

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

DEPRESSIIVSUS EESTI VANEMAEALISTEL

Magistritöö rahvatervishoius

Karina Valma

Juhendajad: Kaia Laidra, PhD, Tervise Arengu Instituut, teadur

**Heti Pisarev, MSc, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja
rahvatervishoiu instituut, biostatistika assistent**

Tartu 2018

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 29.05.2018 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Liili Abuladze, MSc, Tallinna Ülikool, Ühiskonnateaduste instituut, Eesti demograafia keskus, teadur

Kaitsmine: 12.06.2018

Käesolevas töös on kasutatud andmeid SHARE väljalase 6.0.0, 31. märts 2017 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 and SHARE-LEAP, 227822). Täiendav rahastamine USA Riikliku Vananemise Instituudi poolt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 ja OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) samuti on teised erinevad riiklikud allikad tänulikult tunnustatud (täielik nimekirja toetavatest institutsioonidest: www.share-project.org).

SISUKORD

KOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
2.1. Depressioon vanemaealiste seas	7
2.2. Depressioon ja füüsiline tervis.....	9
2.3. Depressioon ja tervisekäitumine	9
2.3.1. Kehaline aktiivsus	9
2.3.2. Suitsetamine	10
2.3.3. Alkoholi tarvitamine.....	12
3. EESMÄRGID.....	14
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	15
4.1. Andmestik	15
4.1.1. Depressiivsus	15
4.1.2. Sotsiaal-demograafilised tunnused.....	16
4.1.3. Füüsilise tervise näitajad	16
4.1.4. Tervisekäitumuslikud tunnused.....	16
4.2. Andmeanalüüs	17
5. TULEMUSED	18
5.1. Uuritavate depressiivsuse jaotus sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes.....	19
5.2. Uuritavate depressiivsuse jaotus füüsilise tervise ja tervisekäitumise lõikes	21
5.3. Depressiivsuse seosed sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnustega.....	23
6. ARUTELU	26
6.1. Depressiivsuse seosed sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike teguritega	26
6.2. Magistritöö tugevused ja nõrkused	30

7. JÄRELDUSED	31
8. KASUTATUD KIRJANDUS	32
SUMMARY	35
TÄNUAVALDUS	36
ELULUGU	37
LISA	38

KOKKUVÕTE

Vananev ühiskond ning kiire vananemisprotsess on muutunud oluliseks murekohaks nii Eestis kui ka mujal maailmas. Sellest lähtuvalt on oluline välja selgitada, millised on peamised probleemid, millega vanemaealised silmitsi seisavad. Varasemates uuringutes on selgunud, et Eesti vanemaealiste seas on lisaks südame-veresoonkonna ning luu- ja lihaskonna haigustele väga kõrge levimusega depressiooni sümptomid, mistõttu on oluline uurida tegureid, mis suurendavad depressiooni riski. Saadava info põhjal on võimalik edaspidi efektiivsemalt ennetada depressiivsete sümptomite teket ning töötada välja sekkumisi kesk- ja vanemaealiste vaimse tervise parandamiseks.

Sellest lähtuvalt on magistritöö eesmärgiks kirjeldada depressiivsuse levimust ning analüüsida depressiivsuse seoseid sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike näitajatega Eesti 50-aastaste ja vanemate elanike seas.

Magistritöös on kasutatud Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuringu (SHARE, *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) 4. küsitlusaine Eesti andmeid. Eesti valim on moodustatud rahvastikuregistri põhjal juhuvalimina enne 1961. aastat sündinud isikutest. Käesolev magistritöö on 6469 vastanuga läbilõikeline uuring. Andmete kirjeldamiseks ja analüüsimiseks kasutati sagedustabeleid, protsente, hii-ruut testi ja logistilist regressiooni. Käesolevas töös hinnati erinevate sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tegurite seost depressiivsusega.

Tulemused näitasid, et depressiivsuse levimus Eesti vanemaealiste seas oli 42% ning naiste puhul depressiivsuse levimus tõusis vanuse kasvades. Mõlema soo puhul oli depressiivsuse levimus kõrgeim kõige vanemas ehk 80-aastaste ja vanemate vastajate vanuserühmas. Peale sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike näitajate arvesse võtmist ilmnis, et vanuse kasvades šans depressiivsuseks võrreldes noorima vanuserühmaga vähenes, mis lubab arvata, et depressiivsuse esinemine vanemas eas on seotud pigem vananemisega kaasnevate teguritega. Samuti selgus, et depressiivsust esines rohkem mitte-eestlaste, ilma partnerita elavate, madalama haridustasemega ja töövõimetute vastajate seas. Depressiivsuse sagedasem esinemine oli seotud madalama tervisehinnangu, 2 või enama kroonilise haiguse ja liikumispiirangute esinemise, harvema kehalise aktiivsuse, praeguse suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega.

1. SISSEJUHATUS

Eestis, nagu ka paljudes teistes riikides on rahvastiku vananemine muutunud üheks sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna peamiseks murekohaks. Eesti jaoks on rahvastiku vananemine aga topelt keeruline, sest geriaatriline ravi on nõrgalt arenenud ning rahvastiku vananemisprotsess on väga kiire (1).

2000. aastal Eestis läbi viidud uuring näitas, et vanema elanikkonna seas (65-aastased ja vanemad) on lisaks südame-veresoonkonna ning luu- ja lihaskonna haigustele kõrge levimusega (40,3%) ka depressiivsed sümptomid (1). Depressiooni levimus on viimase kolme aastakümne jooksul suurenenud kogu maailmas. Seda võib seostada paranenud diagnoosimisega, kuid tõenäoline on ka see, et ajas muutuvad faktorid (näiteks sotsiaalsed ja toitumuslikud) mõjutavad samuti levimust oluliselt. Depressiooni etioloogiat mõjutab lugematul hulgal tegureid, mille seas on nii geneetilised, isiksuse, kognitiivsed kui ka keskkonnast tulenevad faktorid. Tänapäeval pannakse aina rohkem rõhku sellele, et leida elustiiliga seonduvaid viise, mille abil muuta depressiooni ravi koos farmakoloogilise ja psühholoogilise teraapiaga efektiivsemaks (2). Ravimitest ja psühholoogilisest nõustamisest tõenäoliselt niipea loobuda ei saa, kuna inimese heaolu ja haigus on väga kompleksne seisund ning senine lähenemine haiguse ravimisel on olnud enamikel juhtudel efektiivne. Siiski on oluline liikuda edasi ning otsida võimalusi ravi parendamiseks võimalikult lihtsatel viisidel, mille tulemusena oleks võimalik inimesel kergema depressiooni või depressiivsete sümptomite puhul iseseisvalt endale abi pakkuda.

Lähtuvalt sellest, et depressiivsete sümptomite levimus on ühiskonnas kõrge, on oluline uurida täpsemalt võimalikke depressiooni mõjutavaid tegureid Eesti vanemaealiste seas.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Eesti rahvaarv oli 2017. aasta 1. jaanuari seisuga 1 315 635 inimest. Vanemaealiste ehk 50-aastaste ja vanemate Eesti elanike osakaal oli 38,9% (511 903 inimest) (3). Statistikaameti prognoosi kohaselt langeb Eesti rahvaarv 2040. aastaks 1 194 629ni, kuid vanemaealiste (50+) osakaal tõuseb 48,3%ni (577 632 inimeseni) (4). Selline muutus toob endaga kaasa vanemaealiste isikute tervishoiukulude märkimisväärse kasvu, millega omakorda kaasnevad olulised muudatused edaspidises tervishoiuteenuste planeerimises ning sellepärast on oluline uurida ja hinnata vanema rahvastiku tervisevajadusi, seal hulgas depressiooni.

RHK-10 (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon) definitsiooni järgi on depressioon „meeleoluhäire, mille põhisümptomiteks on alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine“ (5), mille tulemusena langeb toimetulekuvõime ja elukvaliteet.

Depressioon võib olla kerge, mõõdukas või raske ning iga raskusastme puhul esinevad eelnimetatud põhisümptomid vähemalt kaks nädalat. Põhisümptomite kõrval eristatakse ka lisasümptomeid, mille hulgas on tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine, alanenud enesehinnang ja eneseusaldus, süü- ja väärtusetustunne, trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku, enesekahjustuse- või suitsiidimõtted või -teod, häiritud uni ning isu alanemine. (5)

2.1. Depressioon vanemaealiste seas

2005. aastal oli vanemaealiste (65-aastaste ja vanemate) seas depressioon tervisekadu põhjustavate haiguste nimekirjas neljandal kohal maailmas, aastaks 2015 tõusis see kolmandale kohale ning ennustatakse, et 2020. aastaks tõuseb teisele kohale (6). Sellist tendentsi võib seostada haigestumise sageduse kasvuga või siis meditsiini kiire arengu ja paranenud diagnoosimisega. Hoolimata sellest, kumb selgitus on õigem, mõjutab olulisel määral depressiooni levimusmäära ka haiguse alaraporteerimine, mis on just vanemaealiste seas tänapäeval tõsine probleem kogu maailmas (7) ning viitab sellele, et depressiooni levimus on tegelikkuses veelgi kõrgem. Alaraporteerimise tõsine tagajärg on aga haiguse alaravimine, mis toob endaga kaasa haiguse süvenemise ning seetõttu ka elukvaliteedi languse depressiooni all kannatavate inimeste seas. Eestis läbiviidud uuringu andmetel saavad ravi vaid 13–21% depressioonihaigetest (8).

Nagu eelnevalt kirjeldatud, on depressiooni levimus vanemaealiste seas kõrge nii Eestis (1) kui ka mujal maailmas (9). Varasemalt on kirjanduses depressiooni teket seostatud arvuka hulga faktoritega, kuid ühtset ja konkreetset vastust sellele, mis depressiooni vanemaealistel tekitab, ei

ole leitud. Pigem suurendab depressiooni avaldumise riski erinevate vanema eaga kaasnevate riskitegurite koosesinemine. Ka vanust ennast peetakse depressiooni riskiteguriks ning on leitud, et depressiooni levimus on kõrgeim just vanemaealiste seas (10). Siiski on sellist tulemust seostatud pigem erinevate vananemisega seotud tegurite ja elusündmustega kõrges eas. Riskitegurid, mida on seostatud depressiooniga vanemaealistel on tervises seisund (füüsiline puue, kognitiivsed häireid), põhilised sotsiaalsed faktorid (suhtestaatus, haridustase, tööhõive, majanduslikud ja sotsiaal-demograafilised näitajad) ja ka sugu (10–13).

On leitud, et depressiooni esineb tihedamini naistel kui meestel ning sooline lõhe suureneb vanuse kasvades (15, 17). Sooline erinevus võib tuleneda sellest, et naised on väljendusrikkamad ja reageerivad tugevamalt negatiivsetele sündmustele ja olukordadele ehk teisisõnu naised kirjeldavad rohkem sümptomeid sama seisundi puhul, kuid see ei pruugi tähendada, et naistel esineb rohkem depressiooni, vaid rohkem depressiivseid sümptomeid (12). Oluline on arvestada ka asjaoluga, et vanemates vanuserühmades on naiste osakaal suurem (15), mis omakorda suurendab depressiooni levimusmäära vanemates vanuserühmades. Samas on mõned uuringud näidanud, et kohandades tulemusi sotsiaal-demograafilistele tunnustele, kaob seos vanuse ja depressiooni (10) ning ka soo ja depressiooni (12) vahel peaaegu täielikult.

Erinevatel andmetel on depressiooni levimus Eesti täiskasvanud rahvastiku seas 5,6–18,3% (8,13,16), hinnangud depressiooni levimuse kohta vanemaealistel varieeruvad aga veelgi suuremal määral. Depressiivsete sümptomite levimus on Kleinberg jt 2010 andmetel 55–84-aastaste seas 6,6%–9,7% (14), Aluoja jt 2004 andmetel 50–79-aastaste seas 11,3–22,3% (8) ning Saks jt 2001 andmetel 65-aastaste ja vanemate seas koguni 40,3% (1). Kleinberg jt uuringus koosnes 55–84-aastaste valim 2928 inimesest, kellega viidi läbi näost-näkku intervjuud ning depressiooni hindamiseks kasutati rahvusvahelise diagnostilise intervjuu lühiversiooni (14). Aluoja jt uuringus osales 4711 inimest, kellest vanemaealised ehk vanuses 50–79-aastat oli 2208 inimest ning depressiooni hindamiseks kasutati enesehinnangu skaalat (8). Saks jt läbiviidud uuringus depressiivsete sümptomite määramiseks viisid perearstid läbi struktureeritud psühhiaatrilise intervjuu oma patsiendiga. Uuringus osales 200 perearsti ning iga perearst küsitles viite oma patsienti ehk koguvahemiku suuruseks oli 1000 inimest (1).

Nii suur erinevus Eestis mõõdetud depressiivsete sümptomite levimuses võis tekkida sellest, et vanuserühmad ja uurimismetoodika ei kattu täielikult. Lisaks erinevalt Saks jt uuringust, ei olnud Kleinberg jt uuringus intervjuueerijad meditsiinilise taustaga, mistõttu võis neil võrreldes

perearstidega oluline info hinnangu andmisel märkamata jääda. Samuti võis uuringus osalejatel olla lihtsam perearstidele probleemide olemasolu tunnistada (1).

2.2. Depressioon ja füüsiline tervis

Depressiooni tekkepõhjusi jaotatakse bioloogilisteks, psühholoogilisteks ja sotsiaalseteks ning on leitud, et eakatel on suurem risk haigestuda depressiooni bioloogilistel põhjustel (8). Nagu eelnevalt juba mainitud, on depressiivsete sümptomite teket vanemaealistel seostatud ka terviseprobleemidega. Kehv füüsiline tervis, sh tegevuspiirangud ja kroonilised haigused, on üks olulisim riskifaktor, mis vanemaealistel depressiooni põhjustab (10). Kõige sagedasemad bioloogilised tegurid, mis võivad olla riskiteguriks depressiooni tekkimisele, on eakatel seotud kaasuvate haigustega, millest kõige tugevamalt on depressiooniga seotud taastumine infarktist, insuldist ja muudest südame-veresoonkonna haigustest (15). Seost veresoonkonna haiguste ja depressiooni vahel on kirjeldatud ka kui „vaskulaarset depressiooni“ (14). On leitud, et umbes kolmandik isheemilise insuldi üle elanutest langevad depressiooni (17). Kuna nii Eestis kui ka mujal maailmas on vanemaealiste haiguskoormuse põhjustajatest juhtival kohal just südame-veresoonkonna haigused ning haiguskoormus suureneb vanuse kasvades (18), on see oluline riskifaktor depressiooni esinemiseks.

Lisaks südame-veresoonkonna haigustele on depressiooni seostatud ka artriidi, neeru- ja kuseteede haiguste, puusaluumurru, diabeedi (17, 18) ja muude haigustega, mille esinemine ja seose tugevus võib erineda kultuuriti ja regiooniti.

Üldiselt peetakse vanemaealise inimese kehv funktsioneerimisvõimet kõige olulisemaks depressiivsete sümptomite põhjustajaks, mille järel tulevad olulisuse järjekorras füüsilised haigused ja dementsusega seotud häired (14). Seega, kui inimesel esineb igapäeva toimetulekus piiranguid tervises seisundi tõttu, suureneb šanss depressiivsete sümptomite avaldamiseks olulisel määral.

2.3. Depressioon ja tervisekäitumine

2.3.1. Kehaline aktiivsus

WHO andmetel seostub ülemaailmselt umbes 3,2 miljonit surma aastas kehalise inaktiivsusega (19). Kuna vähenenud kehaline aktiivsus vanemaealistel on seotud krooniliste haigustega, seisab suur osa vanemaealisi kehalise inaktiivsuse tõttu silmitsi suurenenud haigestumuse ja suremuse

riskiga. Kehaline aktiivsus aga omab positiivset efekti tervise parendamisel kõikides vanuserühmades (20).

USA Haiguste tõrje ja ennetamise keskus (*Center for Disease Control and Prevention*) soovib vanemaealistel tegeleda:

- mõõduka kehalise aktiivsusega (nt kerge jalutuskäik) vähemalt 150 minutit nädalas ning vähemalt 2 päeva nädalas tegeleda suuremate lihasgruppide (jalgade, puusade, selja, kõhu, rindkere, õlgade ja käte) tugevdamisega;
- või tugeva kehalise aktiivsusega (nt jooksmine) 75 minutit nädalas ning samuti vähemalt kahel päeval nädalas tegeleda suuremate lihasgruppide treeninguga (21).

Mõistagi võivad soovitused erineda ning sõltuda inimese terviseseisundist ning võimekusest, kuid on selge, et kehalist inaktiivsust tuleb vältida.

On loomulik, et vanemaealistel on piiranguid kehaliselt aktiivne olemiseks rohkem kui noorematel. 60-aastaste ja vanemate inimeste kehalist aktiivsust takistavad kõige sagedamini sotsiaalsed mõjutegurid, konkureerivad prioriteedid, motivatsioon ja uskumused ning terviseprobleemidest tulenevad tegevuspiirangud (22). Seega on tegemist justkui suletud ringiga, kus ebapiisav kehaline aktiivsus soodustab terviseprobleemide teket, mis omakorda piiravad kehalist aktiivsust.

Uuringud on näidanud, et kehaline aktiivsus vähendab depressiooni sümptomeid. Ei ole oluline, kas tegemist on aeroobse või anaeroobse füüsilise aktiivsusega, pigem mängib rolli, millised harjutused või treeningtüübid on depressiooni all kannatavale inimesele meelepärased. (23)

Muutusi kehalises aktiivsuses on vanemaealistel seostatud depressiivsete sümptomite avaldumise riski muutustega. Nimelt alandab kehalise aktiivsusega jätkamine või sellega alustamine depressiivsete sümptomite riski võrreldes kehalise aktiivsuse lõpetamise või inaktiivsusega. (24)

2.3.2. Suitsetamine

Tubakas on ülemaailmselt juhtival kohal ennetatavate haiguste ja surma põhjustajana (25). Vaatamata sellele, et igapäevasuitsetajate protsent maailmas ning ka Eestis on langeva trendiga (mitte-igapäevasuitsetajate ehk juhuslike suitsetajate protsent aga tõusnud) (30, 31), tapab tubakatarvitamine maailmas üle 6 miljoni inimese aastas. Tubakatarvitajate osakaal meeste hulgas on enam kui 5 korda suurem võrreldes naistega (28).

2014. aasta andmetel oli Eestis igapäevasuitsetajate osakaal 55–64-aastaste elanike seas 27,8%, pensioniealiste ehk 65-aastaste ja vanemate seas 8,8% (27). 24 Euroopa riigi võrdluses asub Eesti 9. kohal (29), mistõttu võib järeldada, et suitsetamise levimus on pigem kõrge.

Kuna Eestis on umbes pooled suitsetajad vanuses 50-aastat ja rohkem (30), siis on üsna tõenäoline, et suur osa on pikaajalised suitsetajad. Pikaajaline suitsetamine aga toob kaasa tervisenäitajate kiiremat langust võrreldes mittesuitsetajatega ning suurendab tõenäosust suitsetamisega seostatud haiguste tekkeks (kõige sagedasemad neist on vähid, hingamisteede obstruktiivsed ja kardiovaskulaarsed haigused) (31).

Uuringud on näidanud depressiooni seotust suitsetamisega, kuid tulemused seose suuna ja tugevuse kohta on vastuolulised (32). Suitsetamine võib põhjustada depressiooni (32–34) või depressiivsus suurendada suitsetamist (6, 31, 40), samuti võib seos olla põhjustatud ühistest riskiteguritest (37).

Seos suitsetamise ja depressiooni vahel on tugev kõikides vanuserühmades (32). Varasem suitsetamine ja praegune suitsetamine on vanemaealiste seas seotud suurenenud depressiooni sageduse ja raskusastmega, võrreldes nendega, kes pole kunagi suitsetanud või on olnud juhuslikud suitsetajad (42, 43). Praegustel suitsetajatel on suurem šanss depressiooni langemiseks kui neil, kes pole kunagi suitsetanud või on endised suitsetajad (32). Depressiivsete sümptomite avaldumine võib sõltuda ka suitsetamise sagedusest ning vanemaealiste seas on leitud lineaarne seos igapäevaselt tarbitud tubakatoodete koguse ja depressiivsete sümptomite vahel ainult meestel (39). Sarnaselt on endistel suitsetajatel suurem šanss depressiooniks, kui neil, kes pole kunagi suitsetanud (32). Lisaks tõstab depressioon ise riski suitsetamiseks pea kaks korda (36).

Tubakasõltuvust ja depressiooni on kirjeldatud ka kui kaasuvaid haigusi, mille koosinemise põhjuseks võivad olla nii depressiooni kui ka suitsetamist põhjustavad ühised geneetilised ja keskkondlikud faktorid (34).

Suitsetamisest loobumist seostatakse aga vähenenud depressiooni ning meeleolu paranemisega, võrreldes suitsetamise jätkamisega. 26 kestvusuuringu (*longitudinal study*) põhjal tehtud meta-analüüs näitas üheselt suitsetamisest loobumise positiivset efekti (40). Seega võib suitsetamisest loobumine olla võimalus vanemaealiste depressiivsuse vähendamiseks. Sellist lähenemist toetab ka teaduskirjandus, kus on leitud tõendust sellele, et suitsetamise maha jätmine võib mängida olulist rolli hilisemas eas depressiooni koormuse vähendamisel (38). Huvitav on tõdeda, et depressioonis vanemaealised naised jätavad suurema tõenäosusega suitsetamise maha kui mehed (39). Suitsetamisest loobumise edukus sekkumisena võib sõltuda ka õige ajahetke

valikust ehk on oluline, et sekkumine toimuks enne suitsetamisest põhjustatud pöördumatute psühhobioloogiliste muutuste teket. Näiteks põhjustab krooniline suitsetamine muutusi südameveresoonekonna süsteemis, mida ei ole võimalik suitsetamise lõpetamisega tagasi pöörata (38). Sellest lähtuvalt on oluline ravida ka tubakasõltuvust, et depressiooni ravi oleks efektiivsem.

2.3.3. Alkoholi tarvitamine

Alkoholi tarvitamine on üks olulisim vigastuste, suremuse ja haiguskoormuse põhjustajatest maailmas. On leitud otsene seos alkoholi tarvitamise ja enam kui 40 erineva haiguse vahel. Tervisehäirete esinemine sõltub alkoholi tarvitamise sagedusest ja kogustest. Vanemaealiste puhul mõjutab enamiku haiguste esinemist elu jooksul tarbitud alkoholi kogus (41). Näiteks, mida suurem on tarvitatud alkoholi kogus kokku pikema aja jooksul, seda suurem on tõenäosus haigestuda vähki või alkoholitarvitamise häire tekkeks. Samuti on levinud pikaajalise alkoholi liigtarvitamise tagajärg vanemaealistel ajukahjustus (42) – alkohol on ajule neurotoksiline ning vähendab pikaajalise tarvitamise tagajärjel ajumahtu kesk- ja vanemas eas (41). Ajukahjustusest tulenevad mitmesugused muud kliinilised diagnoosid, mis hõlmavad mäluhäireid, toimetuleku funktsioonide ja otsustusvõime alanemist (42). Samas suure alkoholikoguse tarvitamine lühikese aja jooksul ehk episoodiline alkoholi kuritarvitamine, tõstab südame-veresoonekonnahaiguste ja vigastuste tõenäosust (43). Ebaregulaarne suurtes kogustes alkoholi tarvitamine aga suurendab vanemaealistel lisaks vigastuste ja isheemiliste häirete riski (41).

2006. aastal läbiviidud Eesti terviseuuringu kohaselt 17% 55–64-aastastest tarvitab alkoholi 5 või enam annust korraga, mida peetakse suurenenud riskiga alkoholitarvitamiseks (44). Tuginedes Eesti tervisekäitumise uuringu andmetele on viimaste aastate jooksul märkimisväärselt kasvanud alkoholi mittetarvitajate osakaal: kui 2008. aastal oli mittetarvitajaid 55–64-aastaste seas vaid 8,8%, siis 2014. aastaks oli osakaal kahekordistunud ehk 17,2%. Aastatel 2008–2012 igapäevatarvitajate osakaal langes kuni 6%-ni, kuid 2014. aastal tõusis see taas kahekordseks 12%-ni (27).

Depressiooni ja alkoholitarvitamise seoste uurimisel on üheks põhiliseks tulemusi mõjutavaks teguriks see, kuidas alkoholitarvitamist mõõdetakse. On leitud, et depressiooni esinemine on ennekõike seotud tarvitatud alkoholi kogusega. Lisaks on leitud, et seos alkoholi tarvitamise ja depressiooni vahel sõltub soost – alkoholi tarvitamise ja raske kliinilise depressiooni vaheline seos on tugevam naistel, episoodilise alkoholi liigtarvitamise seos depressiooniga on tugevam aga meestel. (45)

Vanemaealiste seas on alkoholi liigtarvitamist seostatud kõrgenenud depressiooni riski, sotsiaalse isoleerituse ja madala terviseenesehinnanguga (46). 18 kuud kestnud uuringus ei ilmnenud pärast tulemuste kohandamist muudele faktoritele statistiliselt olulist seost alkoholi mõõduka ja liigtarvitamise ning depressiooni vahel. Siiski leiti, et alkoholi mitte-tarvitamine vanemaealiste seas vähendab depressiivsete sümptomite teket (47). Teisalt aga on leitud ka vastupidine seos – alkoholi mitte-tarvitamine suurendab depressiooni riski võrreldes mõõduka alkoholitarvitamisega (48). Siinkohal võib põhjus peituda asjaoludes, miks vanemaealised alkoholi ei tarvita – sotsiaalsete sidemete puudumine, tervises seisund ei luba või varasema haiguse tõttu alkoholist loobumine, mis, nagu eelnevalt juba kirjeldatud, omakorda depressiooni riski tõstavad.

3. EESMÄRGID

Magistritöö põhieesmärk on uurida depressiivsust 50-aastaste ja vanemate Eesti elanike hulgas.

Alaesmärgid:

- kirjeldada depressiivsuse levimust nimetatud vanuserühmas;
- analüüsida depressiivsuse seoseid sotsiaal-demograafiliste, tervisekäitumuslike ja füüsilise tervise näitajatega.

4. MATERJAL JA METOODIKA

Antud töö põhineb Euroopa tervise, tööjätu ja vananemise uuringu (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) SHARE andmetel. SHARE on üleeuroopaline korduv küsitlusuuring, mis hõlmab vanemaealist (50-aastased ja vanemad) rahvastikku. Uuring algas 2004. aastal 11 Euroopa riigis. Iga kahe aasta tagant küsitletakse samu inimesi ning lisaks kaasatakse uued uuritavad, kes on jõudnud sobivasse vanuserühma. Küsitlemisel kasutatakse CAPI- (*computer-assisted personal interviewing*) meetodit ehk nn silmast silma intervjuud arvuti abil, mille viivad läbi koolituse saanud küsitlajad. (49)

Eesti lülitus uuringusse 2010. aastal, alates 4. lainest. Eesti valim on moodustatud rahvastikuregistri põhjal juhuvalimina enne 1961. aastat sündinud isikutest. Samuti küsitletakse valimi põhiisikuga koos elavat abikaasat või elukaaslast. 4. laines oli vastamismäär u 60%. (50)

Magistritöös kasutati SHARE 4. küsitluslaine (2010–2011) Eesti vastajate andmeid ($n = 6864$). Magistritööst jäeti välja need vastajad, kes uuringu läbiviimise ajal olid nooremad kui 50 aastat ($n = 41$). Seoste analüüsi kaasati vaid need isikud, kellel oli näitaja depressiivsuse kohta olemas ($n = 6496$). Ülejäänud tunnuste puhul asendati vastamisest keeldumine ja „ei tea“ vastused puuduvate väärtustega.

4.1. Andmestik

Lähtuvalt magistritöö eesmärgist on huvialuseks tunnuseks **depressiivsus**. Kirjeldavad tunnused on sotsiaal-demograafilised, tervisekäitumuslikud ja füüsilise tervise näitajad. Tervisekäitumist ja füüsilist tervist puudutavad küsimused koos vastusevariantidega on esitatud lisas.

4.1.1. Depressiivsus

Depressiivsust hinnati EURO-D skaala abil (10), mis koosneb 12 depressiooni sümptomeid kirjeldavast küsimusest. Koguskoori alusel rühmitati vastajad depressiivseteks ja mitte-depressiivseteks (tulemus alla 3 punkti) (51). Antud töös on kasutatud terminit „depressiivsus“, kuna tegemist ei ole diagnoositud kliinilise depressiooniga, vaid depressiooni sõeltesti positiivse tulemusega.

4.1.2. Sotsiaal-demograafilised tunnused

Sugu on binaarne tunnus. **Vanuse** tunnuse moodustamiseks jagati vastajad sünniaasta alusel kolme vanusrühma: 50–64-aastased, 65–79-aastased ning 80-aastased ja vanemad. **Rahvus** on jaotatud eestlasteks ja mitte-eestlasteks. Ka **perekonnaseisu** järgi on jaotatud vastajad kaheks – partner on leibkonnas ja partnerit ei ole leibkonnas. **Haridus** jagati kolme rühma – põhiharidus (alg- ja põhiharidusega vastajad), keskkharidus (kesk-, kutse- ja keskeriharidusega vastajad) ja kõrgharidus (kõrgharidusega vastajad). **Tööhõiveseisundi** määramiseks oli küsimustikus 6 vastuse varianti: „pensionil ja töötamise lõpetanud“, „töötav või iseendale tööandja“, „töötü või tööd otsiv“, „töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu“, „kodune“, „muu“. Kuna tunnus „kodune“ ja „muu“ käitusid sarnaselt seoses depressiivsusega, siis liideti need ühte rühma – „kodune ja muu“.

4.1.3. Füüsilise tervise näitajad

Tegevuspiiranguid hinnati GALI (*Global Activity Limitation Index*) indeksiga. Vastajad jaotati kahte rühma – tegevuspiirangutega (hõlmab "oluliselt piiranud" ja "piiranud, kuid mitte oluliselt") ja piiranguteta ("ei ole piiranud") vastajad. **Tervisehinnang** vastused rühmitati kolme rühma: „hea“ (hõlmab „suurepärase“, „väga hea“, „hea“), „rahuldav“ (hõlmab „rahuldav“) ning kehva (hõlmab „halb“). Tunnus **kroonilised haigused** moodustati tuginedes küsimusele terviseprobleemi esinemise kohta. Vastuste alusel moodustati kaks rühma: „kuni 1 krooniline haigus“ ja „kaks või enam kroonilist haigust“. **Liikumispiirangute** esinemise järgi jaotati vastajad kahte rühma, vastavalt, kellel „ei ole liikumispiiranguid“ ning kellel esineb „üks või enam liikumispiirangut“.

4.1.4. Tervisekäitumuslikud tunnused

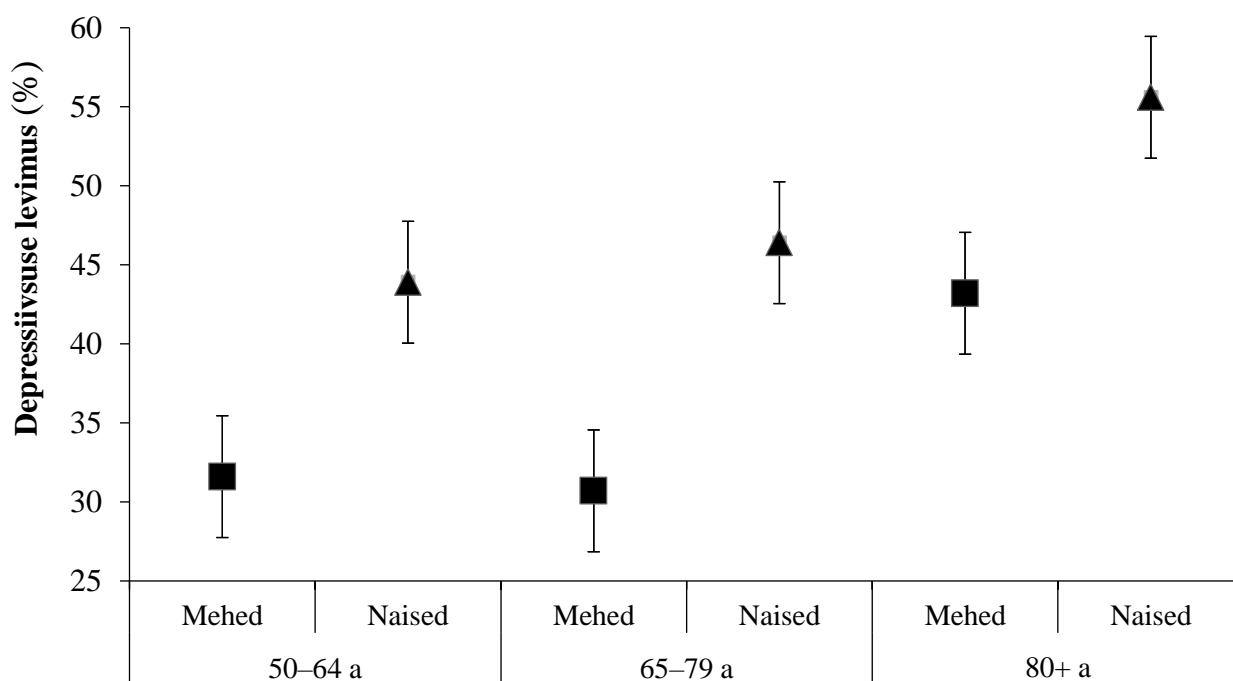
Kehalise aktiivsuse kohta küsiti kahte küsimust, üks oli **tugeva kehalise aktiivsuse** ning teine **mõõduka kehalise aktiivsuse** sageduse kohta. Mõlema küsimuse vastused rühmitati kolme rühma: „rohkem kui kord nädalas“, „1-4 korda kuus“ ning „väga harva/üldse mitte“. **Suitsetamise** tunnus moodustati kahe küsimuse põhjal, mis puudutasid igapäevast suitsetamist elu jooksul ja küsitluse toimumise ajal. Vastajad jagati praegusteks ja endisteks suitsetajateks ning mittedsuitsetajateks. **Alkoholi tarvitamise** küsimusele antud vastused jagati 4 rühma: „ei tarvita“, „kuni 2 korda kuus“, „1-4 korda nädalas“, „rohkem kui 5 korda nädalas“.

4.2. Andmeanalüüs

Depressiooni levimuse hindamiseks populatsioonis kasutati kaalutud hinnanguid ning esitati 95% usaldusintervallid. Depressiooni esinemissagedust valimis esitati sotsiaal-demograafiliste, tervisekäitumuslike ning füüsilise tervise tunnuste lõikes. Andmeid kirjeldati sagedustabelite ja protsentide abil. Lihtsad seosed depressiooni esinemise ja taustategurite vahel analüüsiti hii-ruut testi abil. Statistiliselt oluliseks erinevuseks loeti olulisuse tõenäosust (p -väärtust), mis oli väiksem kui 0,05. Kohandatud seoste uurimiseks kasutati logistilist regressiooni. Kirjeldavad tunnused lisati mudelisse järk-järgult, et jälgida muutuseid seoste olulisuses. Tulemused on esitatud šansisuhete (*OR (odds ratio)*) ja 95% usaldusvahemike (*95% CI (95% confidence interval)*) abil. Andmete analüüsimiseks kasutati statistikatarkvara STATA 14.0.

5. TULEMUSED

Depressiivsuse levimus 4. laine Eesti vastajate seas oli 41%. Depressiivsetest isikutest enam kui kaks kolmandikku (69%) moodustasid naised. Populatsioonile kaalutud depressiivsuse levimus oli 42% (95% CI 40–43), meestel 32% (95% CI 30–35), naistel 48% (95% CI 46–49) ning naiste puhul depressiivsuse levimus tõusis vanuse kasvades. Mõlema soo puhul oli depressiivsuse levimus kõrgeim kõige vanemas ehk 80-aastaste ja vanemate vanuserühmas (Joonis 1).



Joonis 1. Depressiivsuse levimus vanuserühmiti 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011 (SHARE 4. laine, $n = 6496$)

5.1. Uuritavate depressiivsuse jaotus sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes

Meeste seas esines depressiivseid sümptomeid kolmandikul vastanutest, naiste seas aga esines depressiivsust pea pooltel (47%) vastanutest (Tabel 1). Vanusega tõusis depressiivsete inimeste osakaal oluliselt ($p < 0,001$). Kui kõige nooremas vanuserühmas (50–64-aastat) olid depressiivsed 37% vastajatest, siis kõige vanemas vanuserühmas depressiivsete isikute osakaal tõusis kolmandiku võrra (51%-ni, $p < 0,001$). Eestlaste seas oli depressiivsete vastajate osakaal oluliselt madalam võrreldes mitte-eestlastega, vastavalt 39% ja 49% ($p < 0,001$). Ilma partnerita elavatel vastanutel esines depressiivsust oluliselt rohkem (49%) võrreldes partneriga elavate vastanutega (37%, $p < 0,001$). Madalaima haridusega vastajate seas olid depressiivsed pea pooled ning haridusastme tõustes depressiivsete isikute osakaal langes oluliselt, kõrgharidusega vastanute seas esines depressiivsust vaid 31%-l ($p < 0,001$). Tööseisundi järgi oli kõige suurem osakaal depressiivsete sümptomitega isikuid töövõimetute hulgas (63%) ning kõige vähem esines depressiivsust töötavatel (29%) ning kodustel (27%).

Tabel 1. Depressiivsuse esinemine sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011 (SHARE 4. laine, $n = 6496$)

		Depressiivsus				<i>p</i> -väärtus
		Ei	%	Jah	%	
Sugu	mees	1751	68,1	822	32,9	< 0,001
	naine	2082	53,1	1841	46,9	
Vanus	50–64	1338	63,1	782	36,9	< 0,001
	65–79	1834	60,4	1200	39,6	
	80+	661	49,2	681	50,8	
Rahvus	eestlane	3246	60,6	2110	39,4	< 0,001
	mitte-eestlane	586	51,5	552	48,5	
	puuduvad väärtused	1		1		
Partner leibkonnas	jah	2786	62,7	1659	37,3	< 0,001
	ei	1047	51,1	1004	49,9	
Haridus	põhiharidus	980	50,1	977	49,9	< 0,001
	keskharidus	1886	60,0	1259	40,0	
	kõrgharidus	967	69,4	427	30,6	
Tööseisund	pensionär	1951	54,0	1660	46,0	< 0,001
	töötav	1539	70,8	635	29,2	
	töotu	163	58,2	117	41,8	
	töövõimetu	134	36,5	233	63,5	
	kodune või muu	46	73,0	17	27,0	
	puuduvad väärtused	0		1		

5.2. Uuritavate depressiivsuse jaotus füüsilise tervise ja tervisekäitumise lõikes

Tegevuspiirangutega vastajatest esines depressiivsust pooltel, ilma tegevuspiiranguteta inimestest vaid neljandikul (Tabel 2, $p < 0.001$). Terviseenesehinnangu kehvenedes depressiivsete vanemaaliste osakaal tõusis oluliselt ($p < 0,001$), depressiivsuse osakaalud olid vastavalt 69% kehva, 41% rahuldava ja 20% hea tervisehinnanguga isikutel. Kahe või enama kroonilise haigusega vastajate hulgas oli depressiivsete vastajate osakaal 51%, mis on ligikaudu kaks korda enam kui ühe või ilma krooniliste haigusteta (27%) vastajate hulgas. Sarnaselt jagunesid ka depressiivsete sümptomitega liikumispiirangutega ja liikumispiiranguteta vastajad ($p < 0,001$).

Harva või mitte kunagi kehaliselt aktiivsete hulgas (nii mõõduka kui ka tugeva kehalise aktiivsuse puhul) esines depressiivsust enam kui 50%-l. Depressiivsuse protsent langes kehalise aktiivsuse sagenemisel ehk nende seas, kes olid kehaliselt aktiivsed rohkem kui kord nädalas, esines depressiivsust 31%-l mõõduka ja 36%-l tugeva kehalise aktiivsuse puhul. Mõlema tunnuse puhul olid erinevused statistiliselt olulised, $p < 0,001$.

Alkoholi mittetarvitajate seas oli depressiivsuse osakaal kõige suurem – 48%, alkoholi tarvitajate seas esines depressiivsust oluliselt vähem (33–38%, $p < 0,001$) sõltumata tarvitamise sagedusest. Suitsetajatest (praegustest ja endistest) oli depressiivsete sümptomitega ligikaudu 40%, ning mitte kunagi suitsetanute seas oli depressiivsuse osakaal ligikaudu sama – 42% ($p = 0,104$).

Tabel 2. Depressiivsus füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011 (SHARE 4. laine, $n = 6496$)

	Tunnused	Depressiivsus				P- väärtus
		Ei	%	Jah	%	
Tegevuspiirangud	ei ole limiteeritud	1963	73,4	710	26,6	<0,001
	limiteeritud	1868	48,9	1949	51,1	
	puuduvad väärtused	2		4		
Tervisehinnang	hea	1497	79,6	384	20,4	<0,001
	rahuldav	1904	59,3	1305	40,7	
	kehv	430	30,7	971	69,3	
	puuduvad väärtused	2		3		
Kroonilised haigused	kuni 1	2018	73,0	747	27,0	<0,001
	2 või rohkem	1814	48,7	1913	51,3	
	puuduvad väärtused	1		3		
Liikumispiirangud	ei	2134	77,0	636	23,0	<0,001
	jah	1697	45,6	2026	54,4	
	puuduvad väärtused	2		1		
Mõõdukas kehaline aktiivsus	rohkem kui kord nädalas	1670	69,2	745	30,8	<0,001
	1-4 korda kuus	965	65,9	500	34,1	
	väga harva/üldse mitte	1194	45,8	1416	54,2	
	puuduvad väärtused	4		2		
Tugev kehaline aktiivsus	rohkem kui kord nädalas	2882	64,3	1599	35,7	<0,001
	1-4 korda kuus	606	54,2	512	45,8	
	väga harva/üldse mitte	344	38,4	551	61,6	
	puuduvad väärtused	1		1		
Suitsetamine	jah	784	60,9	504	39,1	0,104
	pole kunagi suitsetanud	2092	57,9	1523	42,1	
	endine suitsetaja	957	60,1	636	39,9	
Alkoholi tarvitamine	ei tarvita	1377	52,5	1248	47,5	<0,001
	kuni 2 korda kuus	1667	62,1	1017	37,9	
	1-4 korda nädalas	638	66,6	320	33,4	
	rohkem kui 5 korda nädalas	150	66,4	76	33,6	
	puuduvad väärtused	1		2		

5.3. Depressiivsuse seosed sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnustega

Seosed depressiivsuse ja võimalike riskitegurite vahel on toodud tabelis 3.

Võttes arvesse kõiki riskitegureid oli naistel võrreldes meestega enam kui kaks korda kõrgem šans depressiivsuseks ($OR = 2,13$, $95\% CI 1,85-2,46$).

Peale andmete kohandamist kõikidele tunnustele muutus depressiivsuse ja vanuse vahelise seose suund. Kohandamata mudelis vanusega šans depressiivsuseks suurenes, 65–79-aastatel oli šans 50–64-aastastega võrreldes 1,11 ($95\% CI 1,00-1,26$) ning 80 ja vanemate seas 1,77 ($95\% CI 1,53-2,02$). Kohandatud mudelis vanuse kasvades depressiivsuse šans muutus väiksemaks – 65–79-aastatel oli šans depressiivsuse avaldumiseks 0,78 ($95\% CI 0,65-0,94$) ning 80 ja vanemate seas oli šans 0,71 ($95\% CI 0,56-0,90$) võrreldes noorima vanuserühmaga ehk 50–64 aastastega.

Võttes arvesse kõikide tunnuste mõju, oli mitte-eestlastel 1,2 korda ($95\% CI 1,04-1,39$) suurem šans depressiivsuseks võrreldes eestlastega.

Partneri puudumine tõstis šanssi depressiivsuseks võrreldes nendega, kes elasid koos partneriga. Kohandatud mudelis oli šans depressiivsuseks ilma partnerita vastajatel 1,25 ($95\% CI 1,10-1,42$).

Kohandamata analüüsis oli depressiivsuse šans seda suurem, mida madalam oli haridustase. Võrreldes kõrgharidusega vastajatega olid kohandatud mudelis šansisuhted põhiharidusega vastajatel 1,31 ($95\% CI 1,10-1,54$) ning keskharidusega vastajatel 1,12 ($95\% CI 0,96-1,30$), kuid ainult põhiharidusega vastajate šans depressiivsuseks oli statistiliselt oluliselt kõrgem.

Kõikides tööseisundi rühmades vähendas kohandamine suurel määral seost depressiivsusega. Töötuse olemine võrrelduna töötamisega suurendas šanssi depressiivsuseks, kohandatud šansisuhe on 1,37 ($95\% CI 1,03-1,83$). Kohandamata mudelis oli töövõimetute vastajate šans depressiivsuseks 4,21 ($95\% CI 3,34-5,31$) korda suurem kui töötavatel vastajatel, kuid kohandatud analüüsis šans vähenes pea neljakordselt 1,38ni ($95\% CI 1,06-1,80$).

Tegevuspiirangutega vastajatel võrreldes piiranguteta vastajatega oli šans depressiivsuseks kohandamata analüüsis 2,88 ($95\% CI 2,59-3,21$), kuid peale kohandamist olulist erinevust ei esinenud.

Kehv ja rahuldav tervisehinnang võrrelduna hea tervisehinnanguga olid seotud oluliselt suurema depressiivsuse šansiga. Kehva tervisehinnangu puhul oli kohandatud šansisuhe 4,00 (95%

CI 3,24–4,94) ja rahuldava tervisehinnanguga 1,70 (95% CI 1,45–1,99). Kohandamata analüüsis, kus teiste tunnuste mõju polnud arvesse võetud, olid need näitajad enam kui kaks korda kõrgemad.

Vastajad, kellel esines kaks või enam kroonilist haigust oli šanss depressiivsuseks kohandatud mudelis 1,44 (95% CI 1,27–1,64) korda suurem kui neil, kellel ei esinenud kroonilisi haigusi või esines üks krooniline haigus.

Liikumispiiranguga vastajatel võrrelduna liikumispiiranguteta vastajatega oli kohandamata analüüsis 4,01 (95% CI 3,59–4,47) korda suurem šanss depressiivsuse avaldumiseks. Kuid kohandades tulemust kõikidele tunnustele muutus šansisuhe enam kui poole võrra väiksemaks – 1,90 (95% CI 1,65–2,18).

Mõõduka kehalise aktiivsuse puhul muutus seose suund peale andmete kohandamist ning harvem kehaline aktiivsus oli seotud madalama depressiivsuse šansiga – vastajatel, kes olid mõõdukalt kehaliselt aktiivsed 1–4 korda kuus võrreldes vastanutega, kes olid kehaliselt aktiivsed enam kui kord nädalas, oli kohandatud šanss depressiivsuseks 0,85 (95% CI 0,72–0,99).

Tugeva kehalise aktiivsuse sagedusel oli negatiivne seos depressiivsusega ehk mida harvemini oli vastaja tugevalt kehaliselt aktiivne, seda suurem oli šanss depressiivsuseks. Nendel vastajatel, kes ei ole kunagi või on harva tugevalt kehaliselt aktiivsed, oli kohandatud šanss depressiivsusele 1,24 (95% CI 1,03–1,50), võrreldes vastajatega, kes tegelesid tugeva kehalise aktiivsusega rohkem kui korra nädalas.

Vastajatel, kes pole kunagi suitsetanud, oli võrreldes vastajatega, kes on praegused suitsetajad, šanss depressiivsuseks väiksem ($OR = 0,79$, 95% CI 0,67–0,93). Endiste suitsetajate šanss depressiivsuseks ei erinenud oluliselt praegustest suitsetajatest.

Vaadeldes alkoholi tarvitamise seoseid depressiivsusega kohandamata mudelis selgus, et alkoholi tarvitamine vähendas šanssi depressiivsuseks võrreldes alkoholi mittetarvitamisega. Ent kõikidele tunnustele kohandades muutus šansisuhete suund. Kohandatud mudelis ilmnes, et 1–4 korda nädalas alkoholi tarvitajatel võrreldes mittetarvitajatega oli 1,35 (95% CI 1,11–1,63) korda suurem šanss depressiivsuseks. Teiste sagedustega tarvitajad ei erinenud enam mittetarvitajatest.

Tabel 3. Depressiivsuse seosed sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnustega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011 (SHARE 4. laine, $n = 6496$)

		Kohandamata mudel		Kohandatud mudel	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Sugu	Mees	1		1	
	Naine	1,88	1,70–2,09*	2,13	1,85–2,46*
Vanus	50–64	1		1	
	65–79	1,11	1,00–1,26*	0,78	0,65–0,94*
	80+	1,77	1,53–2,02*	0,71	0,56–0,90*
Rahvus	eestlane	1		1	
	mitte-eestlane	1,44	1,27–1,65*	1,2	1,04–1,39*
Partner leibkonnas	jah	1		1	
	ei	1,61	1,45–1,80*	1,25	1,10–1,42*
Haridus	kõrgharidus	1		1	
	keskharidus	1,51	1,32–1,73*	1,31	1,10–1,54*
	põhiharidus	2,26	1,95–2,61*	1,12	0,96–1,30
Tööseisund	töötav	1		1	
	pensionär	2,06	1,84–2,31*	1,1	0,91–1,31
	töötu	1,74	1,35–2,24*	1,37	1,03–1,83*
	töövõimetu	4,21	3,34–5,31*	1,38	1,06–1,80*
	kodune või muu	0,89	0,51–1,57	0,73	0,40–1,33
Füüsilised piirangud	ei ole limiteeritud	1		1	
	limiteeritud	2,88	2,59–3,21*	1,12	0,97–1,29
Tervisehinnang	hea	1		1	
	rahuldav	2,67	2,34–3,05*	1,7	1,45–1,99*
	kehv	8,8	7,50–10,33*	4	3,24–4,94*
Kroonilised haigused	kuni 1	1		1	
	rohkem kui 2	2,85	2,56–3,17*	1,44	1,27–1,64*
Liikumispüüangud	ei	1		1	
	jah	4,01	3,59–4,47*	1,9	1,65–2,18*
Mõõdukas kehaline aktiivsus	rohkem kui kord nädalas	1		1	
	1–4 korda kuus	1,16	1,01–1,33*	0,85	0,72–0,99*
	väga harva/üldse mitte	2,66	2,36–2,98*	1,09	0,93–1,27
Tugev kehaline aktiivsus	rohkem kui kord nädalas	1		1	
	1–4 korda kuus	1,52	1,33–1,74*	1,15	0,98–1,34
	väga harva/üldse mitte	2,89	2,49–3,35*	1,24	1,03–1,50*
Suitsetamine	jah	1		1	
	pole kunagi suitsetanud	1,13	0,99–1,29	0,79	0,67–0,93*
	endine suitsetaja	1,03	0,89–1,20	1,13	0,86–1,22
Alkoholi tarvitamine	ei tarvita	1		1	
	kuni 2 korda kuus	0,67	0,60–0,75*	1,07	0,94–1,21*
	1–4 korda nädalas	0,55	0,47–0,65*	1,35	1,11–1,63*
	rohkem kui 5 korda nädalas	0,56	0,42–0,74*	1,19	0,85–1,67

* $p < 0,05$

6. ARUTELU

Käesoleva töö eesmärk oli kirjeldada depressiivsust 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel. Depressiivsuse levimus SHARE 4. laine Eesti vastajate seas oli 42%. Töö tulemusena selgus, et depressiivsust esines rohkem naiste, kõige vanema vanuserühma, mitte-eestlaste, ilma partnerita elavate, madalama haridustasemega ja töövõimetute vastajate seas. Depressiivsuse esinemine oli seotud tervisehinnangu, krooniliste haiguste, liikumispiirangute, kehalise aktiivsuse, suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega.

Käesolevas töös kirjeldatud depressiivsuse levimus on sarnane Saks jt 2001 uuringu-tulemustega, kus depressiivsete sümptomite levimusmäär oli 40,3% 65-aastaste ja vanemate Eesti elanike seas (1). Magistritöös depressiivsuse levimuse hindamiseks kasutatud meetodika on pigem sarnane Kleinberg jt uuringule, kus depressiooniepisoodi hetkelevimus oli 55–84-aastaste seas vaid 6,6%–9,7% (11). Siiski ei saa uuringute tulemusi omavahel võrrelda, kuna on selge, et meetodika on kõikide uuringute puhul erinev.

6.1. Depressiivsuse seosed sotsiaal-demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike teguritega

Sarnaselt varem avaldatule (14) leiti, et naistel on šanss depressiivsuseks suurem võrreldes meestega. Põhjused selleks võivad peituda tervisenäitajate erinevustes, nt kroonilised haigused, terviseenesehinnang või liikumispiirangud, mille esinemisi eraldi naiste ja meeste vahel käesolevas töös ei võrreldud. Lisaks on varem väljatoodud ka ühe põhjusena naiste emotsionaalsust ehk naiste reaktsioon negatiivsetele sündmustele võib-olla tugevam kui meestel (12), mis omakorda soodustab depressiivsust. Kuid vastupidiselt varasemalt läbiviidud uuringule (12), mis on kajastanud, et seos depressiooni ja soo vahel muutub ebaoluliseks peale andmete kohandamist demograafilistele tunnustele, jäi käesolevas töös seos statistiliselt oluliseks ka peale tulemuse kohandamist sotsiaal-demograafilistele ja teistele töösse kaasatud tunnustele.

Tulemused illustreerivad võimalikku põhjust, miks varasemate uuringute järeldused depressiooni ja vanuse seose kohta on vastuolulised. Kui kohandamata andmed näitasid, et vanuse kasvades šanss depressiivsuseks suureneb, siis kohandades tulemusi kõikidele tunnustele muutus ka seose suund vastupidiseks. Seega võib arvata, et kõrge iga iseenesest ei ole depressiivsuse allikas, vaid pigem on riskiteguriteks asjaolud, mis vananemisega kaasnevad. Antud töösse

kaasatud teguritest on depressiivsusega seotud kehv tervisehinnang, mis on omakorda seotud krooniliste haiguste ja liikumiskiirangutega, ning vilets sotsiaal-majanduslik olukord, sh töötü ja töövõimetu olemine. Seotust nimetatud teguritega on sarnaselt kirjeldatud ka varem läbiviidud uuringutes, kus on depressiooni seostatud vananemisega seotud tegurite ja elusündmustega (14, 16), mitte kõrge eaga. Lisaks on kõrget iga varasemalt kirjeldatud ka kui kaitsvat faktorit depressiooni tekkimisel. Sellist efekti on seletatud psühholoogiliste teguritega nagu sotsio-emotsionaalne selektiivsus ja elutarkus, tänu millele igapäevamuredega toimetulek on parem kui nooremal põlvkonnal (17).

Nagu varasemalt leitud (14, 16), oli ka käesolevas töös šanss depressiivsuseks väiksem nendel vastajatel, kes elasid koos oma partneriga. Selline tulemus viitab sellele, et partneri olemasolu vähendab inimese üksilduse ja abituse tunnet ning suurendab tõenäosust saada nii füüsilist kui ka emotsionaalset tuge ehk kokkuvõtvalt parandab üldist toimetulekut. On leitud, et partneri puudumine, sh mitte-abiellus olemine ja lahutatud isiku staatus, on oluline riskifaktor raske depressiooni tekkeks nii naiste kui ka meeste puhul (7).

Põhiharidusega vastajate seas oli šanss depressiivsuseks suurem võrreldes kõrgharidusega vastajatega. Selline tulemus on kooskõlas ka varasemalt leitud seosega haridustaseme ja depressiooni vahel, kus madalam haridustase suurendab depressiooni ja depressiivsete sümptomite esinemise tõenäosust (11, 18). Põhjused, miks haridustasemel on mõju depressiivsusele, on iga inimese puhul individuaalsed. Siiski, saame oletada, et kõrgem haridustase aitab elus paremini toime tulla, sh saavutada paremaid tulemusi tööturul ning teha teadlikumaid valikuid, mis kokkuvõttes inimese heaolu mõjutavad.

Uurides tööseisundi seost depressiivsusega selgus, et võrrelduna töötava vastajaga, oli šanss depressiivsuseks kõrgem nende seas, kes olid töötud või töövõimetud. Siinkohal oleks tarvis põhjalikumalt uurida, miks inimene on töötü, kuid käesolevas töös kasutatud andmetes täpne info töötuse põhjuse kohta puudub. Töövõimetuks inimeseks on nimetatud vastaja, kes on töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu, mis viitab tervisehäirele. Varasemad uuringud on näidanud depressiooni seotust erinevate faktoritega, mis tööl käimist takistada võivad – nende seas on kõrge iga, haiguse esinemine, haiguse tagajärjel halvenenud terviseseisund, alanenud funktsioneerimisvõime (13, 16, 17) või haridustase (13). Mittetöötamise ja depressiivsusega võib seostuda ka majanduslik seis, mida käesolevas töös ei käsitletud. Tööl käimise piirangud võivad inimese panna majanduslikult raskemasse seisü (nt raskused arvete

maksmisel, sõltumine riiklikest toetustes, madal sissetulek leibkonnas jmt). Varasemalt on kirjeldatud, et seos depressiooni ja majanduslike raskuste vahel on tugevam kui depressiooni ja teiste sotsiaal-majanduslike faktorite vahel (53). On leitud, et just Ida-Euroopa riikides, sh ka Eestis, kasvab tõenäosus majanduslikeks raskusteks vanusega, mis omakorda muudab seose depressiooni ning majanduslike raskuste vahel vanuse kasvades tugevamaks (16).

Mitte-eestlastel on suurem šanss depressiooniks kui eestlastel ning see tulemus on kooskõlas varasemalt Eestis läbiviidud uuringutulemustega (13). Antud töös kasutatud andmete põhjal ei ole võimalik järeldusi teha põhjuste kohta, miks rahvus seostub depressiivsusega, kuid Aluoja jt 2004 nimetasid võimalike põhjustena mitte-eestlastel suuremat eksponeeritust stressifaktoritele ülemineku ajal, nagu probleemid eesti keeles rääkimise ja sellest arusaamisega ning ebaselgus oma positsiooni osas ühiskonnas. Lisaks tol ajal jäid paljud mitte-eestlased ilma oma sotsiaalsest võrgustikust, mida on samuti seostatud depressiooniga (13).

Kehv tervisehinnang võrrelduna hea tervisehinnanguga suurendab šanssi depressiivsuseks neli korda, mis muudab käesolevas töös tervisehinnangu depressiivsusega kõige tugevamalt seotud riskiteguriks. Ka varasemalt on kirjeldatud tugevat seost tervisehinnangu ning depressiooni vahel (54). Kehv tervisehinnang võib olla seotud väga individuaalsete teguritega, mis inimese heaolu mõjutavad. Definiitsiooni järgi on tervis „füüsilise, vaimse, emotsionaalse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puude puudumine“ (55), seega võib järeldada, et kõik loetletud seisundid on olulised depressiivsuse või depressiivsete sümptomite avaldumisel.

Varasemalt on kirjeldatud aga kehva funktsioneerimisvõimet kui kõige olulisemat depressiivsete sümptomite põhjustajat (14). Käesolevas töös ei leitud seost tegevuspiirangute ja depressiivsuse vahel, kuna tegevuspiirangud on otseselt seotud muude tunnustega – tööhõivestaatus (töötamise lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu), kroonilised haigused ning liikumispiirangud – mis antud töös depressiivsusega seostusid. Depressiivsuse šanss liikumispiirangute esinemisel oli pea kaks korda suurem võrreldes piirangute mitte-esinemisega. Enam kui kahe kroonilise haiguse esinemine tõstis oluliselt šanssi depressiivsuseks võrreldes ühe kroonilise haiguse esinemise või selle puudumisega. Seost krooniliste haiguste ja depressiooni vahel on kirjeldatud varasemates uuringutes arvukalt (13, 16, 17, 21).

Ootuspäraselt oli sagedamini kehalise aktiivsusega tegelevate vastajate seas vähem depressiivseid, kuid tulemusi teistele tunnustele kohandades nii ühest seost enam ei ilmnenud. Selle põhjus võib olla kehalise aktiivsuse seotus tervisenäitajatega (56): nagu eelnevalt mainitud, on halb

tervis takistuseks kehaliselt aktiivne olemisel. Selgus, et mõõdukas kehaline aktiivsus 1–4 korda kuus oli seotud madalama depressiivsusega võrreldes kehalise aktiivsusega enam kui kord nädalas. Ka varasemalt on arutletud, et kehalise aktiivsuse positiivne mõju depressiivsete sümptomite vähendamisel on seotud kehalise aktiivsuse tüübi ja meelepärasusega (23). Tulemustest on näha, et tugeva kehalise aktiivsusega tegelemine harva või mitte kunagi aga suurendas šanssi depressiivsuseks võrreldes sagedamini aktiivne olemisega. Seega on oluline leida efektiivseid meetodeid, mis aitaks inaktiivsetel vanemaealistel suurendada kehalist aktiivsust, mis omakorda võiks viia harjumuseni kehalise aktiivsusega jätkamiseks. Varasemalt väljapakutud strateegia kohaselt oleks võimalik kehalist aktiivsust vanemaealiste seas suurendada tõstes teadlikkust kehalise aktiivsuse positiivse mõju osas ning tehes teavitustööd kehalise aktiivsusega kaasnevate riskide minimiseerimiseks või parandades keskkondlikke ja rahalisi võimalusi kehaliseks aktiivsuseks (22).

Magistritöö tulemustest selgus, et nendel inimestel, kes pole varem kunagi suitsetanud, on depressiivsuse tõenäosus väiksem võrreldes suitsetajatega ning seda on kinnitanud ka varasemad uuringud (42, 43). Varasemalt on leitud tõendust sellele, et suitsetamise maha jätmise vähendab depressiivsuse tõenäosust (40). Käesolevast tööst on näha, et endise suitsetaja staatus depressiivsuse suhtes on võrdväärne praeguse suitsetamisega. Kuna tegemist on läbilõikeuuringuga, ei saa välistada, et endiste suitsetajate depressioonirisk pärast suitsetamisest loobumist siiski langes. Samuti on võimalik, et rolli mängib see, kui kaua suitsetati ning kui palju aega on möödunud suitsetamisest loobumisest, mida antud töös ei analüüsitud.

Kuigi šanss depressiivsuseks oli alkoholi tarvitajate seas kohandamata analüüsis väiksem võrreldes mitte-tarvitajatega, peale teiste tegurite arvesse võtmist muutus seose suund ning alkoholi tarvitamine siiski tõstis šanssi depressiivsuseks. Tulemustest aga selgus, et alkoholi liigtarvitajad ehk alkoholi tarvitajad enam kui 5 korda nädalas ei olnud suurema tõenäosusega depressiivsed kui mittetarvitajad. Selline tulemus võib olla seotud sellega, et hinnatud on vaid alkoholi tarvitamise sagedust ning tarvitatud alkoholi koguseid ei ole arvesse võetud. Sellist oletust kinnitab ka uuring, kus on leitud, et depressiooni esinemine on ennekõike seotud tarvitatud alkoholi kogustega, mitte aga tarvitamise sagedusega (45). Teisalt on varasemalt ilmnenu samuti statistiliselt ebaoluline seos depressiooni ja alkoholi mõõduka ning liigtarvitamise vahel, kuigi arvestatud on nii alkoholi tarvitamise sageduse kui ka kogustega (47). Üldjuhul on alkoholi tarvitamist siiski seostatud kõrgeks depressiooniriskiga (44, 56).

6.2. Magistritöö tugevused ja nõrkused

Käesolevas töös kasutati SHARE 4. küsitluslaine Eesti vastajate andmeid ehk tegemist on Eesti jaoks esimese lainega SHARE uuringus. Seda võib pidada töö tugevuseks, kuna esmakordne valim moodustati juhuvalimina lähtudes Eesti vanemaealisest rahvastikust. Valim on vastava vanuserühma suhtes esinduslik, mis vähendab tõenäosust süstemaatilise vea tekkimiseks. Erinevalt SHAREst, kus vastajate vanusel ülemine piir puudub, ei kajasta teised Eestis läbiviidavad rahvastikupõhised terviseuuringud (näiteks Eesti terviseuuring ja Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring) kõige eakamate Eesti elanike seisundit.

Kuna töös on kasutatud ühtlustatud metoodikat järgiva rahvusvahelise uuringuprogrammi andmeid, on võimalik Eesti vanemaealiste kohta esitatud tulemusi hõlpsasti võrrelda teiste SHAREs osalevate Euroopa riikide eakaaslastega.

Magistritöö kirjutamise ajaks olid avaldatud SHARE 4., 5., ja 6. laine andmed, kuid töös on analüüsitud vaid 4. laine vastuseid, kuna hilisemates lainetes ei ole korduvalt küsitud kõiki samu küsimusi ning seetõttu ei olnud võimalik põhjuslikke seoseid uurida. Meile teadaolevalt ei ole varasemalt SHARE Eesti andmete põhjal depressiivsuse ja tervisekäitumise seoseid analüüsitud, seetõttu pidasime vajalikuks analüüsida just 4. küsitluslaine andmeid.

Teiseks nõrgaks küljeks on asjaolu, et depressiivsuse hindamiseks kasutatud EURO-D küsimustikku ei ole Eestis kliinilise depressiooni suhtes valideeritud. Sellest tulenevalt puuduvad andmed küsimustiku tundlikkuse ja spetsiifilisuse kohta ning ei ole võimalik hinnata, kui suur osa antud töös depressiivseteks liigitatud vastajatest vastaks kliinilise depressiooni kriteeriumitele.

Varasemalt on kirjeldatud depressiooni seotust paljude faktoritega, kuid lähtudes magistritöö mahust ei olnud võimalik kõiki tegureid analüüsi kaasata. Olulisemad tegurid, mis analüüsist välja jäid on üksindus ja sotsiaalse toetuse puudumine, kognitiivne langus, teatud ravimite tarvitamine, konkreetsete haiguste põdemine ning traumeerivad ja tugevat stressi tekitavad elusündmused (sh kaasa surm, lahutus, töö kaotus, majanduslikud raskused, raske haigus). Viimase teguri kohta 4. laines andmed puudusid.

Nimetatud nõrkustele vaatamata lisab magistritöö olulist teavet Eesti vanemaealise rahvastiku tervise ja tervisekäitumise kohta, mis on eriti väärtuslik rahvastiku vananemise kontekstis.

7. JÄRELDUSED

Järeldused on esitatud lähtudes eesmärkidest punkthaaval:

- **Kirjeldada depressiivsuse levimust 50-aastaste ja vanemate Eesti elanike seas**

Depressiivsus on Eesti vanemaealiste seas väga levinud probleem, millele tuleks enam tähelepanu pöörata nii vanemaealiste endi, nende lähedaste kui ka perearstide poolt. Populatsioonile kaalutud depressiivsuse levimus 50-aastaste ja vanemate Eesti elanike seas oli 42%, depressiivsusega isikutest 69% ehk enamus olid naised. Depressiivsust esines 32%-l meestest ning 48%-l naistest. Depressiivsuse levimus oli kõrgeim nii meestel kui ka naistel kõige vanemas vanuserühmas ehk 80-aastaste ja vanemate seas ning naiste seas depressiivsuse levimus kasvas vanusega. Depressiivsust esines rohkem mitte-eestlaste, ilma partnerita elavate, madalama haridustasemega ja töövõimetute vastajate seas – nende rahvastikurühmade esindajate vaimne tervis peaks olema erilise tähelepanu all.

- **Analüüsida depressiivsuse seoseid sotsiaal-demograafiliste, tervisekäitumuslike ja füüsilise tervise näitajatega**

Lisaks nimetatud sotsiaal-demograafilistele tunnustele oli depressiivsuse esinemine seotud madalama tervisehinnangu, 2 või enama kroonilise haiguse, liikumiskiirangute, harvema kehalise aktiivsuse, praeguse suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega 1-4 korda nädalas.

Kuna tulemustest selgus, et depressiivsus on väga tugevalt seotud füüsilise tervise probleemidega, on oluline pöörata tähelepanu sellele, et depressiivsus ise ei jääks nende tõttu märkamata.

Läbilõikeuringus ei ilmnenu, et soovituslik tervisekäitumine (suurem kehaline aktiivsus, vähesem alkoholi tarvitamine ja suitsetamine) tagaks madalama depressiivsuse riski. Selle põhjuseks võib olla depressiivsuse, füüsilise tervise ja tervisekäitumise vaheliste seoste keerukus ja läbipõimitus. Seda teemat oleks vajalik põhjalikumalt edasi uurida kasutades kestvusandmeid ja täpsemaid tervisekäitumise mõõdikuid.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Saks K, Kolk H, Allev R, et al. Health Status of the Older Population in Estonia. *Croatian Medical Journal* 2001;42(6):663–8.
2. Sarris J, Aoneilbarwonhealthorgau AON, Coulson CE, et al. Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry* 2014; 14:107.
3. Eesti statistikaamet. Rahvastikunäitajad ja koosseis, tabel RV021: Rahvastik soo ja vanuserühma järgi, 1. jaanuar 25.11.2017 seisuga.
4. Eesti statistikaamet. Rahvastikunäitajad ja koosseis, tabel RV092: Prognoositav rahvaarv maakonna, soo ja vanuserühma järgi (aluseks 1. jaanuari 2012 rahvaarv) 25.11.2017 seisuga
5. RHK-10/V - Psüühika- ja käitumishäired 23.11.2017 seisuga.
(<https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>)
6. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545–602.
7. Djernes JK. Review article Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;372–87.
8. Suija K, Maaros H, Kalda R. Depressioon ja kaasuv somaatiline haigus esmatasandil. *Eesti Arst* 2007;86(5):329–34.
9. Rahe C, Baune BT, Unrath M, et al. Associations between depression subtypes, depression severity and diet quality: cross- sectional findings from the BiDirect Study. *BMC Psychiatry* 2015;1–9.
10. 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.
11. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *Eur Psychiatry* 2010;25(8):485–90.
12. Acciai F, Hardy M. Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Soc Sci Res* 2017;1–13.
13. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, et al. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord* 2004;78:27–35.
14. Blazer DG, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychological Medicine* 2005;1241–52.
15. Blazer DG. Depression in Late Life : Review and Commentary. *Journal of Gerontology* 2003;58(3):249–65.
16. Levecque K, Rossem VR, Boyser DK, et al. Economic Hardship and Depression across the Life Course: The Impact of Welfare State Regimes. *Journal of Health and Social Behaviour* 2011;52(2):262–76.
17. Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch Neurol* 1990;47(7):785–9.
18. GBD Compare | Viz Hub. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Kasutatud 17.04.2018.
(<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)
19. World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Kasutatud 09.04.2018.

20. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J* 2014;90(1059):26–32.
21. Centers for disease control and prevention. How much physical activity do older adults need? Kasutatud 09.04.2018. (https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/older_adults/index.htm)
22. Franco MR, Tong A, Howard K, et al. Older people’s perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med* 2015;49(19):1268–76.
23. Neely G, Hassme P. Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy* 2015;44(4):341–52.
24. Khalaila R, Litwin H. Changes in Health Behaviors and Their Associations With Depressive Symptoms Among Israelis Aged 50 +. *Journal of Aging and Health* 2014;26(3):401–21.
25. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. 2015.
26. Berg CB, Wen H, Cummings JR, et al. Depression and Substance Abuse and Dependency in Relation to Current Smoking Status and Frequency of Smoking among Nondaily and Daily Smokers. *Am J Addict* 2014;22(6):581–9.
27. Tervise Arengu Instituut. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, tabel TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi 25.11.2017 seisuga.
28. World Health Organization 2017. Report on the global tobacco epidemic: Monitoring tobacco use and prevention policies.
29. Eurostat. Health determinants. Tobacco consumption, table: Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment level, cited 01.05.2018.
30. World Health Organization 2015. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.
31. Kõks G, Fischer K, Kõks S. Smoking-related general and cause-specific mortality in Estonia. *BMC Public Health* 2018;1–11.
32. Luger TM, Suls J, Vander MW. Addictive Behaviors How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors* 2014;39(10):1418–29.
33. Kang E, Lee J. A. Longitudinal Study on the Causal Association Between Smoking and Depression. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2010;43(3):193–204
34. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry* 2010;440–6.
35. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, et al. Depression, Anxiety, and Smoking Initiation: A Prospective Study Over 3 Years. *American Journal of Public Health* 1998;88(10).
36. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry* 2008;30:127–37.
37. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, et al. Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:36–43.
38. Almeida OP, Pfaff JJ. Depression and smoking amongst older general practice patients. *Journal of Affective Disorders* 2005;86:317–21.
39. Lam TH, Li ZB, Ho SY,, et al. Smoking and depressive symptoms in Chinese elderly in Hong Kong. *Acta Psychiatr Scand* 2004;(15):195–200.
40. Taylor G, McNeill A, Girling A. Change in mental health after smoking cessation : systematic

review and meta-analysis. *BMJ* 2014;1151:1–22.

41. Anderson P, Scafato E, Galluzzo L. Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanità* 2012;48(3):232–47.
42. Rao R, Draper B. Alcohol-related brain damage in older people. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(8):674–5.
43. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease:an update. *Addiction* 2017;112(6):968–1001.
44. Animägi L, Pärna K. Suurendatud riskiga alkoholitavitamine 25–64aastaste täiskasvanute hulgas. *Eesti Arst*. 2006;(14):63–8.
45. Graham K, Massak A. Does the Association Between Alcohol Consumption and Depression Depend on How They Are Measured? *Alc Clin Exp Res* 2007;31(1):78–88.
46. Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, et al. Alcohol Consumption Among Older Adults in Primary Care. *JGIM* 2007;92–7.
47. Haynes JC, Farrell M, Singleton N, et al. Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 2005;187:544-551.
48. Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, et al. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. *The Nord-Trøndelag* 2009;1519–29.
49. SHARE Eesti. Külastatud 10.04.2018. (<http://www.share-estonia.ee/index.php?id=21>)
50. SHARE. Külastatud 27.04.2018. (http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/WP_Series_31_2017_BergmannKneip_01.pdf)
51. Dewey, M.E. and M.J. Prince. Cognitive function. In: A. Börsch-Supan et al. *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: MEA; 2005. p.118-25.
52. Pahkala K, Kesti E, Köngäs-Saviaro P, et al. Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30(3):99–106.
53. Butterworth P, Olesen SC, Leach LS. The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2012;46(4):364–73.
54. Saks K, Tiit E, Jaanson K. Depressive symptoms in older Estonians: Prevalence and models. *JAGS* 2002;50(6):1164–5.
55. World Health Organisation. Constitution of WHO: principles. Kasutatud 09.04.2018. (<http://www.who.int/about/mission/en/>)
56. Abuladze L, Kunder N, Lang K, et al. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: A cross-sectional analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e013257

Depressiveness among older adults in Estonia

Karina Valma

SUMMARY

The aging society and rather fast aging process has become one of the major concerns in the health and social care of Estonia and many other countries. Estonia faces double challenge in this field since geriatric care here is poorly developed. From this perspective, it is important to find out what are the main problems that older people are facing. In previous studies, it has become clear that among Estonian elderly, in addition to cardiovascular and musculoskeletal diseases, there is a very high prevalence of depressive symptoms, which is why it is important to study factors that increase the risk of depression. From the gained information, it will be possible to prevent the emergence of depressive symptoms in the future more effectively and to develop interventions to improve mental health of the middle-age and older people.

The aim of the study is to describe the prevalence of depressiveness and to analyze the relationship between depressiveness and socio-demographic, physical health and lifestyle-related behavioral risk factors among Estonian residents aged 50 and older.

The data used in the present Master's thesis are from the 4th wave of the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). For the survey, a representative random sample of the Estonian population born before 1961 was drawn from the Population Register. The current thesis is a cross-sectional study of 6469 respondents. The frequency tables, percentages, chi-square test and logistic regression were used to describe and analyze the data.

The results showed that the prevalence of depressiveness among elderly people in Estonia was 42%, and for women, the prevalence increased with age. In both sexes, the prevalence of depressiveness was highest in the oldest age group of 80 years and older. Despite this, age had a mild protective effect on depressiveness. After adjusting for the socio-demographic, physical health and behavioral factors, odds of depressiveness in older groups became lower compared to the youngest age group, which allows us to think that depressiveness is rather associated with the supervening factors of aging. Results also showed that depressiveness was more common among those who lived without a partner, were non-Estonians, had lower educational level or were unable to work due to permanent sickness or disability. The odds of depressiveness were higher in those who had lower self-rated health, two or more chronic diseases, mobility difficulties, lower physical activity, were current smokers or alcohol consumers.

TÄNUAVALDUS

Magistritöö teostamist on toetatud uurimisteema IUT 34-17 vahenditest.

Minu siiras ja südamlük tänu:

- Kaia Laidrale ja Heti Pisarevile põhjaliku juhendamise, pühendumuse, väärtuslike nõuannete ja igakülgse toetuse eest magistritöö koostamisel. Teie panus on hindamatu väärtusega.
- Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi kollektiivile toetuse, nõuannete ja teadmiste eest.
- Oma lähedastele toetuse, mõistmise ja julgustamise eest.

ELULUGU

Ees- ja perekonnanimi:	Karina Valma
Sünniaeg:	31.10.1990
Aadress:	Jaama 77-34, 50604, Tartu
Telefon:	+372 56861499
E-post:	karvalma@gmail.com
Hariduskäik:	
2015 – ...	Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
2009 – 2013	Tartu Ülikool, bakalaureusekraad (psühholoogia)
2006 – 2009	Riia Eesti keskkool, keskharidus
Keelteoskus:	
eesti	emakeel (suurepärase kõnes ja väga hea kirjas)
vene	emakeel (suurepärase kõnes ja hea kirjas)
läti	suurepärase kõnes ja kirjas
inglise	väga hea kõnes ja kirjas
Töökogemus:	
2014 – ...	SA Teaduskeskus AHHAA, tellimuste koordinaator
2012 – 2014	SA Teaduskeskus AHHAA, giid

LISA

Töös kasutatud tervise ja tervisekäitumise küsimused SHARE 4. laine küsitlusannekidist

Tunnus	Küsimus koos vastusevariantidega
Tegevuspiirangud	<p>Kui rääkida vähemalt VIIMASEST 6 KUUST, siis mil määral on mõni terviseprobleem piiranud teid tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad? Kas ...</p> <ol style="list-style-type: none">1. oluliselt piiranud2. piiranud, kuid mitte oluliselt3. ei ole piiranud
Tervisehinnang	<p>Kas te ütleksite, et teie tervis on...</p> <ol style="list-style-type: none">1. suurepärane2. väga hea3. hea4. rahuldav5. halb
Kroonilised haigused	<p>Kas arst on teile kunagi öelnud, et teil on mõni kaardil nimetatud terviseprobleemidest?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Südameinfarkt või pärgarteri tromboos või muu südamehaigus (kaasa arvatud südamepuudulikkus)2. Kõrge vererõhk või hüpertooniatõbi3. Vere kõrge kolesteroolitase4. Ajuvereringe haigus (insult või ajuinfarkt) või ajuvereringe haigus5. Diabeet või kõrge veresuhkru tase6. Krooniline kopsuhaigus, nt krooniline bronhiit või emfüseemia8. Artriidid, k.a. osteoartriit (osteoartroos) või reumatoidartriit ja artroosid10. Vähk või halvaloomuline kasvaja, k.a. leukeemia või lümfoom, kuid v.a. pindmised nahavähid11. Maohaavandid või kaksteistsõrmiksoole haavandid, muud peptilised haavandid

Tunnus	Küsimus koos vastusevariantidega
	12. Parkinsoni tõbi 13. Silmakae ehk katarakt 14. Puusaluu murd või reieluu murd 15. Muud luumurrud 16. Alzheimeri tõbi, dementsus või muu oluline mäluhäire 96. Mitte ühtegi neist 97. Muud nimetamata haigusseisundid
Liikumispiirangud	Kas teil on terviseprobleemide tõttu raskusi mõne kaardil nimetatud tegevusega? Ärge arvestage neid tegevusi, mis ilmselt tekitavad raskusi vähem kui kolm kuud. 1. 100 m kõndimine 2. Istumine umbes 2 tundi 3. Toolilt tõusmine peale pikka istumist 4. Mitmest korrusest puhkamata üles astumine 5. Ühest korrusest puhkamata üles astumine 6. Kummardumine, põlvitamine või kükitamine 7. Käte tõstmine õlast kõrgemale 8. Suuremate esemete, nagu tugitool, tõmbamine või lükkamine 9. Üle 5 kg kaaluvate esemete, nagu raske toidukott, tõstmine või kandmine 10. Väikese mündi noppimine laualt 96. Ei ole raskusi ühegagi nendest
Tugev kehaline aktiivsus	Kui tihti te teete tugevat füüsilist aktiivsust nõudvaid tegevusi, näiteks spordite, teete raskemaid kodutöid või füüsilist tööd? Kas... 1. rohkem kui kord nädalas 2. kord nädalas 3. üks kuni kolm korda kuus 4. peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi

Tunnus	Küsimus koos vastusevariantidega
Mõõdukas kehaline aktiivsus	<p>Kui sageli Te tegelete mõõdukat energiat nõudva tegevusega, näiteks aiatöö, auto pesemise või kõndimisega? Kas...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rohkem kui korra nädalas 2. kord nädalas 3. kord kuni kolm kuus 4. peaaegu mitte kunagi või mitte kunagi
Suitsetamine (1)	<p>Kas te olete kunagi suitsetanud sigarette, sigareid, sigarillosid või piipu iga päev vähemalt ühe aasta jooksul?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jah 5. Ei
Suitsetamine (2)	<p>Kas te suitsetate praegu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jah 5. Ei
Alkoholi tarvitamine	<p>Kui sageli te VIIMASE 3 KUU jooksul olete joonud alkohoolseid jooke, näiteks õlut, siidrit, veini, kangeid alkohoolseid jooke või kokteile?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peaaegu iga päev 2. Viis või kuus päeva nädalas 3. Kolm või neli päeva nädalas 4. Kord või kaks nädalas 5. Kord või kaks kuus 6. Vähem kui kord kuus 7. Viimase 3 kuu jooksul mitte kordagi

Mina, Karina Valma (sünd. 31.10.1990)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Depressiivsus Eesti vanemaealistel”, mille juhendajad on Kaia Laidra ja Heti Pisarev,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 29.05.2018