kohandamata (OR 1,69, 95% CI 1,31–2,17) kui ka kõikidele tunnustele kohandatud mudelis (OR 1,50, 95% CI 1,11–2,01) ning see oli statistiliselt oluliselt erinev. 4. laine depressiivsuse tunnuse lisandumisel muutus käesoleva tunnuse šansisuhe väiksemaks ning peale alkoholi tarbimise

tunnuse lisamist muutus šansisuhe veelgi väiksemaks. Seega võib öelda, et depressiivsuse soolised erinevused olid olulisel määral seletatavad vastava kahe tunnuse erisusega.

Leibkonna suuruse tunnuses ei erinenud mitte-üksielavate depressiivsuse tekke šanss võrdlusrühmast statistiliselt olulisel määral. Kohandades tunnust sissetuleku tunnusele tõusis šanss mitte-üksielavatel ning rühmade erinevus muutus statistiliselt oluliseks, olles 1,51 (95% *CI* 1,06–2,15) korda kõrgem võrreldes üksi elavatega. Rühmade-vaheline erinevus oli statistiliselt oluline. Seega sissetulek suurendas nende rühmade vahelisi erinevusi.

Kohandamata analüüsis oli depressiivsuse tekke šanss madalam neil, kes ei olnud saanud abi viimase aasta jooksul (*OR* 0,89, 95% *CI* 0,83–0,95) võrreldes nendega, kes olid saanud abi leibkonnalt või väljaspoolt. Peale kõikide tunnuste mõju arvessevõtmist oli vastav šanss 0,92 (95% *CI* 0,86–0,99).

Haridustase oli statistiliselt oluline ainult kohandamata mudelis. Põhiharidusega vastanutel oli šanss depressiivsuse tekkeks 1,51 korda suurem võrreldes kõrgharitutega. Kõikidele tunnustele kohandamisel muutus põhiharidus statistiliselt ebaoluliseks depressiivsusega seotud teguriks.

Tööhõiveseisundi puhul oli depressiivsuses statistiliselt olulised erinevused kohandamata mudelis. Mittetöötavatel inimestel oli töötavatega võrreldes 1,72 korda (95% *CI* 1,10–2,71) ning pensionäridel 1,43 korda kõrgem (95% *CI* 1,12–1,84) depressiivsuse tekke šanss. Lõplikult kohandatud mudelis muutusid šansisuhted statistiliselt ebaoluliseks. Pensionäride puhul muutus depressiivsuse šanss statistiliselt ebaoluliseks ehk töötavate vastajate riskiga sarnaseks juba demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tunnustele kohandamisel. Mittetöötavatel vastajatel muutus depressiivsuse šanss sarnaseks töötavate vastajate šansiga peale sotsiaaldemograafilistele tunnustele kohandamist. See tähendab, et depressiivsuse erisusi tööhõiveseisundi puhul seletasid suures osas sotsiaaldemograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused.

Kohandamata mudelis oli suurema sissetulekuga (930+ €) inimestel statistiliselt oluliselt väiksem šanss depressiivsuse tekkeks (*OR* 0,66, 95% *CI* 0,47–0,93) võrreldes madala sissetulekuga (0–319 €) inimestega. Depressiivsuse tekke šanssi erisusi sissetuleku rühmade järgi vähendas enim demograafilisele ja sotsiaalmajanduslikule struktuurile kohandamine. Võttes arvesse kõiki tunnuseid jäi depressiivsuse tekke šanss madalamaks keskmise sissetulekuga (*OR* 0,93, 95% *CI* 0,65–1,35) ja kõrge sissetulekuga vastajatel (*OR* 0,89 95% *CI* 0,57–1,39) võrreldes madala sissetulekuga vastajatega.

Kohandamata mudelis oli kahe ja enama kroonilise haigusega inimeste depressiivsuse tekke šanss statistiliselt oluliselt kõrgem (*OR* 1,65, 95% *CI* 1,32–2,07) kui neil, kellel esines

vähem kui kaks kroonilist haigust. Lõplikult kohandatud mudelis muutus šansisuhe väiksemaks ning statistiliselt ebaoluliseks (*OR* 1,12, 95% *CI* 0,86–1,46).

Depressiivsuse tekke šanss oli väiksem tegevuspiiranguteta inimestel kui tegevuspiiranguga inimestel nii kohandamata kui lõplikult kohandatud mudelites. Šansisuhe oli statistiliselt oluline kohandamata mudelis (*OR* 0,53, 95% *CI* 0,42–0,67), kuid peale eluga rahulolu tunnuse lisamist muutus see statistiliselt ebaoluliseks. Seega on depressiivsuse erinevused tegevuspiirangute lõikes seletatavad eluga rahulolu tunnuse erisustega.

Depressiivsuse tekke šanss oli kohandamata mudelis 3,00 (95% *CI* 2,37–3,79) korda suurem varem (4. uuringu laines) depressiivsust kogenutel. Kohandatud mudelis oli näitaja 2,58 (95% *CI* 2,01–3,30). Kõikides mudelites olid šansisuhted statistiliselt olulised.

Eluga rahulolu seis oli statistiliselt oluline mõlema vastusevariandi puhul kohandamata mudelis - nii vastajatel, kes olid rahul oma eluga (*OR* 0,70, 95% *CI* 0,49–1,00) kui ka neil, kes olid väga rahul oma eluga (*OR* 0,36, 95% *CI* 0,24–0,53) esines väiksem šanss depressiivsuse tekkes võrreldes nendega, kes ei olnud rahul oma eluga. Võttes kõiki tunnuseid arvesse, jäi oma eluga väga rahul olev rühm statistiliselt oluliseks (*OR* 0,47, 95% *CI* 0,31–0,73). Depressiivsuse tekke erinevused eluga rahulolu ja rahuolematuse vahel võisid tuleneda peamiselt demograafilistest ja sotsiaalmajanduslikest tunnustest.

Kohandamata analüüsis oli mõõduka kehalise aktiivsusega 1–4 korda kuus tegelevatel vastajatel depressiivsuse tekke šanss 1,59 (95% *CI* 1,21–2,09) korda suurem kui neil, kes harrastasid mõõdukalt kehalist aktiivsust üle ühe korra nädalas. Lõplikult kõikidele tunnustele kohandades oli füüsilise aktiivsusega 1–4 korda kuus tegelevatel vastajatel varasemast natukene väiksem šanss depressiivsusele kui kohandamata mudelis ning see jäi statistiliselt oluliseks (*OR* 1,38, 95% *CI* 1,03–1,85).

Alkoholi tarbimise tunnuse šansisuhted olid kohandamata mudelis statistiliselt olulised. 1–2 korda kuus või vähem alkoholi tarbinutel ning kolme kuu jooksul üldse mitte tarvitanutel oli depressiivsuse tekke šanss vastavalt 1,68 (95% *CI* 1,17–2,42) ja 2,26 (95% *CI* 1,57–3,25) korda suurem võrreldes nendega, kes tarbisid alkoholi 1–7 korda nädalas. Peale kõikide tunnuste arvessevõtmist kadus näitajate statistiline olulisus.

6. Arutelu

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada ja analüüsida depressiivsuse teket kahe aasta möödumisel ning sellega seotud sotsiaaldemograafilisi, sotsiaalmajanduslikke, tervise ja tervisekäitumuslikke tegureid Eesti kesk- ja vanemaealiste inimeste hulgas. Tulemused näitasid, et SHARE kuuendaks laine (2015.a) tekkis depressiivsus 22,6% viienda laine (2013.a) vastajatest. Depressiivsus tekkis rohkem naistel, 80aastastel ja vanematel vastajatel, tegevuspiirangutega inimestel, kahe või enama kroonilise haiguse põdejal, varem depressiivsust kogenutel, eluga rahuolematutel ning inimestel, kes ei tarbinud alkoholi viimase kolme kuu jooksul. Binomiaalse logistilise regressioonanalüüsi põhjal oli depressiivsuse teke seotud naissoo, kõrgema vanuse, korduvdepressiivsuse esinemise, eluga mitterahulolu ja väiksema kehalise aktiivsusega.

6.1 Depressiivsuse teke ja sellega seotud tegurid

Antud töö raames selgus, et 6. uuringu laine (2015.a) tekkis depressiivsus 22,6%-l Eesti kesk- ja vanemaealistest, kes kaks aastat varem ei olnud depressiivsed. 2010. aastal USAs teostatud uuringus oli depressiivsuse avaldumus sama (22%) kui 18-aastaseid ja vanemaid inimesi jälgiti 2,5 aasta jooksul depressiivsete sümptomite tekke selgitamiseks (66). Depressiooni aastane avaldumus oli 2013. aastal teostatud süstemaatilise ülevaate põhjal madalam (3%) (18). Eestis on varasemalt teostatud uuringuid depressiooni ja depressiivsuse levimuse kohta, kuid need ei ole antud töö ja tulemustega võrreldavad, kuna käsitlevad levimust mitte avaldumust.

Depressiivsuse tekke šanss oli käesoleva töö põhjal kõrgem 80aastaste ja vanemate vastajate seas võrreldes 53–64aastastega. Tegevuspiirangute ja krooniliste haiguste arvu tunnused avaldasid olulist mõju vanuselistele erinevustele, vähendades depressiivsuse tekke šanssi ning muutes näitajat statistiliselt ebaoluliseks - see on kooskõlas varasemalt leitud (6,8). See võib tähendada seda, et vanus üksinda ei oma seletavat mõju, suuremat rolli mängivad sotsiaalmajanduslikud, sotsiaaldemograafilised ja tervise erisused. Vaadeldes tegevuspiirangute ja krooniliste haiguste arvu sagedusjaotust vanuserühmades, siis nii tegevuspiirangute olemasolu (42,7%, 50,4%, 71,0%), kui ka kahe ja enam krooniliste haigustega inimeste osakaal (31,3%, 48,1%, 61,0%) kasvas koos vanusega. Samas võrreldes teiste uuringutega (6,8,22) tõusis 80aastaste ja vanemate depressiivsuse šanss antud töös taas statistiliselt oluliselt erinevaks 53–64aastastest peale korduva depressiivsuse tunnuse lisamist. Seega oli varasem depressiivsus tugevalt seotud vanusega ning omas olulist rolli

depressiivsuse tekke šansile vanemas eärühmas (80 ja vanemad). Seoste põhjuseks võis olla ka see, et 80aastased ja vanemad inimesed on võrreldes 53–64aastastega teine põlvkond, kelle seas võivad depressiivsusega seotud stigmad ja eelarvamused olla enam levinud. Mõned eakad ei pruugi tunnista probleemi, kartes, et selle tõttu väheneb nende iseseisvus. Mõned arvavad, et depressiivsuse sümptomite olemasolu on loomulik protsess ega pea sümptomeid haiguslikuks (10).

Nii nagu varasemalt leiti (6–8,21,24), oli ka käesolevas töös naistel kõrgem depressiivsuse tekke šanss kui meestel. Samas võrreldes Kleinbergi uuringuga (6) ei kadunud antud töös soolised erinevused ka peale terviseseisundi ja sissetuleku tunnuste arvesse võtmist. Erinevalt Kleinbergi tööst (6) uuriti antud töös depressiivsust, mitte depressiooni. Lisaks uuriti antud töös tegevuspiirangute olemasolu, krooniliste haiguste arvu ning füüsilist aktiivsust, mis omakorda võivad seletada tööde erinevaid tulemusi. Antud töös muutusid soolised erinevused oluliselt alkoholi tarbimise ja 4. laine depressiivsuse tunnuste lisandumisel, mis võib tähendada seda, et nende tunnuste puhul olid erinevad soolised jaotused. Näiteks oli naiste seas rohkem (78,8%) neid, kes ei tarbinud viimase kolme kuu jooksul alkoholi võrreldes meestega (21,2%) (vt Lisa 1). Antud töö tulemustes vähendas alkoholi tarbimisele kohandamine naiste depressiivsuse tekke šanssi võrreldes meestega enim. Üks seletusi võib olla see, et alkoholi tarbivad naised võivad olla suurema tõenäosusega depressiivsed kui alkoholi tarbivad mehed võrreldes mitte-tarvitajatega. Varem depressiivsust kogenuate sagedusjaotus sooti oli 76,8% naistel ja 23,3% meestel, mis oli statistiliselt oluline erinevus (vt Lisa 1).

Mida kõrgem oli haridus, seda madalam depressiivsuse avaldumus. Põhiharidusega vastajate seas oli kõrgem depressiivsuse tekke šanss võrreldes kõrgharidusega vastajatega. Selline tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega (8,26,33,34). Kõrghariduse omandamisega areneb mälu ja aju ning haritud inimestel võib olla parem mälu, mis vähendab depressiivsuse šanssi (19). Kõrgharidusega inimestel on ka paremad võimalused tööturul, mis võib mõjutada inimeste heaolu (8). Lisaks töötlevad erineva haridustasemega inimesed infot erineval viisil, mis võib tulemusi seletada. Antud töös muutus kõikidele tunnustele kohandades hariduse mõju depressiivsuse tekke šansile aga statistiliselt ebaoluliseks. Statistiline olulisus kadus sotsiaalmajanduslike tunnuste, eelkõige hõiveseisundi lisamisel mudelisse, kinnitades varasemaid tulemusi (23). Seega seletas tööhõiveseisund vastavate haridusrühmade vahelisi erisusi ning omas seletavat mõju depressiivsuse tekke šansile ka Eesti kesk- ja vanemaerialiste seas. Kõrgem haridustase pole alati seotud kõrgema sissetulekuga, mis omakorda võib põhjendada, miks haridustase üksinda ei mängi suurt rolli depressiivsuse esinemisel.

Uurides tööhõiveseisundi seost depressiivsuse tekkega selgus, et võrreldes töötavate vastajatega oli depressiivsuse tekke šanss mittetöötavate ja pensionäride seas kõrgem, aga need näitajad olid statistiliselt ebaolulised. Seega tööhõiveseisundi erisusi depressiivsuse tekke šansis selgitasid peamiselt sotsiaaldemograafilised ning sotsiaalmajanduslikud tegurid. Tulemus on varem Eesti kesk- ja vanemaealiste kohta tehtud analüüsidega (8,23) vastuolus, milles leiti töötute ja töövõimetute puhul olevat statistiliselt oluliselt suurem depressiivsuse šanss võrreldes töötavate uuritavatega. Samas oli pensionäride depressiivsuse tekke šanss peaaegu võrdne töötavate vastajatega ning ei olnud statistiliselt oluline (8), mis omakorda on kooskõlas antud tööga. Pensionäride depressiivsuse šansi sarnasust töötavate inimestega võib põhjendada sellega, et eakatel, kes lähevad pensionile, esineb suurema tõenäosusega parem enesetunne võrreldes inimestega, kes suurendavad või säilitavad sama tööaja (37), kuid mis ei pruugi olla vabatahtlik.

Depressiivsusega vastajaid oli rohkem 0–319-eurose sissetulekuga rühmas, ning sissetuleku suurenedes vähenes depressiivsusega inimeste osakaal. Kohandamata regressioonanalüüsis oli depressiivsuse tekke ja sissetuleku vaheline seos statistiliselt oluline kõrge sissetuleku (930+) puhul. Peale demograafiliste tunnuste lisamist muutus seos statistiliselt ebaoluliseks, kuid suund jäi samaks: kõrgem sissetulek kaitses depressiivsuse tekke eest. Antud tulemused on omased madala ja keskmise sissetuleku riikidele (20). Võttes arvesse, et Eesti on kõrgema sissetulekuga riik, on käesolevad tulemused vastuolulised. Käesolevad tulemused võivad viidata sellele, et vanemas eas ei pruugi majanduslikud tegurid subjektiivsetele hinnangutele nii olulist rolli omada kui tervis või sotsiaalsed olud (42).

Lahutatud ja lehestunud vastajatel esines kõrgem depressiivsuse tekke šanss võrreldes abielus olevatega, olles kooskõlas varasemalt leituga (6,8,20,26,27). Partneri olemasolu võib vähendada inimese abituse ja üksilduse tunnet ning suurendada emotsionaalse ja füüsilise toe saamise tõenäosust, parandades seeläbi inimese heaolu tunnet (8). Varasemalt leiti (26), et lahutatud inimeste seas oli depressiivsuse osakaal kõrgem, võrreldes lehestunud vastajate rühmaga. Antud töö tulemustest oli huvitav see, et inimestel, kes pole kunagi abielus olnud, on madalaim depressiivsuse tekke šanss võrreldes abielus olevatega. Ehkki see tulemus ei olnud statistiliselt oluline, siis on see kooskõlas varasema uuringu tulemusega (27). Üheks seletuseks võib olla see, et vallaline olek võimaldab inimestel rohkem iseseisvust säilitada. Lahutus on aga rohkem seotud teise inimesega läbirääkimistega ning konfliktide lahendamise, mis võib inimese enesetundele halvasti mõjuda kui tulemus pole soodne või konfliktne kogemus on hiljutine.

Mitte üksi elavate vastajate seas oli depressiivsuse tekke šanss statistiliselt oluliselt kõrgem võrreldes üksinda elavatega. Tunnuse statistiliselt oluline erinevus tekkis sissetuleku

tunnuse lisandumisel, seega sissetulek seletas rühmade vahelist erinevust. Teistega koos elavatel inimestel kulub rohkem raha perekonna ülalpidamiseks, mis omakorda võib mõjutada heaolu ja võib seeläbi antud tulemust seletada. Kesk- ja vanemaealised on tihti sunnitud elama oma lastega laste vajaduste tõttu. Kesk- ja vanemaealised vanemad pakuvad rahalist ja sotsiaalset toetust lastele sagedamini ja intensiivsemalt kui täiskasvanud lapsed vanematele (67). Antud töö ei kinnita osade teiste analüüside tulemusi, mille järgi üksindus tõstab depressiivsete sümptomite tekke šanssi (31).

Abi saajate hulgas esines vähem depressiivsust ning neil oli statistiliselt oluliselt madalam depressiivsuse tekke šanss võrreldes nendega, kes ei saa abi leibkonnas ja sellest väljaspoolt viimase aasta jooksul. Antud tulemused on kooskõlas varasemalt leitud (32). Seda võib seletada sellega, et kesk- ja vanemaealistele (nagu ka teistele) on oluline tunda, et keegi hoolib neist, pakkudes abi ning tehes head. Varasemalt leiti, et abi saamise tihedus oli olulisem kui abi saamise kvaliteet (32), kuid antud töö ei saa selle kohta midagi öelda. Seetõttu tuleks tulevikus abi saamise tiheduse ja kvaliteedi mõju depressiivsusele Eestis lähemalt uurida.

Nagu varasemalt leiti (44), oli ka antud töös depressiivsuse tekke šanss kõrgem depressiivsust kogenutel võrreldes nendega, kes seda polnud varem kogunud. Eluga rahulolu tunnus seletas varasema depressiivsuse olemasolu erinevusi, vähendades depressiivsuse tekke šanssi korduvdepressiivsusega vastajatel. Antud töö andmestiku põhjal oli eluga väga rahulolevatest 18,6% varem depressiivsust kogunud, 81,4% aga ei olnud depressiivsust kogunud. Seega korduvdepressiivsuse esinemise puhul mõjutas depressiivsuse tekke šanssi suuremas osas eluga rahulolu tunnus. Tulemusi saab seletada sellega, et depressiivsust iseloomustavad korduvad episoodid ning krooniline kulg (13,44) ning see võib omakorda mõjutada eluga rahulolu.

Kirjeldavate tulemuste põhjal esines depressiivsust rohkem kahe ja enama kroonilise haigusega inimestel. Depressiivsuse tekke ja tervisetegurite vaheline statistiline seos kohandamata mudelis kadus lõplikus mudelis. Selline tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, kus subjektiivsele tervisehinnangule kohandamisel nõrgenes depressiivsuse seos kolme või enam kroonilise haiguse puhul ning kadus kahe kroonilise haiguse puhul (47). Käesolevas magistritöös kadus krooniliste haiguste arvu seos depressiivsuse tekkega peale tegevuspiirangutele kohandamist. Seega tegevuspiirangute roll depressiivsuse tekke šansile oli määrav. Peale kohandamist rahulolu tunnusele muutus krooniliste haiguste arvu šansisuhe kõige väiksemaks, mis on samuti kooskõlas varasemate uuringutega (46). Tulemused võivad olla tingitud krooniliste haiguste, subjektiivse terviseseisundi (46) või ka tegevuspiirangute ja depressiivsuse vahelisest tugevast seosest nagu näitab käesolev töö.

Tegevuspiirangu olemasolu suurendas depressiivsuse tekke šanssi võrreldes tegevuspiirangu puudumisega kohandamata mudelis - see vastab ka varasemalt leitule (36,47). Eluga rahulolu tunnus avaldas olulist mõju tegevuspiirangute erinevuste seletamisel. Varasemalt leiti, et eluga rahulolu on seotud tegevuspiirangute olemasoluga - mida vähem esines tegevuspiiranguid, seda suurema tõenäosusega oli uuritav rahul oma eluga. Käesoleva töö andmestik näitab, et eluga rahuolematute seas oli rohkem just tegevuspiiranguga vastajaid (66%). Seega tegevuspiirangute ja depressiivsuse tekke seos toimus suuremas osas eluga rahulolu tunde kaudu.

Ka statistilise analüüsi järgi oli depressiivsuse tekke šanss väiksem eluga rahulolevate seas, kinnitades varasemaid uurimistulemusi (48,49). Eluga väga rahul olevad inimesed on ka optimistlikumad, mis võib kaitsta depressiivsuse väljakujunemise eest (41). Lisaks esineb eluga väga rahul olevatel inimestel vähem tegevuspiiranguid võrreldes nendega, kes ei ole eluga rahul nagu eelnevalt juba mainitud.

Varasemalt oli leitud, et füüsiline aktiivsus omab mõju depressiivsuse esinemisele. Passiivsetel eakatel on kõrgem šanss depressiivsuse tekkeks (51). Antud töös oli 1–4 korda kuus füüsiliselt aktiivsete eakate depressiivsuse tekke šanss statistiliselt oluliselt kõrgem võrreldes nendega, kes tegelevad füüsilise aktiivsusega rohkem kui kord nädalas - ning see on kooskõlas varem leituduga (51). Peaaegu või üldse mitte kunagi füüsiliselt aktiivsete vastajate depressiivsuse tekke šanss oli madalam võrreldes füüsiliselt aktiivsete vastajatega, kuid näitaja ei olnud statistiliselt oluliselt erinev võrdlusrühmast. Vastavalt antud töö andmestikule esines pooltel (50,5%) vastajatest tegevuspiirang, mille tõttu füüsiline aktiivsus võib nende jaoks olla suureks koormuseks ning sellega ei saada hakkama (vt Lisa 1). Kehalise aktiivsuse puhul on väga oluline selle tegevuse individuaalne kohandamine vastavalt inimese koormustaluvusele (52). 1–4 korda kuus füüsilise aktiivsusega tegelevate vastajate kõrgem šanss on vastuolus varasema Eesti kesk- ja vanemaealiste kohta tehtud töö (8) tulemustega, kus leiti, et depressiivsuse tekke šanss oli vastupidi madalam 1–4 korda kuus füüsilise aktiivsusega tegelevatel inimestel võrreldes nendega, kes tegelesid kehalise aktiivsusega rohkem kui kord nädalas. Selle põhjuseks võib olla kehalise aktiivsuse tüübi või sageduse mitesobiv valik. Lisaks võib tulemuste erinevust põhjustada erinev valim või analüüsidisain, s.h. segavate tegurite arvestamine.

Depressiivsuse kõrgeim esinemine ning suurem tekke šanss ilmnes neil, kes ei tarbinud viimase kolme kuu jooksul alkoholi, mis võib olla seotud alkoholi tarbimise sotsiaalse aspektiga. Alkoholi tarvitajad osalevad rohkem sotsiaalses elus (53), mis võib omakorda mõjutada depressiivsuse tekke šanssi. Antud töös kasutati tunnust, mis mõõdab vaid tarbimise sagedust, kuid mitte tarbimise koguseid ning see võib mõjutada tulemusi (55).

Alkoholi koguseid mõõdetud uuringus leiti, et alkoholi mõõdukas tarbimine ei kaitse depressiooni eest (56). Veel üheks seletuseks võib olla see, et karsklased võisid olla varemalt alkoholi liigtarvitajad ning tulemina tekkisid neil haiguslikud seisundid (sh depressiivsus). Lisaks võib tulemit mõjutada käesoleva töö valimi selektiivsus - vastajatel, kes on depressiivsemad või tarbivad rohkem alkoholi, on tõenäoliselt ka kõrgem suremus. Selle tõttu ei pruugi nad olla uuringusse sattunud või nad pole olnud käsitlemiseks kättesaadavad.

6.2 Ettepanekud praktikutele

Teades depressiivsuse tekke mõjutegureid, on võimalik välja töötada Eesti vanemaealistele, tervishoiutöötajatele, vanemaealiste lähedastele ning teistele vanemaealistega kokkupuutuvatele inimestele vastavaid depressiivsust ennetavaid meetmeid. Eestis on riiklikul tasemel koostatud vaimse tervise strateegia aastateks 2016–2025 (68), mis keskendub vaimse tervise edendamisele kõikides vanuserühmades, sh kesk- ja vanemaealiste seas.

Teades, et abi saamine leibkonnast või sellest väljaspoolt isikuhooldusel ja/või praktilistes majapidamistöodes on oluline depressiooni tekkega seotud tunnus, tuleks toetada tugivõrgustike tegutsemist (vabatahtlikud, MTÜd, kogudused), luua vanemaealiste toetamiseks spetsiaalseid programme (68). Võib soovitada liituda depressioonipatsientide tugirühmaga (69). Arvestades, et depressiivsus on tihti aladiagnoositud arstide poolt (10), tuleks esmatasandi arstidel omandada ning järjepidevalt rakendada ja uuendada teadmisi vanemaealiste vaimsest tervisest. 2011. aastal anti välja depressiooni ravijuhend perearstidele (69), mis aitab perearstidel paremini depressiooni tuvastada ja seda ravida. Samas võttes arvesse, et ravimetoodika uueneb igal aastal, tuleks ka depressiooni ravijuhendit pidevalt uuendada. Oluline oleks ka pikendada visiidi aega, mis kuulub perearstidel vanemaealiste peale (68), sest tihti kaasnevad depressiooni sümptomid teiste haiguslike seisunditega, mille tõttu jäetakse need tähelepanuta (5). Depressiivsuse tuvastamisel tuleb arvesse võtta kindlasti ka antud töö tulemustest selgunud depressiivsuse riskirühmad: naised ning 80aastased ja vanemad inimesed. Ka korduvdepressiivsuse korral tuleb tähelepanelik olla ning näiteks esitada rohkem küsimusi enesetunde, rahulolu ning meeleolu kohta.

Stigmat ja eelarvamused omavad mõju depressiivsusele ja selle ravile. Tihti arvavad kesk-ja vanemaealised, et depressiooni sümptomid on normaalne reaktsioon ning püüavad ise sellega toime tulla. Sellega peab arvestama iga perearst ning korduvalt selgitama, et depressioon on sage ja korduv tervisehäire, mida tuleb ravida (69). Kindlasti oleks siinkohal abiks teavituskampaaniate laiendamisest. Eestis on Tervise Arengu Instituut viinud 2018. aastal läbi kampaania „Ära toida depressiooni alkoholiga“, mis oli suunatud 25–45aastastele inimestele. Sotsiaalministeerium viis 2017. aastal läbi teavituskampaania „Mul on kõik OK!“,

mis oli suunatud 13–16aastastele noortele. Suur teavituskampaania „Must lumi“ viidi läbi 2017. aasta novembrist 2018. aasta märtsini. Kõikidel nendel kampaaniatel on üks sõnum: enda probleemidest tuleb rääkida. Arvestades, et depressioon on eriti levinud 80aastaste ja vanemate seas, siis tuleks kampaania tegevust suunata rohkem ka nende earühmadele. Näiteks välikampaania raames võiks panna plakatid sinna, kus koguneb kõige rohkem eakaid (turg, perearstikeskused, vanemaeliste päevakeskused ja ühendused). Nagu ka „Must lumi“ kampaania raames, võib teostada paneelarutelusid, kuid tuleks valida kohad, kus käib või elab rohkem inimesi vastavas vanuserühmas, näiteks hooldekodud. Ka perearstid võiksid osaleda teavituskampaaniates ning läbi viia depressiivsuse sõelteste igal eakal patsiendil.

Erinevad kogukonnad omavad olulist rolli depressiivsuse ennetamisel. Tihtipeale ei ole suurematest linnadest kaugemal elavad vanemaelised nii hästi informeeritud erinevatest haigustest, sh depressiivsusest. Läbi vastavate liitude võib edastada informatsiooni maakondades ja väiksemates linnades elavatele vanemaelistele. Lisaks pakuvad kogukonnad võimalust liituda erinevate huvirühmadega, korraldavad täiendõpet arstidele, õdedele, sotsiaaltöötajatele ning vanurite pereliikmetele. Sellisteks kogukondadeks on näiteks Pensionäride Ühenduste liit, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Vanurite Eneseabi- ja Nõustamisühing jt. Vanurite perekonnaliikmete toetamine ning teavitamine on väga oluline, sest nad omavad tähtsat rolli depressiivsuse leevendamisel. Selleks võib korraldada teabepäevi, kuhu kutsuda nii vanemaelisi kui ka nende perekonnaliikmeid. Perearsti visiidile võib kutsuda ka eakaid koos perekonnaliikmetega.

6.2 Magistritöö nõrkused ja tugevused

Magistritöö üheks nõrkuseks võib olla depressiivsuse üle- või alaesindatuse risk. Ühest küljest oli antud uuringusse sattunud need inimesed, kes on kauem elus püsinud (vanuses 53aastat ja vanemad). Seega, arvestades, et depressiivsust esineb pigem 40aastastel ja vanematel inimestel rohkem (6,23), võis juhtuda, et käesolevas SHARE uuringus oligi rühm inimesi, kelle seas on depressiivsus pigem üle-esindatud. Teisest küljest võis depressiivsus olla ala-esindatud, sest haigemad (ja seega ka depressiivsemad) inimesed on suurema tõenäosusega uuringust välja langenud või surnud.

Veel üheks töö piiranguks on EURO-D skaala kasutamine depressiivsuse hindamiseks - seda pole Eestis kliinilise depressiooni suhtes valideeritud. Kuna tegemist on enesehinnangulise näitajaga, võivad tulemused olla mõjutatud nii metodoloogilistest (küsimuste sõnastamine), kui ka kultuurilistest teguritest (arusaam küsimustest). See võib olla üheks põhjuseks, miks depressiivsuse osakaal on Eestis pidevalt nii kõrge ning vajaks edaspidi veel lähemat selgitamist.

Magistritöö tugevaks küljeks on SHARE uuringu esinduslik ning ülemise vanusepiirita valim. Tihtipeale jäetakse teistes uuringtes (näiteks Eesti Terviseuuring) 80aastased ja vanemad inimesed välja. Antud töös on kirjeldatud ja analüüsitud vastajad ka selles kõrges vanuses (n=259).

Eesti osales SHARE uuringus alates 2010. aastast neljandas laines, 2013. aastal viiendas laines, 2015. aastal kuendas laines ning 2017. aastal seitsmendas laines. Kuna antud töö kirjutamise hetkel ei olnud viimase, seitsmenda uuringu laine andmed veel kättesaadavad, siis otsustati käsitleda SHARE 5. ja 6. laine andmeid. Kahe laine kasutamine töös võimaldas teha paneelanalüüsi ning paremini uurida depressiivsuse tekke mehhanisme kui läbilõikelise analüüsi puhul oleks võimalik. Seda võib nimetada antud töö üheks peamiseks tugevuseks.

Käesolevas töös uuriti kesk ja vanemaealiste (53aastased ja vanemad) depressiivsust, selle avaldumist ning erinevaid mõjureid. Varasemalt oli Eestis uuritud nii depressiivsust (7,8,23), kui ka depressiooni (6) esinemist ning sellega seotud tegureid. Võrreldes teiste töödega (6–8,23) uuriti käesolevas töös depressiivsust, kasutades uuemaid andmeid (2015–2016). Analüüsitavaid tunnused olid iga töö puhul erinevad, mis annab igale tööle lisaväärtuse. Näiteks oli antud töös kajastatud sotsiaalmajanduslikud, eluga rahulolu, perekonnaseisu, abi saamise ning korduvdepressiivsuse tunnused. Lisaks oli antud töö eriline valimi- ning analüüsidisaini poolest - valim oli selekteeritud ning analüüsitud oli depressiivsuse teket dünaamiliselt, kahe aasta möödumisel. Selleks, et uurida depressiivsuse teket 6. laineks, oli antud töö analüüsivalimist välja jäetud kõik need, kellel viiendas uuringu laines esines depressiivsus. Selline valimi selektiivne valik võimaldab eemaldada muud võimalikud struktuursed faktorid, mis võivad mõjutada seoseid. See on antud töö tugevaks küljeks.

Vaatamata ülalnimetatud puudustele on antud töö väga oluline, sest riigil ja tervishoiutöötajatel on vaja teada, kui paljudel tekib vanemas eas depressiivsust ja depressiooni ning kui paljud inimesed vajavad abi. Depressiivsus mängib suurt rolli inimeste toimetulekus igapäevaeluga ning enesetundes. Lisaks on depressiivsus suureks koormuseks ka ühiskonnale ja riigile, mis avaldub suuremates haiglakuludes (vaimse tervise häiretega patsientide ülalpidamine) ja tööealiste inimeste arvu languses.

Varem on kirjeldatud depressiivsuse seost paljude teguritega, mida magistritöö mahtu arvestades ei olnud võimalik kajastada. Selle tõttu oleks edaspidi vajalik uurida ka teisi depressiivsuse võimalikke mõjutegureid ning analüüsida avaldumise seoseid.

7. Järeldused

Järeldused on esitatud uurimisküsimuste lõikes:

- **Kirjeldada depressiivsuse teket kahe aasta möödumisel ja selle jaotumist sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes Eesti kesk- ja vanemaealiste seas;**

Eesti kesk- ja vanemaealistest 22,6% tekkis depressiivsus kahe aasta möödumisel (2013–2015).

Eesti kesk- ja vanemaealiste seas esines depressiivsust rohkem naistel, 80aastastel ja vanematel vastajatel, kes ei saanud abi leibkonnas või sellest väljaspoolt ning mittetöötavatel uuritavatel. Tegevuspiirangutega inimestel, kahe või enama kroonilise haiguse põdejal, vastajatel, korduvdepressiivsusega, eluga rahuolematutel vastajatel, kes tegelesid füüsilise aktiivsusega 1–4 korda kuus ning kes ei tarbinud alkoholi viimase kolme kuu jooksul esines depressiivsust rohkem.

- **Analüüsida depressiivsuse tekke seoseid sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike näitajatega Eesti kesk- ja vanemaealiste seas.**

Depressiivsus avaldus 80aastastel ja vanematel, naistel, varem depressiivsust kogenutel ning 1–4 korda kuus füüsiliselt aktivsetel inimestel. Isikuhoolduses või praktilistes majapidamistöodes abi saamine leibkonnaliikmetelt või väljaspoolt ning kõrge eluga rahulolu kaitses depressiivsuse avaldumise eest.

8. Kasutatud kirjandus

1. World Health Organisation. Depression: fact sheet. (<http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>).
2. Goodyer IM, ed. The depressed child and adolescent. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2001
3. Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF, et al. Development of the EURO-D scale - A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174:330–8.
4. World Health Organisation. Global health estimates. Depression and other common mental disorders. Geneva: WHO; 2017.
5. World Health Organisation. Mental health of older adults: fact sheet. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>).
6. Kleinberg A. Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services [dissertation]. Tartu: Tartu University Press; 2014.
7. Laidra K. Vimne ja kognitiivne tervis. In: Sakkeus L, Leppik L. *Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitused eakate poliitika kujundamiseks*. Tallinn: Tallinna Ülikool; 2016. p. 73–96.
8. Valma K. Depressiivsus Eesti vanemaealistel [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikool Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.
9. Sakkeus L. Vananemine kui rahvastikuprotsesside tulem modernses ühiskonnas. In: Saks K. *Gerontoloogia. Õpik kõrgkoolidele*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2017. p. 189–215.
10. Graham N, Lindsay J, Katona C, et al. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:670–8.
11. Marcus M, Yasamy T, Ommeren M, et al. Depressioon. Üleilmne rahvatervise probleem. In: *Ülemaailmne Vaimse Tervise Föderatsioon. Depressioon: üleilmne kriis*. 2012. p. 7–9.
12. Eesti Sotsiaalministeerium. *Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon. Instruktsioonide käsiraamat*. Tallinn: Tallina Raamatutrukikoja; 1996.
13. Burcusa SL, IaconoWG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007;27:959–985.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). (25.09.2018).
15. Tervise Arengu Intituut. *Eesti rahvastiku tervisekaotus 2013. aastal*. Tallinn 2016. (https://intra.tai.ee//images/prints/documents/145681803188_Tervisekaotus_2013_analyys.pdf)
16. Tervise Arengu Instituut, Psüühika- ja käitumishäired. *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PKH3: uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud 100 000 elaniku*

- kohta soo ja vanusrühma järgi 13.09.2018 seisuga.
17. Suija K, Rajala U, Jokelainen J, et al. Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2012;30:259–64.
 18. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder : a systematic review of the epidemiological literature. *Cambridge University Press* 2019;43:471–81
 19. Lee J, Park H, Chey J. Education as a protective factor moderating the effect of depression on memory impairment in elderly women. *Psychiatry Investig* 2018;15:70–7.
 20. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013;34:119–138.
 21. Veronese N, Stubbs B, Trevisan C, et al. Poor physical performance predicts future onset of depression in elderly people: progetto veneto anziani longitudinal study. *Physical Therapy* 2017;97:659–68.
 22. Buber I, Engelhardt H. The Association between age and depressive symptoms among older men and women in Europe. *Comparative Population Studies* 2011;36:103–26.
 23. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, et al. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence , sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders* 2004;78:27–35.
 24. Velde VS, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med* 2010;71:305–13.
 25. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatrics* 2015;27:2009–15.
 26. Jang S, Kawachi I, Chang J, et al. Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Soc Sci Med* 2009;69:1608–15.
 27. Bulloch AG, Williams JV, Lavorato DH, et al. The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression and Anxiety* 2009;26:1172–7.
 28. Brown SL, Bulanda JR, Lee GR. The significance of nonmarital cohabitation: marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *Journal of Gerontology* 2005;60:21–9.
 29. Breslau J, Miller E, Jin R, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:474–86.
 30. Hughes ME, Waite LJ. Marital biography and healthy at mid-life. *J Health Soc Behav* 2009;50:344–58.
 31. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, et al. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med* 2012;74:907–14.

32. Werner-Seidler A, Afzali MH, Chapman C, et al. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(12):1463–73.
33. Cakici M, Gökce Ö, Babayigit A, et al. Depression: point-prevalence and risk factors in a North Cyprus household adult cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017;17:1–11.
34. Flores RJ, Campo-Arias A, Stimpson JP, et al. The association between past sexual abuse and depression in older adults from Colombia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2017;1–6.
35. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, et al. The distribution of the common mental disorders : social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology* 2005;12:1–12.
36. Kim BJ, Liu L, Cheung C, et al. Effects of cognitive impairment and functional limitation on depressive symptoms among community-dwelling older Korean immigrants in the U. S. *PLoS ONE* 2018;13:1–9.
37. Wels J. Assessing the impact of partial early retirement on self-perceived health, depression level and quality of life in Belgium: a longitudinal perspective using the Survey of Health , Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Ageing Soc* 2018;1–25.
38. Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international , prospective study (the predict cohort). *Soc Sci Med* 2011;73:1627–34.
39. Lee S, Tsang A, Breslau J, et al. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br J Psychiatry* 2011;198:327. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801820/>. (25.04.2019).
40. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006;62:1768–84.
41. Deurzen I, Ingen E, Oorschot WJH. Income inequality and depression: The role of social comparisons and coping resources 2015;31:477–89.
42. Margolis R, Myrskylä M. Family, money, and health: Regional differences in the determinants of life satisfaction over the life course. *Adv Life Course Res* 2013;18:115–126.
43. Hiilamo A, Grundy E. Household debt and depressive symptoms among older adults in three continental European countries. *Ageing Soc* 2018;1–27.
44. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, et al. A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011;129:126–42.
45. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ* 2011;343:683–687.
46. Park J-I, Park TW, Yang J-C, et al. Factors associated with depression among elderly Koreans: the role of chronic illness, subjective health status, and cognitive impairment. *Psychogeriatrics* 2016;16:62–9.
47. Ahn J, Kim BJ. The relationships between functional limitation, depression, suicidal ideation, and coping in older Korean immigrants. *J Immigr Minor Heal* 2015;17:1643–53.

48. Collins AL, Goldmán N, Rodríguez G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults ? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008;63:321–327.
49. Lue B, Chen L, Wu S. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide , longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010;S34–S38.
50. Lindwall M, Larsman P, Hagger MS. The reciprocal relationship between physical activity and depression in older European adults: a prospective cross-lagged panel design using SHARE data. *Heal Psychol* 2011;30:453–62.
51. Cho J, Jin Y, Kang H. Weight status, physical activity, and depression in Korean older adults. *J Epidemiol* 2018;28:292-299.
52. Nyström MBT, Neely G, Hassmén P, et al. Treating major depression with physical activity: A systematic overview with recommendations. *Cogn Behav Ther* 2015;44:341–52.
53. Gibson RC, Waldron NK, Abel WD, et al. Alcohol use, depression, and life satisfaction among older persons in Jamaica. *Int Psychogeriatrics* 2017;29:663–71.
54. Friske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363–389.
55. Graham K, Massak A, Demers A, et al. Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(1):78–88.
56. García-Esquinas E, Ortolá R, Galán I, et al. Moderate alcohol drinking is not associated with risk of depression in older adults. *Sci Rep* 2018;8:1–10.
57. An R, Xiang X. Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. *Prev Med* 2015;81:295–302.
58. Börsch-Supan, A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 6.0.0. SHARE-ERIC: 2017.
59. Malter F, Börsch-Supan A. SHARE Wave 5: Innovations & Methodology. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy: 2015.
60. Malter F, Börsch-Supan A. SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA): 2017.
61. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International standard classification of education, ISCED 2011. Canada; UNESCO Institute for Statistics: 2012.
62. Statistikaamet. III kvartalis keskmise brutokuupalga tõus veidi kiirenes: pressiteade nr 139 26.11.2013.
63. Töötasu alammäära kehtestamine. VV määrus 10.01.2013 nr 6. RT I 2013, 7.
64. Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, Munich Center for the Economics of Aging. SHARE: survey of health, ageing and retirement in Europe. Munich; 2013.
65. Tervise Arengu Instituut. (<http://alkoinfo.ee/et/kogused/riskipiirid>)
66. Kacanek D, Jacobson DL, Spiegelman D et al. Incident depression symptoms are associated

- with poorer HAART adherence: A longitudinal analysis from the Nutrition for Healthy Living (NFHL) study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53:266–272.
67. Albertini M, Kohli M, Vogel C. Article Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes ? *Journal of European Social Policy* 2007;17:319–34.
 68. Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon. Vaimse tervise strateegia 2016 - 2025. Tallinn: VATEK; 2016.
 69. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, et al. Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst* 2011;90:431–46.

development of depressiveness among middle-aged and older people in Estonia based on the SHARE survey

Summary

Population ageing can be observed in Estonia. As a result, an important question is which factors allow older people to increase the length of healthy years. Some health issues associated with ageing are inevitable, but some problems can be prevented through healthier lifestyle choices and better availability of high-quality medical assistance.

Based on the above, the aim of this master's thesis lies in describing the development of depressiveness over the course of two years, and analysing links between depressiveness and socio-demographic, socio-economic, physical health and lifestyle choice indicators of the middle-aged and older (53 and older) population in Estonia.

The master's thesis is based on the Estonian data of Wave 5 of the SHARE, *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. The representative random sample of the survey was drawn on the basis of the population register. This master's thesis comprises a panel study with 1842 respondents. Frequency tables, a Chi-squared test and regression analysis were used for the description and analysis of the data. This thesis views the development of depressiveness over two years by Wave 6 and related factors among those who did not display depressiveness in Wave 5.

The results show that by Wave 6 of SHARE, 22.6% of the Wave 5 respondents developed depressiveness. Among the middle-aged and older people in Estonia, depressiveness was more frequently displayed by women, those aged 80 and older, unemployed respondents, and those who received no assistance from others. As far as health-related and lifestyle choice characteristics are concerned, depressiveness was more frequently observed in people with everyday activity limitations, those suffering from two or more chronic conditions, respondents with recurrent depressiveness, and those dissatisfied with life. Depressiveness was more frequently observed in those who had not consumed alcohol in the three months prior to the survey and in those less physically active compared to the respondents who were engaged in physical activity more than once a week.

This study showed that old age (80 and older), female gender, previously occurred depressiveness and moderate physical activity (1–4 times per month) were important factors in the development of depressiveness among the middle-aged and older people in Estonia. Receiving assistance within or outside of the household during the year before interviewing as well as satisfaction with life reduced the development of depressiveness.

The study brings out the importance of developing preventive measures of depressiveness for older adults, their family members as well as relevant health care professionals. Fostering social and support networks can help as receiving assistance within or outside of the household indicated strong relationship with depressiveness. Primary care physicians should be trained regularly to update knowledge, skills and competences in diagnosing depressiveness as it is often under-diagnosed.

Tänuavaldus

Minu siiras ja südamlük tänu:

- juhendajale Liili Abuladzele põhjaliku juhendamise, kasulike nõuannete, mõtlemapanevate ettepanekute ja kiire tagasiside admise eest,
- juhendaja Katrin Langile põhjaliku juhendamise, väärtuslike nõuannete, igakülgse toetuse ja vastutulelikkuse eest,
- lektor Inge Ringmetsale abi eest statistikaga seotud küsimustes,
- Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi kollektiivil toetuse ja väärtuslike teadmiste eest,
- oma lähedastele mõistva suhtumise ja toetuse eest.

Käesolevas töös on kasutatud andmeid SHARE väljalase 6.1.0, 5. märts 2018 seisuga. SHARE andmete kogumine on peamiselt rahastatud Euroopa Komisjoni 5. raamprogrammi (projekt QLK6-CT-2001-00360 temaatiline programm Elukvaliteet), 6. raamprogrammi (projektid SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 ja SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) ja 7. raamprogrammi kaudu (SHARE-PREP, 211909, SHARE-LEAP, 227822 and SHARE M4, 261982). Täiendav rahastamine USA Riikliku Vananemise Instituudi poolt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11, OGHA 04-064, HHSN271201300071C), Saksamaa Haridus ja Teadusministeeriumi ning Max Planck Teaduse Edendamise selti poolt. Samuti on teised erinevad riiklikud allikad tänulikult tunnustatud (täielik nimekiri toetavatest institutsioonidest: www.share-project.org).

Curriculum vitae

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Galina Opikova
2. Sünniaeg ja -koht: 06.08.1993, Eesti
3. E-post: priimak.galina@gmail.com
4. Haridus (lõpetamise aastad, lõpetatud õppeasutused, omandatud kraadid, kvalifikatsioonid):
 - 2017–... Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
 - 2013–2017 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, rakenduskõrgharidus (õendus)
 - 2000–2012 Tartu Annelinna gümnaasium, keskharidus
5. Keelteoskus: emakeel vene keel, eesti keel C1 tase, inglise keel B2 tase
6. Töökogemus:
 - 2016–... SA TÜK Psühhiaatrikliinik, õde

II. Teaduslik ja arendustegevus

1. Peamised uurimisvaldkonnad - Rahvatervis
2. Publikatsioonide loetelu – Opikova G, Popova E. Tartu linna perearstikeskustest/-praksistes töötavate pereõdede roll emakaelavähi vastases ennetustöös ja seda mõjutavad tegurid [diplom]. Tartu: Tartu Tervishoiu Kõrgkool õendus; 2017.

III. Erialane enesetäiendus

- 3–4.07.17 Verge koolitus (toimetulek agressiivse käitumisega), Demir A, Kallavus M, 16t.

IV. Ühiskondlik tegevus

05.2014 – Tartu Annelinna Gümnaasiumis koolituse läbiviimine, teemal „Tervislik toitumine“. Koolitus viidi läbi algklassides.

06.2014 – Tartu Hooldekodus koolituse läbiviimine, teemal „Kehaline aktiivsus“. Koolitus viidi läbi eakate seas. Selle raames näidati lihtsamaid kehalisi harjutusi ning räägiti kehalise aktiivsuse kasust.

Kuupäev: 29.04.2019

Lisad

Lisa 1. Valimi kirjeldus sooti

Tabel 1. Soo jaotus sotsiaaldemograafiliste, sotsiaalmajanduslike, tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes Eesti kesk- ja vanemaealiste seas (SHARE, n=1842)

Tunnus	Mehed	%	Naised	%	* <i>p</i> - väärtus	Kokku	%
	(rida)		(rida)			(veerg)	
Vanus (5.laine seisuga)							
53–64	246	36,3	431	63,7	0,247	677	36,8
65–79	296	32,7	610	67,3		906	49,2
80+	83	32,1	176	67,9		259	14,1
Abieluseis							
abielus	444	45,1	541	54,9	<0,001	985	53,5
kunagi ei olnud abielus	64	36,4	112	63,6		176	9,6
lahutatud	60	22,9	202	77,1		262	14,2
lehestunud	57	13,6	361	86,4		418	22,7
puuduv	0		1			1	
Leibkonnasuurus 5.laines							
üksi elav	132	20,6	509	79,4	<0,001	641	34,8
mitte-üksielav	493	41,1	708	58,9		1201	65,2
Abi saamine teistelt 5.laines							
ei	119	28,9	292	71,1	0,040	411	22,4
jah	503	35,3	922	64,7		1425	77,6
puuduv	3		3			6	
Haridus							
põhiharidus	173	39,7	263	60,3	0,010	436	23,7
keskharidus	304	33,0	617	66,9		921	50,0
kõrgharidus	148	30,5	337	69,5		485	26,3
Tööhõiveseisund 5.laines							
pensionär	349	32,1	737	67,9	0,144	1086	59,1
töötav	224	35,6	406	64,4		630	34,3
mittetöötav	51	41,5	72	58,5		123	6,7
puuduv	1		2			3	
Sissetulek (2013a.)							
0–319	139	24,6	426	75,4	<0,001	565	30,7
320–929	362	38,8	570	61,2		932	50,6
930+	124	35,9	221	64,1		345	18,7
Krooniliste haiguste seis 5.laines							
vähem kui 2	373	36,0	663	64,0	0,033	1036	56,2
2 ja rohkem	252	31,3	554	68,7		806	43,8

*Hii-ruut test

Tabel 1. Jätk

Tunnus	Mehed	%	Naised	%	*p- väärtus	Kokku	%
		(rida)		(rida)			(veerg)
Tegevuspiirangute seis 5.laines							
on piiranud	308	33,1	622	66,88	0,457	930	50,5
ei ole piiranud	317	34,8	595	65,24		912	49,5
Depressiivsus 4. laine seisuga							
ei	490	37,5	816	62,5	<0,001	1306	72,9
jah	113	23,3	373	76,8		486	27,1
puuduv	22		28			50	
Eluga rahulolu							
ei ole rahul	73	41,9	101	58,1	0,081	174	9,5
rahul	359	33,6	711	66,5		1070	58,2
väga rahul	193	32,4	403	67,6		596	32,4
puuduv	0		2			2	
Kehaline aktiivsus 5. laine seisuga							
Mõõdukas kehaline aktiivsus							
rohkem kui 1x nädalas	462	34,1	892	65,9	0,298	1354	73,6
1–4 korda kuus	107	31,5	233	68,5		340	18,5
peaaegu/mitte kunagi	55	37,4	92	62,6		147	7,9
puuduv	1		0			1	
Alkoholi tarbimine							
1–7 korda nädalas	237	74,8	80	25,2	<0,001	317	17,2
1–2 korda kuus või vähem	235	29,2	569	70,8		804	43,7
ei tarbinud 3 kuu jooksul	153	21,2	568	78,8		721	39,1

*Hii-ruut test

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Galina Opikova,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Depressiivsuse teke Eesti kesk- ja vanemaealistel SHARE uuringu põhjal”, mille juhendajad on Liili Abuladze ja Katrin Lang, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Galina Opikova

29.04.2019