

Eesti inimeste vaimne tervis ja heaolu

Kadri Soo

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Soo, K. (2026). Eesti inimeste vaimne tervis ja heaolu. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. <https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti>

Sissejuhatus

Viimasel ajal on vaimsest tervisest saanud prioriteetne teema poliitikas, teaduses ja praktikas. Seda on põhjustanud mure vaimse tervise probleemide ulatusliku leviku pärast nii Eestis (Akkermann *et al.*, 2023) kui ka globaalselt, eriti aga vaimse tervise probleemide kasvutrend noorte täiskasvanute hulgas ning COVID-19 pandeemia mõjud (WHO, 2025b). Vaimse tervise probleemid ei puuduta üksnes indiviidi käekäiku, vaid neil on laiem ühiskondlik mõju, mis on seotud nii töövõime, sotsiaalsete suhete kui ka majanduslike kuludega. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO, 2025a) määratleb vaimset tervist laialt – see on heaoluseisund, mis võimaldab inimesel realiseerida oma võimeid, tulla toime igapäevaelu pingete ja stressiga, töötada tulemusrikkalt ning panustada ühiskonda. Kitsama käsitluse kohaselt tähendab vaimne tervis psüühikahäirete puudumist (VanderWeele *et al.*, 2026). Vaimse tervise probleemide puudumine ei garanteeri veel kõrget heaolu.

Teaduskirjanduses kasutatakse sageli vaimse tervise ja vaimse heaolu mõistet läbisegi (Cilar Budler, 2025) või sünonüümidena (VanderWeele *et al.*, 2026). Maailma Terviseorganisatsioon (WHO, 2022) näeb vaimset heaolu vaimse tervise olulise positiivse komponendina, mis sisaldab psühholoogilise, afektiivse ja kognitiivse heaolu elemente (VanderWeele *et al.*, 2026). Näiteks on kõrge vaimse heaoluga inimene tõenäoliselt õnnelik ja eesmärgipärane, tunneb elus toimuvat vastu huvi, suudab toime tulla erinevate tunnetega, luua ja hoida tähendusrikkaid suhteid ning kohaneda stressiolukorras.

Stressiks peetakse tegelikku või tajutud ohtu inimese psühholoogilisele või füsioloogilisele terviklikkusele, see toob kaasa käitumuslikke või füsioloogilisi reaktsioone stressitekitaja kõrvaldamiseks (McEwen, 2007). Inimene võib kogeda stressi olukordades, mida ta hindab ohustavana või tema toimetulekuvõimet ületavana, näiteks trauma, suur füüsiline ja vaimne koormus tööl, konfliktid suhetes, sotsiaalne isolatsioon või ootamatud sündmused. Mõõdukalt stressi peetakse normaalseks ning inimese motivatsiooni ja vastupidavust tugevdavaks (Franke, 2014), ent suurel määral stressi kogemine alandab heolutunnet (Mensah, 2021) ja suurendab tervise riske, sh depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemist (Tafet ja Nemeroff, 2016).

Vaimne heaolu, stress, depressioon ja ärevus on omavahel tihedalt seotud psühholoogilise (düs)funktioneerimise ilmingud, mis peegeldavad inimese vaimse tervise seisundit. Siin peatükis analüüsitakse vaimse tervisega seotud positiivsete ja negatiivsete aspektide esinemist ning antakse ülevaate inimeste hinnangust oma tervisele üldiselt. Täpsemalt käsitletakse vaimset heaolu, stressi, depressiooni ja ärevuse sümptomeid peamiste sotsiaaldemograafiliste näitajate

järgi ning uuritakse nende seost terviseenesehinnanguga. Kuna peatükk tugineb Maailma Terviseorganisatsiooni arusaamale vaimsest tervisest ja heaolust, siis heaolu terminoloogias selguse hoidmiseks nimetatakse vaimse heaolu mõistet terviseorganisatsiooni kaudu (WHO vaimne heaolu).

Metoodika

Hea Eesti uuringus kasutati **vaimse heaolu hindamiseks** WHO-5 mõõdikut (World Health Organization Well-being Index; WHO, 2024), mille vastusevariante on uuringu tarvis modifitseeritud. WHO-5 on laialdaselt kasutatav viieväiteline skaala inimese positiivse emotsionaalse seisundi hindamiseks. Uuringus paluti inimestel hinnata nelja väidet (Kui sageli viimase 2 nädala jooksul tundsite end: (a) rõõmsa ja heatujulisena?, (b) rahuliku ja pingevabana?, (c) aktiivse ja energilisena? ja (d) värsket ja puhanuna?), kasutades skaalat: 0 – „üldse mitte“, 1 – „mitmel päeval“, 2 – „pooltel päevadel“, 3 – „rohkem kui pooltel päevadel“, 4 – „peaaegu iga päev või iga päev“. Üht väidet „Mu igapäevaelu pakub mulle huvi“ mõõdeti viiepallisel skaalal (0 – „üldse ei nõustu“ ... 4 – „nõustun täielikult“). Nende väidete liitmise teel arvutati koondnäitaja, mis varieerub nullist (kõige madalam võimalik heaolu) kahekümneni (maksimaalne võimalik heaolu). Arvutatud indeksi reliaabluse näitaja Cronbachi alfa on 0,86. WHO-5 indeksi autorid soovivad kasutada skaala keskpunkti lävendina, millest väiksemad väärtused viitavad madalale heaolule (siin < 10), suuremad väärtused kõrgele heaolule (siin ≥ 10).

Depressiooni sümptomite esinemist uuriti PHQ-2 (Patient Health Questionnaire – 2) instrumendiga, mis on lühike enesekohane küsimustik kahe peamise depressiooni sümptomi sõelumiseks esmatasandi arstiabis ja vaimse tervise riskide kaardistamiseks elanikkonna küsitlustes (Kroenke & Spitzer & Williams, 2003). Vastajal paluti hinnata, kui sageli viimase kahe nädala jooksul on teda häirinud järgmised probleemid: (a) tegevused ei paku huvi või rõõmu ja (b) kurbuse, masenduse või lootusetuse tunne.

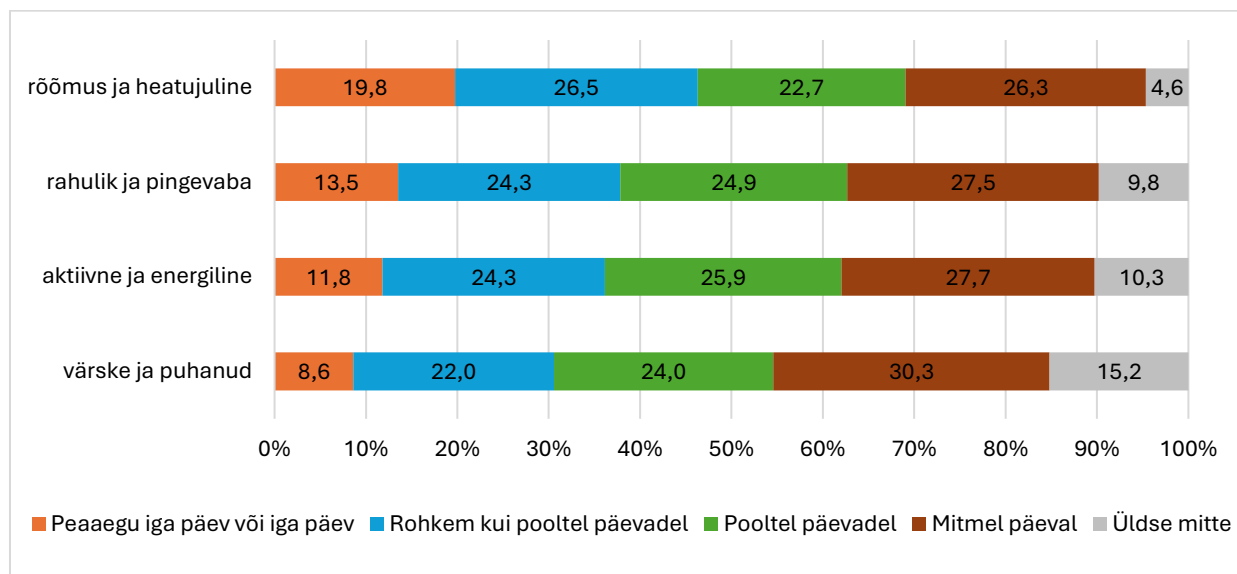
Ärevuse ilminguid hinnati GAD-2 testiga (Generalized Anxiety Disorder – 2), mis on lühem versioon Spitzeri, Kroenke, Williamsi ja Löwe (2006) välja töötatud mõõdikust üldistunud ärevushäire sümptomite tuvastamiseks. Uuritavatel paluti mõelda viimase kahe nädala peale ning märkida, kas neid on häirinud probleemid nagu (a) närviline, ärev või pinges olek ja (b) suutmatuse muretsemist peatada või kontrollida. PHQ-2 ja GAD-2 puhul kasutati neljapallist skaalat: 0 – „üldse mitte“, 1 – „mitmel päeval“, 2 – „üle poole päevadest“, 3 – „peaaegu iga päev“.

Mõlema vaimse tervise probleemi kohta koostati koondnäitaja vastavate väidete liitmise teel. Indeksid varieeruvad skaalal 0–6, kus suurem väärtus näitab sagedasemat sümptomite esinemist. Raportis esitatakse indeks grupeerituna, kus skaalapunktid 0–2 viitavad riski puudumisele ja punktid 3 ning rohkem riski esinemisele.

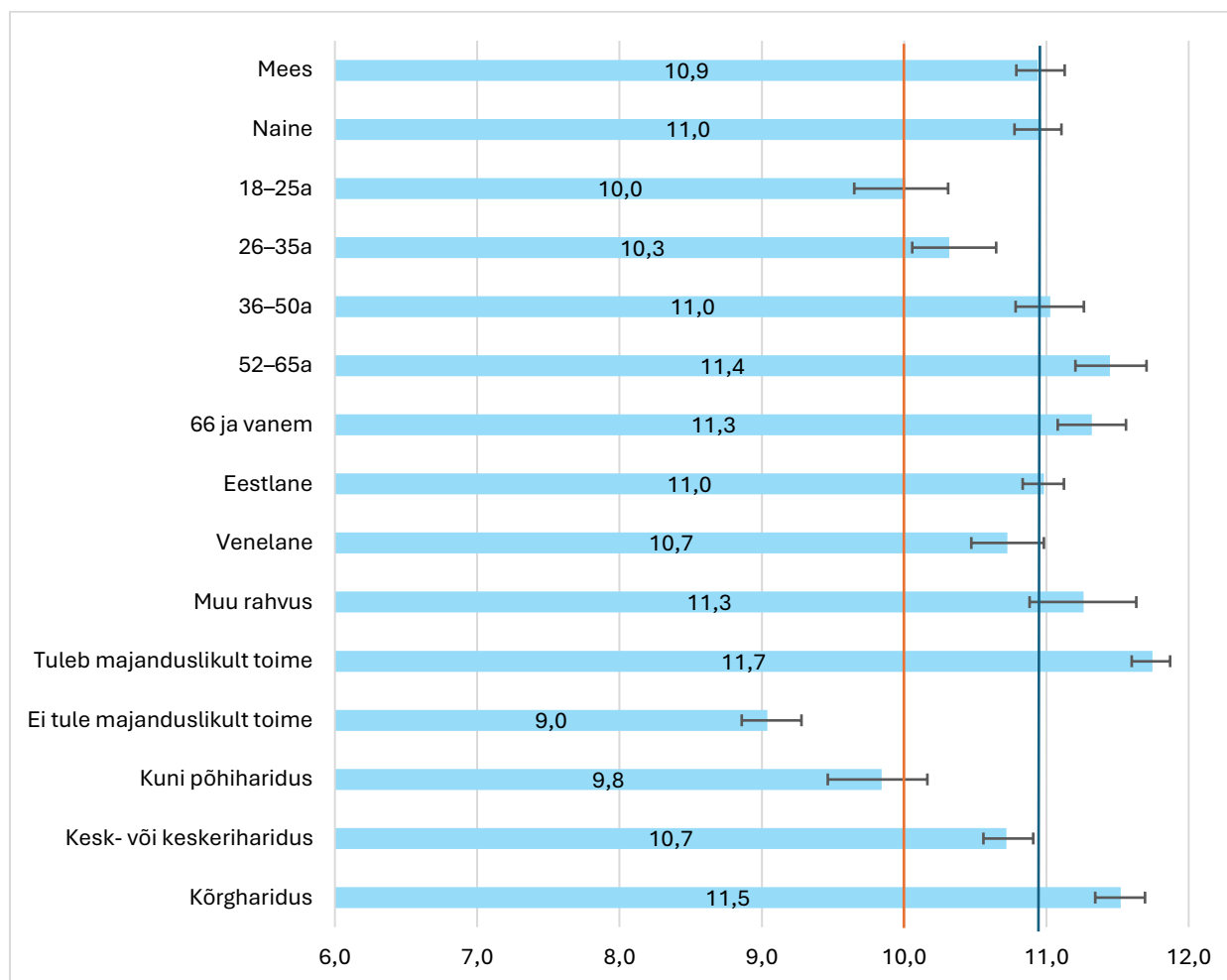
WHO vaimse heaolu näitaja

Jooniselt 1 selgub, et peaaegu iga teine vastaja (46,3%) tundis end rohkem kui pooltel päevadel või peaaegu iga päev rõõmsa ja heatujulisena. Enam kui kolmandik (36–38%) inimestest väitis, et oli enamikel päevadel rahulik ja pingevaba või aktiivne ja energiline. Värskust ja puhanud olekut koges rohkem kui pooltel päevadel või peaaegu iga päev 30,6% inimestest, samas iga kuues vastaja ei tundnud viimase kahe nädala jooksul end üldse puhanuna.

Enamikule inimestest pakub nende igapäevaelu huvi – 56,6% oli selle väitega nõus ning 18% nõustus täielikult. Seevastu 9% ei tunne oma elu vastu huvi (ei nõustunud või ei nõustunud üldse).



Joonis 1. Hinnangud WHO vaimse heaolu indeksi komponentidele viimase kahe nädala jooksul (%).



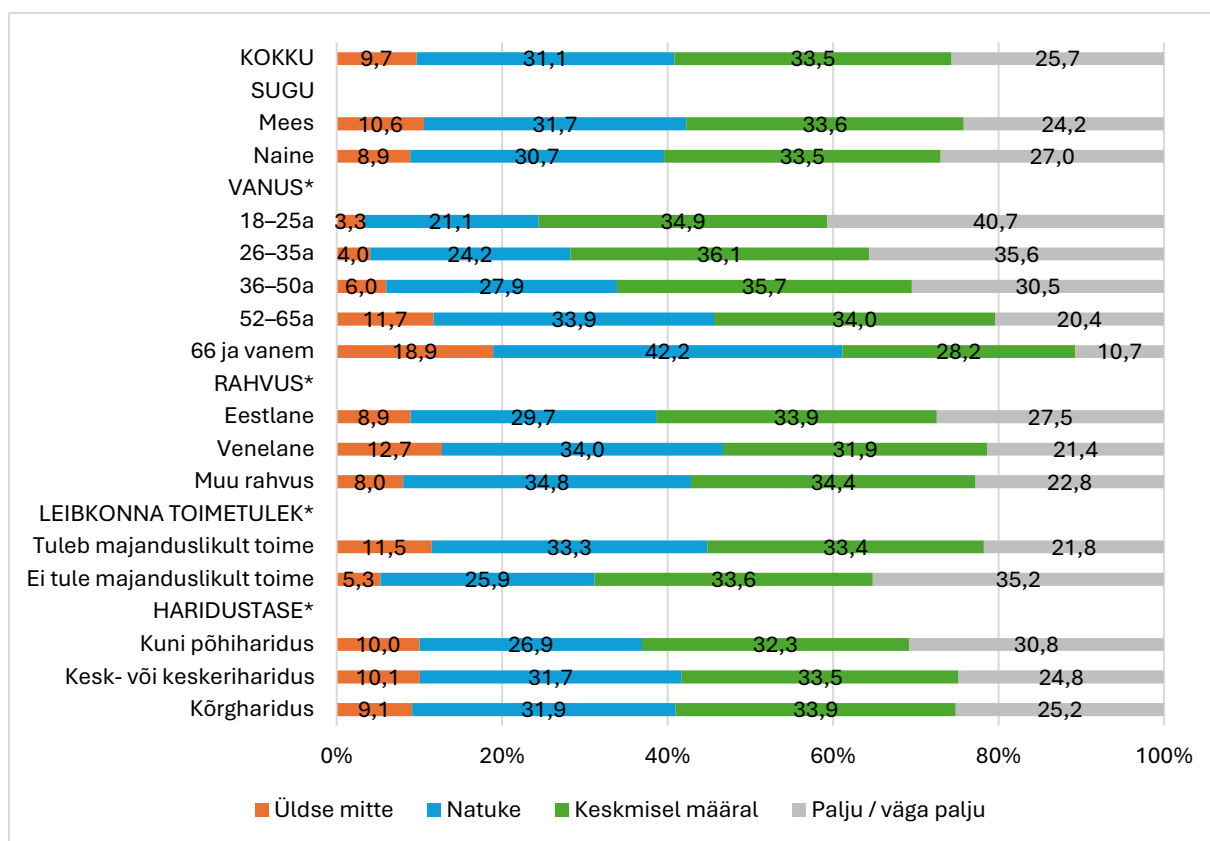
Joonis 2. WHO vaimse heaolu indeksi keskmised väärtused koos 95% usaldusvahemikega sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (skaala 0–20). Sinine joon tähistab indeksi keskmist väärtust, oranž joon skaala keskpunkti, millest allapoole jäävad väärtused viitavad madalale heaolule, sellest suuremad väärtused kõrgele heaolule.

WHO vaimse heaolu indeksi keskmine väärtus (10,9) on veidi kõrgem kui skaala keskpunkt (10). See tähendab, et kõrge vaimse heaolu hinnanguga inimesi on veidi rohkem (60,4%) kui madala hinnanguga. Sugu ja rahvus ei ole vaimse heaolu indeksiga oluliselt seotud, küll aga erineb indeksi väärtus suuresti vanuse lõikes (joonis 2). Nooremate vanuserühmade (18–35) keskmine heaoluhinnang on oluliselt madalam kui 36-aastaste ja vanemate inimeste näitajad. Keskmiselt kõige madalama vaimse heaoluga on kuni 25-aastased inimesed. Neist 51,9% hinnangud jäävad löikepunktist kõrgemale, peegeldades vaimse tervise head taset. Võrdluseks 52–65-aastaste seas on selliseid 64%.

Jooniselt 2 selgub veel, et mida kõrgem on inimese haridustase, seda kõrgem on tema vaimne heaolu. Kõige suuremad erinevused WHO vaimse heaolu indeksi keskmises väärtuses on aga majandusliku toimetuleku rühmade vahel. Inimesed, kelle leibkond tuleb majanduslikult toime, hindavad oma vaimset heaolu oluliselt kõrgemalt kui need, kelle majanduslik hakkamasaamine on raske või väga raske. Näiteks on majanduslikult toimetulevate inimeste seas 67,8% kõrge vaimse heaoluga inimesi, toimetulekuraskustega inimeste hulgas aga 42,4% (joonis 2).

Stressi kogemine

Hea Eesti uuringu tulemused näitavad, et valdav enamus inimesi kogeb stressi suuremal või vähemal määral (joonis 3). Ligi kolmandik (31,1%) on tundnud stressi natuke ja umbes sama palju on neid (33,5%), kes on tundnud seda keskmisel määral. Iga neljas vastaja on enda hinnangul kogenud stressi palju või väga palju.



Joonis 3. Stressi kogemine viimase 2 nädala jooksul (%). Küsimus „Kui palju stressi Te olete viimase 2 nädala jooksul tundnud?“. Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Kruskal-Wallis või Mann-Whitney U testi alusel ($p < 0,001$).

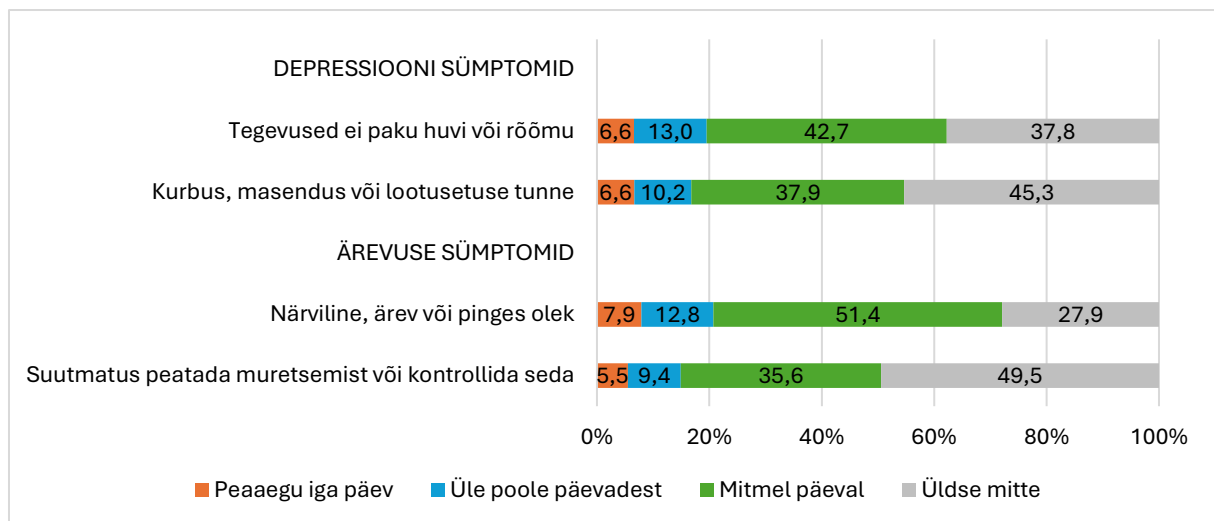
Sotsiaaldemograafilistest näitajatest on stressi kogemisega statistiliselt oluliselt seotud kõik tunnused peale vastaja soo. Stressi kogemine varieerub kõige enam vanuserühmade lõikes. Suurel määral stressi tundmine kahaneb vanusega – noorima vanuserühma hulgas on palju või väga palju stressi tundnud 40,7%, 66-aastaste ja vanemate seas aga 20,4%. Kusjuures vanimast vanuserühmast peaaegu iga viies ei ole viimase kahe nädala jooksul üldse stressi kogenud.

Võrreldes venelaste ja muust rahvusest inimestega (umbes 22%) on eestlaste hulgas veidi rohkem neid (27,5%), kes on kogenud stressi palju või väga palju. Stressi kogevad enam ka põhiharidusega vastajad ning need, kelle leibkond ei tule majanduslikult hästi toime.

Depressiooni ja ärevuse ilmingud

Veidi enam kui neljandik inimestest (28,5%) ei ole viimase kahe nädala jooksul kogenud ühtki uuringus mõõdetud depressiooni sümptomit. Umbes sama palju on neid (25,1%), kes ei märkinud kummastki ärevuse sümptomit.

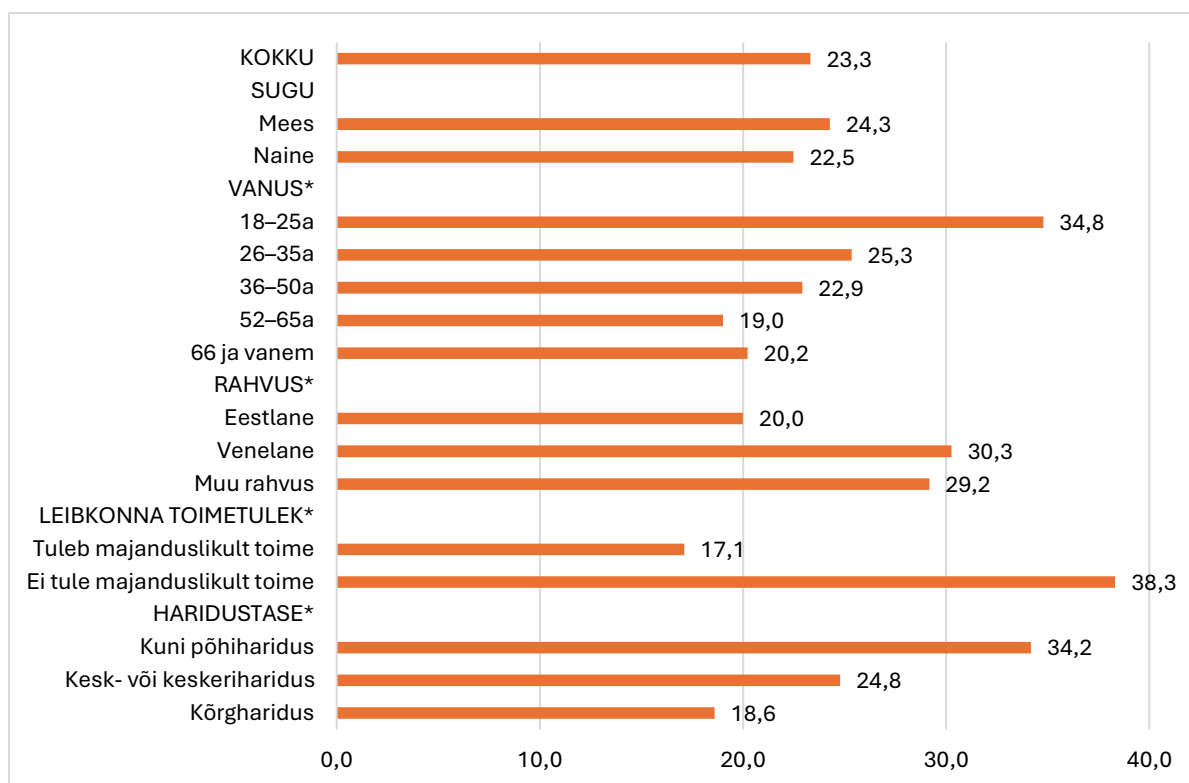
Kui analüüsida sümptomite esinemist, siis enim on inimesi, kes on kahe nädala jooksul kogenud närvilisust, ärevil või pinges olekut (72,1%; joonis 4). Ligi kaks kolmandikku inimestest (62,2%) on märkinud, et tegevused ei paku neile huvi või rõõmu. Kurbust, masendust või lootusetust on tundnud 54,7% ning suutmatust muretssemist lõpetada iga teine vastaja. Neid depressiooni või ärevuse sümptomeid on kogenud igapäevaselt umbes 5–8% inimestest.



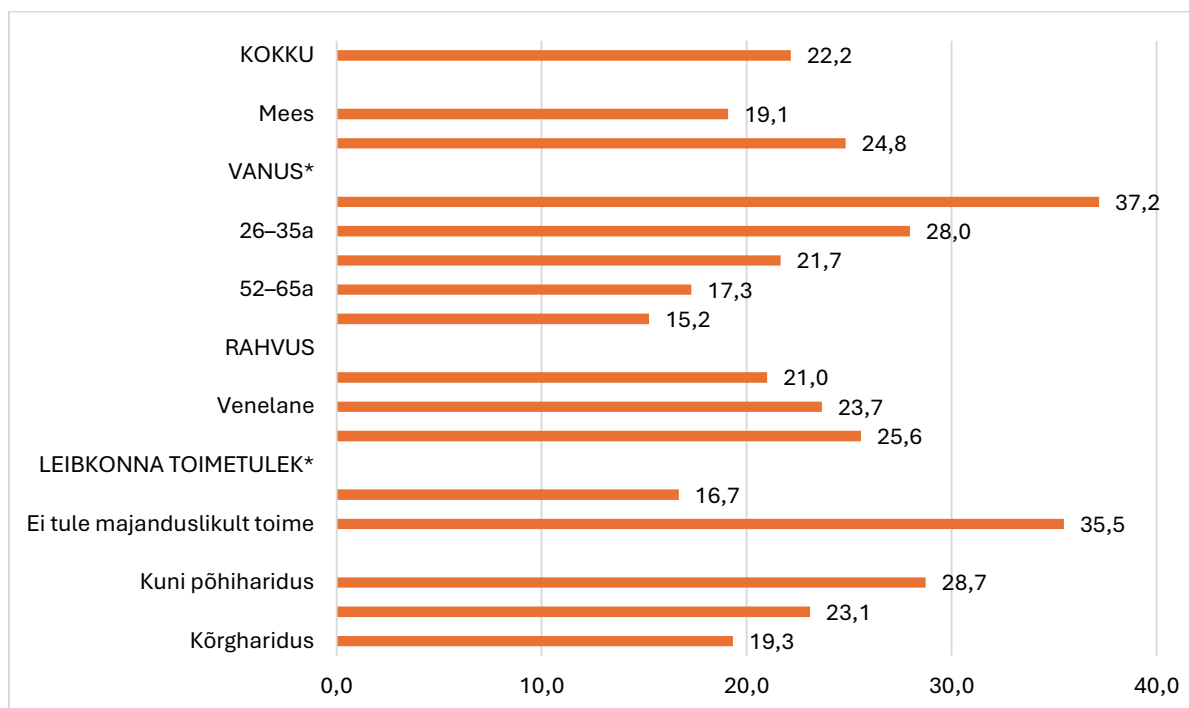
Joonis 4. Depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemine viimase 2 nädala jooksul (%).

Vähesel määral huvi puuduse, kurbuse, pinge või muretsemise kogemine ei viita probleemsele vaimse tervise seisundile. Ent kui selliseid olukordi kogetakse näiteks üle poole päevadest või peaaegu iga päev (PHQ-2 ja GAD-2 indeksi väärtus kolm või enam), viitab see depressiooni või ärevushäire riskile (vt Kroenke & Spitzer & Williams, 2003; Spitzer *et al.*, 2006).

Joonisel 5 on esitatud viimase kahe nädala jooksul depressiooniriskis olevate inimeste osakaalud sotsiaaldemograafiliste näitajate järgi. Ligi neljandikul Eesti inimestest (23,3%) esineb depressiooni sümptomeid määral, mis viitab depressiooniriskile. Kõige rohkem on selliseid majandusliku toimetulekuraskustega (38,3%), 18–25-aastaste (34,8%), kuni põhiharidusega (34,2%) ning vene või muust rahvusest inimeste hulgas (29,2%–30,3%). Meeste ja naiste depressioonirisk oluliselt ei erine.



Joonis 5. Depressiooniriski esinemine viimase kahe nädala jooksul (%). Depressiooni riskirühma kuuluvad vastajad, kelle PHQ-2 indeksi väärtus on kolm või enam skaalal 0...6. Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Craméri V testi alusel ($p < 0,001$).



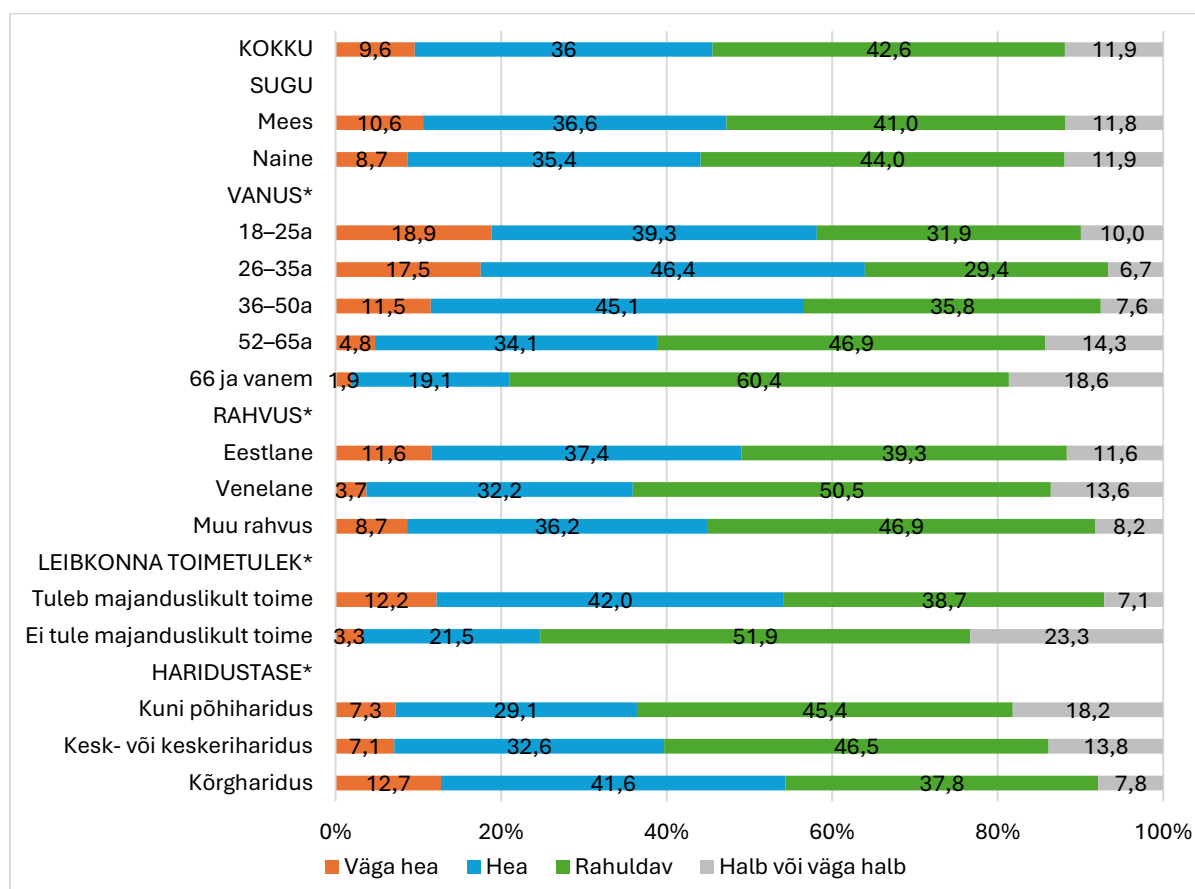
Joonis 6. Ärevuse riski esinemine viimase kahe nädala jooksul (%). Ärevuse riskirühma kuuluvad vastajad, kelle GAD-2 indeksi väärtus on kolm või enam skaalal 0...6. Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Craméri V testi alusel ($p < 0,001$).

Ärevuse riskis vastajaid on 22,2%, naiste hulgas kuue protsendipunkti võrra rohkem kui meeste seas (joonis 6). Ärevuse riski puhul on vanuselised erinevused märgatavalt suuremad kui depressiooni puhul. Ärevuse risk väheneb vanusega tunduvalt. 18–25-aastaste hulgas on ärevuse riskis inimesi 37,2%, järgmises vanuserühmas on neid peaaegu 10 protsendipunkti võrra vähem, 66-aastaste ja vanemate seas aga lausa 2,4 korda vähem.

Kolmandik inimestest, kelle leibkonnal on majanduslikke toimetulekuraskusi, on ärevuse riskis. Majanduslikult toime tulevatest inimestest on ärevus kuuendikul. Kõrgharidusega vastajatega võrreldes on madalama haridusega inimeste seas ärevust rohkem (joonis 6). Erinevused rahvuste lõikes on tagasihoidlikud.

Terviseenesehinnang ja selle seosed vaimse tervise ja heaoluga

Suur osa Eesti inimestest hindab oma tervist heaks või väga heaks (45,8%), kümnendiku (11,9%) arvates on see halb või väga halb (joonis 7). Mehed ja naised sarnanevad tervise enesehinnangu poolest, küll aga erinevad erinevas vanuses inimesed. Kõige paremaks peavad enda tervist 26–35-aastased – 63,9% sõnul on see hea või väga hea. 18–25-aastaste seas on küll kõige suurem väga hea tervise enesehinnanguga vastajate osakaal, ent 26–35-aastastega võrreldes on nende hulgas rohkem rahuldava või halva enesehinnanguga vastajaid. Suur osa 52–65-aastastest ning eriti 66-aastastest ja vanematest inimestest hindab oma tervist rahuldavaks.

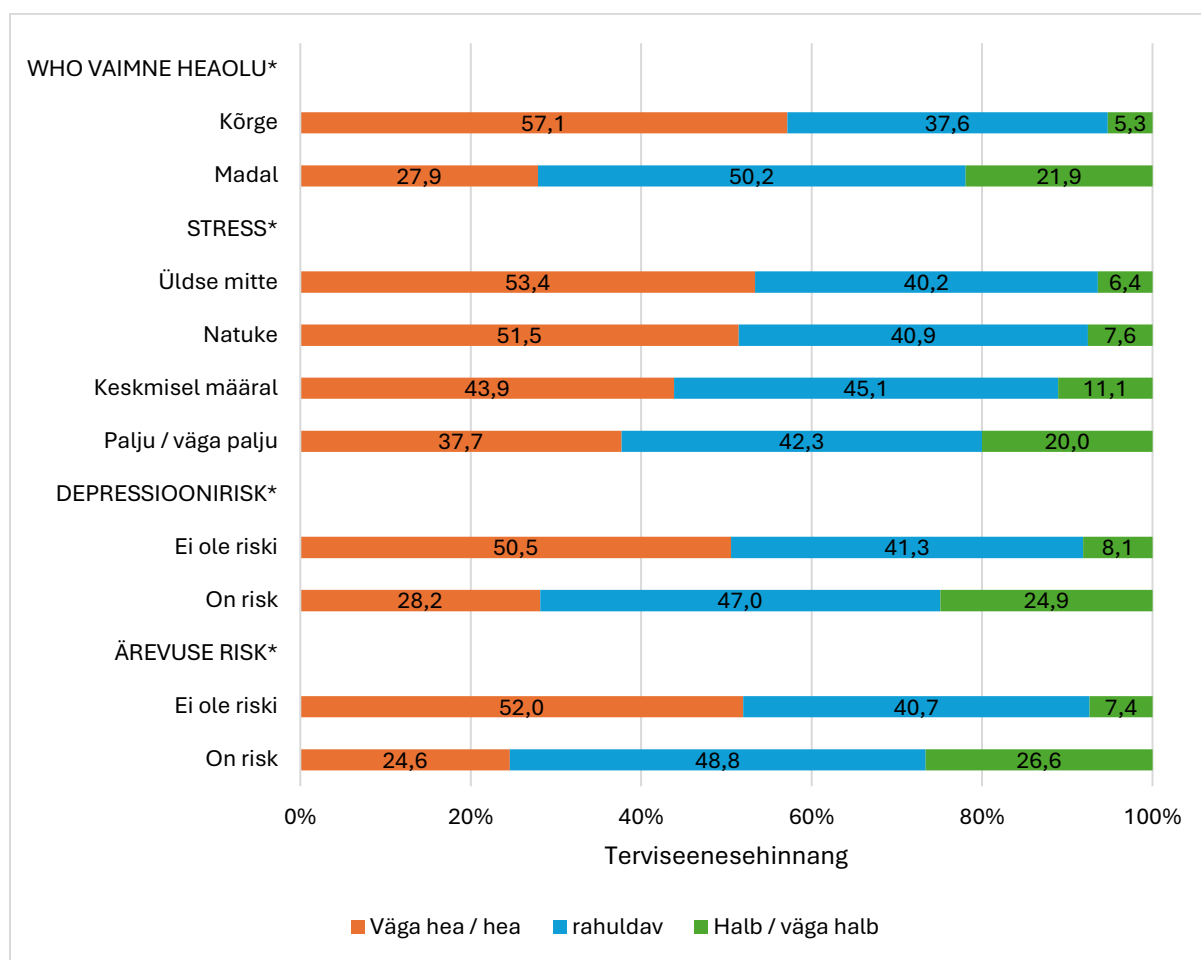


Joonis 7. Hinnang enda tervislikule seisundile sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (%). Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Kruskal-Wallis või Mann-Whitney U testi alusel ($p < 0,001$).

Eestlased ja kõrgharidusega inimesed hindavad oma tervist paremaks kui vene rahvusest ja põhiharidusega vastajad. Inimeste seas, kelle leibkond tuleb majanduslikult hästi toime, on kaks korda rohkem hea või väga hea tervise enesehinnanguga vastajaid, kui nende hulgas, kelle leibkonnal on toimetulekuraskusi.

Joonis 8 näitab, kuivõrd erineb inimese hinnang enda tervislikule seisundile tema vaimse tervise taseme järgi. Üldine muster viitab, et parema vaimse tervisega inimesed hindavad oma tervist oluliselt sagedamini heaks või väga heaks. Näiteks kõrge WHO vaimse heaoluga vastajatel on valdavalt hea tervisehinnang (57,1%), samas kui madala heaoluga rühmas on see näitaja tunduvalt väiksem (27,9%). Stressi puhul selgub, et hinnang tervisele muutub halvemaks juba keskmise stressitaseme korral, mitte ainult tõsise seisundi korral.

Depressiooni ja ärevuse näitajate lõikes ilmnevad ühed suurimad erinevused. Depressiooniriskis inimestel on hea tervisehinnang peaaegu kaks korda harvem (28,2% vs 50,5%) ning halb hinnang ligi kolm korda sagedasem (24,9% vs. 8,1%) kui neil, kellel seda riski ei ole. Veelgi enam erinevad ärevuse riskis inimesed – neist 26,6% hindab oma tervist halvaks, sama teeb 7,4%, kellel ärevuse riski ei ole.



Joonis 8. Hinnang tervislikule seisundile vaimse tervise näitajate järgi (%). Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Craméri V testi alusel ($p < 0,001$).

Kokkuvõte

Suur osa (60%) Eesti elanikest hindab oma vaimset heaolule kõrgeks – nad on rohkem kui pooltel päevadel heatujulised ja rahulikud. Paljud inimesed kogevad siiski vaimset tervist ohustavaid seisundeid. Valdav enamik inimestest kogeb mingil määral stressi, iga neljas kogeb seda aga palju. Psüühikahäirete riske esineb umbes neljandikul Eesti inimestest.

Noored täiskasvanud (18–25aastased) on kõige kriitilisemas seisus olev rühm. Nende vaimne heaolu on madalaim ja psüühikahäirete riskitase kõrgeim. Eestlaste seas on stressi kogemine veidi sagedasem kui teistel rahvustel, kuid depressioonirisk on omakorda kõrgem vene ja muust rahvusest inimeste hulgas.

Vaimne tervis näib olevat seotud sotsiaalmajandusliku olukorraga. Madala haridustaseme ja majanduslike toimetulekuraskustega inimesed hindavad oma vaimset heaolu halvemaks ning kogevad enam vaimse tervise riske kui kõrgema haridusega ja materiaalselt toime tulevad inimesed. Materiaalne kitsikus võib suurendada inimese stressitaset ja vaimse tervise häirete kujunemist.

45,8% inimestest on positiivse tervise enesehinnanguga. Iga kümnenda arvamus oma tervisest on halb. Nooremate inimeste hinnang tervisele on oluliselt parem kui vanematel inimestel, eriti pensioniealistel. Kõige kehvemaks hindavad oma tervist majanduslike toimetulekuraskustega inimesed.

Vaimne heaolu, stressitase ning depressiooni ja ärevuse risk on tugevalt seotud tervise enesehinnanguga, kinnitades, et see ei ole pelgalt füüsilise seisundi peegeldus, vaid on tihedalt seotud psühholoogilise funktsioneerimisega.

Kirjandus

Akkermann, K., Reile, R., Lehto, K., Sultson, H., Leinsalu, M., Haring, L., Kõiv, K., Panov, L. ja Konstabel, K. (2023). Vaimse tervise probleemide esinemine Eesti täiskasvanud elanikkonnas. M. Sisask (toim), Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu.

Cilar Budler, L. (2025). Well-Being Unveiled: A Concept Analysis of Mental, Psychological, and Subjective Well-Being. Health Science Rep, 27;8(9):e71149. DOI:[10.1002/hsr2.71149](https://doi.org/10.1002/hsr2.71149)

Franke, H. A. (2014). Toxic stress: Effects, prevention and treatment. Children, 1, 390–402. <https://doi.org/10.3390/children1030390>

Kroenke, K., Spitzer, R. L. ja Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. Medical Care, 41 (11), 1284–1292. DOI:[10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C](https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C)

McEwen, B.S. (2007). Stress, Definitions and Concepts of. G. Fink (toim.), Encyclopedia of Stress, (lk. 653) (Second Edition) Academic Press.
https://www.sciencedirect.com/science/chapter/referencework/pii/B9780123739476003640?getft_integrator=scopus&pes=vor&utm_source=scopus

- Mensah, A. (2021). Job Stress and Mental Well-Being among Working Men and Women in Europe: The Mediating Role of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2494. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052494>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. ja Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10),1092–1097. <https://doi:10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tafet, G. E. ja Nemeroff, C. B. (2016). The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28 (2), 77–88. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030053>
- VanderWeele, T. J., Johnson, B. R., Bradshaw, M., Goodman, D. M., Kubzansky, L. D., Lomas, T., Moreira-Almeida, A., Okafor, C. N., Ouyang, S. T. ja Patel, V. (2026). Mental illness, mental health, and mental well-being. *npj Mental Health Research*, 5(11). <https://doi.org/10.1038/s44184-026-00193-7>
- WHO (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO 2024 (2024). *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. Geneva: World Health Organization. License: CC-BY-NC-SA 3.0 IGO
- WHO (2025a). Mental health. Key facts. World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO (2025b). *World mental health today: latest data*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.