

Depressiooni sümptomite olemasolu ja sellega seotud tegurid Eestis aastal 2021: rahvastikupõhise COVID-19-kiiruuringu tulemused

Elisa Kender¹, Sigrid Vorobjov¹, Rainer Reile², Kaire Innos², Eha Nurk³,
Kaia Laidra², Merili Tamson¹

Taust ja eesmärk. Vaimse tervise probleemid põhjustavad olulist rahvastiku tervisekadu nii Eestis kui ka mujal maailmas. Seoses COVID-19-pandeemiaga on depressiooni ja teiste vaimsete häirete esinemine sagenenud. Töö eesmärk on kirjeldada depressiooni sümptomite levimust täiskasvanud Eesti elanike hulgas ning analüüsida selle seoseid tervise ja koroonaviirushaigusega seotud teguritega.

Metoodika. Töö põhineb Tervise Arengu Instituudi (TAI) 2021. aasta kevadel (13.04.–05.05.2021) korraldatud uuringu andmetel. Küsitlusele vastas 3604 inimest, uuringu vastastamismäär oli 35%. Analüüsi kaasati 3557 vastaja andmed. Depressiooni sümptomite esinemist hinnati emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) abil. Arvutati levimus ja logistilise regressioonanalüüsi abil leiti kohandatud šansisuhted (*adjusted odds ratio*, AOR) koos 95% usaldusvahemikega.

Tulemused. Viimase kuu jooksul oli depressiooni sümptomeid esinenud 18,6%-l vastajatest (95% uv 17,3–20,0). Depressiooni sümptomeid oli COVID-19-pandeemia ajal naistel oluliselt rohkem kui meestel (21,6% vs. 15,2%, AOR = 1,8). Kohandatud analüüsi kohaselt oli depressiooni sümptomite esinemise šanss oluliselt suurem noorematel täiskasvanutel võrreldes 70–81aastastega (nt 20–29aastastel AOR = 12,0; 30–39aastastel AOR = 6,0 ja 30–39aastastel AOR = 3,8). Depressiooni sümptomite kogemise šanss oli oluliselt suurem kehvema elujärgjega, töötutel ja mittetöötavatel ning üksi elavatel vastajatel, samuti neil, kellel oli kehvem tervise enesehinnang, vähem lähedasi, kellele mure korral toetuda, ning neil, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustavas koguses ja suitsetasid aeg-ajalt tava- või e-sigarette.

Järeldused. Ligikaudu iga viies inimene oli viimase kuu jooksul kogenud depressiooni sümptomeid. Ennetustegevustes tuleks suuremat tähelepanu suunata eelkõige naistele, noorematele vanuserühmadele, väiksema sotsiaalse tugivõrgustiku ning kehvema elujärgjega isikutele.

Vaimse tervise häired (sh depressioon) on üheks olulisemaks tervisekadu põhjustavaks teguriks kogu maailmas (1). COVID-19-pandeemia tõttu on kujunenud elukeskkond, mis mõjutab paljusid vaimse tervisega seotud aspekte. Erinevad sotsiaalsed piirangud ja sulgemised, sissetuleku vähenemine või kaotus ning valitsuste prioriteetide muutumine COVID-19-puhangute ohjeldamisel võivad oluliselt mõjutada rahvastiku vaimset tervist ning sellega

on selgitatav vaimse tervise probleemide sagenemine (2).

Depressioon on vaimse tervise probleemidest suurim tervisekao põhjustaja (1). Artiklis on hinnatud depressiooni sümptomite esinemist enesehinnangulise küsimustiku ja täpsemalt emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 (3) põhjal ning määral, mis viitab võimalikule depressioonile. Värskeimad võrdlusandmed depressiooni sümptomite levimuse kohta pärinevad

Eesti Arst 2022;
101(11):605–617

Saabunud toimetusse:
21.04.2022
Avaldamiseks vastu võetud:
25.07.2022
Avaldatud internetis:
26.11.2022

¹ Tervise Arengu Instituudi uimastite ja nakkushaiguste epidemioloogia osakond,
² Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond,
³ Tervise Arengu Instituudi juhtivteadur

Kirjavahetajaautor:
Elisa Kender
elisa.kender@gmail.com

Võtmesõnad:
depressiooni sümptomid,
vaimne tervis,
tervisekäitumine, COVID-19

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringust (RVTU), kus vastav levimus oli 28% (4); viimased pandeemiaeelsed võrdlusandmed on 2019. aasta Eesti terviseuuringust, kus vastav levimus oli 11% (5). Mõlema nimetatud uuringu andmetel esines depressiooni sümptomeid sagedamini noorematel täiskasvanutel, naistel, majanduslikult mitteaktiivsetel ja madalama haridustasemega Eesti elanikel (4, 5). Võrreldes pandeemiaeelse ajaga on kogu maailmas depressiivsete häirete levimus oluliselt suurenenud ning pandeemia ajal on ennekõike halvenenud naiste ning noorte inimeste vaimne tervis (2, 6, 7).

Koroonaviiruse näol oli tegemist uue ja vähetuntud haigustekitajaga ning seega on mõistetav pandeemiaga kaasnenud ebakindlus ja ärevus. Ühtlasi oli uuringu läbiviimise ajal (13.04.–05.05.2021) pandeemia kestnud veidi üle aasta ning seetõttu võis esineda väsimust ja tüdimust pandeemiast. Küsitluse ajal oli pandeemia 2. laine hääbumas, kuid kuu varem, märtsi keskpaigas, oli Eesti viimase seitsme päeva nakatumisjuhtumite arvult miljoni elaniku kohta maailmas esikohal enam kui 1000 uue nakatunuga päevas (8). Vahemikus 11.03.–11.04.2021 kehtisid ranged piirangud – nii siseruumides kui ka looduses liikudes tuli järgida 2+2 põhimõtet, õpilased olid suunatud distantsõppele, lasteaiadesse soovitati lapsi viia ainult hädavajadusel. Suletud olid ka spordi- ja veekeskused, samuti kauplused, mis ei pakkunud esmavajalikku kaupa (9). Piiranguid hakati järk-järgult vähendama aprilli lõpus (10). Küsitluse ajaks, aprilli lõpuks oli suur osa eesliinitöötajaid ja riskirühma kuuluvaid inimesi COVID-19 vastu vaktsineeritud.

Kriisidel on oluline mõju vaimsele heaolule, näiteks 2000. aastate lõpu majanduskriisi ajal suurenes samuti depressiooni esinemine. Oletati, et halvenenud vaimsel tervisel oli seos kriisiga kaasnenud majandusliku ebakindlusega – inimestel olid suured laenukohustused, kuid samal ajal oli hirm töökaotuse ees (11). COVID-pandeemia ajal vähenes sissetulek 2020. aastal neljandikul ning 2021. aastal viiendikul Eesti inimestest (12). Lisaks finantsmuredele ning ebakindlusele töö ja tuleviku suhtes tõi pandeemia kaasa mitmeid uusi stressiallikaid nagu hirmutav ja vastuoluline info viiruse kohta, teadmatus piirangute kestuse suhtes, vahetu terviseoht endale ja oma lähe-

dastele ning muutused sotsiaalsetes ning vaba aja veetmise rutiinides (13). Hinnanguliselt suurenes depressiivsete häirete levimus maailmas võrreldes pandeemiaeelse ajaga 2020. aastal neljandiku võrra (2).

Käesoleva uuringu eesmärk oli kirjeldada depressiooni sümptomite esinemist täisealises Eesti rahvastikus 2021. aastal, aasta pärast pandeemia algust, ning analüüsida depressiooni sümptomite seoseid tervise ja koroonaviirusnakkusega seotud teguritega.

METOODIKA

Valim ja uuringu korraldus

Töö põhineb Tervise Arengu Instituudi (TAI) korraldatud longituudse uuringu „Teadlikkus koroonaviirusest ja seotud hoiakud Eestis: rahvastikupõhine küsitlusuuring“ kolmanda küsitluslaine andmetel (12). Soo ja vanuse järgi kihitatud algvalim hõlmas 12 000 Eesti elanikku vanuses 18–79 aastat (01.01.2020. a seisuga), kellel oli rahvastikuregistris vähemalt üks meiliaadress. Pärast varasemates uuringulainetes osalemisest keeldunud ning surnud või Eestist lahkunud isikute väljaarvamist jäi uuringu kolmanda laine valimisse 10 988 isikut.

Uuringu andmeid koguti ajavahemikul 13.04.–05.05.2021 veebiküsitlusena Lime-survey platvormil, vastata sai eesti ja vene keeles. Kokku vastas 3604 inimest ja uuringu täpsustatud vastamismäär oli 34,6%. Põhjalikumalt on andmekogumist ja uuringu korraldust kirjeldatud uuringu raportis (12).

Uuringuprotokoll oli kooskõlastatud TAI inimuuringute eetikakomiteega (nr 271, 08.04.2020).

Andmeanalüüs

Depressiooni sümptomite esinemise hindamiseks kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) depressiooni sümptomite alaskaalat. See hõlmab kaheksat väidet viimase nelja nädala jooksul esinenud probleemide kohta, mida hinnatakse 5pallisel skaalal (0 = üldse mitte, 1 = harva, 2 = mõnikord, 3 = sageli, 4 = pidevalt). Vastuste summa üle 11 viitab depressiooni sümptomite esinemisele (14). Vastav levimus koos 95% usaldusvahemikega (uv) arvutati meeste ja naiste ning 10aastaste vanuserühmade kohta. Levimuse arvutamisel kasutati soo ja vanuse alusel kaalutud andmeid, et levimusnäitajaid saaks üldistada rahvasti-

kule. Levimuse rühmadevahelise erinevuse hindamiseks kasutati hii-ruut-testi.

Seoseid depressiooni sümptomite esinemise ja erinevate tegurite vahel hinnati logistilise regressioonanalüüsiga, kus sõltuvaks tunnuseks oli depressiooni sümptomite esinemine (jah vs. ei). Sõltumatuteks tunnusteks olid sugu, vanus, kodune keel (eesti, muu), haridus (põhi-, kesk-, kõrgharidus), tööhõive staatus (töötav, töötu, mittetöötav – kodune, pensionär, ajateenija, (üli)õpilane), hinnang elujärjele lähtuvalt leibkonna sissetulekuga hakkamasaamisest (elavad mugavalt, saavad hakkama, on raske / väga raske hakkama saada; edaspidi vastavalt väga hea, hea, kehv), elukoht (< 1000, 1000 – 10 000, ≥ 10 000 elanikuga asula) ning leibkonna suurus (elab üksi, liikmeid 2, 3–4, ≥ 5).

Tervisega seotud tunnusteks olid tervise enesehinnang (hea / üsna hea, keskmine, üsna halb / halb); lähedaste inimeste arv, kellele mure korral loota (≥ 3, 1–2, mitte ühtegi); tervisespordi harrastamine vähemalt poole tunni vältel määral, mis võtab kergelt hingeldama või higistama (≥ 2 korda nädalas, ≤ 1 kord nädalas, ei saa vigastuse või haiguse tõttu); alkoholi tarvitamine (ei tarvita, madala riskiga ehk naistel kuni 7 alkoholiühikut (AÜ) / 70 g absoluutset alkoholi nädala kohta ning meestel vastavalt 14 AÜ / 140 g absoluutset alkoholi ning tervist ohustav ehk naistel > 7 AÜ nädalas ja meestel > 14 AÜ nädalas); tubakatoode ja e-sigarettide suitsetamine (ei tarvita, igapäevane, juhutarvitamine); kehamassiindeks (ala- või normaalkaal, ülekaal, rasvumine).

Koroonaviirusega seotud tunnusteks olid hinnang koroonaviiruse ohtlikkusele (väga ohtlik / pigem ohtlik, nii ja naa, pigem ei ole ohtlik / üldse mitte ohtlik), koroonatesti positiivne tulemus epideemia jooksul (ei, jah) ning sündmuste ja koosviibimiste vältimine (ei, jah).

Analüüsil leiti esmalt kohandamata šansisuhted (ingl *odds ratio*, OR) kõigi üksiktegurite kohta. Seejärel koostati kõigile üksikteguritele kohandatud regressioonimudel ja leiti kohandatud šansisuhted (ingl *adjusted odds ratio*, AOR) ja 95% usaldusvahemik. Analüüsist jäeti välja andmerekad, kus vastamata oli jäetud kahele või enamale depressiooni sümptomite küsimusele (n = 47). Kui vastamata oli ühele küsimusele depressiooni plokist, siis asendati puuduv väärtus ülejäänud ploki mediaaniga. Lõpli-

kusse analüüsi kaasati 3557 (1389 meest ja 2168 naist) vastaja andmed. Lisaks jäeti kohandatud logistilisest regressioonanalüüsist välja isikud, kes polnud vastanud kirjeldavatele tunnustele (n = 375). Statistilise olulisuse piiriks seati $p < 0,05$. Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprogrammi Stata 14.2.

TULEMUSED

Valimi kirjeldus

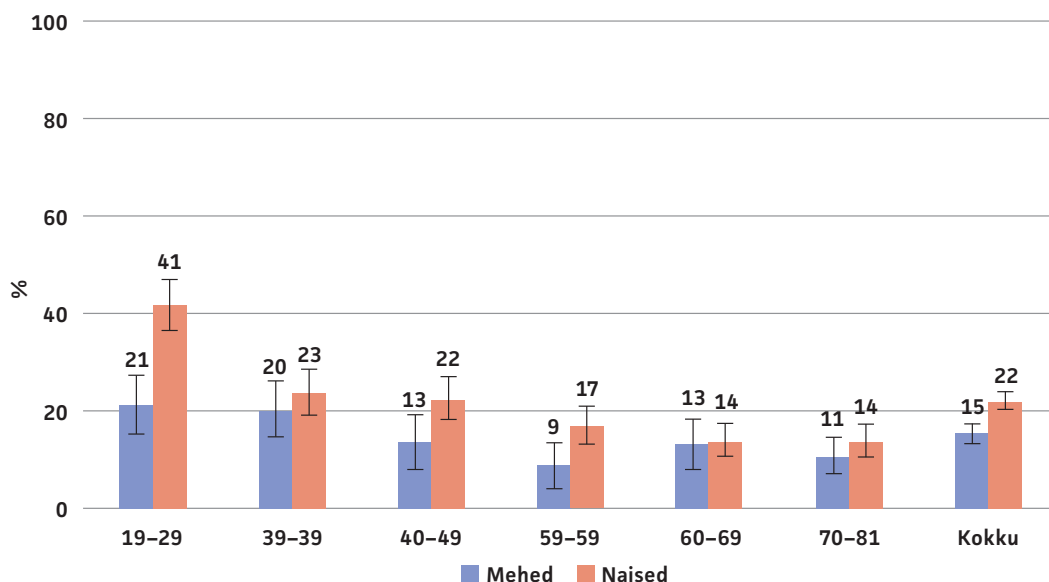
Analüüsi kaasatutest (n = 3557) 61% olid naised ja 81%-l oli koduseks keeleks eesti keel. Uuritavate keskmine vanus oli meestel 52,4 aastat (standardhälve 18,4) ja naistel 50,6 aastat (standardhälve 18,0), ligi kolmandik (31,0%) oli üle 65aastaseid. Vastajatest 47% oli kõrgharidusega, 43% keskharidusega ja kümnendik põhiharidusega. Tööhõivelt aktiivseid oli 62%, töötuid oli 4%. Veidi enam kui pooled (58%) ütlesid, et saavad leibkonna sissetulekuga hakkama, kuid kuuendik (15%) leidis, et neil on raske või väga raske hakkama saada. Üle poole (54%) vastajatest elas suurtes, üle 10 000 elanikuga asulates, neljandik (25%) elas maapiirkondades (alla tuhande elanikuga asulates).

Depressiooni sümptomite esinemise levimus

Depressiooni sümptomeid oli meeste ja naiste hulgas kokku 18,6%-l (95% uv 17,3–20,0), kuid meestel esines neid oluliselt vähem ($p < 0,001$) ehk 15,2%-l (95% uv 13,2–17,4) võrreldes naiste 21,6%-ga (95% uv 20,1–23,6). Kõige sagedamini kogesid depressiooni sümptomeid 19–29aastased naised (41,5% vastava vanuserühma naistest) ja kõige harvemini 50–59aastased mehed (8,6% vastava vanuserühma meestest) (vt joonis 1). Tabelis 1 on esitatud depressiooni sümptomite esinemine erinevate tunnuste kaupa koos 95% usaldusvahemikega.

Depressiooni sümptomite esinemisega seotud tegurid

Kohandamata logistilise regressioonanalüüsi järgi oli depressiooni sümptomite esinemine seotud peaaegu kõigi töös kasutatud tunnustega, seost ei leitud üksnes koroonatesti positiivse tulemusega. Mudeli kohandamisel kadus depressiooni sümptomite esinemise seos koduse keele, elukoha suuruse, kehamassiindeksi, kehalise aktiivsuse,



Joonis 1. Depressiooni sümptomite esinemine Eesti meestel ja naistel vanuserühma järgi (% ja 95% uv, kaalutud).

Tabel 1. Depressiooni sümptomite esinemine koos usaldusvahemikega (uv, kaalutud)

Tunnus	Vastanuid kokku	Depressiooni sümptomitega	% (kaalutud)	95% uv (kaalutud)
Sugu				
Mees	1389	197	15,2	13,2–17,4
Naine	2168	471	21,8	20,1–23,6
Vanuserühm				
19-29	563	200	30,9	27,1–35,0
30-39	534	119	21,6	18,3–25,4
40-49	520	98	17,7	14,6–21,3
50-59	557	76	12,8	10,2–15,8
60-69	644	84	13,3	10,8–15,8
70-81	739	91	12,5	10,2–15,1
Kodune keel				
eesti	2874	517	18,0	16,5–19,5
muu	683	151	21,1	18,1–24,5
Haridus				
Kõrgharidus	1666	287	17,8	15,9–19,9
Keskharidus	1543	291	18,0	16,0–20,1
Põhiharidus	348	90	24,9	20,4–30,2
Tööhõive				
Töötav	2228	362	15,9	14,4–17,5
Töötu	143	58	37,1	29,3–45,5
Mittetöötav	1179	248	22,9	20,4–25,7
Elujärg				
Väga hea	985	120	12,3	10,2–14,7
Hea	2040	346	17,0	15,3–18,8
Kehv	520	201	38,3	33,9–42,9

Elukoht				
Alla 1000 elanikuga	886	135	15,0	12,7–17,7
1000 – 10 000 elanikuga	740	143	18,4	15,6–21,5
≥ 10 000 elanikuga	1931	390	20,3	18,4–22,3
Leibkonna liikmete arv				
1 inimene	723	161	23,4	20,2–27,0
2 inimest	2065	364	17,7	16,0–19,6
3–4 inimest	480	92	17,5	14,3–21,2
≥ 5 inimest	287	50	16,1	12,2–21,0
Tervise enesehinnang				
Hea / üsna hea	2491	358	14,2	12,8–15,7
Keskmine	935	239	28,1	25,0–31,4
Halb / üsna halb	122	67	54,8	44,8–64,3
Inimeste arv, kellele loota				
≥ 3 inimest	1974	226	11,3	9,9–12,9
1–2 inimest	1481	394	26,4	24,0–28,9
Mitte ühtegi	92	46	49,4	38,6–60,2
Kehaline aktiivsus				
≥ 2 korda nädalas	1776	281	16,1	14,4–18,0
≤ 1 kord nädalas	1293	264	19,5	17,3–21,9
Ei saa haiguse tõttu	435	117	28,2	23,8–33,1
Alkoholi tarvitamine				
Ei tarvita	1371	281	20,9	18,7–23,3
Madala terviseriskiga*	1742	299	16,6	14,8–18,5
Tervist ohustav**	172	44	25,2	18,9–32,7
Tubakatoodete ja e-sigarettide suitsetamine				
Ei tarvita	2795	495	17,9	16,4–19,4
Igapäevane	611	121	18,3	15,3–21,7
Juhutarvitamine	124	43	30,5	22,8–39,5
Kehamassiindeks				
Ala- või normaalkaal	305	305	20,4	18,3–22,7
Ülekaal	190	190	16,0	13,9–18,4
Rasvumine	172	172	19,5	16,8–22,4
Hinnang koroonaviirusele				
Ohtlik	537	537	18,0	16,5–19,5
Ei oska öelda	113	113	23,4	19,6–27,7
Pole ohtlik	16	16	13,0	7,8–21,0
Positiivne koroonatesti tulemus				
Ei	3180	588	18,4	17,0–19,9
Jah	377	80	20,4	16,4–25,0
Sündmuste ja koosviibimiste vältimine				
Ei	516	115	19,9	16,6–23,8
Jah	3016	551	18,5	17,0–20,0

* Tarvitatud absoluutse alkoholi kogus nädalas meestel 10–140 g, naistel 10–70 g.

** Tarvitatud absoluutse alkoholi kogus nädalas meestel > 140 g, naistel > 70 g.

koroonaviiruse ohtlikkusele antud hinnangu ning nakatumise ohu tõttu sündmuste/koosviibimiste vältimise vahel (vt tabel 2).

Logistilise regressioonanalüüsi kõigile teguritele kohandatud mudeli (vt tabel 2) tulemuste põhjal oli depressiooni sümptomite šanss naistel ligi kaks korda suurem kui meestel. Nooremates vanuserühmades esines sümptomeid sagedamini – võrreldes kõige vanema vanuserühmaga (70–81aastased) oli 19–29aastastel depressiooni sümptomite šanss üle kümne korra, 30–39aastastel ligi kuus korda ja 40–49aastastel neli korda suurem.

Depressiooni sümptomite esinemine oli seotud mitmete sotsiaal-majanduslike näitajatega. Võrreldes väga heal järjel vasta-

jatega oli depressiooni sümptomite šanss ligi kolm korda suurem neil, kellel oli see kehv, ja 1,6 korda suurem neil, kellel oli hea elujärg. Depressiooni sümptomeid esines oluliselt sagedamini töötutel ja mittetöötavatel võrreldes tööhõivelt aktiivsetega ning kõrgharidusega vastajatel võrreldes keskharidusega vastajatega. Oluline seos ilmnis leibkonna suurusega – ükski elavatel oli kuni kaks korda suurem depressiooni sümptomite šanss võrreldes nendega, kelle leibkond olid suurem.

Üle kümne korra suurem depressiooni sümptomite šanss oli ka neil, kes hindasid oma tervist halvaks või üsna halvaks ja kolm korda suurem šanss neil, kes hindasid keskmiseks võrrelduna vastajatega, kelle

Tabel 2. Depressiooni sümptomite (jah vs. ei) kohandamata (*odds ratio*, OR) ja kohandatud šansisuhted (*adjusted odds ratio*, AOR) koos 95% usaldusvahemikega (uv). Paksus kirjas on märgitud statistiliselt olulised seosed, $p < 0,05$

Tunnus	Kohandamata		Kohandatud kõikide tunnuste suhtes	
	OR	95% uv	AOR	95% uv
Sugu				
Mees	1		1	
Naine	1,68	1,40–2,02	1,84	1,47–2,31
Vanuserühm, aasta				
19–29	3,92	2,97–5,19	12,01	7,80–18,50
30–39	2,04	1,51–2,75	6,04	3,83–9,51
40–49	1,65	1,21–2,26	3,82	2,46–6,25
50–59	1,13	0,81–1,56	1,87	1,18–2,95
60–69	1,07	0,78–1,47	1,26	0,83–1,90
70–81	1		1	
Kodune keel				
eesti	1		1	
muu	1,29	1,05–1,59	0,96	0,74–1,25
Haridus				
Kõrgharidus	1		1	
Keskharidus	1,12	0,93–1,34	0,72	0,57–0,91
Põhiharidus	1,68	1,28–2,20	0,85	0,59–1,23
Tööhõive				
Töötav	1		1	
Töötu	3,52	2,47–5,00	2,02	1,30–3,14
Mittetöötav	1,37	1,15–1,64	1,38	1,05–1,80
Elujärg				
Väga hea	1		1	
Hea	1,47	1,18–1,84	1,56	1,20–2,03
Kehv	4,54	3,50–5,89	3,25	2,31–4,57

Elukoht				
Alla 1000 elanikuga	1		1	
1000 – 10 000 elanikuga	1,33	1,03–1,73	1,31	0,95–1,80
≥ 10 000 elanikuga	1,41	1,14–1,74	1,29	0,98–1,69
Leibkonna liikmete arv				
1 inimene	1		1	
2 inimest	0,75	0,61–0,92	0,62	0,48–0,81
3–4 inimest	0,83	0,62–1,10	0,55	0,39–0,79
≥ 5 inimest	0,74	0,51–1,05	0,49	0,31–0,76
Tervise enesehinnang				
Hea / üsna hea	1		1	
Keskmine	2,05	1,70–2,46	2,91	2,25–3,77
Halb / üsna halb	7,26	4,99–10,55	10,95	6,49–18,48
Inimeste arv, kellele tõsiste isiklike probleemide korral loota				
≥ 3 inimest	1		1	
1–2 inimest	2,80	2,34–3,36	2,44	1,97–3,02
Mitte ühtegi	7,73	5,02–11,91	6,12	3,43–10,93
Kehaline aktiivsus vähemalt 30 min				
≥ 2 korda nädalas	1		1	
≤ 1 kord nädalas	1,36	1,13–1,64	1,09	0,87–1,36
Ei saa haiguse tõttu	1,96	1,53–2,51	1,18	0,83–1,69
Alkoholi tarvitamine				
Ei tarvita	1		1	
Madala terviseriskiga	0,80	0,67–0,96	1,11	0,89–1,38
Tervist ohustav	1,33	0,92–1,92	1,79	1,15–2,79
Tubakatoodete ja e-sigarettide suitsetamine				
Ei tarvita	1		1	
Igapäevane	1,15	0,92–1,43	1,10	0,83–1,45
Juhutarvitamine	2,47	1,68–3,62	1,97	1,23–3,16
Kehamassiindeks				
Ala- või normaalkaal	1		1	
Ülekaal	0,70	0,57–0,85	0,94	0,73–1,21
Rasvumine	0,94	0,76–1,16	0,94	0,71–1,25
Hinnang koroonaviirusele				
Ohtlik	1		1	
Ei oska öelda	1,49	1,18–1,88	1	0,75–1,34
Pole ohtlik	0,86	0,50–1,48	0,65	0,32–1,31
Positiivne koroonatesti tulemus				
Ei	1		1	
Jah	1,19	0,91–1,54	1,12	0,81–1,54
Sündmuste ja koosviibimiste vältimine				
Ei	1		1	
Jah	0,78	0,62–0,98	1,18	0,32–1,31

* Tarvitatud absoluutse alkoholi kogus nädalas meestel 10–140 g, naistel 10–70 g.

** Tarvitatud absoluutse alkoholi kogus nädalas meestel > 140 g, naistel > 70 g.

tervise enesehinnang oli hea või üsna hea. Vastajatel, kellel polnud enda sõnul ühtegi inimest, kellele tõsiste isiklike probleemide korral loota, oli ligi kuus korda ja neil, kellel oli 1–2 inimest, kaks korda suurem šans depressiivsuse esinemiseks võrreldes nendega, kellel oli rohkem inimesi (kolm või enam), kellele mure korral toetuda.

Tervisekäitumisega seotud teguritest leiti, et depressiooni sümptomite olemasolu oli seotud alkoholi ja tubakatoodete või e-sigarettide tarvitamisega. Alkoholi tervist ohustavas koguses tarvitajatel ning tavasiigarette või e-sigarette aeg-ajalt tarvitajatel oli depressiooni sümptomite esinemiseks ligi kaks korda suurem šans võrreldes nendega, kes nimetatud tooteid ei tarvitanud.

ARUTELU

Tulemused näitasid, et küsitluse perioodil, aprillist maini 2021, esines Eestis depressiooni sümptomeid 19%-l vastajatest (14%-l meestest ja 22%-l naistest). Mõni kuu varem, 2021. aasta alguses, koguti andmeid Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu (RVTU) raames ning depressiooni sümptomeid esines veelgi enam – 28%-l vastajatest (24%-l meestest ja 31%-l naistest) (4). Võrdluseks, 2019. aasta Eesti terviseuuringus (ETeU) oli vastav levimus meestel 8% ja naistel 13% ning 2014. aastal vastavalt 6% ja 11% (5). Käesoleva uuringu tulemuste põhjal saab väita, et depressiooni sümptomite esinemine on võrreldes koroonapandeemiaeelse ajaga Eestis sagenenud ligi poolteist ja viimase seitsme aastaga vähemalt kaks korda.

Tuleb märkida, et võrdlusandmed nii ETeU-st kui ka RVTUst põhinevad samal vaimse tervise hindamise küsimustikul EEK-2, kuid vanuserühm on veidi laiem (ETeU-s olid valimisse kaasatud üle 15aastased ja RVTU-sse üle 18aastased Eesti elanikud ilma ülemise vanusepiirita). Tulemuste erinevusi võis mõnevõrra mõjutada andmekogumise viis: käesolev uuring oli veebiküsitlus, ETeU-s vastas enamik vastajaid küsimustele silmast silma intervjuu vormis, RVTU oli posti- ja veebiküsitlus (4, 15). Depressiooni sümptomite olemasolu hüppelist suurenemist ei saa kindlasti seostada üksnes pandeemiaga – arvestades üldise suurema tähelepanuga vaimse tervise teemadele viimastel aastatel võib oletada, et vaimse tervisega seotud probleeme julgetakse avatumalt tunnistada.

Pandeemia ajal korraldatud depressiooni / depressiooni sümptomeid käsitlevates uuringutes on saadud väga erinevaid tulemusi. Kõige väiksem depressiooni levimus, 6%, oli Lätis (16), käesoleva uuringuga sarnased tulemused olid Rootsis (16%) (17) ja ülemaailmses (kokku 40 riiki igalt mandrilt) uuringus (18%) (18), mõnevõrra suuremad levimused näitajad olid USAs (24%) (19) ja Austraalias (27%) (20). Ühe metaanalüüsi põhjal, milles kasutati peamiselt Aasia riikide andmeid, oli depressiooni levimuseks 33%, kaasatud uuringutes (n = 39) jäid levimused 6% ja 73% vahele (21).

Tulemuste suure varieeruvuse põhjuseks on ühelt poolt see, et depressiooni ja depressiooni sümptomite hindamiseks kasutatakse erinevaid enesehinnangulisi instrumente. Lisaks mängib tõenäoliselt rolli ka see, millises pandeemia faasis oli parasjagu riik, kui andmeid koguti, ja oluline on ka uuritavate vanus. Samuti tuleb arvestada, et pandeemia ajal tehtud teiste riikide küsitlusuuringud põhinesid enamasti mugavusvalimil, mistõttu võisidki nendes osaleda aktiivsemalt inimesed, kelle jaoks vaimse tervise probleemid olid aktuaalsemad, ja seetõttu võib depressiooni esinemine olla ülehinnatud.

Seotud tegurid

Tulenevalt nii bioloogilistest kui ka sotsiaalsetest põhjustest esineb depressiooni sagedamini naistel (22). Seega ei olnud üllatav, et ka siinses uuringus esines naistel depressiooni sümptomeid ligi kaks korda enam, nagu on ilmnunud ka mitmetes teistes pandeemiaaegsetes uuringutes (2, 4, 6, 17, 18, 21). Samas on mitmeid pandeemiaaegseid uuringuid, kus sugude vahel erinevust ei olnud (16, 20, 23).

On leitud, et naised kulutasid piirangute ajal palju rohkem aega nn mittetasustatud töödele (24). Näiteks jäid koolide ja lasteaedade sulgemisest või pereliikmete haigestumisest tingitud täiendavad hooldamis- ja majapidamiskohustused suurema tõenäosusega just naiste kanda (2). Lisaks vähendasid naised meestest tõenäolisemalt tööaega, kohandasid töögraafikut või olles hoolduslehel (24). Naistel on ka meestega võrreldes madalamad palgad, väiksemad säästud ja ebastabiilsemad töökohad (2), mistõttu olid naised pandeemia ajal suurema tõenäosusega majanduslikult ebasoodsamas olukorras. Samuti töötab

rohkem naisi eesliinil – tervishoiutöötaja, õpetaja või teenindajana –, mistõttu võis suureneda nii nende töökoormus kui ka risk haigestuda suure hulga kontaktide tõttu. Piirangute ajal sages ka lähisuhtevägivald ning naistel oli suurem tõenäosus sattuda selle ohvriks (2).

Ehkki koroonaviirus on üldiselt ohtlikum eakatele, mis viitab ka nende vaimse tervise halvenemisele, näitavad pandeemiaaegsed uuringud, et pandeemiast on rohkem mõjutatud nooremate täiskasvanute vaimne tervis (2, 4, 6, 16, 17, 20, 21). Erandiks ei olnud ka käesolev uuring – võrreldes vanima vanuserühmaga oli alla 30aastastel kaksteist ja 30–39aastastel ligi kuus korda suurem šans depressiooni sümptomite esinemiseks. Ühe selgitusena on toodud välja noorte suurem hirm ja ebakindlus töökaotuse ja majandusliku kriisi ees (2, 25), aga ilmselt pole see ainus ja peamine põhjus. Nii nagu ka naised, kogesid üksildustunnet sagedamini nooremad (6, 26).

Nii sotsiaalsete kontaktide vähenemine kui ka üksildustunne on seotud suurema depressiooniriskiga (27). Siiski on ebaselge, kas vaimse tervise probleemid tekitavad üksildust või on olukord vastupidine (4). Tulemused on mõnes mõttes üllatavad, kuna vanemas eas on suurem tõenäosus kogeda muid negatiivseid elusündmusi (nt elukaaslase kaotus, rasked haigused) (19) ning keerulisem on ka igapäevane toimetulek vanusega kaasnevate terviseprobleemide tõttu. Vanuse kaitsvat mõju vaimse tervisele seotud probleemide vastu COVIDi-kriisi ajal on püütud selgitada sellega, et eakamad keskenduvad rohkem praegusele hetkele ning seavad lühiajalisemaid eesmärgi, kuna on teadlikumad elu lõplikkusest (19).

Käesoleva uuringu tulemused erinevad pandeemia eel korraldatud Eesti terviseuuringu andmetest (5), kus leiti, et pärast keskiga hakkab depressiooni sümptomite esinemine koos vanusega suurenema. Pandeemia alguses läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetel tundsid end teistest vähem masendununa samuti keskealised (35–44 a), kuid noorematel ja eakatel oli masenduse kogemine üsna sarnane (28). Siiski on ebaselge, kas nooremate kehvem vaimne tervis on seotud pandeemiaga või peegeldavad vanuselised erinevused lihtsalt olemasolevaid erinevusi.

Sarnaselt mitmete Eesti (4, 11, 29, 30) ja teiste riikide uuringutega (6, 7, 17, 21, 23) esines depressiooni sümptomeid sagedamini kehvema elujärje korral. Samuti on tavapärane, et majanduslikult aktiivsetel esineb depressiooni sümptomeid harvemini kui mitteaktiivsetel (11, 16, 21, 29), ning see on ka mõistetav, kuna depressioon võib olla üheks töövõimetuse põhjustajaks (1).

Seosed depressiooni sümptomite ja hariduse vahel on teaduskirjanduses vastuolulised, sageli pole seost leitud (7, 16, 19, 29, 30), kuid on uuringud, sh RVTU, mis on toonud välja, et madalama hariduse korral oli depressiooni risk suurem (4, 11, 21). Leid, et käesolevas uuringus oli keskharidus (vs. kõrgharidus) depressiooni sümptomite esinemise puhul kaitseteguriks, vajab täiendavat uurimist, kuid lisaanalüüs näitas, et see seos kehtis üksnes naiste puhul.

Kui varasemates Eesti uuringutes (29, 30) leiti, et mitte-eestlastel oli suurem depressiooni risk, siis käesolevas uuringus oli selle esinemissagedus eesti keelt kõnelevatel ja muukeelsetel vastajatel sarnane. Erinevust rahvuste vahel ei leitud ka Lätis (16) ega Inglismaal (6).

Üksi elamine oli oluliselt seotud depressiooni sümptomite esinemisega, elamine koos vähemalt ühe inimesega oli kaitsetegur. Vaatamata sellele, et pandeemia ajal võisid suhted sama leibkonna liikmete vahel olla pingelisemad, on mujalgi leitud, et üksi elavatel esines vaimse tervise probleeme pandeemia ajal enam kui neil, kes elasid kellegagi koos. Näiteks leiti Hollandis, et ehkki pandeemia ajal langes meeleolu oluliselt nii üksi kui ka suuremates leibkondades elavatel inimestel, suurenes üksildustunne enam just üksi elavatel, ühtlasi tajusid nad vähem tuge perekonnalt ja sõpradelt (31). On üllatav, et vaatamata sellele, et naistel ja noorematel oli kriisi ajal kokkuvõttes suurem depressioonirisk, näitasid RVTU andmed, et alaealiste lastega koos elamine (sh üksikvanematel) oli kuni 44aastaste puhul depressiooni kaitseteguriks ning teistest suurema depressiooni riskiga olid hoopis üle 45aastased üksi elavad mehed (4).

Nagu ka varasemates Eesti uuringutes (29, 30), ei leitud depressiooni sümptomite esinemisel seost elukoha piirkonnaga. Pandeemiaaegsed välisriikide uuringute

tulemused on vastuolulised: Lätis (16) ja Suurbritannias (26) leiti, et depressiooni ja üksildust esines sagedamini linna kui maapiirkonna elanikel, Hiinas (21) erinevust ei leitud. Prantsusmaa eakate hulgas esimese täieliku sulgemise ajal tehtud uuringust selgus, et maapiirkondade elanikel esines oluliselt vähem depressiooni ning seda seostati asjaoluga, et peaaegu kõigil oli ligipääs oma aiale või loodusele, samuti oli maapiirkondade elanikel aktiivsem sotsiaalne suhtlus ja nad tundsid end vähem „vangistatuna“ (32). Soome uuringus leiti, et elamine piirkonnas, kus on palju rohealasid, on seotud väiksema depressiooni riskiga (33).

Koroonapandeemia puhkedes, eriolukorra ajal, liikusid paljud Eesti pered (ajutiselt) elama maapiirkondadesse. Ehkki täpseid hinnanguid pole sellele võimalik anda, vihjasid sellele muutused andmeside kasutuses – mobiilse interneti kasutamine suurenes just linnade äärealadel ja maapiirkondades (34). Seda, kas selle otsuse taga oli soov vähendada kontakte, tunda ennast vabamana, vähendada stressi looduslikumas keskkonnas viibimise abil või hoopis avanenud võimalus teha kaugtööd, on keeruline hinnata.

Andmete analüüsil ilmnes, et kui mudeli kohandamisel ei võetud arvesse leibkonna suurust, oli maapiirkonnas elamine depressiooni kaitseteguriks. See viib oletuseni, et maal elamisest saadav positiivne mõju vaimsele tervisele ei pruugigi olla seotud üksnes rahulikumas või looduskeskkonnas viibimisega, vaid veelgi olulisem on see, et maapiirkondades elatakse sagedamini suuremates leibkondades ja/või on sotsiaalsed võrgustikud neis piirkondades tugevamad. Lähedased ja usalduslikud suhted on vaimse tervise puhul väga olulised, sotsiaalse toe, sh pere- ja lähedussuhete puudumist võib pidada oluliseks depressiooni riskiteguriks (4, 21, 26). Tulemused näitasidki, et nii nagu suurem leibkond, oli ka suurem sotsiaalne võrgustik (inimeste arv, kellele tõsiste isiklike probleemide korral toetuda) kaitseteguriks depressiooni sümptomite esinemise suhtes.

Tervise enesehinnang on valiidne tervise seisundi indikaator, millel on seos paljude krooniliste haiguste, sh depressiooniga (35), ning mis selgitab depressiooni sümptomite olemasolu tugevat seost enesehinnangulise tervisega. Sama on leitud ka Hiinas (23).

Veelgi enam, ühe Korea uuringu põhjal peetakse tervise enesehinnangut noorte täiskasvanute, eriti meeste puhul, usaldusväärseks vahendiks depressiooniriski hindamisel (36).

Erinevalt RVTU tulemustest (4) ja longituudsetel uuringutel põhinevast metaanalüüsist (37), mis näitasid, et rasvunudel oli suurem depressiooni risk, käesolevas uuringus seoseid depressiooni sümptomite ja kehamassiindeksi vahel ei leitud. Samuti ei tulnud esile seost vaba aja kehalise aktiivsuse ja vaimse tervise vahel. Siiski on mitmetest uuringutest selgunud, et kehaliselt aktiivsetel esineb depressiooni oluliselt vähem (4, 20, 21) ning isegi madala intensiivsusega kehaline aktiivsus (nt jalutamine) on seotud depressiooni väiksema riskiga (39).

Seevastu olid tavasigaretide või e-sigaretide aeg-ajalt tarvitamine ja tervist ohustav alkoholarvitamine seotud suurema depressiooni sümptomite esinemisega. Seosed alkoholi tarvitamise ja depressiooni vahel on vastuolulised. Hiljutises kohortuuringutel põhinevas metaanalüüsis leiti, et depressiooni risk oli sarnane nii mittetarvitajatel kui ka neil, kes tarvitasid alkoholi suurtes kogustes, ning depressiivsuse risk oli suurem üksnes siis, kui võrdlusrühmaks olid need, kes tarvitasid alkoholi mõõdukalt (39). Üsna sarnasele tulemusele jõuti ka RVTUs, kus võrreldes alkoholi mõõdukalt (2–4 korda nädalas) tarvitajatega oli depressiooni risk suurem nii neil, kes alkoholi kunagi ei tarvitanud, kui ka neil, kes tarvitasid seda sagedamini kui neli korda nädalas (4). Samas on selgelt välja toodud, et kui alkoholarvitamise häire on juba diagnoositud, suurendab see oluliselt nii depressiooni (40) kui ka depressiooni sümptomite (39) riski.

On hulgaliselt uuringuid, sh RVTU (4), kus on ilmnunud tugevad seosed depressiooni sümptomite ja suitsetamise vahel (41). Käesolevas uuringus selgus, et depressiooni sümptomite šanss oli suurem neil, kes tarvitasid sigarette või e-sigarette aeg-ajalt, kuid mitte igapäevaselt. On leitud, et nn eneseravi eesmärgil tarvitatakse tubakatooteid (ja ka teisi uimasteid) selleks, et leevendada olemasolevaid vaimseid probleeme, näiteks selleks, et tulla toime teatud tüüpi emotsionaalse valuga (42). Aga on ka uuringuid, mis viitavad sellele, et pikaajaline suitsetamine võib suurendada

dada vastuvõtlikkust depressioonile (41). Pandeemia ajal tehtud Austraalia uuringus leiti, et neil, kes hakkasid pandeemia ajal enam suitsetama ja alkoholi tarvitama, oli suurem depressiooni risk (20).

Depressiooni sümptomeid oli sarnaselt nii COVID-19-haigust ohtlikuks kui ka mitteohtlikuks pidanud vastajate hulgas. Teistest mõnevõrra rohkem esines sümptomeid neil, kes olid koroonaviiruse ohtlikkuse suhtes kahtleval seisukohal, kuid kohandatud analüüsi põhjal ei olnud see seos enam statistiliselt oluline. Võimetus või raskus teha otsuseid, muu hulgas selleks, et vältida otsustamisega kaasnevat ärevust, on üks peamisi depressiooni sümptomeid (43). Ehkki muutused sotsiaalsetes suhetes on koroonakriisi ajal olnud oluliseks stressi allikaks (13), ei tulnud käesolevas uuringus välja, et koosviibimiste vältimine oleks olnud seotud depressiooni sümptomite olemasoluga. Seda ei saa aga üheselt tõlgendada, sest pandeemiline olukord ise tingis koosviibimiste piiramist. Kuigi on andmeid, et COVID-19 põdemine võib olla psühhiaatriliste haiguste riskitegur (44), ei ilmnenud käesolevas uuringus seost positiivse koroonatesti tulemuse ja depressiooni sümptomite vahel.

Uuringu tulemused näitavad selgelt, et inimeste vaimne tervis on pandeemia ajal halvenenud ning tuleb astuda otsustavaid samme, kuidas vaimse tervise epideemia peatada. Koroonaeptideemia ajal viidi läbi väga põhjalik vaimse tervise teemasid käsitlev longituudne rahvastikupõhine küsitlusuuring (RVTU), mille lõppraportis on muu hulgas antud soovitusi poliitika-kujundajatele rahvastiku vaimse tervise parandamise asjus (4). Samuti on valitsus 2021. aastal heaks kiitnud vaimse tervise rohelise raamatu, millesse on koondatud kokku valdkonna probleemkohad, kesken-dudes ennetusele ja õigeaegsele abile, ning tehtud ettepanekud valdkonna edasiseks suunatud arenguks (45). Erinevate sektorite koostöös on loodud mitmeid vaimset tervist toetavaid algatusi ja veebilehti (nt peaasi.ee, palunabi.ee). Üksikisiku tasandil peaksime leidma kiire elutempos rohkem aega, et panustada headesse suhetesse nii kodus, tööl kui ka sõpruskonnas, et märgata ja tunnustada üksteist, sest nagu kinnitasid ka selle uuringu tulemused, on oluline, et oleks piisavalt inimesi, kelle poole mure korral pöörduda.

Uuringu peamisteks tugevusteks on rahvastikupõhisel valimil teostatud andmekorje, mis ajastati vastavalt pandeemia arengule Eestis, ning depressiooni sümptomite hindamiseks valideeritud EEK-2 küsimustiku kasutamine. Uuringu puuduseks võib pidada tagasihoidlikku vastamismäära ning vastamisnihet: uuringus osalesid aktiivsemalt naised ja vanemad inimesed. Viimasel juhul võib oletada, et need eakad, kellel oli ligipääs internetile ja oskus veebiküsitlusele vastata, on ka üldiselt positiivsema ellusuhtumisega, tunnevad vähem üksildust, on aktiivsemad ning neil on parem sotsiaalne võrgustik, mistõttu võib depressiooni sümptomite esinemine eakamate hulgas olla alahinnatud.

Tulenevalt uuringu kavandist ei ole kogutud andmete puhul võimalik hinnata seoste põhjuslikkust. Nõrkuseks on ka asjaolu, et uuring põhineb vastaja enda antud subjektiivsetel vastustel. Teisalt tuleb arvestada, et üksnes kliinilise diagnoosi alusel saaksime tõenäoliselt alahinnangu, kuna hõlmatud oleksid ainult need, kes on endale probleemi teadvustanud ja abi saamiseks arsti juurde pöördunud. Seega võimaldab vastamisnihet korrigeerivate kaalutud andmete kasutamine anda rahvastikule üldistatavaid hinnanguid enesekohaste depressiooni sümptomite levimuse kohta pandeemia ajal (sh teiste Eesti uuringutega võrdluses) ning adekvaatse hinnangu depressioonile viitavate sümptomite esinemise ja sellega seotud tegurite kohta rahvastikus.

JÄRELDUSED

Ehkki pandeemia pikaajalised mõjud pole veel teada, on näha, et võrreldes pandeemiaeelsete uuringutega on vaimse tervise probleemid sagenenud ning depressioonile viitavaid sümptomeid esines 2021. aasta kevadel peaaegu igal viiendal vastajal. Depressiooni sümptomeid oli sagedamini just naistel, nooremaealistel ning neil, kellel oli väiksem sotsiaalne võrgustik. Ootuspäraselt oli depressiooni sümptomite esinemisel tugev seos kehva tervise enesehinnanguga. Samuti olid pandeemia ajal kehvema vaimse tervise sagedamini kehvema elujärgiga vastajaid, sh töötud ja mittetöötavad, ning depressiooni sümptomite olemasolu oli seotud nii tubakatoodete või e-sigarettide juhusliku tarvitamise kui ka alkoholi liigtarvitamisega.

¹ Department of Drug and Infectious Diseases Epidemiology, National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia,

² Department of Epidemiology and Biostatistics, National Institute for Health Development,

³ National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia

Correspondence to:

Elisa Kender
elisa.kender@gmail.com

Keywords: depression symptoms, mental health, health behaviour, COVID-19, adults

SUMMARY

Prevalence of depression symptoms among Estonian adults and associated factors after the first COVID-19 year

Elisa Kender¹, Sigrid Vorobjov¹, Rainer Reile², Kaire Innos², Eha Nurk³, Kaia Laidra², Merili Tamson¹

Background and aim. Mental disorders, especially depression, are leading causes of the global health related burden. Evidence suggests that the COVID-19 pandemic has increased the incidence of mental health problems. The aim of this study was to describe the prevalence of depression symptoms among adults and to analyse associations between self-reported depression symptoms and health and COVID-19 related factors in the general population of Estonia.

Methodology. The study was conducted at the National Institute for Health Development. Data were collected from the cross-sectional web-based survey, conducted after the second wave of the COVID-19 outbreak (from April 13 to May 5, 2021) in Estonia. Altogether 3,604 adults responded to the survey; the response rate was 35%. The data for 3,557 respondents were included in analysis.

The Emotional State Questionnaire version 2, a self-report questionnaire for depression symptoms, was used to assess the prevalence with the 95% confidence interval (CI). Logistic regression analysis was used to analyse associations between depression symptoms and various factors.

Results. During the past month, 18.6% (95% CI 17.3–20.0) of the respondents had had depression symptoms. The prevalence of depression symptoms was significantly higher among women compared to men (15.2% vs. 21.6%, AOR = 1.8) during the COVID-19 pandemic. The odds of depression symptoms during the COVID-19 pandemic were higher for younger adults, e.g., compared to 70+ year-old people. The AOR=12.0 for 19–29 year-old, AOR=6.0 for 30–39 year-old and AOR=3.8 for 40–49 year-old people. In addition, people with

poorer living conditions, unemployed and non-working people and people living alone had higher odds of depressive symptoms. This was also the case with lower self-rated health, less people to rely on, as well as consumption of alcohol in harmful amounts and occasional smoking of regular or e-cigarettes.

Conclusion. About one person in five had experienced depression symptoms during the past month. Interventions should primarily be targeted to women, younger age groups, those with a smaller social support network and people with poorer living conditions.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204–22.
2. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398:1700–12.
3. Aluoja A, Shlik J, Vasar V, et al. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 1999;53:443–9.
4. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu; 2022. https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2022/06/RVTU_L6pparuanne-RITA1.pdf. Kasutatud 17.06.2022.
5. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja -uuringute andmebaas. ETU41: Depressiooni esinemine soo, vanuserühma ja taustatunnuste järgi. Kasutatud 21.04.2022.
6. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19. *Br J Psychiatry* 2021;218:1.
7. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, et al. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2019686.
8. COVID-19 Data Explorer. Our World in Data 2021. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>. Kasutatud 20.04.2022.
9. Eesti Vabariigi Valitsus. 11. märtsist kehtivad üle Eesti ranged piirangud. <https://valitsus.ee/uudised/11-martsist-kehtivad-ule-eesti-ranged-piirangud>.
10. Eesti Vabariigi Valitsus. Valitsus leevendab järk-järgult COVID-19 piiranguid alates 26. aprillist. <https://www.valitsus.ee/uudised/valitsus-leevendab-jark-jargult-covid-19-piiranguid-alates-26-aprillist>.
11. Leinsalu M, Reile R, Stickley A. Economic fluctuations and long-term trends in depression: a repeated cross-sectional study in Estonia 2004–2016. *J Epidemiol Community Heal* 2019;73:1026–32.
12. Kender E, Reile R, Innos K jt. Teadlikkus koroonaviirusest ja seotud hoiakud Eestis: rahvastikupõhine küsitlusuuring (COVID-19 kiiruuring). Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021. <https://tai.ee/et/valjaanded/teadlikkus-koroonaviirusest-ja-seotud-hoiakud-eestis-rahvastikupohine-kusitlusuuring>.
13. Park CL, Russell BS, Fendrich M, et al. Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *J Gen Intern Med* 2020;35:2296–303.
14. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, et al. Screening for depression in primary care. *Fam Pract* 2006;23:693–8.
15. Ruuge M, Sokurova D. Eesti Terviseuuring 2019. Metoodika ülevaade. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021. <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-terviseuuring-2019>.
16. Vrublevska J, Sibalova A, Aleskere I, et al. Factors related to depression, distress, and self-reported changes in anxiety, depression, and suicidal thoughts during the COVID-19 state of emergency in Latvia. *Nord J Psychiatry* 2021;75:614–23.
17. Lovik A, González-Hijón J, Kähler AK, et al. Mental health indicators in Sweden over a 12-month period during the COVID-19 pandemic. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.10.21267338v1>.

18. Fountoulakis KN, Karakatsoulis G, Abraham S, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;54:21–40.
19. Wilson JM, Lee J, Shook NJ. COVID-19 worries and mental health: the moderating effect of age. *Aging Ment Health* 2021;25:1289–96.
20. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1–13.
21. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2020;15:e0244630.
22. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psych* 2017;4:146–58.
23. Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 2020;15:e0231924.
24. Xue B, McMunn A. Gender differences in the impact of the Covid-19 lockdown on unpaid care work and psychological distress in the UK. *PLoS One* 2021;16:e0247959.
25. Haugas S, Allemann Ma, Anniste K. COVID-19 pandeemia sotsiaal-majanduslik mõju noortele. *Praxis poliitikaanalüüs*; 2021. https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2021/01/COVID_19_mõju_noortele_lopparuanne_241121.pdf.
26. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Soc Sci Med* 2020;265:113521.
27. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:1218–39. e3.
28. Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021. <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-taiskasvanud-rahvastiku-tervisekaitumise-uuring-2020>.
29. 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.
30. Kleinberg A. Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services [dissertation]. Tartu: University of Tartu Press; 2014.
31. Hendriksen PA, Kiani P, Garssen J, et al. Living alone or together during lockdown: association with mood, immune fitness and experiencing COVID-19 Symptoms. *Psychol Res Behav Manag* 2021;14:1947.
32. Pérès K, Ouvreard C, Koleček M, et al. Living in rural area: A protective factor for a negative experience of the lockdown and the COVID-19 crisis in the oldest old population? *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36:1950–8.
33. Gonzales-Inca C, Pentti J, Stenholm S, et al. Residential greenness and risks of depression: Longitudinal associations with different greenness indicators and spatial scales in a Finnish population cohort. *Health Place* 2022;74:102760.
34. IT-uudised. Kaart näitab, kus on mobiilse interneti kasutus enim kasvanud. 2021 <https://www.ituudised.ee/uudised/2020/03/26/kaart-naitab-kus-on-mobiilse-interneti-kasutus-enim-kasvanud>.
35. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55:364–70.
36. Kim Y, Jang E. Low self-rated health as a risk factor for depression in South Korea: a survey of young males and females. *Healthcare* 2021;9.
37. Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Vol. 67. *Archives of General Psychiatry*. Am Me Assoc 2010;220–9.
38. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013;45:649–57.
39. Li J, Wang H, Li M, et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2020;115:1224–43.
40. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106:906–14.
41. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, et al. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res* 2017;19:3–13.
42. Turner S, Mota N, Bolton J, et al. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety* 2018;35:851.
43. Leykin Y, Roberts CS, Derubeis RJ. Decision-making and depressive symptomatology. *Cognit Ther Res* 2011;35:333.
44. Taquet M, Geddes FRCPsych JR, Harrison FRCPsych PJ, et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Artic Lancet Psychiatry* 2021;8:130–70.
45. Sotsiaalministeerium. Vaimse tervise roheline raamat. Tallinn; 2020.

LÜHIDALT

Ka mõõdukas alkoholi tarvitamine on insuldi riskitegur

Iirimaa Galway ülikooli koordineeritud ülemaailmses insuldi riskitegurite uuringus INTERSTROKE, kus osales 27 erineva arengutasemega riigi uurijaid kogu maailmast, analüüsiti alkoholi tarvitamise seost nii isheemilise kui ka hemorraagilise insuldi tekkega.

Osalejate kirjeldatud alkoholi tarvitamise harjumuse (mitu annust nädalas) järgi hinnati alkoholi tarvitamist järgmiselt: vähene (1–7 annust), mõõdukas (naised 7–14, mehed 7–21 annust), rohke (naised > 14, mehed > 21 annust), rohke joomise episoodid,

mispuhul juuakse kuu aja vältel enam kui ühel päeval üle 5 annuse. Kokku analüüsiti 12 913 insuldi põdenud ja 12 935 kontrollgrupi isiku andmete põhjal seoseid insuldi tekke ja alkoholi tarvitamise vahel. Arvutati insuldi tekke šansside suhe (OR) alkoholi tarvitajatel võrreldes alkoholi mittetarvitajatega. Uuritavate keskmine vanus oli 63,9 aastat, 40,5% olid naised.

Alkoholi mõõduka regulaarse tarvitamise korral suurenes üldine insuldirisk 14% võrra, kuid hemorraagilise insuldi risk 50% võrra, isheemilise insuldi risk ei suurenenud. Rohke joomise episoodid suurendasid üldist insuldiriski 39%, isheemilise insuldi riski 29% ja hemorraagilise insuldi riski 76%

võrra. Rohke alkoholi pruukimise korral suurenes insuldirisk 57% võrra kõigi selle vormide puhul. Vähene alkoholi tarvitamine ei mõjutanud insuldiriski ka selle eri vormide puhul, kuid ilmned teatud regionaalsed erinevused. Näiteks oli insuldi tekke risk vähese alkoholi tarvitamise korral väike Euroopa ja Põhja-Ameerika maades (OR 0,66), seevastu suur Indias (OR 2,18). Ilmnes ka, et enam veini joonud isikutel oli väiksem isheemilise, kuid mitte hemorraagilise insuldi risk.

REFEREERITUD

Smyth A, O'Donnell M, Rangarajan S, et al. Alcohol intake as a risk factor for acute stroke: The INTERSTROKE Study. *Neurology*, doi: 10.1212/WNL.0000000000201388. Online ahead of print.