Hea Eesti 1

Toimetaja: Mare Ainsaar

Tartu ülikooli ühiskonnateaduste instituut

Heaoluteaduste tippkeskus

Heaolu seirekeskus

2026

DOI: https://doi.org/10.58009/aere-perennius202

Toimetaja: Mare Ainsaar

Keeletoimetaja: Asta Niinemets

Esikaane kujundaja: Indrek: Soidla

SISSEJUHATUS

Siin on „Hea Eesti“ andmekogu esimese laine uuringu raport. „Hea Eesti“ andmestik sündis soovist luua Eestis pikaajaline andekogu, mis rahuldaks teadlaste vajadusi Eesti täiskasvanud elanikkonda esindava piki-uuringu andmete järele. Esimene idee sai kirja pandud Eesti Heaoluteaduste tippkeskuse tööplaani 2023. aastal. Alates 2026. aastast kuulub andmestik ka Heaolu seirekeskuse koosseisu, mis on Eesti teadustaristu projekt.

Andmekogu saab kasutada väga mitmekesiste teadusuuringute tegemiseks. Võimalik on küsitlus-uuringuid siduda teiste andmestikega. Esimene uuringu laine on olemuselt küsitlusuuring. Uuring koosneb nn baasankeedi küsimustest, mida on kavas korrata ka järgmistes andmekogumise voorudes ning nn eriteemadest, milleks selles voorus olid erinevad digiühiskonna ja tervise kirjaoskusega seotud teemad (Katrin Tiidenberg – sotsiaalmeedia, Kadi Lubi – tervise kirjaoskus ja Vladimir Tomberg – digivahendid tervise heaolus töörühmad). Eriteemad valiti välja 2024. aastal tippkeskuse teadlaste seas korraldatud konkursil.

Esimese laine andmed on oma olemuselt läbilõikelised, kuid loovad hea aluse järgmiste voorude jaoks. Seega kuigi need andmed ei luba analüüsida veel heaolu pikaajalisi mõjusid (Lyubomirsky, King, Diener 2005) võimaldavad need analüüsida heaolu jaotust ühiskonnas ning seoseid eri tunnuste ning heaolu eri valdkondade vahel. Uuringut saab pikemas perspektiivis kasutada heaolu monitooringu vahendina.

Esimese raporti ülesanne on anda esimene ülevaade andmetest eelkõige kirjeldavalt, peamiste vanus-, soo ja rahvusrühmade lõikes. Mitmed autorid on kirjutavad oma peatükkides siiski ka huvitavatest seostest tunnuste vahel.

Raporti autorite seas on nii uuringu küsimuste autorid (Oliver Nahkur, Karin Tiidenberg, Kadi Krinal, Riina Hallik, Vladimir Tomberg, Farhat ul Ain, Mare Ainsaar), kui ka väljaspool tippkeskust töötavad spetsialistid.

Seda vooru rahastasid Eesti teadusagentuur, Heaoluteaduste tippkeskus ja Tartu Ülikool.

Lisaks avaldame tänu kõigile inimestele, kes aitasid andmeid koguda, testida või panustasid muul viisil selle vooru arendamisse, andmete kogumisse, kontrolli. Eraldi tahame välja tuua järgmised olulised inimesed: Anni Koov, Anni Freiberg, Riia Katariina Laas, Elis Hain, Anneli Lindam, Kristjan Vällmann, Greete Kurrusk, Kaimar Kangur, Iren Varik, Bretie Bligzna, Annabel Aalpere, Anna Petermann, Laura Reiland, Robin Ein, Anto Aasa, Kelli Lehto, Andero Uusberg.

Uuringu andmetele tuleb viidata järgmiselt

Ainsaar, M. Nahkur, O., Akkermann, K., Elland, M.-L., Farhat-Ul-Ain, Hallik, R., Konstabel, K., Kovaljov, A., Kreegipuu, K., Krinal, K., Lauri, T., Leetmaa, K., Mõttus, R., Soidla, I., Tiidenberg, K., Tomberg, V., Tulviste, T., Vainik, U. (2026) Hea Eesti esimene laine. Tartu Ülikool

Mare Ainsaar

Sisukord

SISSEJUHATUS 3
1. Hea Eesti uuringu esimese laine metoodika (Mare Ainsaar, Indrek Soidla, Oliver Nahkur) 5
Heaolu mõõtmise kontseptsioonist esimeses laines 5
Valim 7
Andmete kogumine 9
Eksperiment 18-64 aastased tõrksad vastajad 10
2. Vanus ja eluga rahulolu (Mare Ainsaar) 14
Rahulolu vanuselised erinevused 20
3. Poliitiline rahulolu Eestis (Liisa Talving) 24
4. Tööga seotud heaolu (Ave Kovaljov) 29
5. Suhterikkus Eesti ühiskonnas ja selle seos eluga rahuloluga (Oliver Nahkur) 38
6. Üksildus (Kadri Soo, Mare Ainsaar) 41
7. Kultuuriosalus.Vabaaja tegevuste mõju heaolule(Egge Kulbok-Lattik, Mare Ainsaar, Marge Sassi) 46
8. Eesti inimeste vaimne tervis ja heaolu (Kadri Soo) 54
9. Liikumine ja heaolu (Merike Kull) 64
10. Tervisealane kirjaoskus ja terviseinfo allikad: kes jääb kõrvale? (Kadi Krinal, Riina Hallik, Maarja-Liis Elland) 70
11. Eesti elanike digitaalsete tervisetehnoloogiate taju: usaldus, andmete jagamine, rahulolu ja tehniline kasutuskogemus (Farhat-ul-Ain, Vladimir Tomberg) 84
12. Sotsiaalmeedia kasutus ja heaolu (Katrin Tiidenberg, Triin Lauri) 97

1. Hea Eesti uuringu esimese laine metoodika

Mare Ainsaar, Indrek Soidla, Oliver Nahkur

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Ainsaar, M., Soidla, I. ja Nahkur, O. (2026). Hea Eesti uuringu esimese laine metoodika. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti 1. Tartu Ülikool.

Hea Eesti uuring on rahvastiku suhtes esinduslik piki-uuring. Uuringu tegemiseks saadi luba Tartu Ülikooli eetikakomiteelt otsuse 403/T-33 alusel. 2025. aasta detsembrist kuni 2026. aasta maini toimus esimene andmete kogumine. Järgnevas osas anname ülevaate peamistest mõõdikutest ning lähenemistest, mida kasutati selles voorus.

Heaolu mõõtmise kontseptsioonist esimeses laines

Uuringu esimeses laines oli eesmärgiks mõõta peamisi heaoluga seotud tegureid ja valdkondi, kuid konkursi teel valiti välja ka mõned eriteemad just selle laine jaoks – Katrin Tiidenberg (sotsiaalmeedia), Kadi Lubi ja meeskond (tervise kirjaoskus) ja Vladimir Tomberg ning meeskond (digivahendid tervise heaolus).

Uuring hõlmab nii objektiivset kui subjektiivset heaolu käsitlust. Küsitlusuuringu meetod võimaldas hästi keskenduda subjektiivse individuaalse heaolu uurimisele. Objektiivse heaolu puhul oli kõige enam küsimusi inimeste elutingimuste kohta, aga uuriti ka sissetulekuid, perekonnasuhteid, samuti tervist.

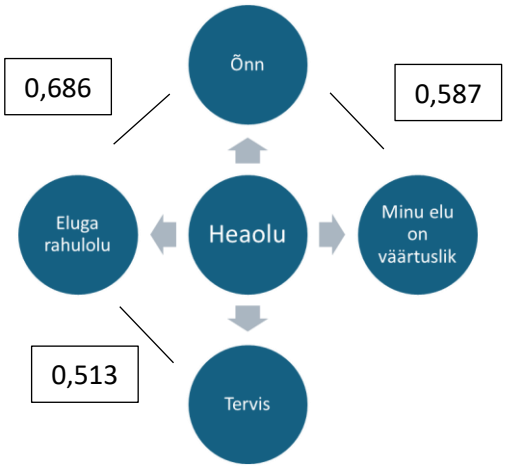
Esimeses laines lähtusime tänapäevasest indiviidi subjektiivse heaolu erinevatest jaotusest, ning eristasime heaolu mõõtmisel kognitiivset, afektiivset ja eudaimoonilist heaolu alatüüpi. Kognitiivne heaolu väljendab indiviidi hinnangut enda elule või selle mõnele aspektile ning tema rahulolule sellega. Afektiivne heaolu väljendab indiviidi emotsioone ja tundeid konkreetsel ajahetkel. Eudaimoonilise heaolu fookuses on küsimus “kuidas ma oma elu elan”, nt kuivõrd on see elu väärtuslik ja mõtestatud.

Subjektiivse heaolu küsimuste valikul lähtusime rahvusvahelisest teaduslikust praktikast (nt Kudrna *et al*. 2024, Abdallah & Mahoney 2024), OECD subjektiivse heaolu mõõtmise juhistest (2025), Euroopa Sotsiaaluuringu heaolu mõõtmise (nt Martela *et al*. 2022) kogemusest. Kuna sageli on seostatud subjektiivset heaolu ka (vaimse)tervisega siis vaatleme tähelepanelikumalt ka tervise näitajaid selles uuringus.

Eri subjektiivse heaolu mõõdikud on omavahel enamasti seotud. Joonis 1 näitab mõningate peamiste küsimuste omavahelist korrelatsiooni selles uuringulaines. Seega ei ole nad omavahel võistlevad, vaid ühe fenomeni erinevad tüübid.

Joonisel 1 on heaolule lähenemise erinevad tüübid mõõdetud ühe nn keskse küsimusega ja need nn tüüpküsimused on järgmised:

1. Kognitiivne heaolu: Kõike kokku võttes, kuivõrd rahul Te oma eluga üldiselt olete praegu? (0 = Ei ole üldse rahul, 10 = Väga rahul);
2. Afektiivne heaolu: Kui õnnelikuks Te kõike kokku võttes end peate? (0 = on väga õnnetu, 10 = väga õnnelik).
3. Eudaimooniline heaolu: Kuivõrd nõustute või ei nõustu järgmise väitega? Tunnen üldiselt, et mu elu on väärtuslik ja tähendusrikas. (Nõustun täielikult, Nõustun, Ei nõustu ega ole vastu, Ei nõustu, Ei nõustu üldse).
4. Tervise enesehinnang. Kui rahul olete enda tervisega? (0 = üldse mitte rahul, 10 = täiesti rahul).



Joonis 1. Kolme peamise subjektiivse heaolu suuna ning tervise peamiste küsimuste omavahelised korrelatsiooni seosed selles uuringus. Välja on toodud iga tunnuse kõige tugevam korrelatsioonikordaja.

Neid küsimusi kasutatakse selles raportis mitmes peatükis, samas on heaolu mõõtmine kõigis heaolu kategooriates võimalik ka mitmete teiste tunnuste kombinatsioonis.

Lisaks on uuringu raportis kasutatud läbivalt mõningaid rahvusvahelisi indekseid. Allpool on avatud nende sisu.

Vaimne tervis: WHO-5 heaolu indeks (muudetud skaalaga)

Kui sageli viimase 2 nädala jooksul tundsite end …

• PK18 … rõõmsa ja heatujulisena? (0 üldse mitte, 1 mitmel päeval, 2 pooltel päevadel, 3 rohkem kui pooltel, päevadel, 4 peaaegu iga päev või iga päev)

• PK19 … rahuliku ja pingevabana? (0 üldse mitte, 1 mitmel päeval, 2 pooltel päevadel, 3 rohkem kui pooltel, päevadel, 4 peaaegu iga päev või iga päev)

• PK20 … aktiivse ja energilisena? (0 üldse mitte, 1 mitmel päeval, 2 pooltel päevadel, 3 rohkem kui pooltel, päevadel, 4 peaaegu iga päev või iga päev)

• PK21 … värske ja puhanuna? (0 üldse mitte, 1 mitmel päeval, 2 pooltel päevadel, 3 rohkem kui pooltel, päevadel, 4 peaaegu iga päev või iga päev)

• PK10 Mu igapäevaelu pakub mulle huvi. (1-nõustun täielikult, 2-nõustun, 3-ei nõustu ega ole vastu, 4-ei nõustu, 5-üldse ei nõustu)

PHQ-2 depressiooni indeks

Kui sageli on Teid viimase 2 nädala jooksul häirinud järgnevad probleemid? Kui Te täpselt ei tea, siis palun valige lähim vastusevariant.

PK23 Tegevused ei paku huvi või rõõmu (üldse mitte, mitmel päeval, üle poole päevades, peaaegu iga päev)

PK24 Kurbuse, masenduse või lootusetuse tunne (üldse mitte, mitmel päeval, üle poole päevades, peaaegu iga päev)

GAD-2 ärevuse indeks

PK25 Olite närviline, ärev või pinges (üldse mitte, mitmel päeval, üle poole päevades, peaaegu iga päev)

PK26 Te ei suutnud muretsemist peatada või kontrollida (üldse mitte, mitmel päeval, üle poole päevades, peaaegu iga päev)

Kõigis peatükkides analüüsitakse peamisi tulemuse järgmiste rühmade lõikes:

Vanuserühm: 18–25, 26–35, 36–50, 51–65, 66+;

Sugu: mees, naine;

Majanduslik toimetulek: tuleb toime – ei tule toime. Toimetulek on mõõdetud küsimusega „Milline järgnevatest kirjeldustest vastab Teie arvates kõige paremini Teie leibkonna praegusele sissetulekute tasemele“, kus „elame mugavalt, saame hakkama praeguse sissetulekuga“ tähendab: „tuleb toime“, vastus „praeguse sissetuleku juures on raske või väga hakkama saada“ tähendab: „ei tule toime“;

Rahvus: eestlane, venelane, muu.

Valim

Algses valimis oli rahvastikuregistrist juhuvalimi teel saadud 20 000 inimest. Nendest 2562 (12%) inimest keeldus uuringus osalemisest, 15 inimest olid surnud, 115 inimese puhul saime teada, et on Eestist lahkunud ja seega langesid nad valimist välja.

Küsitlusele vastas 7485 inimest, kuid osad ankeedid olid poolikud. Seega jäid lõplikku vastajate andmebaasi need,

1) kes täitsid ankeedi vähemalt isiksuse küsimuste lõpuni ehk kes olid vastanud vähemalt 60% ankeedi põhiküsimustest (ilma suunamiseta). Pooliku vastamise tõttu jäi 1487 inimest selle raporti analüüsidest välja.
2) 65 inimesel erinesid ise kirja pandud ja rahvastikuregistri vanuse andmed märkimisväärselt ehk rohkem kui 2 aastat). Jätsime ka need inimesed andmekogust välja, sest on oht, et vastaja ei ole isik, kes valimi järgi peaks olema.

Seega kaasati **lõplikku andmestikku 5933 vastaja vastused** ning uuringu vastamismääraks on 29,9%. Andmeid korjati 2025. aasta detsembrist kuni maini 2026.

Soo-, rahvus- ja vanuserühmade lõikes kujunes vastanute osakaal järgmiseks (tabel 1 ja 2).

Tabel 1. Vastamine vanuse lõikes.

Vanus	On andmestikus	Keeldusid	Ei ela Eestis, surnud	*Mittevastanud, poolikult vastanud	Vastamise %
18–25	811	257	15	1680	29,5
26–35	901	349	20	2030	27,5
36–50	1765	610	44	3319	31,0
51–65	1433	477	34	2336	33,7
66+	1023	837	17	2032	26,3
Kokku	5933	2530	130	11397	29,9

* mittevastanute hulka loetakse ka vastamist alustanud, kuid lõplikust andmestikust välja jäänud isikud.

Tabel 2. Vastamine soo ja keele lõikes.

Rühm	On andmestikus	Keeldunud	Ei ela Eestis, surnud	*Mittevastanud, poolikult vastanud	Vastamise %
Vene mees	609	507	25	1878	20,3
Vene naine	717	522	16	2144	21,2
Eesti mees	1809	1010	65	3536	28,5
Eesti naine	2798	491	24	3839	39,3
Kokku	5933	2530	130	11397	29,9

* mittevastanute hulka loetakse ka vastamist alustanud, kuid lõplikust andmestikust välja jäänud isikud.

Eesti rahvastiku suhtes esinduslikkuse tõstmiseks arvutati andmetele järelkihituskaalud, arvestades Statistikaameti poolt avaldatud Eesti rahvastiku 2026. aasta alguse soo, vanuse ning rahvuse struktuuri.

Andmete kogumine

Andmete kogumisel kasutati isetäidetavaid meetodeid ehk veebi küsimustikku ja paberankeeti. Ainult kaks intervjuud tehti telefoni vahendusel, sest seda nõudis respondent, kes muidu oleks osalemisest keeldunud.

Algses valimis olnud inimeste kontaktide olemasolu põhjal kujunes välja kolm rühma, kelle puhul kasutati andmete kogumiseks mõnevõrra erinevat taktikat. Need olid inimesed, kellel

1. Rühm. Puudus nii e-postiaadress kui telefon, kuid oli postiaadress;
2. Rühm. Puudus nii e-postiaadress kuid oli telefon ja postiaadress;
3. Rühm. Oli meiliaadress, telefon, postiaadress (kõige arvukam rühm).

Esimene rühm (joonis 2)

Inimestele, kelle puudus nii e-postiaadress kui telefon, kuid oli olemas postiaadress (82 inimest, ehk 0,4% algsest valimist), saadeti paberkutse kodusele aadressile koos paberankeediga. Seejärel saadeti neile 14 päeva pärast postiga meeldetuletus ja omakorda 7 päeva pärast uuesti paberankeet ja kutse. Et viimane kutse saatmine jäi jõulude aega, lisasime ka jõulukaardiga tervitused. Nendest 82 inimesest vastas ankeedile 3 ja neist 2 jäi lõplikku andmebaasi, seega oli kokkuvõttes vastamise määr väga madal (2%). Osaliselt võib see olla seotud ka passiivsete meeldetuletustega, sest puudus võimalus kontaktiks inimeste vahel (telefon).



Joonis 2. Andmete kogumise protsess inimeste puhul, kellel puudus nii e-postiaadress kui telefon.

Teise rühma (joonis 3) moodustasid inimesed, kellel oli ainult telefon, kuid ei olnud meiliaadressi (**1055 inimest).** Nad moodustasid 5,2% kogu algsest valimist ning nende seas olid üle-esindatud vanemaealised (sellest rühmast kolm neljandikku olid vähemalt 66-aastased), muukeelsed (pea pooled sellest rühmast) ja Ida-Virumaa elanikud. Samas olid Harjumaa elanikud tugevalt alaesindatud.



Joonis 3. Andmete kogumise protsess, inimeste puhul, kellel puudus e-postiaadress, kuid oli telefoninumber olemas.

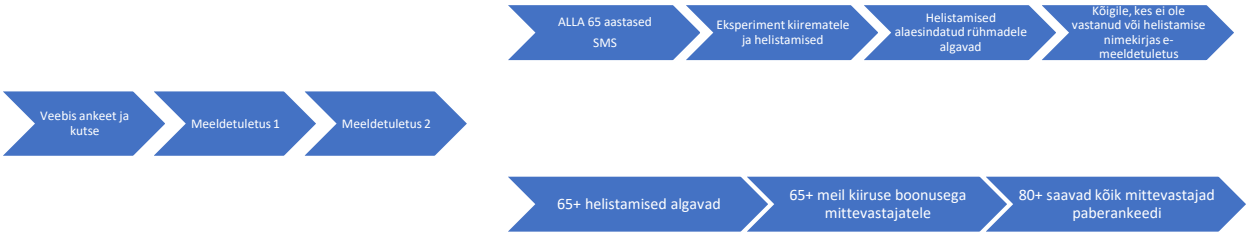
Nemad said esimese kutse uuringus osaleda SMS-sõnumiga, mis sisaldas küsitluse veebilinki. 14 päeva pärast said seni mittevastanud esimese SMS-meeldetuletuse ja 7 päeva pärast järgmise (joonis 3). Kui inimesed ei olnud ikka veel vastanud ega keeldunud, helistati neile juhul kui nad kuulusid soo, vanuse,

keele või regiooni osas alaesindatud rühma (702 inimest). Selle rühma inimestest vastas küsitlusele 135 inimest, nendest 104 inimese andmed jäid analüüsi faili, seega oli vastamise määr umbes 10%.

Kolmas ja kõige suurem rühm olid need inimesed, kellel oli olemas meiliaadress. Neid oli algselt failis valdav enamus ehk 18 863 inimest. **Seda lähenemist võib pidada ka uuringu andmete kogumise peamiseks meetodiks**. Enamusel nendest inimestest oli olemas ka telefon, mida sai hiljem kasutada meeldetuletusteks.

Neile saadeti esimene kutse uuringus osalemiseks meili teel. Esimene meeldetuletus saadeti 11 päeva pärast meili samuti meilitsi ja teine meeldetuletus veel 7 päeva pärast samuti meilitsi (joonis 4).

Seejärel jagunesid valimi liikmed vanuse järgi kahte rühma: nooremad kui 65-aastased ja vähemalt 65-aastased.



Joonis 4. Andmete kogumise protsess, inimeste puhul, kellel oli olemas veebiaadress, algselt 18 863 inimest.

18–64 aastased

Noorematele kui 65-aastastele saadeti järgmine meeldetuletus SMS-i teel (12 846 inimest). Kolme nädala pärast oli vastamisprotsessi järgides selge, et vastamise protsess on eesmärkide saavutamiseks liiga aeglane. Uurimaks erinevate täiendavate meetmete efektiivsust vastamisele korraldasime sellele rühmale eksperimendi erinevate motivaatorite mõjust.

Eksperiment 18-64 aastased tõrksad vastajad

Veebruaris 2026, ehk kaks kuud pärast esimest kutset uuringus osaleda ja kolm nädalat pärast SMS-ide saatmist korraldasime eksperimendi nende 18–64 aastaste valimiliikmete seas, kes seni ei olnud veel uuringu meeskonnaga koostööd teinud (ei vastanud, keeldunud ega olnud nende kohta muud infot). Nimelt võtsime juhuvalimiga välja viis rühma, kellele saadeti erinevad uuringus osalemise meeldetuletused koos infoga, et viiekümnele kõige kiiremale on ette nähtud rahaline tasu (tabel 3). Peamiseks erinevuseks nelja esimese rühma puhul oli rahalise motivaatori väärtus, mida inimestele pakuti. Viienda rühma puhul ei saadetud meilitsi kutset, vaid helistati inimesele telefonile ning tehti suuline meeldetuletus ilma rahalise motivaatorita. Kuues ehk kontrollrühm sai tavalise meeldetuletuse, nagu nad olid saanud neid meilile ka varem.

Kõigi eksperimendi raames saadetud e-kirjade pealkirjas oli mainitud, et tegu on kordusteatega.

Viis eksperimendi rühma (A, B, C, D, E) ja kontrollrühm olid järgmised:

A) Said e-kirja sisuga, et 50 kiiremat ankeedi lõpuni täitjat saavad 40 eurot kinkekaardina;

B) Said e-kirja sisuga, et 50 kiiremat ankeedi lõpuni täitjat saavad 20 eurot kinkekaardina;
C) Said e-kirja sisuga, et 50 kiiremat ankeedi lõpuni täitjat saavad 10 eurot kinkekaardina;
D) Said e-kirja sisuga, et 50 kiiremat ankeedi lõpuni täitjat saavad 5 eurot kinkekaardina;
E) Selles rühmas tehti meeldetuletuskõned telefoniga, kus püüti inimest veenda ankeeti täitma;
F) Kontrollrühm said samasuguse e-kirja nagu eelnevad rühmad, aga ilma lubaduseta kinkekaartide kohta.

Tabel 3 kajastab eksperimendi tulemusi. Vastamise % mõõdame 3 nädala möödumisel pärast kutse saatmist rühmades A kuni E ja märtsi lõpus rühmas F, sest inimestele helistamine võttis tunduvalt rohkem aega. Märtsi lõpuks jõuti läbi helistati kõik F rühma inimesed. Igale numbrile helistati vähemalt kaks korda. Kõikide inimestega ei saadud ühendust.

Nii helistamiste kui meili sõnumite puhul võiks ka selguda, et inimesed eelistasid hoopis paberankeeti. Sellisel puhul saadeti neile kiiresti see posti teel. Tabelis 3 on vastamiste arvud arvutatud rühmadele sõltumata lõplikust vastamise meetodist.

Tulemusest selgub**, et rahalise motivaatori suurus võib olla seotud suurema vastamise määraga (tabel 3), kuid see mõju avaldub selgelt alles alates 20 eurosest kingitusest**.

Tabel 3. Küsitlusele vastamine rühmades.

Eksperimendi rühmad	Algne arv	Vastanuid 3 nädala pärast	Vastamise (%)	Vastanuid uuringu lõpus	Vastamise (%)
(A) 40 eurot	2086	124	5,9	297	14,2
(B) 20 eurot	2086	100	4,8	282	13,5
(C) 10 eurot	2084	84	4,0	243	11,7
(D) 5 eurot	2081	85	4,1	257	12,3
(E) Kontrollgrupp	2080	81	3,9	251	12,1
(F) Helistamine	2074	224	(10,8*)	257	12,4

Pärast kolmenädalast ootamist hakati kõigi seni mitte vastanutega kontakteeruma telefoni teel. Eelkõige otsiti kontakti inimestega alaesindatud rühmadest, mis leiti soo, keele, maakonna ja asulatüübi lõikes. Eelkõige kuulusid alaesindatud rühmadesse noored mehed ja vanad naised ning venekeelsed inimesed.

Tabelis 3 on ära toodud ka uuringu lõpus rühmade vastamise %, sest viie esimeste rühmade mittevastanutele helistati veebruari lõpust kuni maikuuni. Huvitav on, et kõigisse rühmadesse lisandus edukaid vastajaid, kes jäid ka lõppandmebaasi (sh ka helistamise rühma). Sageli ei olnud inimesed, kellega saadi ühendust telefoni teel e-kirju ning eelnevaid kirju üldse lugenud või ei mäletanud neid. **Samuti valitses suur umbusk võõraste teadete kohta üldse, sest samal ajal käis avalikus ja ametlikud meedias aktiivne kampaania petturluse vastu ning inimestele soovitati mitte vastata võõrastele kirjadele, ega üldse mitte mingitele kontakti otsimise soovidele**. Arvame, et ka paljudele telefoni kõnedele ei vastatud selle tõttu, et tegemist oli võõra numbriga.

Lõppkokkuvõttes näeme, et A ja B rühma vastamise määr on mõnevõrra kõrgem, seda eelkõige juba esialgses faasis kõrgema vastamise määra tõttu. Seda saab lugeda nn raske sihtrühma vastamise määraks, sest kõik koostöövalmimad inimesed olid juba vastanud.

Seega aitas rahaline motivaator kiirendada andmete kogumise protsessi ning vähendada tarvilike telefonikõnede mahtu.

Telefonikõned aitasid jälle paremini välja selgitada respondente, kes tegelikult ei elanud Eestis või olid surnud või ei saanud vastata keelebarjääri tõttu, ehk vähendasid nende inimeste mahtu, kellega tegelikult mingit kontakti ei olnud. Inimesed, kellega ei saadud mingit kontakti, jäid endiselt kõige suuremaks rühmaks (tabel 1).

66-aastased ja vanemad

Võrreldes noorematega sai 65+ vanuserühm kehvemate internetioskuste tõttu teistsuguse lähenemise osaliseks. Pärast meili teel saadetud kutset ja kahte meeldetuletusmeili alustati neile telefoni kõnede tegemist (joonis 4).

20. märtsil saatsime protsessi kiirendamiseks neile meili teel pakkumise, et 40 kiiremat täitjat saavad 20-eurose kinkekaardi. Kutse said need, kelle kohta ei olnud seni mingit infot või keda telefoni teel polnud kätte saadud. 1184 inimest sai sellise meeldetuletuse. Neist 177 olid juba varem küsimustiku täitmist alustanud, kuid mitte jõudnud piisavalt kaugele. Pärast meeldetuletust jätkas neist küsimustiku täitmist 50. Meeldetuletuse saanutest 1007 polnud varem küsimustikku täitnud, neist vastas nüüd küsitlusele 153. Lõpuks jäid meeldetuletuse saanutest analüüsitavasse andmestikku 163 vastanu andmed.

Järgnevalt saadeti kõigile vähemalt 80-aastastele inimestele koju postiga ka paberankeet. Paberankeedi saajaid oli 98 inimest, neist jäi lõplikku andmestikku 32 vastaja andmed, kellest 22 vastasid paberil ja 10 veebis, kokku 33%.

Kogu uuringu vältel töötas info- ja kontakttelefon ja reageeriti operatiivselt inimeste soovidele, näiteks saata paberankeet jm. Soovi peale saadeti paberankeete välja 289 valimiliikmele, neist täitis ankeedi 56% (152 vastajat tagastas täidetud paberankeedi ja 11 vastas ikkagi veebis).

Kirjandus

American Association for Public Opinion Research. (2023). *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys.* 10th edition. AAPOR. https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf

Abdallah, S. ja Mahoney, J. (2024). Measuring eudaimonic components of subjective well-being: Updated evidence to inform national data collections. OECD Papers on Well-being and Inequalities.

Kudrna, L., Nanomi, T., Arachchige, L. A., Dolan, P., ja Mahoney, J. (2024). Measuring affective components of subjective well-being: Updated evidence to inform national data collections. OECD Papers on Well-being and Inequalities, No. 31, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6c72da70-en.

Lyubomirsky, S., King, L. ja Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? Psychological Bulletin, 131 (6), 803–855. https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803

Martela, F., Delle Fave, A., Nikolova, M., Knies, G. ja Fabian, M. (2022). Personal and social wellbeing: Proposal for a repeat wellbeing module in the European Social Survey 2025. https://www.europeansocialsurvey.org/sites/default/files/2023-07/Wellbeing-module-Round-12-final.pdf

OECD (2025). OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being (2025 Update), OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9203632a-en.

2. Vanus ja eluga rahulolu

Mare Ainsaar

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Ainsaar, M. (2026). Vanus ja eluga rahulolu. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti 1. Tartu Ülikool.

Sissejuhatus

Vanuse ja eluga rahulolu muutuse tulemuste kohta ei ole üheseid tulemusi maailmas. On leitud, et vanuse ja heaolu vahel ei ole seoseid ehk see on läbi elu stabiilne (Bartram 2023), kuid on leitud ka positiivne seos vanusega, U kujuline ja negatiivne seos (Realo & Dobewall 2011). Seega järeldavad Realo ja Dobewall (2011), et üleüldisi riikide ja kultuuride üleseid vanusega seotud seaduspärasid ei pruugigi eksisteerida ning hoopis tähtsam on uurida tegureid, mis eri vanuses inimeste heaolu mõjutavad. Väga paljud senised uuringud on tehtud läbilõikelistele andmetega ehk mitte inimeste eluteed tegelikult jälgides.

Pikalt oli maailmas teada, et **noorte inimeste heaolu** on kõrgem kui keskealistel ja eakatel (Ainsaar & Konstabel, 2023) või valitseb U kujuline seos heaolu ja vanuse vahel (Realo & Dobewall, 2011). Seega oli eluga rahulolu nooruses kõrgem, kuid täiskasvanuks saades madalam ning mõnedes riikides jälle kõrgem pensioniea saabudes. Viimaste aastate uuringud on näidanud üllatuslikult, et just noortel on suuremad vaimse tervise probleemid (Daly *et al*. 2022; Fancourt *et al*. 2021). See trend on eksisteerinud alates 2020. aastatest. Noorte madalat heaolu tuleb pidada uueks nähtuseks nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt ning Eestis on seda veel suhteliselt vähe uuritud (Akermann *et al*. 2023).

Hästi on teada eluga rahulolu madalseisus pärast noorust, **täiskasvanu** ea saabudes (Blanchflower & Oswald 2008) ning seda on seletatud pingega, mis tekib pere-, töökohustuste, töötusega seotud asjaoludest. Täiskasvanuna on inimesel mitmeid rolle ning kohustusi, eriti nooremas täiskasvanu eas, kui kogemusi veel vähem ning positsioon ühiskonnas on nõrgem, võib olla ka keerulisem kõigega toime tulla. Varasemad Eesti uuringud (Ainsaar 2011a; Ainsaar & Konstabel 2023) näitavad Eestis siiski järjekindlalt tööealiste suuremat eluga rahulolu kui eakatel.

Pensioniiga toob mõnedes riikides kaasa heaolu languse, kuid on palju riike, kus eluga rahulolu on noorte eakate seas hoopis suurem (Steel 2016). Viimasel juhul on tegemist enamasti U kujulise heaolu muutusega (näiteks Blanchflower & Graham 2020), kus pärast tööiga, pensioniea saabudes jälle eluga rahulolu kasvab. See seos kehtib ka siis kui arvestada partnerluse ja sissetuleku näitajatega. Riigiti võib olukord siiski erineda. Bartram (2020) näitab, et vanuse ja heaolu uurimiseks on asjakohane lisada analüüsidesse ka kohordi, perioodi ja riigi näitajad, mis mõjutavad vanuselist heaolu.

Siiski on läbilõikelistes uuringutes väga keeruline eristada kohordi efekti vanuse efektist. Senised katsed seda teha (näiteks Realo & Dobewall 2011) on kasutanud selleks mitmete uuringute ning andmete kombineerimist. Eesti varasemad uuringud (Ainsaar 2011, Ainsaar ilmumisel) on näidanud järjekindlalt eakate kõige madalamat eluga rahulolu, võrreldes teiste vanuserühmadega.

Seega uurime:

1. Kuidas muutub heaolu vanusega Eestis?

2. Kuidas sõltub heaolu soost, sissetulekust ja rahvusest?

3. Kas Eestis on madala heaolu riskivanuseid?

4. Mis seletab madalamat heaolu nendes riskirühmades.

Metoodika

Selles peatükis vaatleme heaolu erinevate vanuserühmade lõikes. Sama vanuserühmade jaotust kasutatakse ka aruande teistes osades. Seega on oluline märkida, et jagunemine just nendeks rühmadeks (18–25, 26–35, 36–50, 51–65, 66+) on saadud eluga rahulolu andmete detailsematest uuringutest ning arvestades inimeste elutsüklitega. Tabel 1 annab ülevaate vastajate jaotusest eri vanuse- ja soorühmades.

Tabel 1. Uuringus osalenute jaotus vanus- ja soorühmade lõikes.

Vanusrühm	Mees	Naine	Kokku
18–25	402	377	779
26–35	452	433	885
36–50	780	748	1528
51–65	646	716	1362
66+	486	892	1378
Kokku	2766	3166	5932

Erinevatest heaolu mõõtmise viisidest (vt sissejuhatus) on see peatükk keskendunud eelkõige eluga rahulolule, mille mõõtmiseks on kasutatud küsimust „Kõike kokku võttes, kuivõrd rahul Te oma eluga üldiselt olete praegu?“.

Teistest heaolu mõõtmise viisidest on antud vanuse lõikes põgus kirjeldav ülevaade vanuse lõikes. Kasutatud on järgmisi näitajaid:

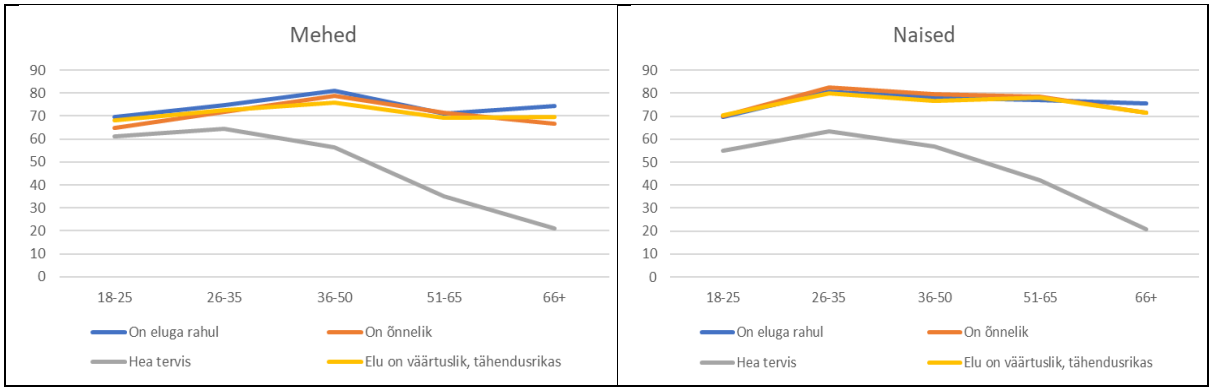
Õnne mõõtmiseks kasutame küsimust „Kui õnnelikuks Te kõike kokku võttes end peate?“, kus skaalal 0 kuni 10 loetakse õnnelikuks väärtust 6–10 punkti.

Tervise mõõtmiseks kasutame küsimust „Kui rahul olete enda tervisega?“, kus skaalal 0 kuni 10 tähendab hea tervise hinnangut 6–10 punkti. Tervist kasutame rahulolu mõõtmisel ka kui ühte seletavat tunnust.

Eudaimoonilise heaolu mõõtmiseks kasutame väidet „Tunnen üldiselt, et mu elu on väärtuslik ja tähendusrikas“. Nõustun ja nõustun täielikult on positiivne heaolu pool.

Tulemused

Kolm peamist heaolu mõõtmise näitajat on omavahel suhteliselt sarnase trajektooriga. Tervise puhul on trend teistsugune, nimelt on tervise hinnang madalam noorimas rühmas, kasvab noorte täiskasvanute seas ja hakkab langema alates 35st eluaastast, eriti meeste seas (joonis 1).



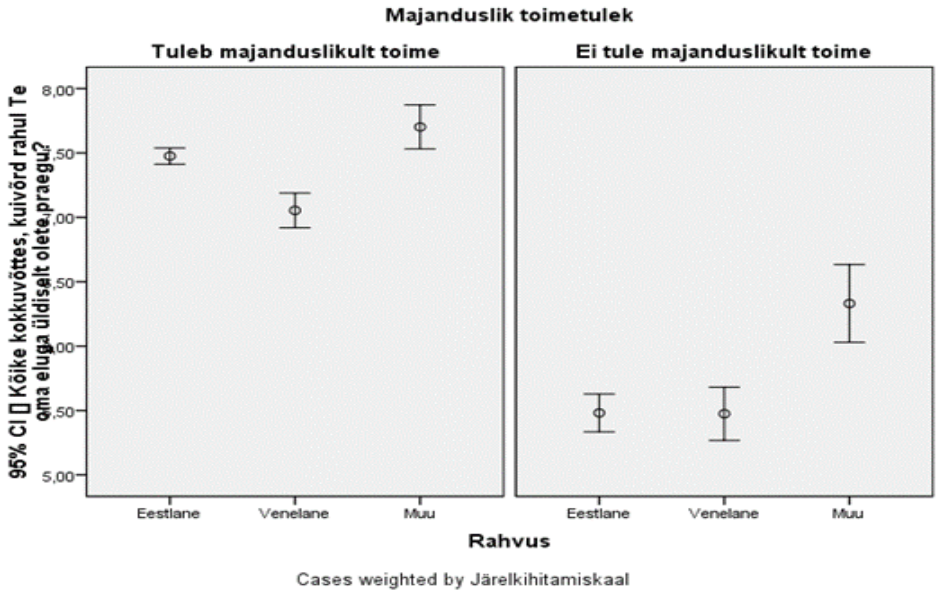
Joonis 1. Heaolu peamiste näitajate vanuseline ja sooline jaotus.

76% inimestest Eestis on pigem oma eluga rahul (väärtused 6–10) ja 12% pole rahul (väärtused 0–4), 12% on keskmine väärtus 5. 74% inimestest on pigem õnnelikud, 12% pigem õnnetud, 14% vahepeal.

Nii meeste kui naiste seas on kõige vähem oma eluga rahul noored – kuni 25aastased (joonis 1). Madalama rahuloluga on veel meeste pensioniea eelne rühm 51–64-aastased. Naistel sellist eakate erisust ei ole. Lisaks noortele inimestele madalalae heaolule, on huvitav ka kõige eakamate inimeste rühm. Nimelt ei ole seal näha olulist eluga rahulolu langust (meeste selles rühmas on see isegi kõrgem kui nooremas rühmas), kuigi õnne ja elu väärtuslikuna tundmine langeb. Kokkuvõttes on Eesti naised eluga oluliselt enam rahul kui mehed (joonis 1).

Eluga rahulolu

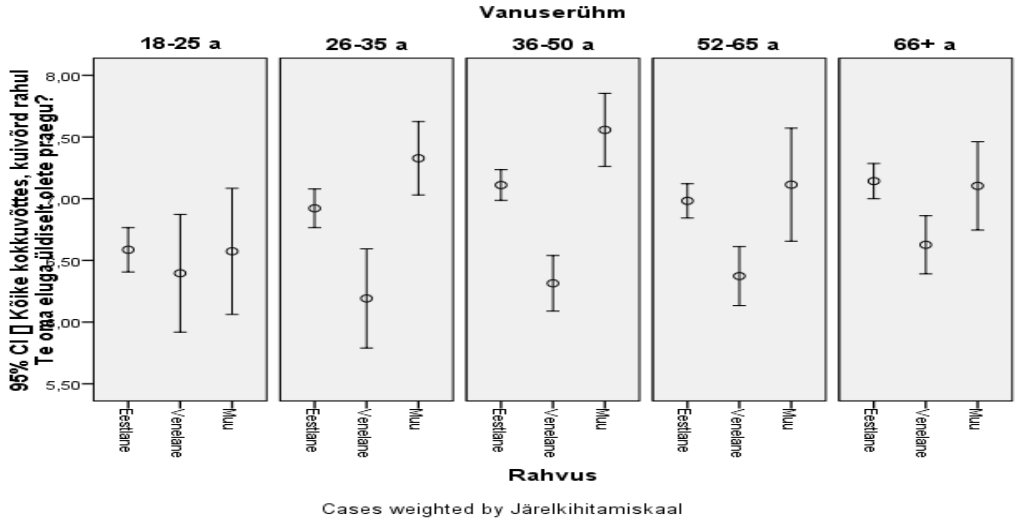
Ootuspäraselt on kehvema majandusliku toimetulekuga inimesed eluga vähem rahul (joonis 2). Vene rahvusrühm on suhteliselt kehvema eluga rahuloluga ka parema majandusliku toimetuleku rühmas. See viitab asjaolule, et seal on tegemist täiendavate teguritega, mis mõjutavad eluga rahulolu oluliselt lisaks rahvusele.



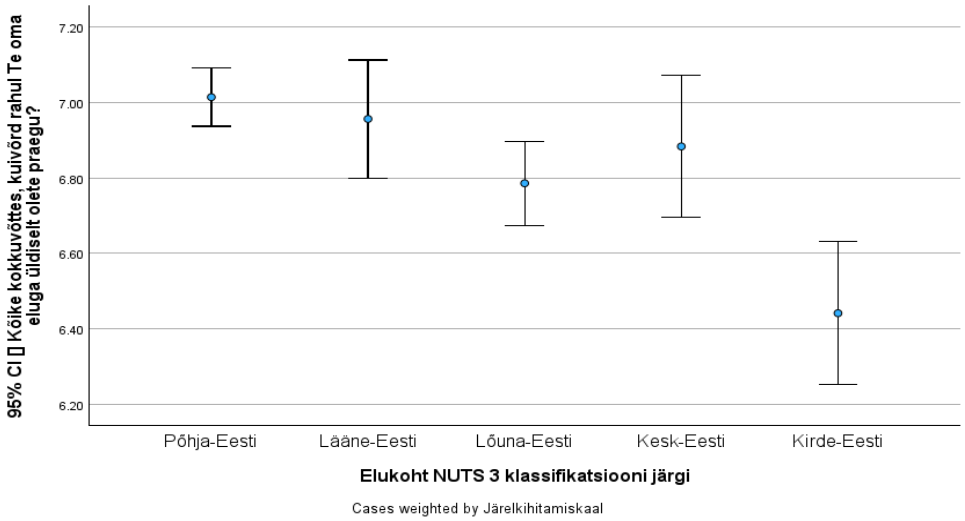
Joonis 2. Eluga rahulolu, sissetulek ja rahvus.

Vene rahvusest inimestel ei ole suuri vanuselisi erinevusi eluga rahulolus oma rühma sees, kuid suur vahe eesti rahvusega tuleb sisse tööealiste (26–65 aastat) puhul (joonis 3). Kokkuvõttes on rahvuste lõikes vene rahvusest inimesed selgelt kõige madalama rahuloluga, võrreldes teiste rahvustega (joonis x). Ainult 18–25-aastaste seas ei tule vanuselised erinevused välja, sest selles vanuses on kõigist rahvustest noorte eluga rahulolu madal.

Tähelepanuväärne on et "muust" rahvusest inimesed on eluga rohkem rahul nii hea kui kehva majandusliku toimetuleku rühmas.



Joonis 3. Eluga rahulolu ning vanus ja rahvus.

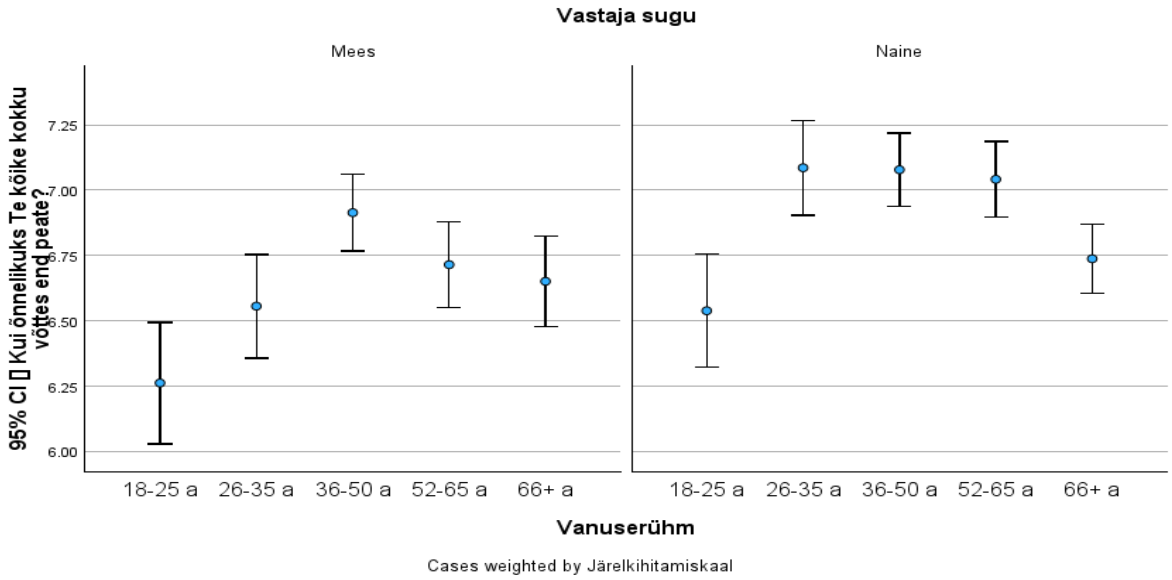


Joonis 4. Eluga rahulolu ning elukoht.

Eluga rahulolul on ka regionaalsed erinevused (joonis 4), kuid peamiselt erineb teistest Eesti piirkondadest Kirde- Eesti, kus on eluga rahulolu madalam.

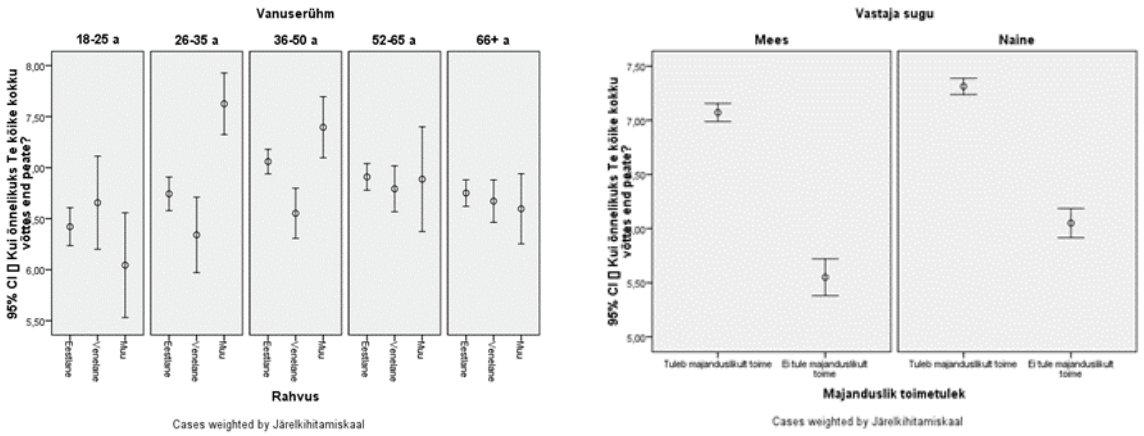
Õnn

Õnne näitajad erinevad mõnevõrra eluga rahulolu näitajatest (joonis 5). Näiteks 52–65-aastaste meeste õnne languses puudub selline järsk allakäik nagu eluga rahulolu puhul selles vanuses. Sarnane rahuloluga on see, et noored on vähem õnnelikud kui vanemad inimesed.



Joonis 5. Õnn ja vanus.

Õnne puhul ei saa ka väita, et vene rahvusest inimesed oleksid vähem õnnelikud kui Eesti rahvusest inimesed ning "muu" rahvuse puhul puudub selge õnne erinevus teistest rühmadest samuti. Ootuspäraselt on õnnelikumad majanduslikult paremini hakkama saavad inimesed ja naised on õnnelikumad kui mehed (joonis 6).



Joonis 6. Õnn, rahvus ja majanduslik toimetulek.

Mis on eri vanuses tähtis?

Selleks, et paremini mõista eri vanuserühmade heaolu, küsiti uuringus ka eri eluvaldkondade tähtsuse kohta. Enamasti pidasid inimesed kõiki asju oma elus tähtsaks, kuid oli ka mõningaid vanuselisi erinevusi. Selleks, et paremini mõista eri vanuserühmade erinevust, näitab tabel 2 neid asjaolusid, mis ei olnud oluline.

Tabel 2. % inimestest selles vanuses, kellele see **ei ole tähtis** (väärtus kuni viieni 10-punktisel skaalal) eri vanusrühmades.

	18–25	25–35	36–50	52–65	66+	Kokku
Tasustatud töö	10,6	4,4	4,8	6,7	24,5	10,5
Tervis	8,8	3,8	2,4	0,9	0,9	2,7
Vaba aeg	7,7	5,4	7,3	8,1	17,5	9,6
Demokraatlik riigikorraldus	22,5	13,5	17,5	14,9	14,0	16,1
Peresuhted	7,8	4,5	2,2	2,1	2,8	3,4
Sõprussuhted	8,7	9,2	9,5	8,7	7,8	8,8
Turvaline elu	5,0	3,4	2,2	1,8	1,6	2,5
Majanduslik toimetulek	4,4	1,8	1,4	0,9	2,3	2,0
Eneseteostus	7,4	6,8	6,3	9,0	16,4	9,5
Majandusel läheks hästi	10,6	8,7	6,2	4,6	2,5	5,9
Keskkond	6,7	4,0	3,1	2,5	3,1	3,6
Kuulumine mõnda rühma	26,2	27,3	26,8	25,5	26,8	26,5

Kõigis vanuserühmades on kõige vähem oluline „kuulumine“ mõnda rühma, mille kohta umbes veerand Eesti inimestest ütleb, et see ei ole neile oluline (tabel 2). Väike tähtsus võib osaliselt tuleneda ka küsimuse mõistmise keerulisusest, sest mingisse rühma „kuulumise“ kontseptsioon on suhteliselt abstraktne. Samas on heaolu teooriate kohaselt kuulumine oluline, sest ilma kuulumiseta suureneb üksindus ning võib kannatada identiteet.

Kõige tähtsamad on kokkuvõttes majanduslik toimetulek, turvaline elu ning tervis (tabel 2).

Enamike näitajate puhul on ka vanuserühmade vahel teatud erinevused. Näiteks noorte seas vanuses 18–25 peetakse **suhteliselt vähem oluliseks** demokraatlikku riigikorraldust (22,5%) ning seda, et Eesti majandusel läheks hästi, samuti sõprussuhteid, tervist ja tööd (tabel 2). Samas määravad tervis ja sõprussuhted selles rühmas rohkem tegelikku eluga rahulolu kui keskmiselt ühiskonnas.

25–35-aastaste seas on töö ja tervis, majanduslik toimetulek juba olulisem, kuid sarnaselt noorema rühmaga, kuulumise mõnda rühma ja riigi demokraatlik korraldus suhteliselt vähem oluline.

36–50-aastaste puhul on väärtustatud asjade muster väga sarnane 25–35-aastastele, kuigi demokraatlik riigikorraldus on mõnevõrra olulisem.

52–65-aastaste seas väheneb eneseteostuse tähtsus. Demokraatliku riigikorraldus ja kuulumine mõnda rühma on endiselt suhteliselt vähe tähtis.

Kõige vanemas vanuserühmas (66+) on töö ja vaba aja tähtsus vähenenud, samuti eneseteostuse tähtsus.

Rahulolu vanuselised erinevused

Erinevad rahulolu valdkonnad mõjutavad erinevalt eri vanuses inimesi. Näiteks võib see sõltuda erinevatest vajadustest eri vanuses. Sellepärast analüüsime ka rühmade sees eri valdkondadega rahulolu mõju kogu eluga rahulolule.

Tabel 3. Seos eluga rahulolu ja erinevate rahulolu valdkondadega vanusrühmade sees ja Eestis keskmiselt. Halliga on märgitud need tegurid, mis on Eesti keskmisest oluliselt väiksema mõjuga ja kollasega need, mis on olulisemad (korrelatsioonikordajad, tärnidega on tähistatud valdkonnad, mis on kogu eluga rahuloluga oluliselt seotud).

Vanus	18–25	25–35	36–50	52–65	66+	Kokku
Tasustatud tööga rahulolu	.341***	.355***	.339***	.397***	.276***	.323***
Tervis	.553***	.550***	.523***	.553***	.477***	.513***
Vaba aeg	.301***	.432***	.404***	.440***	.443***	.409***
Demokraatlik riigikorraldus	.484***	.473***	.467***	.455***	.373***	.441***
Peresuhted	.350***	.436***	.436***	.452***	.452***	.433***
Sõprussuhted	.639***	.644***	.613***	.605***	.565***	.609***
Turvaline elu	.491***	.462***	.457***	.454***	.437***	.457***
Majanduslik toimetulek	.458***	.439***	.423***	.432***	.423***	.431***
Eneseteostus	.461***	.520***	.543***	.583***	.552***	.541***
Eesti majandusega rahulolu	.497***	.570***	.576***	.649***	.594***	.584***
Keskkond	.315***	.376***	.410***	.423***	.472***	.406***
Kuulumine mõnda rühma	.341***	.355***	.339***	.397***	.276***	.323***
Leibkonna majanduslik toimetulek	.442***	.548***	.582***	.631***	.628***	.580***

Ootuspäraselt on kõik uuritud eri valdkonnad seotud kogu eluga rahuloluga (tabel 3). Seega võib eelkõige vaadata seoste tugevust (mis eristab kõige rohkem) ja vanusest tulenevat erinevust Eesti keskmisest. Korrelatsioonid näitavad (tabel 3), et **eluga rahulolu erinevused Eestis on kõige enam mõjutatud sõprussuhete, majandusliku kindlustunde, enesetoestuse ning tervisega**.

Nooremate inimeste eluga rahulolu on kõige enam seotud hinnanguga sõprussuhetele ning tervisele (tabel 3). Tähelepanuväärne on, et rahulolu mitmete valdkondadega määrab noorte rühma sees vähem eluga rahulolu kui vanemate rühmade sees (hallid rühmad).

25–50-aastased kujundavad Eesti üldise heaolu pildi ning nende rahulolu allikad on väga sarnased Eesti keskmiste rahulolu allikatega. **Rahulolu on kõige tihedamalt seotud sõprussuhete, majandusliku kindlustunde, enesetoestuse ning tervisega**.

Üleminekuiga (52–65) on mõnevõrra teistsuguse rahulolu mustriga. Nii leibkonna majanduslik toimetulek kui ka riigi majanduse hinnang muutub tähtsamaks diferentseerumise allikaks ning isegi olulisemaks kui sõprussuhted. **Samuti muutuvad suhteliselt tähtsamaks tervis ning eneseteostus.** Kuulumine mõnda rühma ja tööga rahulolu ei ole kõige tähtsamate tegurite seas, kuid nendega rahulolu mõju heaolule on suurem kui noorematel vanusrühmadel (tabel 3).

Kõige vanemas rühmas (66+) on majanduslik toimetulek ja rahulolu keskkonnaga tähtsamad kui teistes vanustes. Samas on jälle mitmeid tegureid, mis mõjutavad eakate rühma sees inimesi vähem kui nooremates rühmades (kollased lahtrid).

Seletused

Selles osas analüüsime,

- miks on noorte eluga rahuolu madalam kui vanematel inimestel Eestis 2026. aastal;
- mis juhtub meestega vanusest 55–65, et nende eluga rahulolu on madalam.

Tabel 4. Kokkuvõte noorte ja 52–65-aastaste meeste rahulolu erinevustest, võrreldes teiste rühmadega.

	Noored 18–25	Mehed 52–65
Vaba aeg	Rohkem	Rohkem
Stress	Palju (eriti naistel)	Ei ole probleemi
Elu väärtus ja tähendus	Vähem kui teistel	Vähem kui teistel
Peresuhted	Natuke vähem rahul	Hästi
Sõprussuhted	Keskmine	Keskmine
Valitsusega rahul	Keskmine	Rahulolematu
Demokraatiaga rahulolu	Keskmine	Rahulolematu
Institutsionaalne usaldus	Keskmine	Vähem
Inimeste usaldamine	Madalam	Keskmine
Majanduslik toimetulek	Parem	Halvem
Tervis	Kehvem natuke (naistel)	Kehvem kui varem

Uuringus küsiti nimelt inimestelt rahulolu kohta erinevate elu domeenidega. Tabel 4 näitab, et noorte puhul on peamisteks probleemideks stress, halb tervis (eriti naistel), teiste inimeste väiksem usaldamine, nad peavad oma peresuhteid natuke kehvemaks kui teised vanuserühmad, samas kui enda elu peetakse vähem väärtuslikuks.

52–65-aastaste meeste peamised probleemid on rahulolematus riigi asjadega, madal institutsionaalne usaldus, halvenev tervis, oma majandusliku toimetuleku kehvemaks hindamine.

Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt võib öelda, et elame muutuste ajal, kus noortel läheb halvemini, vanematel inimestel järjest paremini. Eesti täiskasvanud inimestest on 76% pigem oma eluga rahul, mida on mõnevõrra vähem kui varasemad uuringud näitavad. Madal sissetulek ja vene rahvus on olulised rahulolematuse allikad. Eesti naised on eluga oluliselt enam rahul kui mehed.

Nii meeste kui naiste seas on kõige vähem oma eluga rahul noored – kuni 25-aastased. Madalama rahuloluga on veel meeste pensioniea eelne rühm (51–64 aastat). Naistel sellist vanuselist erirühma ei ole.

Mis probleemid on eri vanuses kõige suuremad?

Noorte puhul on peamisteks probleemideks stress, halb tervis (eriti naistel), teiste inimeste väiksem usaldamine, nad peavad oma peresuhteid natuke kehvemaks kui teised vanuserühmad, samas kui enda elu vähem väärtuslikuks. 52–65-aastaste meeste peamised probleemid on rahulolematus riigi asjadega, madal institutsionaalne usaldus, halvenev tervis, oma majandusliku toimetuleku kehvemaks hindamine,

Mida peetakse tähtsaks eri vanuses

Vanuselised erinevused eri valdkondadele tähtsuse omandamisel oma elus on suhteliselt väikesed.

Mis mõjutab eri vanuses eluga rahulolu

Noortel inimestel on peamised eluga rahulolu määrajad sõprussuhted ja vaba aeg, keskeas eneseteostus ja majanduslik toimetulek, vanemas eas tervis ja keskkond.

Kirjandus

Ainsaar, M. (ilmumisel). Crises and changes in the life satisfaction in the Baltic States (1990–2025).

Ainsaar, M. (2011). Subjektiivse heaolu muutus Balti riikides 1990−2009. Lauristin, M. (toim) 2010/2011 Eesti Inimarengu Aruanne. Inimarengu Balti rajad: muutuste kaks aastakümmet, Tallinn: Eesti Koostöö Kogu, 82-87.

Ainsaar, M. ja Konstabel, K. (2023). Eluga rahulolu muutus Eestis. Sisask, M. (toim) Eesti Inimarengu Aruanne 2023. Eesti Koostöö Kogu. https://inimareng.ee/eluga-rahulolu-eestis/ https://doi.org/10.58009/aere-perennius0043

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. Sisask, M. (toim) Eesti Inimarengu Aruanne 2023. Eesti Koostöö Kogu. https://inimareng.ee/eluga-rahulolu-eestis/ https://doi.org/10.58009/aere-perennius0043

Bartram, D. (2020). Age and Life Satisfaction: Getting Control Variables under Control. Sociology. 55. 003803852092687. 10.1177/0038038520926871.

Bartram D. (2023). Is happiness u-shaped in age everywhere? A methodological reconsideration for Europe. National Institute Economic Review, 263:61-75. doi:10.1017/nie.2022.1

Blanchflower, D. G ja Graham, C. (2020). Happiness and aging in the US: Why it is different from other places and why it matters. Working Paper 28143. National Bureau of Economic Research. http://www.nber.org/papers/w28143.

Daly, M., Sutin, A. R. ja E. Robinson (2022). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. Psychological Medicine, 52 (13), 2549–2558. https://doi.org/10.1017/S0033291720004432

Fancourt, D., Steptoe, A. ja F. Bu (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: A longitudinal observational study, The Lancet Psychiatry, 8 (2), 141–149. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X

Realo, A. ja Dobewall, H (2011). Does life satisfaction change with age? A comparison of Estonia, Finland, Latvia, and Sweden. Journal of Research in Personality, 45 (3), 297-308.

Steel, M. (2016). Measuring National Well-being: At what age is Personal Well-being the highest? Estimates of personal well-being, with analysis by country, region and local areas and individual characteristics such as age about personal quality of life.

https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/measuringnationalwellbeing/atwhatageispersonalwellbeingthehighest

3. Poliitiline rahulolu Eestis

Liisa Talving

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Talving, L. (2026). Poliitiline rahulolu Eestis. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

Käesolev peatükk käsitleb inimeste rahulolu poliitika toimimisega Eestis. Poliitilise rahulolu uurimine on oluline, sest see peegeldab kodanike hinnanguid poliitilise süsteemi toimimisele ning on seotud demokraatia legitiimsuse, poliitilise osaluse, ühiskondlike reeglite järgimise ja demokraatliku riigikorra stabiilsusega (Linz & Stepan 1996). Mida kõrgem on inimeste rahulolu poliitika toimimisega, seda tõenäolisemalt peetakse poliitilist süsteemi õiguspäraseks ning ollakse valmis selle raames tegutsema. Seevastu püsiv rahulolematus võib vähendada usaldust poliitiliste institutsioonide vastu ning suurendada toetust süsteemivälistele või mittedemokraatlikele alternatiividele.

Teaduskirjanduses eristatakse poliitilise rahulolu kahte tasandit (Easton 1975; Magalhães 2014). Esimene neist puudutab rahulolu demokraatliku süsteemi toimimisega tervikuna. Tegemist on üldisema ja pikaajalisema hinnanguga, mis peegeldab seda, kuivõrd peetakse demokraatiat sobivaks valitsemisvormiks ja aktsepteeritakse selle toimimise põhimõtteid. Kõrge süsteemitasandi rahulolu aitab säilitada demokraatia legitiimsust ning muudab inimesed kannatlikumaks ka ajutiste kriiside, majanduslanguste või ebapopulaarsete valitsuste suhtes. Teine tasand puudutab rahulolu konkreetsete poliitiliste tegutsejate, eelkõige valitsuse tööga. See on lühiajalisem ja muutlikum hinnang, mis sõltub rohkem parasjagu võimul olevatest poliitikutest ja nende tegevusest. Rahulolematus valitsuse tööga täidab demokraatias olulist rolli, sest suurendab poliitikute aruandekohustust, toetab poliitilist konkurentsi ning sunnib valitsejaid avalikule arvamusele reageerima.

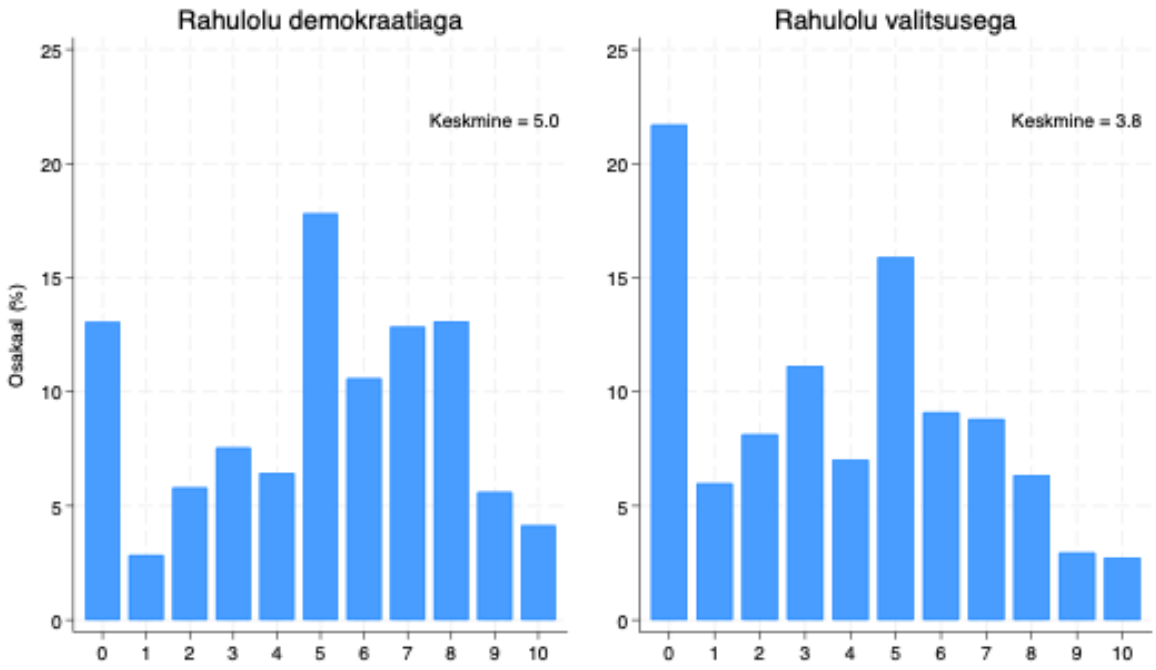
Seetõttu peetakse demokraatia seisukohalt kõige soodsamaks olukorda, kus inimesed on küll üldiselt rahul demokraatia toimimisega, kuid hindavad kriitiliselt parasjagu ametis oleva valitsuse tegevust (Norris 1999, 2011; Rosanvallon & Goldhammer 2008). Selline kombinatsioon tähendab, et demokraatlikku süsteemi peetakse legitiimseks, samal ajal kui poliitikud on motiveeritud oma tegevust parandama ning kodanike ootustele vastama. Käesolevas peatükis vaadeldakse mõlemat poliitilise rahulolu tasandit Eestis ning analüüsitakse, kuidas need on seotud erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnustega.

Tulemus

Poliitilise heaolu mõõtmiseks kasutab käesolev peatükk Hea Eesti pikiuuringu esimese laine andmeid, mis viidi läbi 2026. aastal ja milles on 5933 vähemalt 18-aastase Eesti elaniku andmed. Ankeet sisaldab kaht peamist poliitilise heaolu mõõdikut: rahulolu demokraatia toimimisega Eestis ning rahulolu Eesti valitsuse tööga. Esimene neist aitab mõõta inimeste laiemat rahulolu poliitilise süsteemi toimimisega ja teine rahulolu konkreetsete poliitiliste tegutsejatega. Mõlemale küsimusele sai vastata skaalal 0–

10, kus 0 tähendas “üldse mitte rahul” ja 10 “täiesti rahul”. Analüüs põhineb järelkihitamiskaaludega kaalutud andmetel.

Keskmine rahulolu demokraatia toimimisega on käesolevate andmete põhjal 5 ning keskmine rahulolu Eesti valitsuse tööga 3,8 punkti. Seega on Eesti inimesed märksa enam rahul poliitilise süsteemi toimimisega laiemalt kui parasjagu ametis oleva valitsuse tegevusega. Ka hinnangute jaotus erineb märgatavalt (joonis 1). Rahulolu valitsuse tööga iseloomustab suur väga rahulolematute osakaal – iga viies vastaja (21,7%) ei ole valitsuse tööga üldse rahul. Rahulolu demokraatia toimimisega on seevastu ühtlasemalt jaotunud ning julgelt üle poole vastajatest annab sellele hinnangu vähemalt viis punkti 11-pallisel skaalal.



Joonis 1. Poliitilise rahulolu sagedusjaotus. Märkus: 0 = „üldse mitte rahul“ ja 10 = „täiesti rahul“. Allikas: Hea Eesti 2026; kaalutud andmed.

Hea Eesti pikiuuringu esimene laine ei võimalda veel hinnata poliitilist rahulolu ajalises ega rahvusvahelises võrdluses. Laiema võrdluspunkti pakuvad aga Euroopa Sotsiaaluuringu (ESS) andmed. ESS-i 11. vooru (2023/24) põhjal paikneb Eesti rahulolu poolest demokraatia toimimisega Euroopa riikide keskmike hulgas: Eesti keskmine oli 5,1 punkti 11-pallisel skaalal. Kõrgeim rahulolu registreeriti Šveitsis (7,5) ning kõrged olid hinnangud üldiselt ka Põhjamaades, samas kui madalaim keskmine oli Ukrainas (3,0). Rahulolu valitsuse tööga oli Eestis märksa madalam, keskmiselt 3,4 punkti, mis paigutab Eesti Euroopa riikide seas pigem alumisse ossa. Ka selle näitaja puhul oli rahulolu kõrgeim Šveitsis (6,6) ja madalaim Ukrainas (2,5). Seega kinnitab rahvusvaheline võrdlus Hea Eesti andmetes ilmnenud mustrit: Eesti elanikud hindavad demokraatia toimimist tervikuna positiivsemalt kui parasjagu ametis oleva valitsuse tööd.

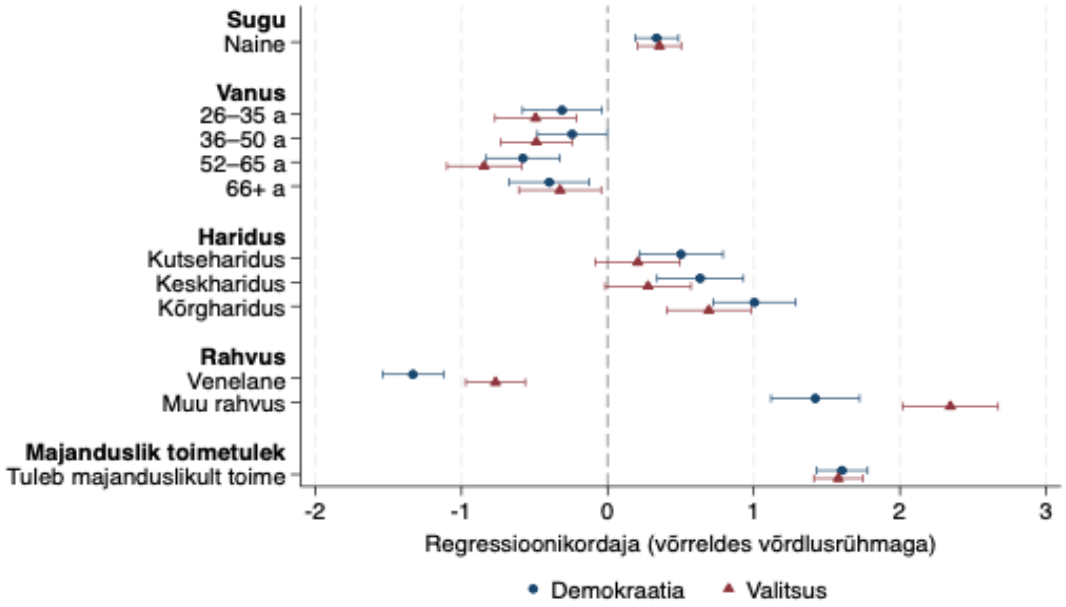
Ajalises võrdluses on rahulolu demokraatia toimimisega Eestis olnud viimase kahekümne aasta jooksul suhteliselt stabiilne. ESS-i andmed aastatest 2004–2024 näitavad, et kuigi hinnangud demokraatia

toimimisele on mõnevõrra kõikunud, ei ole toimunud järske ega püsivaid muutusi ja rahulolunäitaja on püsinud stabiilselt vahemikus 4,5–5,7. Märksa kõikuvam on olnud rahulolu valitsuse tööga, mis peegeldab selle näitaja lühiajalisemat ja valitsuste tegevusega seotud iseloomu. Kõige madalam oli rahulolu valitsusega Eestis 2008.–2009. aasta majanduskriisi ajal (3,5) ning taas 2024. aasta sügistalvel (3,4), mil avalikku arutelu kujundasid ulatuslikud maksutõusud, hinnakasv ja elukalliduse suurenemine.

Sotsiaaldemograafilised erinevused poliitilises rahulolus

Et hinnata, millised sotsiaaldemograafilised tunnused on poliitilise rahuloluga seotud, koostati kaks regressioonimudelit – üks rahulolu kohta demokraatia toimimisega ning teine rahulolu kohta valitsuse tööga. Mudelitesse kaasati sugu, vanuserühm, haridus, rahvus ja majanduslik toimetulek. Joonisel 2 on esitatud regressioonikordajad koos 95% usaldusvahemikega. Referentsjoon tähistab võrdlusrühma väärtust: sellest paremale jäävad hinnangud viitavad suuremale ning vasakule jäävad hinnangud väiksemale rahulolule võrreldes vastava võrdlusrühmaga.

Jooniselt ilmneb, et kõik mudelisse kaasatud tunnused on poliitilise rahuloluga statistiliselt olulisel määral seotud, kuid nende mõju ulatus erineb. Võrreldes meestega on naised mõnevõrra enam rahul nii demokraatia toimimise kui ka valitsuse tööga. Kõik vanemad vanuserühmad on võrreldes 18–25-aastastega vähem rahul, kusjuures erinevus on suurem rahulolus valitsuse tööga. Hariduse kasvades suureneb ka poliitiline rahulolu ning majanduslikult paremini toime tulevad inimesed hindavad nii demokraatia toimimist kui valitsuse tegevust märksa positiivsemalt. Kõige suuremad erinevused ilmnevad aga rahvuse lõikes. Võrreldes eestlastega on vene rahvusest inimesed oluliselt vähem rahul nii demokraatia toimimise kui ka valitsuse tööga, kusjuures erinevus on eriti suur rahulolus demokraatiaga. Samal ajal paistavad muude rahvusrühmade esindajad silma keskmisest kõrgema poliitilise rahuloluga.

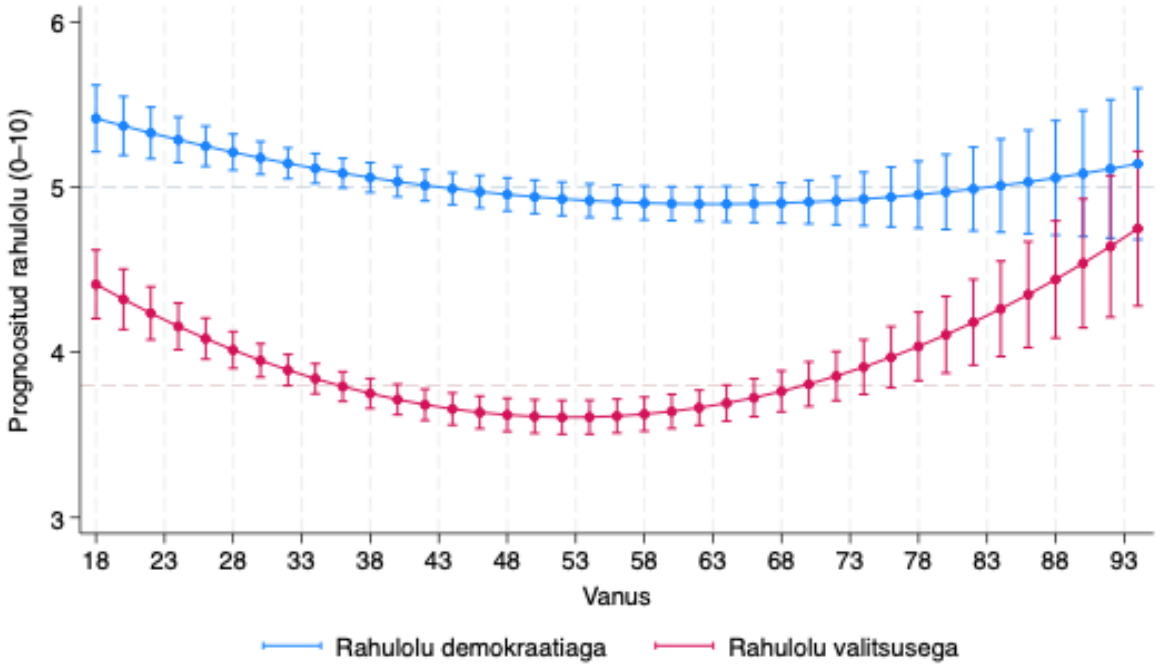


Joonis 2. Seosed sotsiaaldemograafiliste tunnuste ja poliitilise rahulolu vahel. Märkus: võrdlusrühmad on mehed, 18–25-aastased, alg- või põhiharidusega vastajad, eestlased ning majanduslikult raskustes olevad vastajad. Vurrud tähistavad 95% usaldusvahemikke. Allikas: Hea Eesti 2026; kaalutud andmed.

Regressioonanalüüsi tulemused on suuresti kooskõlas varasema teaduskirjandusega, kuid mõned seosed väärivad lähemat käsitlemist. Joonis 2 näitas, et nooremad vastajad on keskmiselt poliitikaga

rohkem rahul kui vanemad vanuserühmad. Kui vaatleme vanust aga pideva tunnusena (joonis 3), siis ilmneb, et seos ei ole lineaarne, vaid U-kujuline. Noored inimesed on poliitika suhtes optimistlikumad, rahulolu väheneb keskeas, mil kokkupuude riigi ja selle institutsioonidega on kõige intensiivsem ning majanduslikud ja perekondlikud kohustused suurimad. Vanemaealiste seas suureneb rahulolu taas. Eriti selgelt ilmneb see rahulolus valitsuse tööga: 18-aastaste prognoositud keskmine hinnang on ligikaudu 4,4 punkti, 51–54-aastaste seas langeb see umbes 3,6 punktini ning tõuseb seejärel taas vanemates vanuserühmades. Rahulolu demokraatia toimimisega, mis on vähem tundlik lühiajaliste poliitiliste ja majanduslike muutuste suhtes, järgib sama mustrit, kuid märksa tagasihoidlikumal määral.

Rahvusvahelised uuringud on viimastel aastatel osutanud pigem kasvavale noorte rahulolematusele demokraatiaga, eriti Lääne-Euroopas, kus põlvkondadevahelised erinevused on muutunud üha selgemaks (Foa *et al*. 2020). Seejuures ei peeta noorte kriitilisust üksnes vanusest tulenevaks elukaare efektiks, vaid ka põlvkondlikuks muutuseks: tänased noored ei pruugi vananedes muutuda sama rahulolevaks kui varasemad põlvkonnad, sest nende poliitilised kogemused ja ootused on kujunenud teistsugustes ühiskondlikes oludes (nt Romero-Vidal & Talukder 2025). Käesolevad andmed selliste kohordiefektide hindamist Eesti puhul veel ei võimalda, kuna see vajaksmuutuste jälgimist ajas.

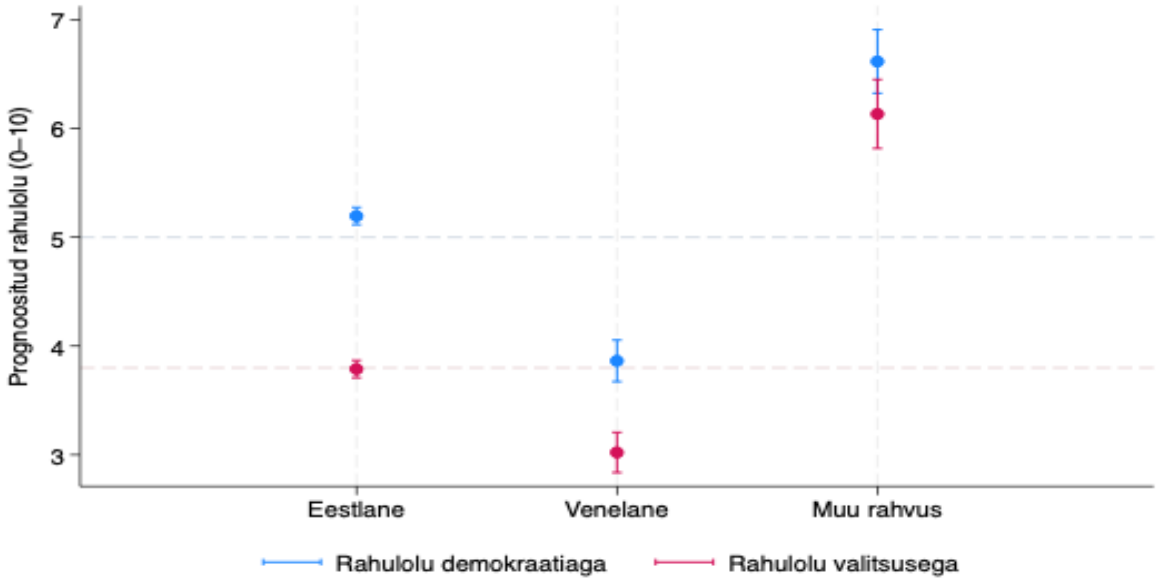


Joonis 3. Vanuse seos poliitilise rahuloluga. Märkus: prognoositud rahulolu erinevas vanuses vastajate seas. Regressioonimudelites on kontrollitud soo, hariduse, rahvuse ja majandusliku toimetuleku mõju. Horisontaalsed katkendjooned tähistavad vastavate rahulolunäitajate kaalutud keskmisi. Allikas: Hea Eesti 2026; kaalutud andmed.

Suurimad erisused poliitilises rahulolus ilmnevad aga rahvuse lõikes (joonis 4). Kõige madalama hinnangu nii demokraatia toimimisele kui ka valitsuse tööle annavad vene rahvusest vastajad, neile järgnevad eestlased ning kõige optimistlikumad on mõnest muust rahvusest vastajad. Seejuures on rahvustevahelised erinevused selgemad rahulolus demokraatia toimimisega kui rahulolus valitsuse

tööga. Regressioonimudeli põhjal hindavad eestlased rahulolu demokraatiaga keskmiselt 5,2 punktiga, venelased aga vaid 3,9 punktiga 11-pallisel skaalal. Muu rahvuse esindajate prognoositud keskmine ulatub ligikaudu 6,6 punktini. Kuigi ka rahulolus valitsuse tööga ilmneb sama järjestus, on erinevused mõnevõrra väiksemad.

Selline tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, mis on korduvalt näidanud, et etnilised vähemused Eestis ja Baltikumis väljendavad madalamat usaldust riigi ja poliitiliste institutsioonide vastu ning on kriitilisemad demokraatia toimimise suhtes (nt Rose et al.1998, 2004; Ehin, 2007; Lühiste 2013; Duvold et al. 2020). Ühe võimaliku seletusena on välja toodud vähemusrühmade tajutud poliitiline alaesindatus (Ruiz-Rufino 2013; Agarin 2010). Rahulolu demokraatiaga sõltub suurel määral sellest, kuivõrd inimesed tunnetavad poliitilist süsteemi oma huve esindavana (Aarts & Thomassen 2008). Viimaste aastate uuringud viitavad sellele, et Eestis on rahvusrühmade erinevused poliitilistes hoiakutes pärast Venemaa täiemahulist sissetungi Ukrainasse 2022. aastal veelgi süvenenud (Ekman 2024).



Joonis 4. Rahvuse seos poliitilise rahuloluga. Märkus: prognoositud rahulolu erinevast rahvusest vastajate seas. Regressioonimudelites on kontrollitud soo, vanusrühma, hariduse ja majandusliku toimetuleku mõju. Horistontaalsed katkendjooned tähistavad vastavate rahulolunäitajate kaalutud keskmisi. Allikas: Hea Eesti 2026; kaalutud andmed.

Kokkuvõte

Analüüs näitab, et **Eesti elanike poliitiline rahulolu vastab üldjoontes sellele mustrile, mida demokraatia toimimise seisukohalt peetakse kõige soodsamaks**. Rahulolu demokraatia toimimisega on mõõdukal tasemel ning märgatavalt kõrgem kui rahulolu parasjagu ametis oleva valitsuse tööga. Selline kombinatsioon viitab sellele, et inimesed eristavad poliitilist süsteemi konkreetsetest juhtidest – **demokraatlikke institutsioone peetakse üldiselt legitiimseks, samal ajal kui valitsuse tegevust hinnatakse kriitilisemalt**. Just sellist tasakaalu on poliitikateaduses peetud demokraatia tugevuseks, kuna see toetab ühelt poolt süsteemi stabiilsust ning teiselt poolt poliitikute aruandekohustust ja reageerimisvõimet avalikule arvamusele.

Samas ei jagune poliitiline rahulolu Eesti ühiskonnas ühtlaselt. Analüüs näitas, et kõige suuremad erinevused ilmnevad rahvuse lõikes ning märkimisväärselt **madalam rahulolu demokraatia toimimisega iseloomustab eelkõige vene rahvusest vastajaid**. **Samuti väheneb poliitiline rahulolu keskeas, eriti hinnangutes valitsuse tööle, ning on kõrgem majanduslikult paremini toime tulevate inimeste seas**. Kuigi rahulolu valitsuse tööga võib demokraatias pidada loomulikuks ja isegi soovitavaks, siis on püsivalt madal rahulolu demokraatia toimimisega märksa tõsisem signaal. Seetõttu väärivad just need ühiskonnarühmad, kelle hinnangud poliitilise süsteemi toimimisele on keskmisest märksa kriitilisemad, edasist tähelepanu nii teadusuuringutes kui ka poliitikakujundamises.

Kirjandus

Duvold K., Berglund S. ja Ekman, J. (2020). Political culture in the baltic states. Between national and European integration. Palgrave Macmillan.

Easton, D. (1975). A re-assessment of the concept of political support. British journal of political science, 5(4), 435-457.

Ehin P. (2007). Political support in the baltic states, 1993–2004. Journal of Baltic Studies, 38(1), 1–20.

Foa, R. S., Klassen, A., Wenger, D., Rand, A. ja Slade, M. (2020). Youth and Satisfaction with Democracy. Bennett Institute for Public Policy.

Linz, J. J. ja Stepan, A. (1996). Problems of democratic transition and consolidation: Southern Europe, South America, and post-communist Europe. JHU Press.

Lühiste, K. (2013). Regime support in European democracies. Tartu Ülikool.

Magalhães, P. C. (2014). Government effectiveness and support for democracy. European Journal of Political Research, 53(1), 77-97.

Norris, P. (Ed.). (1999). Critical citizens: Global support for democratic government. OUP Oxford.

Norris, P. (2011). Democratic deficit: Critical citizens revisited. Cambridge University Press.

Romero-Vidal, X. ja Talukder, D. (2025). From Boomers to Zoomers: generational shifts in drivers of satisfaction with democracy in Western Europe. Democratization, 32(6), 1541-1564.

Rosanvallon, P. ja Goldhammer, A. (2008). Counter-democracy: Politics in an age of distrust (Vol. 7). Cambridge University Press.

Rose R., Mishler, W. ja Haerpfer, C. (1998). Democracy and its alternatives: Understanding post-communist societies. Johns Hopkins University Press.

4. Tööga seotud heaolu

Ave Kovaljov

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Kovaljov, A. (2026). Tööga seotud heaolu. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

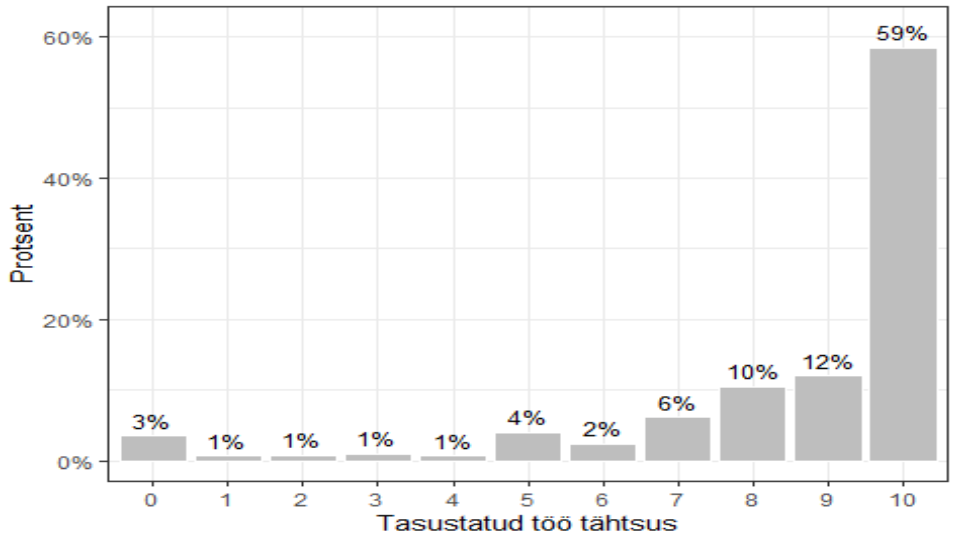
Sissejuhatus

Tööga seonduv heaolu on oluline heaolu valdkond. Töö kui domeen on seotud teiste eluvaldkondadega ja sellega seotud heaolu mõjutab inimese elus heaolu tervikuna väga oluliselt. Tööga seotud heaolu kandub tõenäoliselt olulisel määral üle ka teistesse eluvaldkondadesse või siis töö osas puudu jäävat heaolu üritatakse kompenseerida teiste eluvaldkondade abil. Antud peatükkis vaadatakse tööga seoses kahte peamist tunnust, tasustatud töö tähtsust ja rahulolu praeguse tasustatud tööga. Neid tunnuseid uuritakse soo, vanuse, rahvuse ja majandusliku toimetuleku lõikes.

Tulemused

Tasustatud töö tähtsus

Järgnevalt vaatame tunnust ”Kui tähtis on teile tasustatud töö”.



Joonis 1. Tasustatud töö tähtsuse protsentjaotus (skaala 0-10).

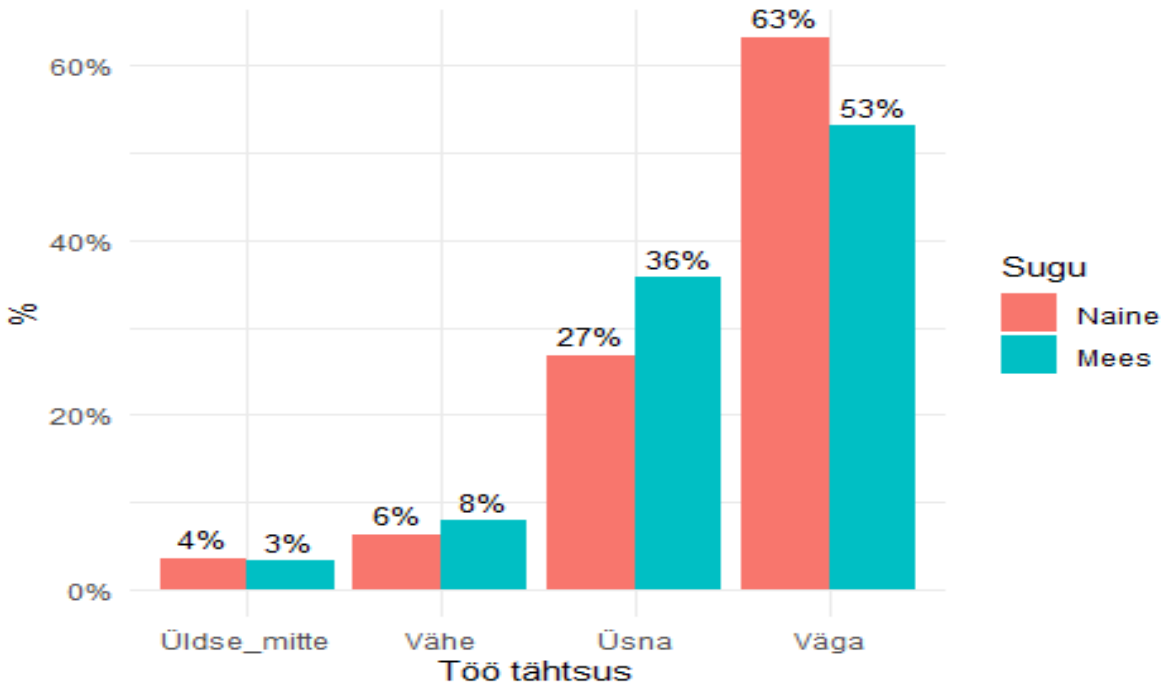
Nagu näha joonisel 1, ei ole tunnus “tasustatud töö tähtsus” normaaljaotusega, seetõttu teen selle edasise analüüsi jaoks kategoriaalseks tunnuseks. Üks suurem rühm inimesi on need, kes tasustatud tööd üldse tähtsaks ei pea (vastus 0) ja teine need, kes peavad tasustatud tööd väga tähtsaks (vastus 10), jätan need kategooriad eraldi. Vahepealsete vastuste vastajad jagan kahte gruppi: need kes tööd pigem oluliseks ei pea (1-5) ja need, kes pigem peavad (6-9).

Tabel 1. Tasustatud töö tähtsus.

Töö tähtsus	N	%
Üldse mitte tähtis	205	3
Vähetähtis	417	7

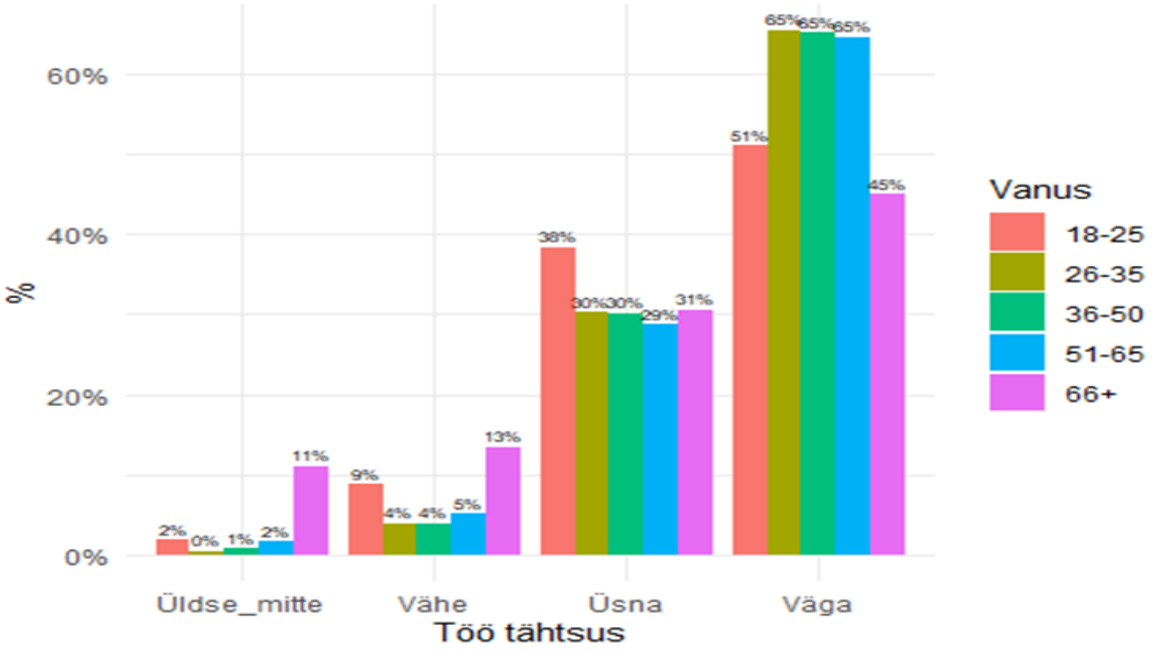
Üsna tähtis	1836	31
Väga tähtis	3466	59
Kokku	5933	100

Tabelist 1 näeme, et 3% vastajate jaoks ei ole töö üldse tähtis (skaalapunkt 0), samas kui 59% toob välja, et töö on nende jaoks väga tähtis (skaalapunkt 10).



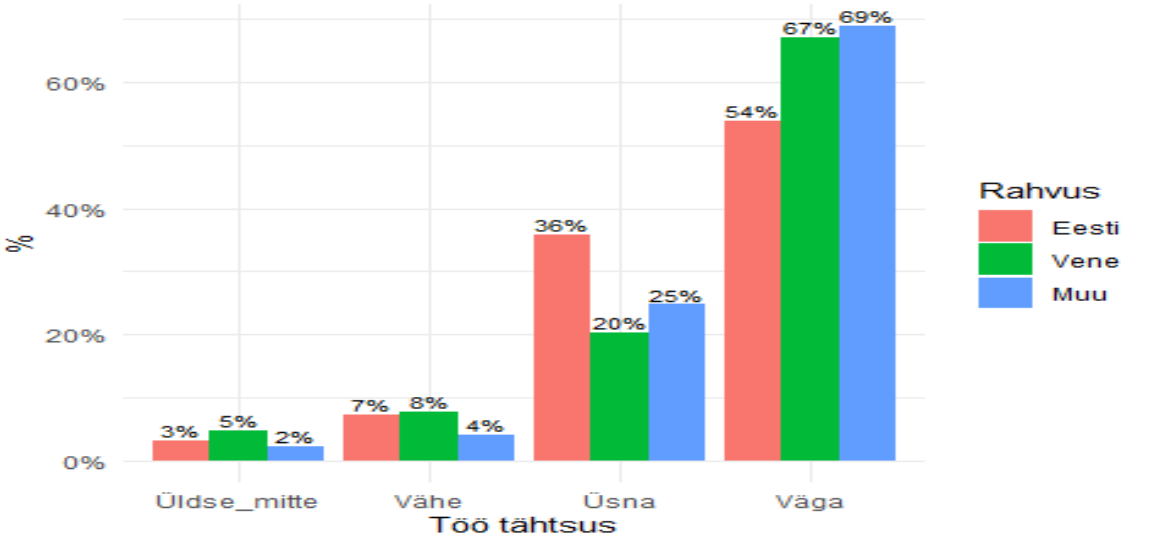
Joonis 2. Töö tähtsus soo lõikes.

Naiste seas on enam neid, kes tööd väga tähtsaks peavad, nimelt 63%, võrreldes meeste 53 protsendiga (joonis 2), samas kui tööd üsna tähtsaks pidajaid on meeste seas enam (36%) kui naiste seas (27%). Liites aga eelnevad kategooriad kokku, selgub, et **tööd üsna ja väga tähtsaks pidavate inimeste osakaal on meeste ja naiste seas peaaegu võrdne** (vastavalt 89% ja 90%).



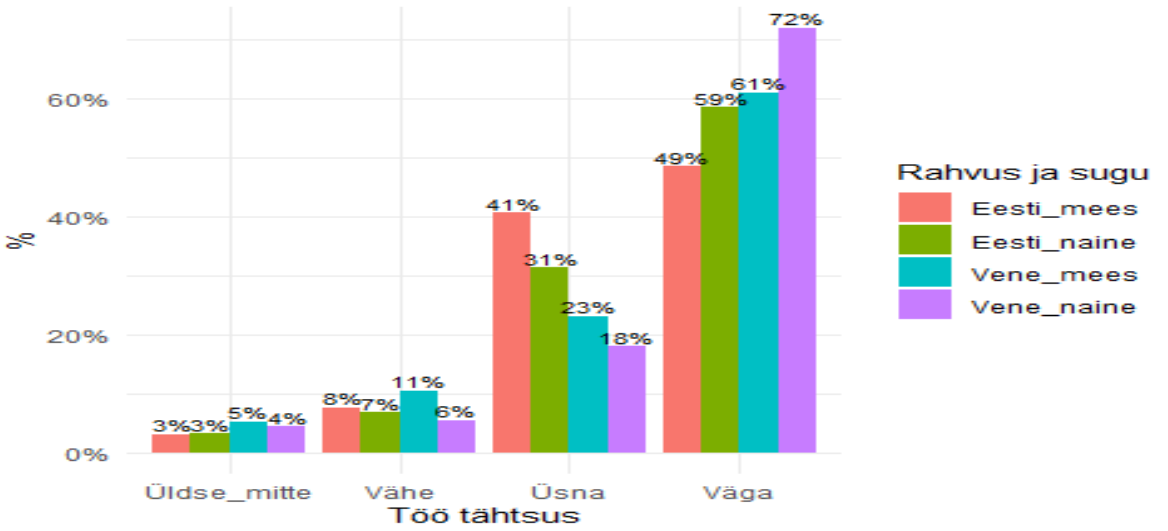
Joonis 3. Töö tähtsus vanuse lõikes.

26-65-aastaste jaoks on töö olulisem kui kõige nooremas ja kõige vanemas vanuserühmas, kes veel või enam tööturul ei pruugi olla. Keskmistes vanuserühmades (26-65) peab tööd väga oluliseks 65%, noorimas vanusegrupis 51% ning vanimas vanusegrupis 45% (joonis 3).



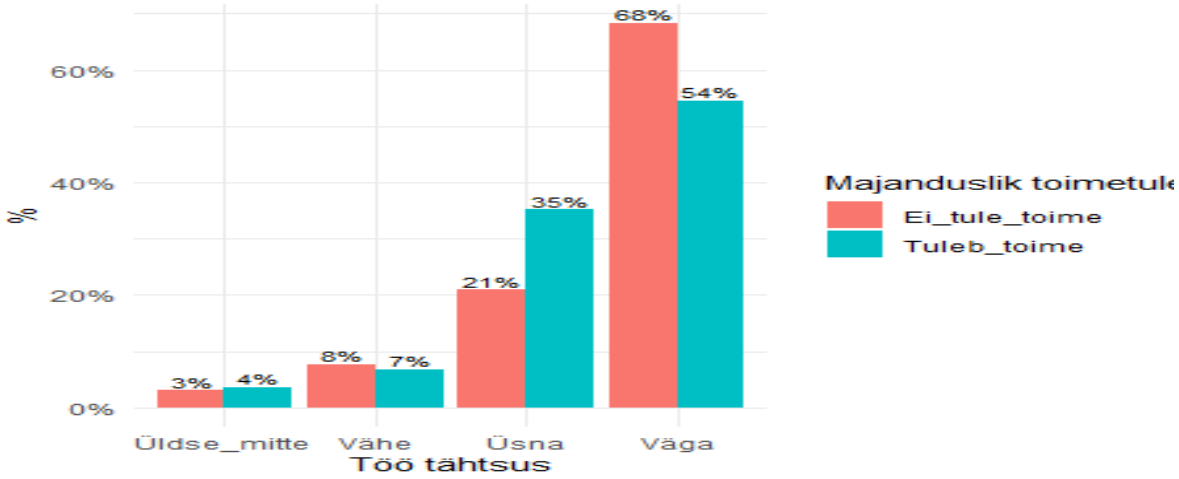
Joonis 4. Töö tähtsus ja rahvus.

Jooniselt 4 näeme, et “muud” rahvused peavad tasustatud tööd eestlastest mõnevõrra tähtsamaks. Eestlastest peab tööd üsna tähtsaks 36% ning väga tähtsaks 54%, siis venelastest peab tööd väga tähtsaks 67% ning muudest rahvustest 69%.



Joonis 5. Töö tähtsus soo ja rahvuse lõikes.

Eesti meeste puhul jaguneb töö tähtsus üsna (41%) ja väga tähtsa (49%) vahel, samas kui vene naised on need, kellest kõige suurem osa tasustatud tööd väga tähtsaks peab (72%) (joonis 5). Samas kui eesti naiste ja vene meeste jaoks jääb tasustatud tööd väga tähtsaks pidavate inimeste osakaal umbes kümnekonna protsendipunkti võrra madalamaks (vene meestel 61% ja eesti naistel 59%). Tähelepanuväärne on ka see, et vene meeste jaoks on töö kõige vähem tähtis, nimelt neist 16% jaoks pole töö üldse tähtis või on vähe tähtis.

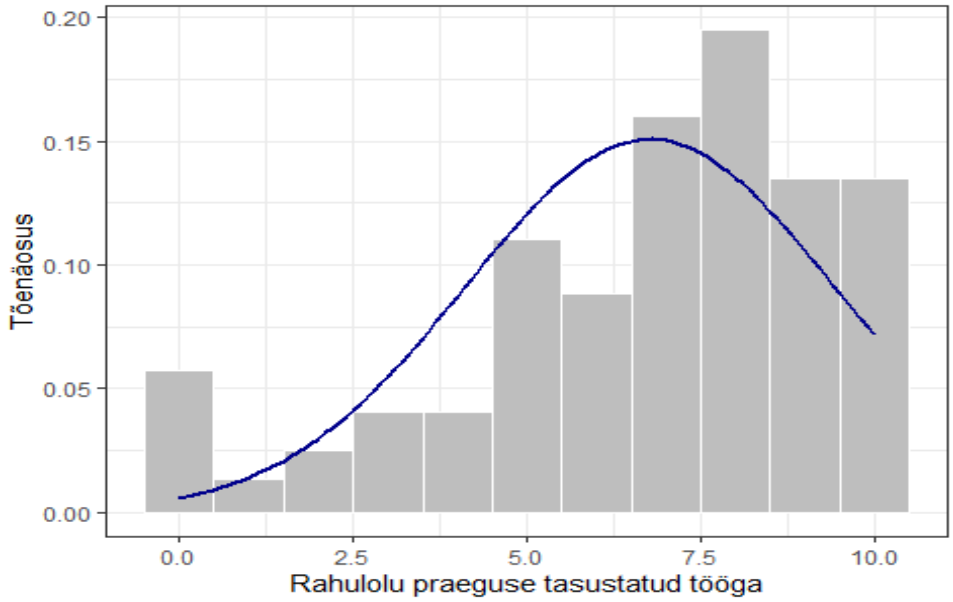


Joonis 6. Töö tähtsus majandusliku toimetuleku lõikes.

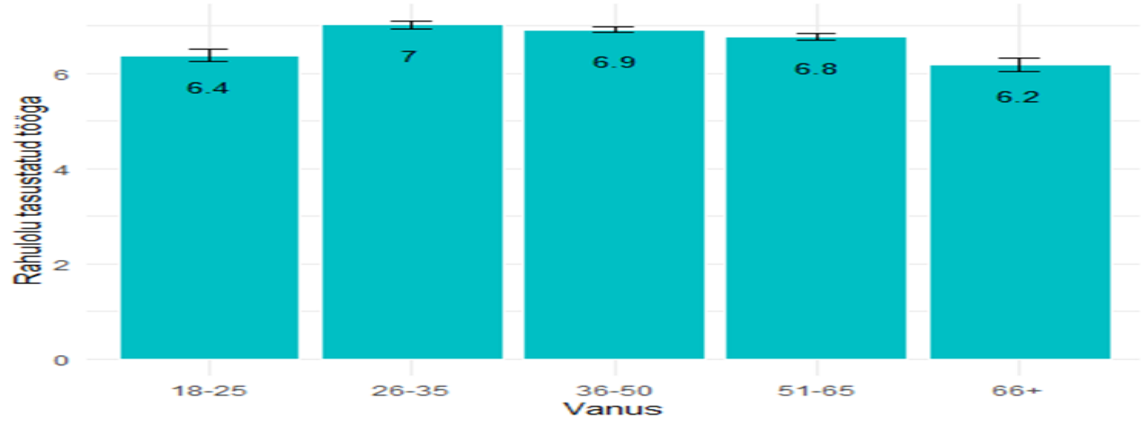
Jooniselt 6 näeme, et töö on tähtis mõlema rühma jaoks, kuid need, kes majanduslikult toime ei tule, peavad tasustatud tööd eriti tähtsaks. Seda mainib 68% inimesi selles rühmas, samas kui toime tulevatest peab tasustatud tööd väga tähtsaks 54%.

Rahulolu praeguse tasustatud tööga

Rahulolu kohta praeguse tööga on küsitud ainult nendelt inimestelt, kes küsitluse hetkel töötavad. Joonisel 7 näeme, et praeguse tasustatud tööga rahulolu tunnuse jaotus on küll veidi asümmeetriline (asümmeetria kordaja -0,9), kuid siiski kujult lähedane normaaljaotusega, seega kasutame seda tunnust kui arvulist ja vaatame selle tunnuse keskmisi soo, vanuse, rahvuse ja majandusliku toimetuleku kategooriate lõikes.



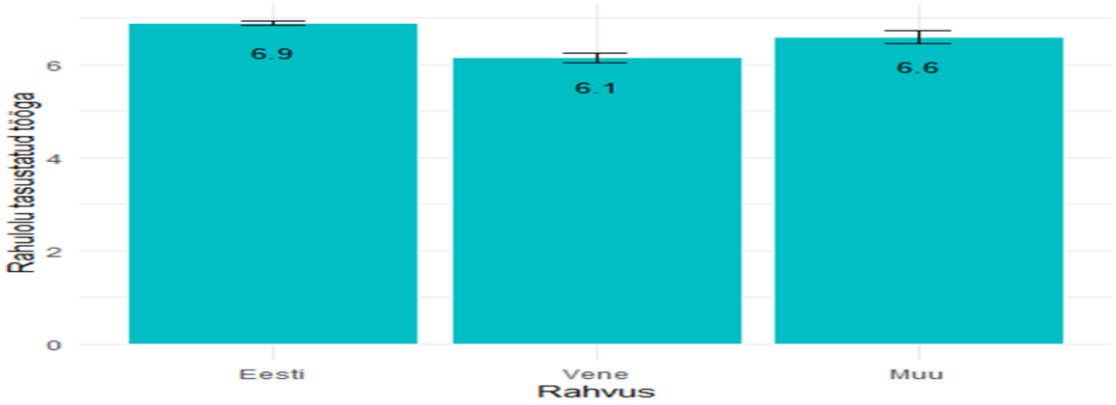
Joonis 7. Praeguse tasustatud tööga rahulolu koos normaaljaotuse kõveraga.



Joonis 8. Praeguse tasustatud tööga rahulolu vanuse lõikes.

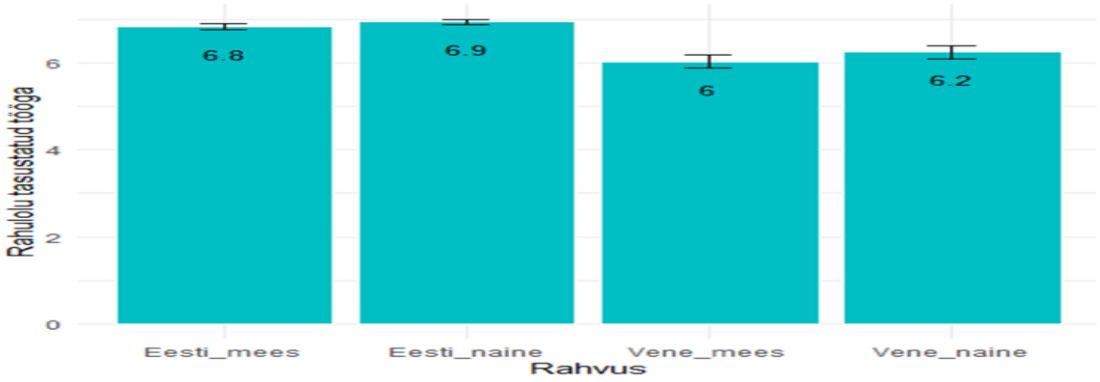
Kõige vanema (6,1) ja kõige noorema (6,3) vanuserühma tasustatud tööga rahulolu on kõige madalam (joonis 8), see võib tuleneda asjaolust, et nooremad alles otsivad endale sobivat tööd ning teevad tööd õppimisele lisaks ning kõige vanem vanuserühm on lõpetanud juba põhitööl töötamise ja teenib väiksema koormusega tööga pensionile lisa. Kõige suurem on tööga rahulolu vanuses 26-35 (6,9) aastat, hakates peale seda tasapisi langema.

Naiste keskmine rahulolu praeguse tasustatud tööga (6,7) on veidi kõrgem kui meestel (6,6).



Joonis 9. Praeguse tasustatud tööga rahulolu rahvuse lõikes.

Eesti rahvusest inimesed (6.86) on oma tööga oluliselt rohkem rahul kui vene rahvusest inimesed (6.09) (joonis 9). See erinevus võib tuleneda hõivatusest erinevates valdkondades.



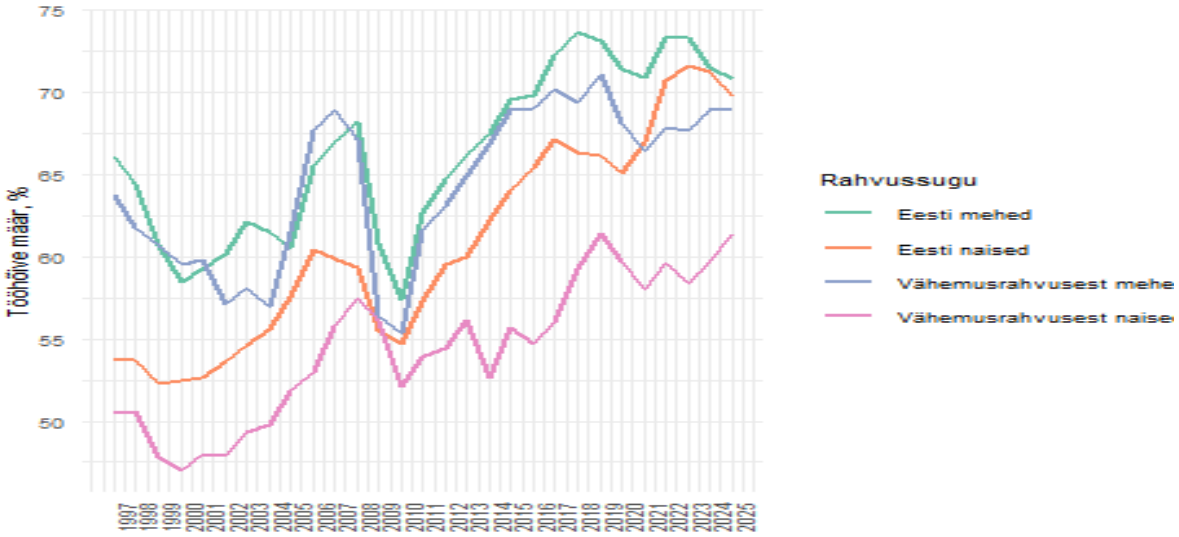
Joonis 10. Praeguse tasustatud tööga rahulolu rahvuse ja soo lõikes.

Eestlaste tööga rahulolu on kõrgem (joonis 10) ning eristub selgelt rahvuse efekt ja mitte nii väga soo ja rahvuse koosmõju.

Tabel 2. Keskmine rahulolu praeguse tasustatud tööga ameti soo ja rahvuse lõikes.

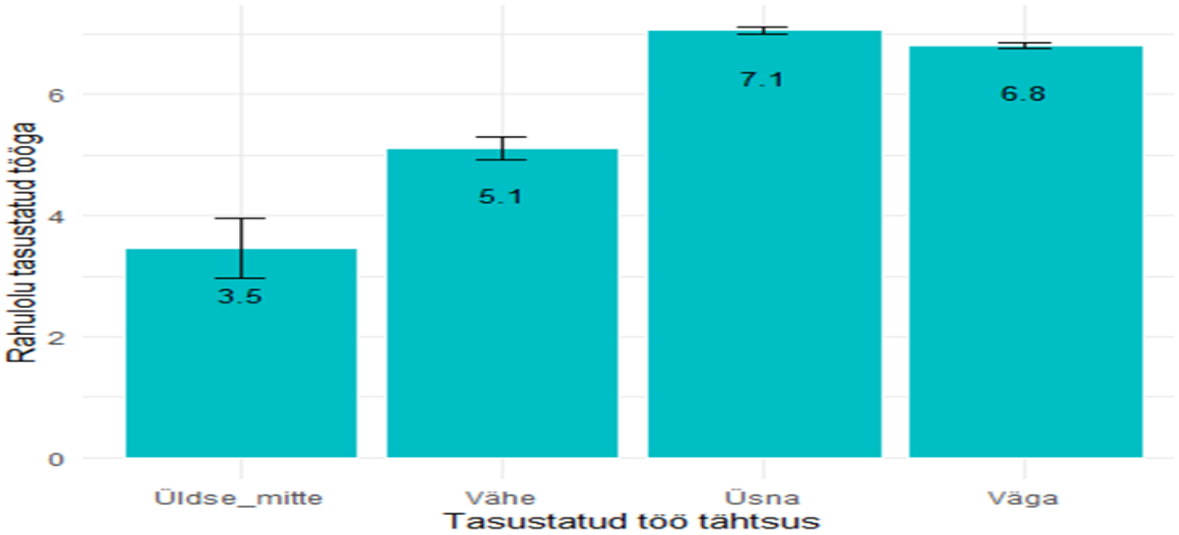
Ameti rühm	Eesti mees	Eesti naine	Vene mees	Vene naine	Ameti keskmine
Juhid	7,68	7,89	7,40	7,23	7,69
Tippspetsialistid	7,39	7,61	6,94	7,41	7,47
Keskastme spetsialistid	7,27	6,97	6,24	5,68	6,85
Kontoritöötajad	6,58	6,33	5,64	6,39	6,33
Teenindus, müügitöötaja	6,42	6,05	4,74	5,71	6,01
Põllum. oskustöölised	6,93	6,68	6,33	10,00	6,87
Oskustöölised	6,23	6,10	6,71	6,40	6,32
Masinaoperaatorid	6,72	6,64	5,45	5,59	6,49
Lihttöölised	5,44	6,14	4,82	5,59	5,68

Tabelis 2 näeme rahulolu praeguse tasustatud tööga ameti ja soo lõikes. Siit selgub, et eesti naised on meestega võrreldes oma praeguse palgatööga rohkem rahul ainult kõrgemate töökohtade (juhid ja professionaalid) puhul, kõigil muudel töökohtadel on meeste rahulolu praeguse tasustatud tööga kõrgem (va lihttöölised). Venelaste puhul jällegi on enamuse ametite puhul naised oma praeguse tasustatud tööga rohkem rahul kui mehed. Ka keskmiselt on vene naised rohkem rahul oma tasustatud tööga, kui vene mehed ja peavad seda ka märgatavalt olulisemaks kui vene mehed või ka eesti mehed ja naised. See on eriti huvitav selle taustal, et vene naiste tööhõive määr on viimaste kümnendite jooksul olnud teiste rühmadega võrreldes madalam (joonis 11). Seega tundub, et need vene naised, kellel on tasustatud töö hindavad seda väga kõrgelt ja võibolla töö olemasolu iseenesest seletab kõrgest rahulolust sellega.



Joonis 11. Tööhõive määrad soo ja rahvuse lõikes (Allikas: Statistikaamet).

Neil, kes majanduslikult toime tulevad, on praeguse tasustatud tööga rahulolu oluliselt kõrgem (7,4), kui neil, kes toime ei tule (4,9).



Joonis 12. Praeguse tasustatud tööga rahulolu tasustatud töö tähtsuse lõikes.

Jooniselt 12 näeme, et need inimesed, kelle jaoks on tasustatud töö olulisem, on tööga ka enam rahul. Huvitav on see, et need, kes peavad tööd üsna tähtsaks, on sellega enam rahul (7,0) kui tööd väga tähtsaks (6,7) pidavad inimesed.

Kokkuvõte

Üle poolte Eesti inimestest (59%) peab tasustatud tööd väga tähtsaks. Meeste seas on enam neid, kes peavad tööd väga tähtsaks, kuid, kui liita ka need, kes hindasid tööd tähtsaks (6-10), on **meeste ja naiste tööd tähtsustamine sarnane** (umbes 90%).

Tasustatud tööd peetakse tähtsamaks just selles vanuses kui ollakse kõige enam tööturul (26-65aastased). Rahvuse puhul on näha, et venelaste ja muude rahvuste esindajate seas on töö väga oluliseks pidajaid enam (hinnang 10), kui eestlaste seas. Tasustatud töö eriti oluliseks pidajaid on kõige enam just vene naiste seas. Majanduslikku toimetulekut lõikes peavad just need inimesed, kes toime ei tule tasustatud tööd ülimalt oluliseks.

Tööga on kõige enam rahul naised, 26-35aastased, eesti rahvusest ja majanduslikult toime tulevad inimesed ja need, kelle tasustatud töö tähtsus jäi vahemikku 6-9 (skaalal 0-10).

5. Suhterikkus Eesti ühiskonnas ja selle seos eluga rahuloluga

Oliver Nahkur

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Nahkur, O. (2026). Suhterikkus Eesti ühiskonnas ja selle seos üldise eluga rahuloluga . Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool.

Sissejuhatus

Praegusel turbulentsel ajal on üha rohkem esile kerkinud inimestevaheliste suhete ja toetuse roll inimeste heaolus. Mariano Rojas (2020; 2024; 2025) on pakkunud välja suhterikkuse (*relational wealth*) kontseptsiooni, mida ta on kasutanud ladina-ameeriklaste oodatust kõrgema subjektiivse heaolu seletamiseks. Rojase kohaselt on Ladina-Ameerika ühiskondades inimestevahelised suhted lähedased, soojad, vastastikku hoolivad. Sellised isikupõhised (*person-based*) suhted mõjutavad heaolu otseselt näiteks emotsionaalse seotuse, turvatunde ja kuuluvuse kaudu. Suhterikkus tähendabki arvukaid isikupõhiseid ehk lähedasi ja sooje suhteid inimeste elus. Meil puudub teadmine suhterikkusest Eesti ühiskonnas, sh selle rollist heaolus. Seetõttu otsime vastuseid küsimustele: (1) milline on Eesti elanike hinnang suhterikkusele ning kuidas see varieerub soo, vanuse, majandusliku toimetuleku ja rahvuse lõikes?; (2) kuivõrd on hinnang suhterikkusele seotud Eesti inimese subjektiivse heaoluga?

Tulemused

Suhterikkus

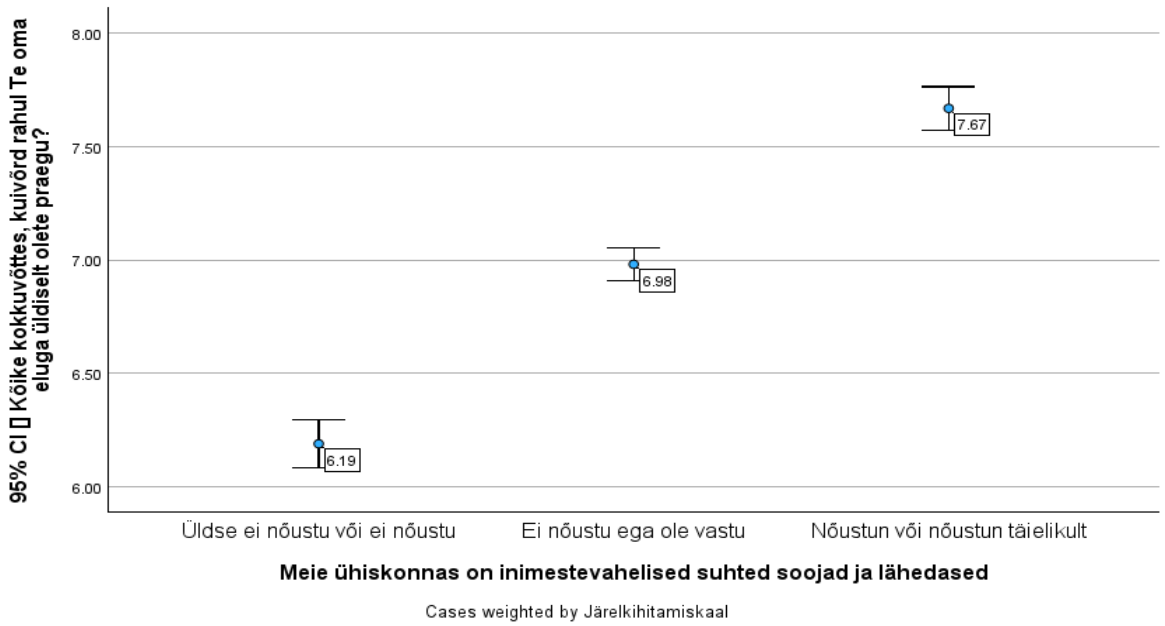
Suhterikkuse hinnang Eestis (keskmine 2.88) on kergelt kaldu negatiivse hinnangu poole – 32% vastanutest ei nõustu ja 23% nõustuvad väitega, et meie ühiskonnas on inimestevahelised suhted soojad ja lähedased, 45% ei nõustu ega ole vastu.

Suhterikkuse osas on positiivsemad (statistiliselt olulised erinevused; sulgudes nõustujate %)

- mehed võrreldes naistega (26% *vs*. 20%)
- noored (18–25a; 25%) võrreldes kesk- (36–65a; 21–23%) ja vanemaealistega (66+ a; 22%)
- majanduslikult toimetulevad võrreldes mitte toimetulevatega (25% *vs*. 18%)
- muust rahvusest inimesed võrreldes eestlaste ja venelastega (40% *vs*. 19% *vs*. 27%) ning venelased võrreldes eestlastega.

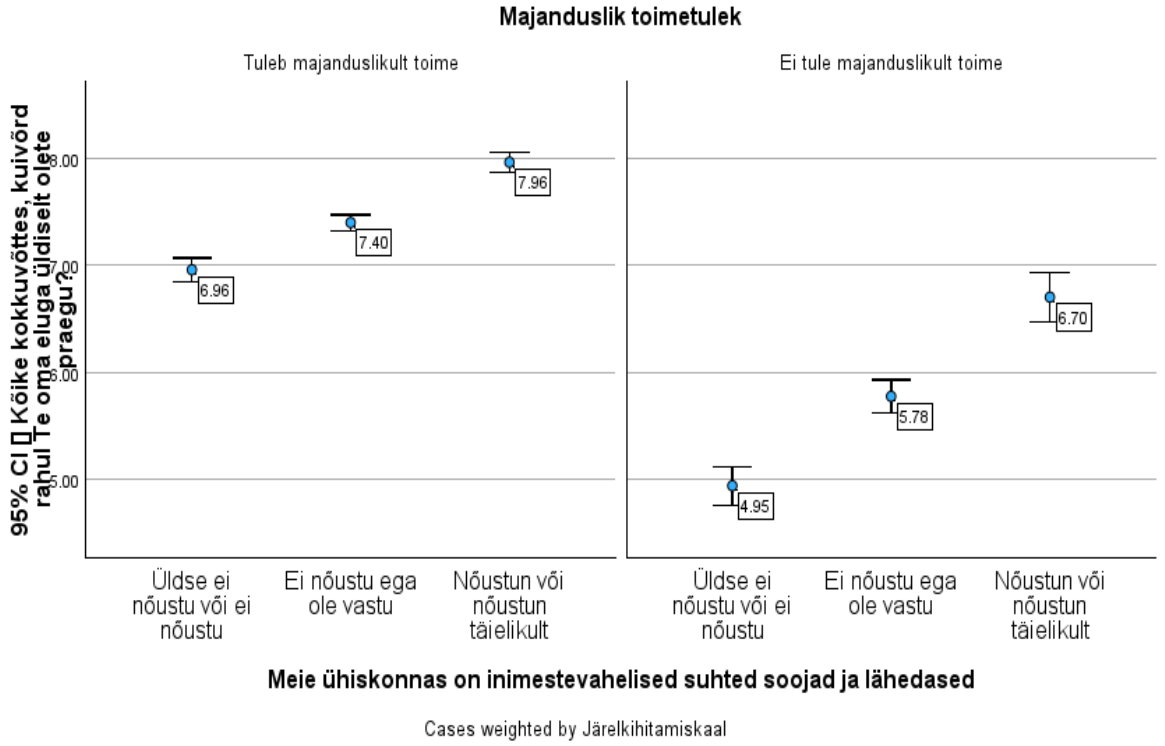
Suhterikkus ja üldine eluga rahulolu

Suhterikkus on selgelt seotud inimeste üldise eluga rahuloluga. Inimesed, kes nõustuvad, et meie ühiskonnas on inimestevahelised suhted soojad ja lähedased on Eesti keskmisest (6,88) selgelt kõrgema ning mittenõustujad madalama üldise eluga rahuloluga (joonis 1).



Joonis 1. Üldise eluga rahulolu hinnang vastajate suhterikkuse hinnangute lõikes.

See kehtib nii meeste kui naiste puhul, kõikides vanuse- ja rahvusrühmades, kuid mitte majandusliku toimetulekurühmades. Majanduslikult toimetulevate seas on eluga rahuolu Eesti keskmisest kõrgem nii suhete soojuse ja lähedusega mittenõustujate, neutraalsete kui nõustujate seas (joonis 2). Vaadeldavate rühmade lõikes on aga selgelt kõige madalama keskmise rahuloluga (4,95) majanduslikult mittetoimetulevad, kes ei nõustu suhete soojuse ja lähedusega Eesti ühiskonnas.



Joonis 2. Üldise eluga rahulolu hinnang vastajate suhterikkuse hinnangute ja majandusliku toimetulekurühmade lõikes.

Üldine eluga rahulolu varieerub suhterikkuse hinnangu lõikes vastaja sooti, vanuseti, rahvuseti ja majandusliku toimetuleku kaupa.

- Suhterikkuse hinnangust lähtuvalt varieerub üldine eluga rahulolu meestel enam võrreldes naistega. Negatiivse suhterikkuse hinnanguga meeste üldine eluga rahulolu (5,94) on statistiliselt oluliselt madalam sama hinnanguga naistest (6,38). Positiivse suhterikkuse hinnanguga naiste üldine eluga rahulolu (7,77) sarnaneb sama hinnanguga meeste rahuloluga (7,58).
- Vanuserühmiti varieerub üldine eluga rahulolu suhterikkuse hinnangu lõikes enam 18–25 ja 51–65-aastaste seas. Negatiivse ja positiivse suhterikkuse hinnanguga 18–25-aastaste eluga rahulolu keskmine oli vastavalt 5,68 ja 7,43 ning 51–65-aastaste seas 5,98 ja 7,68.
- Suhterikkuse hinnangust lähtuvalt varieerub üldine eluga rahulolu majanduslikult mittetoimetulevate seas enam võrreldes toimetulevatega (joonis 1).
- Üldine eluga rahulolu varieerub eestlaste ja venelaste seas suhterikkuse hinnangust lähtuvalt enam kui muust rahvusest inimeste seas. Seejuures nii negatiivse kui ka positiivse suhterikkuse hinnanguga venelaste keskmine eluga rahulolu oli oluliselt madalam kui sama hinnanguga eestlastel – vastavalt 5,73 ja 7,22 ning 6,30 ja 7,82.

Kokkuvõte

Suhterikkus on seotud eluga rahuloluga. Eesti inimesed ei ole valdavalt nõus, et Eesti ühiskonnas on inimestevahelised suhted soojad ja lähedased. Vaid väike osa kogeb suhteid soojade ja lähedastena. Isikutevaheliste suhete positiivsem tajumine seostub selgelt kõrgema ja negatiivne hinnang madalama eluga rahuloluga. Majanduslik toimetulek on siiski heaolu võtmetegur: majanduslike raskustega inimesed on kõige vähem eluga rahul, eriti kui nad hindavad suhterikkust negatiivselt. Majanduslikult toimetulevate seas on suhterikkuse roll eluga rahulolus väiksem. Suhterikkuse hinnangud ja nende mõju rahulolule erinevad ka sooti, vanuseti ja rahvuseti, kuid üldine muster – suhterikkuse seos heaoluga – püsib.

Kasutatud kirjandus

Rojas, M. (2020). Well-being in Latin America: Drivers and policies. Springer.

Rojas, M. (2024). Person-based interpersonal relations and happiness in Latin America. H. Selin & G. Davey (toim.), Happiness across cultures: Views of happiness and quality of life in non-Western cultures (lk. 153–169). Springer.

Rojas, M. (2025). Family relationships are primary for well-being: A person-based relationship approach. Social Indicators Research, 180, 1797–1813. https://doi.org/10.1007/s11205-025-03529-3

6. Üksildus

Mare Ainsaar, Kadri Soo

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Ainsaar, M., Soo, K. (2026). Üksildus. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

See peatükk annab ülevaate ennast üksi tundvate inimeste jaotusest Eestis (küsimus: Kui tihti kogesite viimase kahe nädala jooksul üksindustunnet. Vastusevariandid: üldse mitte, harva, mõnikord, sageli).

Üksildust peetakse tänapäeval sageli üheks suuremaks vaimse tervise ohuks, mis võib viia depressiooni ja ärevuseni ning isegi varajase suremuseni (Mann *et al*., 2022; Solmi *et al*., 2020). Üksildus ei ole ilmtingimata üksi elamine, kuid üksi elades võib olla ennast üksi tundmise tõenäosus suurem (Eesti, 2022).

Üksildus on subjektiivne kogemus, mida iseloomustab tajutav vastuolu soovitud ja tegelike sotsiaalsete suhete arvu või kvaliteedi vahel ning mis võib avalduda emotsionaalse stressi, negatiivsete mõtete ja käitumise muutusena (Motta, 2021). Varasemad uuringud lubavad oletada, et üksildus võib sõltuda soost, perekonnaseisust, sündmuste (lahutus, partneri surm) ajastusest, inimeste harjumustest (on harjunud üksi elama või mitte), sotsiaalsest aktiivsusest (Wang & Yang, 2025).

Uuringud on näidanud ka üksilduse kõrgemat taset noorte täiskasvanute hulgas ning vanemaealiste seas (Luhmann & Hawkley, 2016; Laaninen & Niemenlä, 2023). Just noorte seas on viimase kümne aasta jooksul üksilduse tunne kiiresti suurenemas (Laaninen & Niemenlä, 2023). Eakad on omakorda haavatavamad keskmisest madalama sissetuleku, sagedasemate funktsionaalsete piirangute ja üksinda elamise pärast (Luhmann & Hawkley, 2016).

Tulemused

Üksildustunne kimbutab päris paljusid inimesi Eestis. 58,2% inimestest tajus üksildust mingil määral kahe nädala jooksul enne uuringut. Sageli tundis üksildust 11%, mõnikord 23%, harva 24% Eesti inimestest. 41,8 % vastajatest ei tundnud viimase kahe nädala jooksul üksildust (joonis 1).

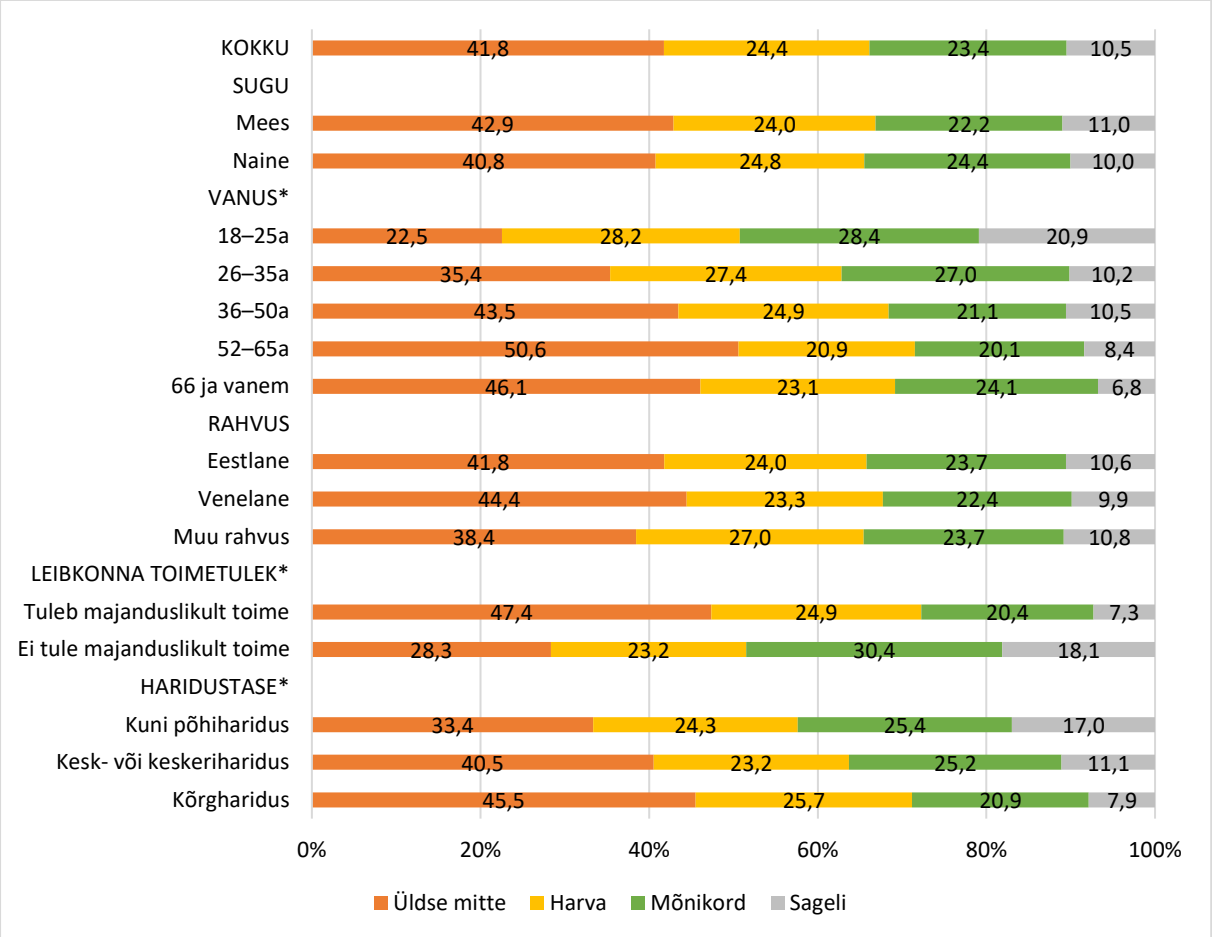
Hea Eesti uuringu andmetes u-kujulist vanusmustrit üksildusega ei ilmne (joonis 1), sest **ülekaalukalt kogevad üksildustunnet enim nooremad inimesed, 18–25aastastest 77,5%. Eriti tähelepanuväärne on, et iga neljas noor täiskasvanu tundis üksildust sageli**. Ka 26–35aastaste hulgas on, vanemate vanuserühmadega võrreldes, üksildustunnet rohkem (64,6%). 66aastaste ja vanemate hulgas tundis üksildust 53,9%.

Samuti on hariduse lõikes selged erinevused üksildustunde kogemises (joonis 1). Mida madalam on haridustase, seda rohkem kogetakse üksildust. Näiteks on sageli üksildust tundnud inimeste osakaal põhiharidusega inimeste hulgas kaks korda suurem kui kõrgharidusega vastajate seas (protsendid vastavalt 17% ja 7,9%).

Tulemused näitavad selget seost ka leibkonna majandusliku toimetuleku ja tajutud üksilduse vahel (joonis 1). Paremini toime tulevate inimeste seas on rohkem neid, kes ei tunne üksildust (47,4%), samas kui majanduslikult raskustes olevate hulgas on see näitaja oluliselt madalam (28,3%). Sagedast üksildustunnet on kogenud peaaegu viiendik materiaalsete toimetulekuraskustega inimestest ning 7,3% toime tulevatest inimestest.

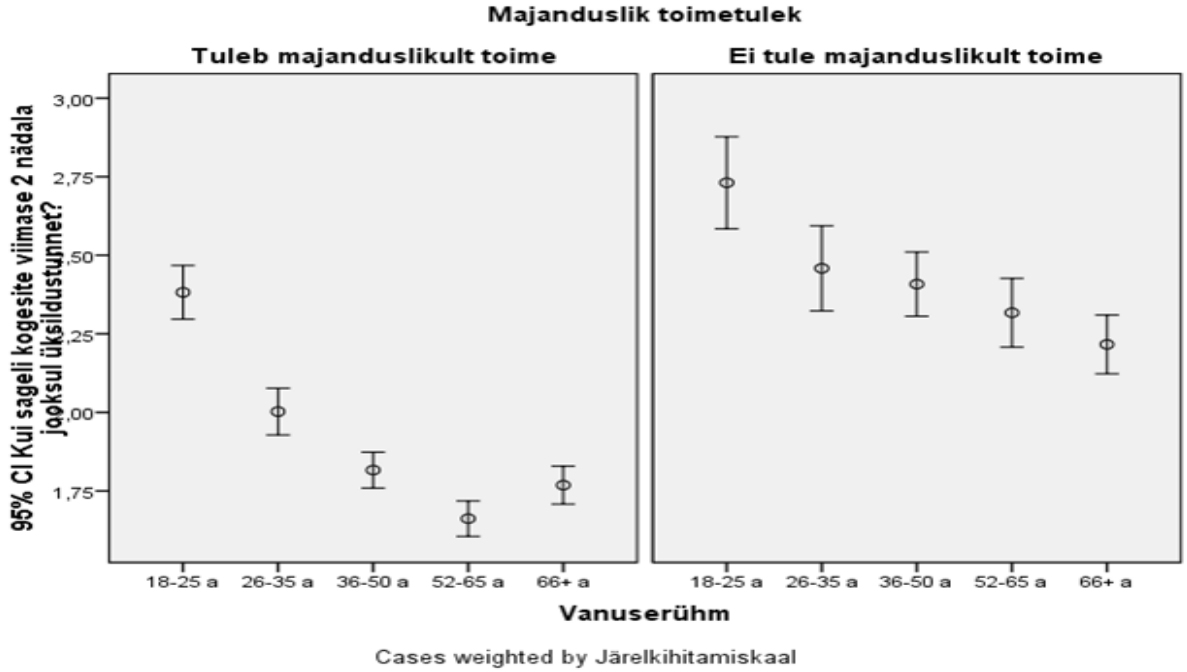
Seega muudab leibkonna kehv majanduslik olukord, mis korreleerub sageli ka madala haridustasemega, inimesed haavatavaks sotsiaalse isolatsiooni tekkimise ja üksilduse suhtes. Kõige enam kogevad üksildust noored, kes hindavad enda majanduslikku toimetulekut kehvaks (joonis 2).

Rahvuse ja soo lõikes erinevusi üksilduse tundmises ei ole (joonis 1).



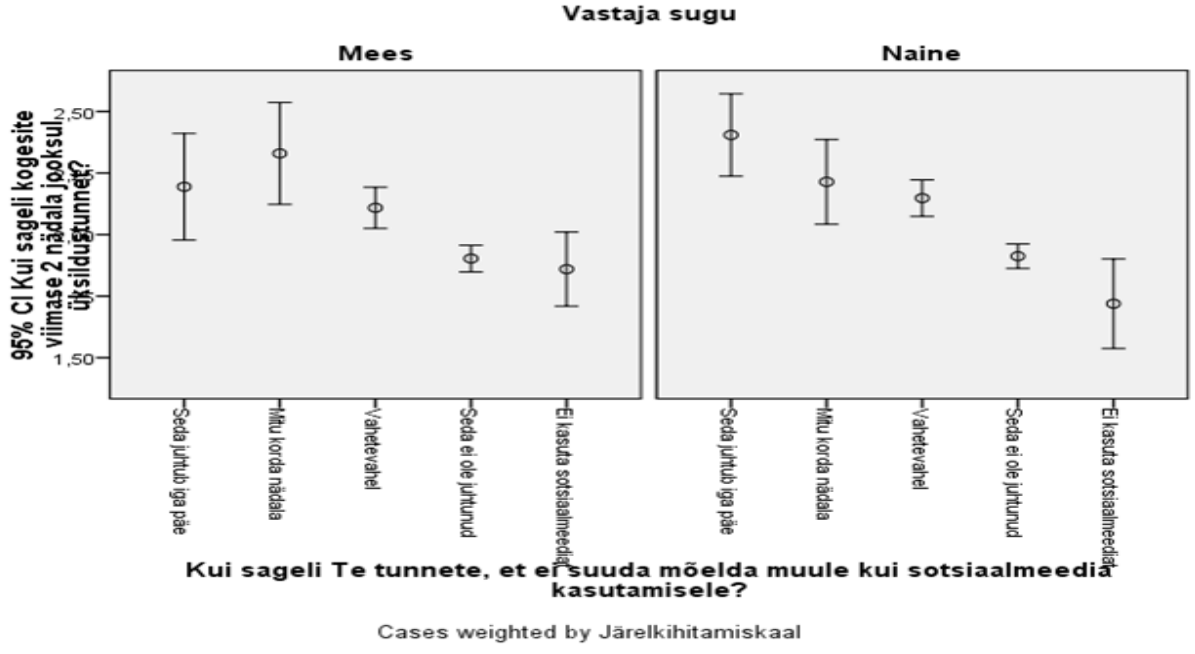
Joonis 1. Üksilduse kogemine viimase kahe nädala jooksul (%). Küsimus „Kui sageli kogesite viimase 2 nädala jooksul üksildustunnet?. Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Kruskal-Wallise või Mann-Whitney U testi alusel ($p < 0,001$).

Üksildus on Hea Eesti andmetel seotud ka mitmete vaimse tervise probleemidega. Näiteks on üksildusel korrelatsiooni seosed WHO5 heaolu indeksiga (-,503**), PHQ-2 skooriga (,555**), GAD-2 skooriga (ärevuse näitajad) (,478**), PHQ-2 depressiooni riskiga (,440**).



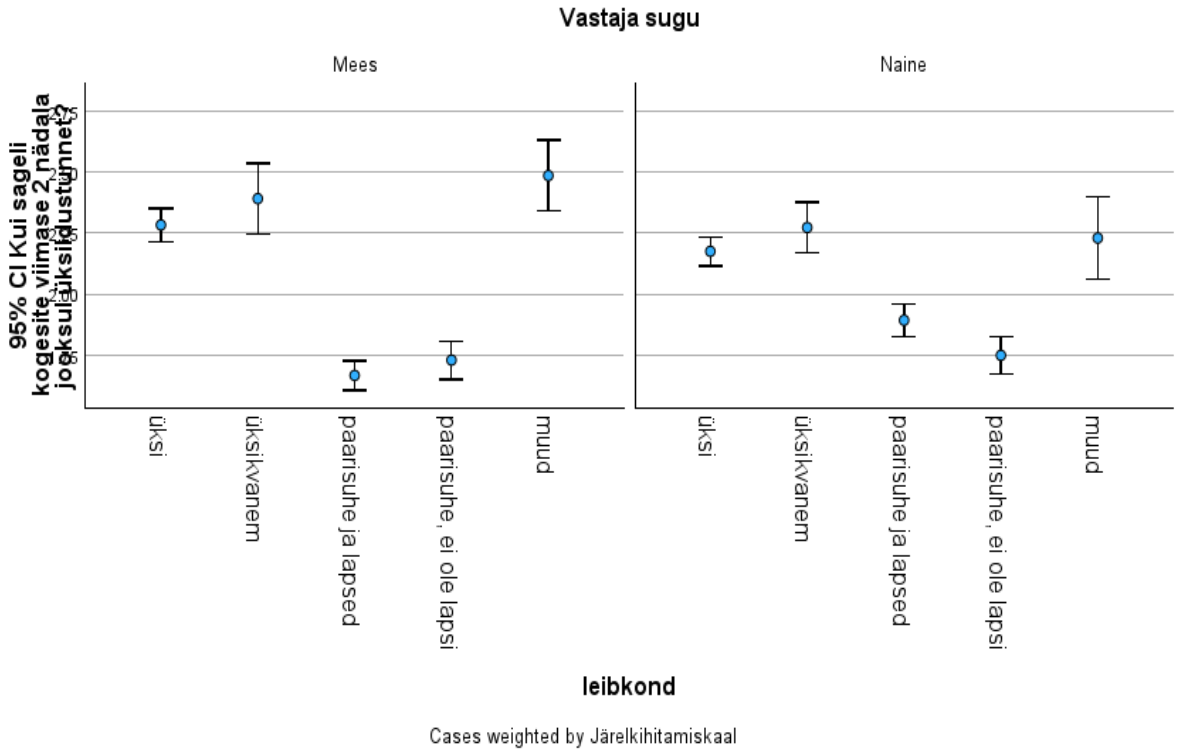
Joonis 2. Üksilduse kogemine viimase kahe nädala jooksul vanuse ja majandusliku toimetuleku järgi.

Üksildustunne on tugevalt seotud sotsiaalmeedia sõltuvuskasutamisega (joonis 3). Selle uuringu formaat ei luba veel vastata põhjuslikkuse küsimusele, kuid näitab selgelt, et inimesed, kes on üksildased, on sagedamini sõltuvuses sotsiaalmeediast.



Joonis 3. Üksildus ja sotsiaalmeedia kasutamine.

Varasemad longituudsed andmed Soomest (Marttila, Koivula & Räsänen, 2021) tõestavad, et probleemne sotsiaalmeedia kasutamine suurendas üksildust, ja vähendas seeläbi eluga rahulolu, seega ei olnud probleemne sotsiaalmeedia kasutamine otse heaoluga seotud.



Joonis 4. Üksildus ja leibkonna tüüp.

Leibkonna tüübi järgi (joonis 4) on kõige vähem üksildust paarisuhtega leibkondades. Eriti tähtis on see meestele. Ainult lapsed peres, ilma paarisuhteta ei vähenda üksildust. Huvitav on ka see, et laste ja paarisuhtega leibkondades on naiste üksildus kõrgem kui meestel.

Kokkuvõte

Sagedane üksildustunne kimbutab Eestis iga kümnendat inimest. 58,2% inimestest on seda mingil määral tajunud. Sageli tundis üksildust 11%, mõnikord 23%, harva 24% Eesti inimestest.

Üksildust tunnevad sagedamini noored, ilma partnerita, majanduslikult kehvemal järjel, madalama haridusega inimesed. Paarisuhe on eriti meeste üksilduse vähendamisel oluline tegur.

Üksi tundmine on seotud mitmete vaimse tervise probleemidega.

Noorte üksilduse üks seletusi võib peituda sotsiaalmeedia sõltuvuskasutuses.

Rahvuse ja soo lõikes erinevusi üksilduse tundmises Eestis ei ole.

Eesti üksilduse profiil on suhteliselt sarnane Soome üksilduse pildiga (Laaninen & Niemenlä, 2023).

Kirjandus

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool

Laaninen, M. ja Niemenlä, M. (2023). Koettu yksinäisyys Suomessa 2016–2022. Yhteiskuntapolitiikka 88 (3). https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/c86ada27-9b7d-4f52-bad3-adc4e552e273/content

Leping Wang, L. ja Yang Claire Yang, Y. C. (2025). The impact of marital histories on late-life loneliness and social participation: a US–China comparison. https://doi.org/10.1332/17579597Y2025D000000056

Luhmann, M. ja Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. Developmental Psychology, 52(6), 943–959. https://doi.org/10.1037/dev0000117

Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlief, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S. ja Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57(11), 2161-2178. https://doi: 10.1007/s00127-022-02261-7

Marttila, E., Koivula, A. ja Räsänen, P. (2021). Does excessive social media use decrease subjective well-being? A longitudinal analysis of the relationship between problematic use, loneliness and life satisfaction. Telematics and Informatics, 59. https://doi.org/10.1016/j.tele.2020.101556.

Motta, V. (2021). Key Concept: Loneliness. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 28(1), 71–81.

Solmi, M., Veronese, N., Galvano, D., Favaro, A., Ostinelli, E. G., Noventa, V., Favaretto, E., Tudor, F., Finessi, M., Shin, J. I., Smith, L., Koyanagi, A., Cester, A., Bolzetta, F., Cotroneo, A., Maggi, S., Demurtas, J., De Leo, D. ja Trabucchi, M. (2020). Factors Associated With Loneliness: An Umbrella Review Of Observational Studies. Journal of Affective Disorders, 271, 131–138. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075

7. Kultuuriosalus. Vabaaja tegevuste mõju heaolule

Egge Kulbok-Lattik, Mare Ainsaar, Marge Sassi

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Kulbok-Lattik, E., Ainsaar, M., Sassi, M. (2026). Kultuuriosalus. Vabaaja tegevuste mõju heaolule. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

Käesolev peatükk uurib kultuuriosaluse, kultuurilise heaolu ja subjektiivse heaolu vahelisi seoseid. Uuringus keskendume kahele põhiküsimusele: 1. Kuidas mõjutavad sotsiaal-demograafilised tegurid (vanus, sugu, sissetulek, elukoht, tegevusala) kultuuriosalust? 2. Kuidas mõjutavad vabaajategevused (kultuuriosalus) eluga rahulolu?

Kultuuriosaluse mõiste hõlmab nii kultuuri passiivset tarbimist – näiteks kino-, teatri- ja kontserdikülastusi – kui ka aktiivset osalemist kogukondlikes tegevustes (Kangas, 2017). Heikkilä (2023) rõhutab, et kultuuriosalus ei tähenda mitte üksnes kultuuri loomist ja esitlust, vaid ka selle üle arutlemist ning kultuuriga seotud oskuste ja pädevuste omandamist. Ajalooliselt on Euroopas olnud kultuuriosaluse mõju moderniseeriv, hariv ja poliitiline (Heikkilä, 2023; Kangas, 2017; Belfiore & Bennett, 2008). Rahvaste staatus ning rahvusliku enesemääramise saavutamine on eeldanud kultuuriosalust ja emantsipatsiooni nagu on leidnud Hroch (1996) ja Kulbok-Lattik (2015). Samas on mitmed autorid (Heikkilä, 2023; Bourdieu, 1984/1979; Bourdieu & Passeron, 1979) osundanud ühiskondlikule ebavõrdsusele, mida kultuuriosalus taastoodab. Kultuuriosalust mõjutavad tugevalt sotsiaal-majanduslikud tingimused. See eeldab erinevaid ressursse, näiteks aeg, rahalised võimalused, haridus ja tervis. Olulised on ka asukohast tulenevad tegurid ning kultuuriosaluse võimaluste kättesaadavus. Uuringud on näidanud, et näiteks maapiirkonnas elamine mõjutab kõrgkultuuri tarbimist (Kindsiko, 2025; Tambaum & Kulbok-Lattik 2026). Digiajastu on 21. sajandil muutnud kultuuriosaluse praktikad laialdaselt kättesaadavaks, näiteks muusika kuulamise ja filmide vaatamise kaudu digiplatvormidel. Samuti on kaasava kultuuripoliitika toel võimalik vähendada kultuuriosalusest tingitud ebavõrdsust (Kulbok-Lattik, Roosalu, Saro 2023), kuid poliitika kujundamiseks on vaja uurida kultuuriosaluse ja heaolu seoseid.

Kultuuriosaluse varasemad uuringud on näidanud, et kultuuriosalus toetab individuaalset heaolu ja tervist (Konlaan, 2001). Näiteks Konlaan (2001) leidis uurimuses „*Cultural Experience and Health*“, *mis* kasutas Rootsi elanikkonna pikaajalisi andmeid, et inimesed, kes osalesid sagedamini kultuurielus, hindasid oma tervist paremaks, kogesid suuremat heaolu, olid sotsiaalselt aktiivsemad, elasid keskmiselt kauem. Need seosed ilmnesid ka WHO (2019) Euroopa kunsti ja tervise uuringus, kus

Fancourt ja Finn (2019) tõid esile, et kultuuriosalus toetab vaimset, sotsiaalset ja füüsilist tervist, aidates kaasa eluga rahulolule ja emotsionaalsele tasakaalule, kuid sel on mõju ka kogukondlikule sidususele.

Positiivsele kogukondlikule mõjule osutas ka Matarasso (1997), kes näitas, et osalemine kultuuritegevustes loob usaldust, tugevdab sotsiaalseid võrgustikke ning suurendab inimeste võimekust oma kogukonnas tegutseda. Stern ja Seifert (2010) kirjutavad, et kultuuriline aktiivsus võib tugevdada kogukondlikku vastupidavust ning toetada kohaliku identiteedi püsimist. Sellest vaatenurgast ei ole kultuuriline heaolu üksnes individuaalne kogemus, vaid ka kogukondlik ressurss. Kultuurilised praktikad loovad võimalusi kohtumiseks, koostööks ja ühiste tähenduste kujundamiseks, aidates kaasa kogukondade sotsiaalsele kestlikkusele (Kangas *et al*. 2024). Ka Duelundi (2009) hinnangul edendab kultuuriosalus kodanikuaktiivsust ja kultuuridemokraatiat.

Metoodika

Vabaajategevuste mõõtmiseks moodustasime koondtunnuse uuringus küsitud neljast tegevusest. Koondtunnus mõõdab, kas inimene sisustab tavaliselt oma vaba aega mõne tegevusega ning need tegevused on järgmised:

1. Veetes vaba aega partneri, sõprade, sugulaste või töökaaslastega (lõbu pärast aja veetmine). Tavalisel ja puhkepäeval veedetud aeg minutites eraldi.
2. Vabal ajal aktiivselt liikudes (näiteks sportides, kõndides jne) nii, et hakkate vähemalt kergelt hingeldama või higistama. Tavalisel ja puhkepäeval veedetud aeg minutites eraldi.
3. Vabatahtlikku või mittetasustatud tööd tehes. Tavalisel ja puhkepäeval veedetud aeg minutites eraldi.
4. Teiste vaba aja tegevustega tegeldes (näiteks meelelahutus- ja kultuurisündmused, lugemine, muusika kuulamine, arvutimängud, muud hobid). Tavalisel ja puhkepäeval veedetud aeg minutites eraldi.

Kõigi nende tegevuste kestust küsiti nii tööpäevade kui puhkepäevade kohta.

Peamiseks väljakutseks on ajaliste tunnuste usaldusväärsus, sest ajakasutuse küsimuste blokid olid vastajate seisukohalt kõige koormavamad. See tähendas, et paljud vastajad jätsid need vastamata. Lisaks selgus, et ka olemasolevatesse andmetesse tuleb suhtuda ettevaatusega, sest paljudel juhtudes ületasid tegevuste ajalised mahud kokku 24 tundi ööpäevas või olid oluliselt alla selle. Seega kasutame siin analüüsis ainult nende inimeste andmeid, kelle ajakasutuse andmed tervikuna olid usaldusväärsed ning andsid kokku ööpäevas 24 tundi, pluss/miinus 4 tundi eksimust. Sellise piirangu tulemusena jäi lõplikku analüüsi vastajaid tööpäevadeks 754, puhkepäevadel 926 inimest.

Kuna ka täpsetesse minutitesse ja tundidesse tasub suhtuda ettevaatusega, moodustame analüüsiks lihtsa indeksi selle kohta, kas inimene tegeles vaba aja tegevustega a) tööpäevadel, b) puhkepäevadel või ei tegelenud. Seega kasutati vaba aja tegevuste analüüsimiseks dihhotoomseid näitajaid, mis

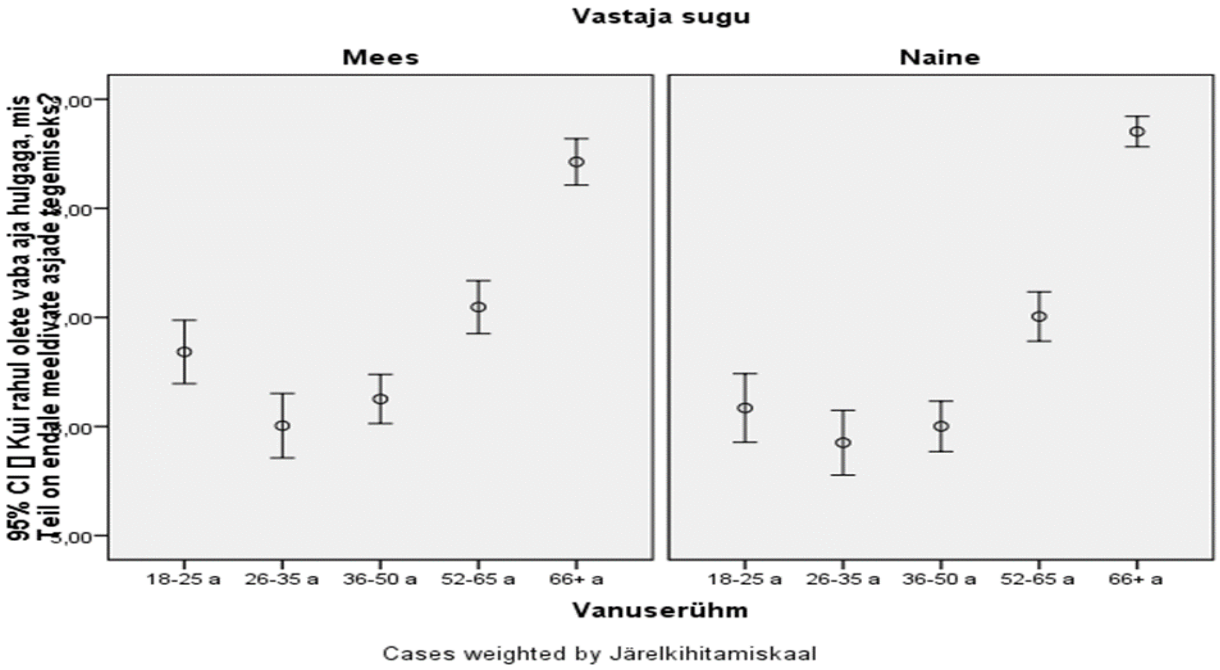
kajastasid seda, kas vastaja oli konkreetse tegevusega tegelenud või mitte. Kuna töö- ja puhkepäevade muster on erinev, on kasulik analüüsida neid kahte perioodi eraldi.

Heaoluga seose analüüsiks on kasutatud eluga rahulolu mõõdikut. Tegime eelanalüüsid ka kognitiivse ja eudaimoonilise heaoluga, kuid nendega puudusid vaba aja tegevustel seosed. Samuti selgus, et eluga rahulolu puhul ilmnevad seosed ainult puhkepäevade tegevustel. Tööpäevade tegevused on nähtavasti liialt mõjutatud vaba aja olemasolust üldse.

Andmete analüüsimiseks kasutati Pearsoni korrelatsiooni ja lineaarset regressioonanalüüsi.

Tulemused

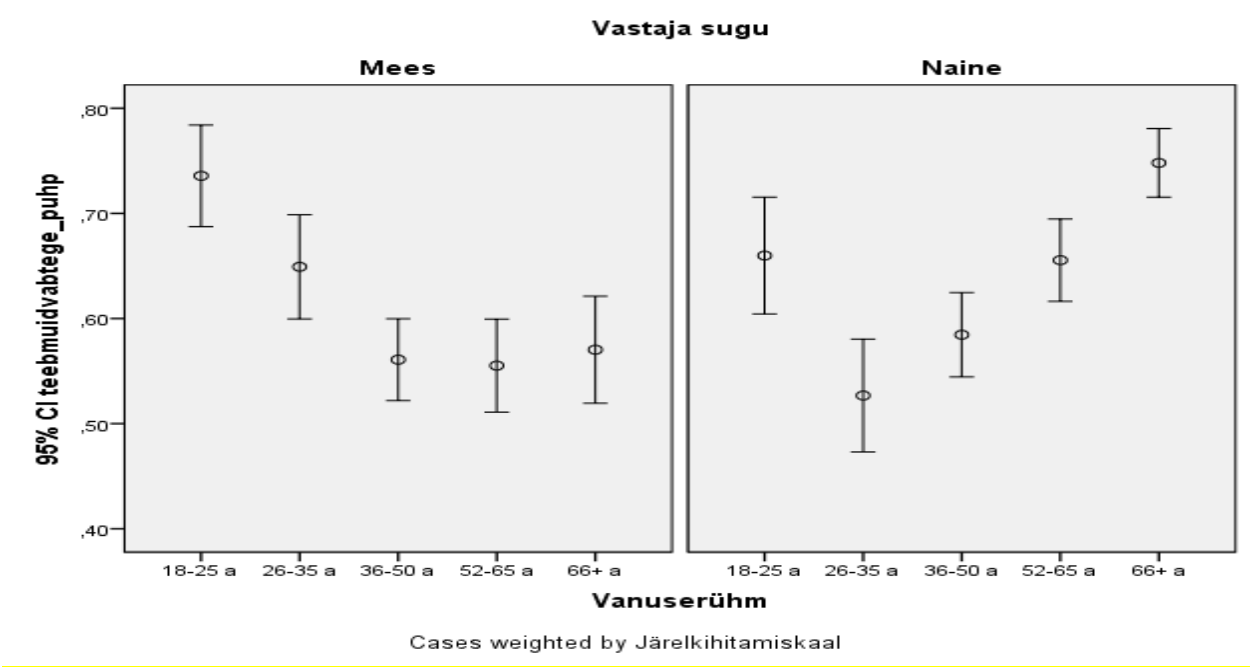
Esimese tulemusena on huvitav teada, kuivõrd on inimesed üldse rahul vaba aja hulgaga, mida nad saavad kasutada vabaajategevusteks ja kultuuriosaluseks. Joonis 1 näitab, et pensionieelsest vanuserühmast alates on inimesed vaba aja hulgaga oma elus enam rahul. Vanus 26 kuni 50 on inimestel kõige pingelisem. Noored mehed 18–25 on vaba aja veetmise hulgaga enam rahul kui noored naised.



Joonis 1. Rahulolu vaba aja hulgaga sõltuvalt vanusest meestel ja naistel (skaalal 0 – üldse mitte rahul, kuni 10 äärmiselt rahul).

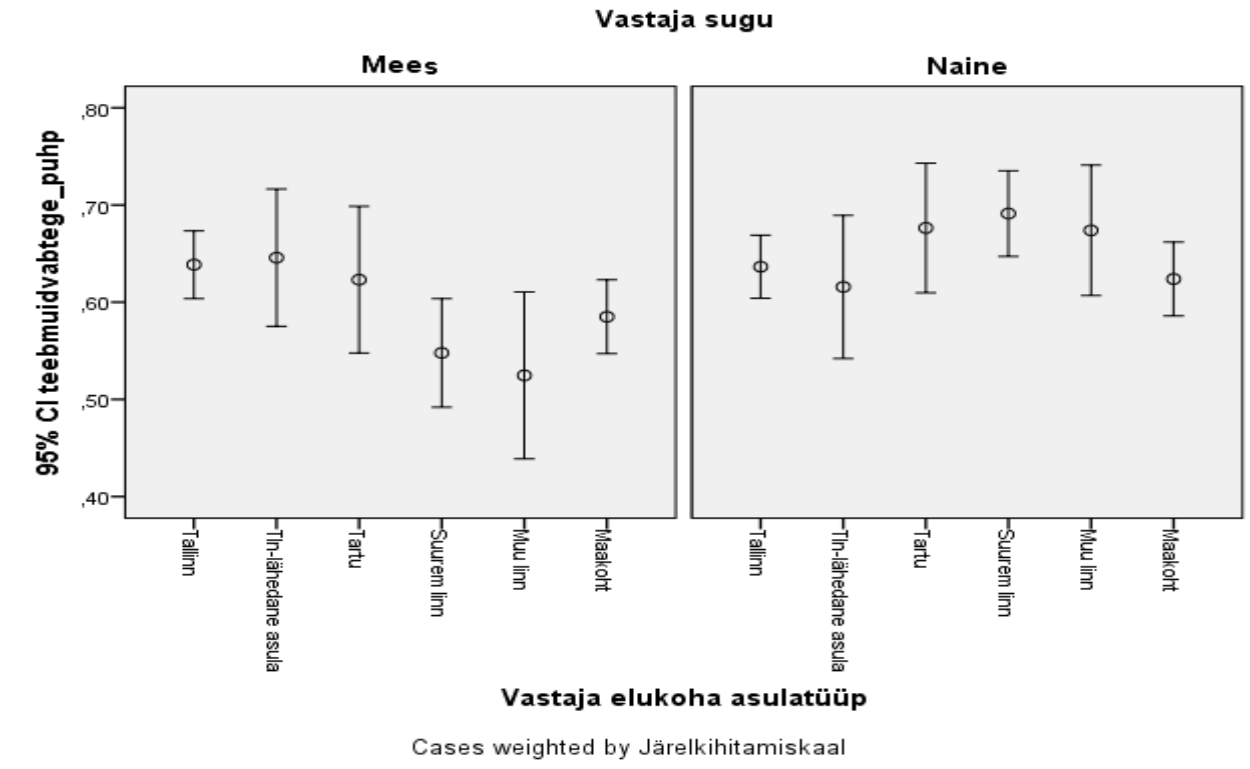
Meeste ja naiste vaba aja kasutamine on erinev (joonis 2). Kõige vähem tegelevad vaba aja tegevustega keskealised. Ilmselt koos töö ja perekohutustega jääb kultuuriosaluseks ja vaba aja tegevusteks sel eluetapil aega vähem. Naistel juhtub see varem ja meestel hiljem (joonis 2). Naiste kultuuriosalus kasvab jälle alates 50. eluaastatest, meestel jääb see samale tasemele nagu keskeas.

Rahvuste osas ei olnud erinevusi.



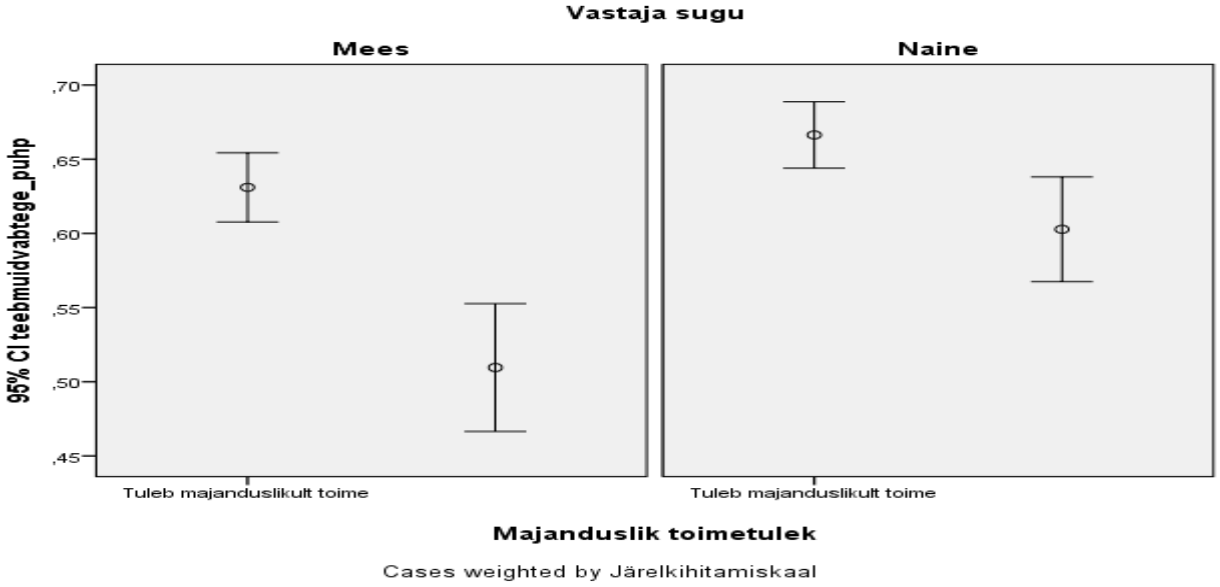
Joonis 2. Tegelemine vabaajategevustega sõltuvalt vanusest ja soost (keskmine, 0 – ei tegele, 1 – tegeleb).

Piirkondade lõikes (joonis 3) võib näha küll kõikumisi, kuid need erinevused ei ole statistiliselt olulised, mis tähendab, et regionaalsed erisused kultuuriosaluses ei ole märkimisväärsed.

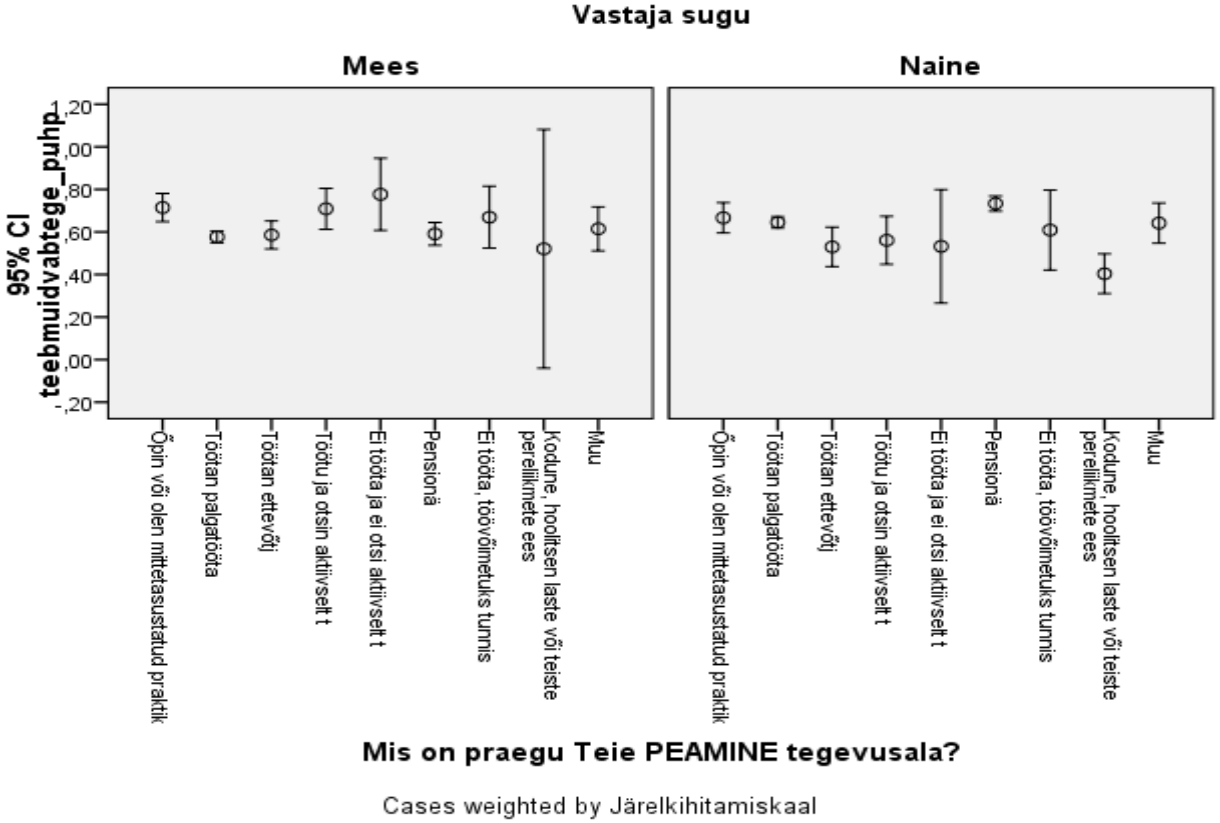


Joonis 3. Tegelemine vabaajategevustega piirkonniti (keskmine, 0 – ei tegele, 1 – tegeleb).

Selge seos on kultuuriosaluse ja vaba aja tegevuste ning majandusliku toimetuleku vahel. Kehvem majanduslik toimetulek vähendab vabaajategevusi, eriti meestel (joonis 4).



Joonis 4. Tegelemine vabaajategevustega ja sissetulek (keskmine, 0 – ei tegele, 1 – tegeleb).



Joonis 5. Tegelemine vabaajategevustega ja peamine tegevusala (keskmine, 0 – ei tegele, 1 – tegeleb).

Ka inimeste tegevusala on seotud vaba aja kasutamisega. Nimelt on näha, et enam on vaba aja tegevustega seotud õppijatest mehed, töötavatel meestel on jälle vähem vaba aja tegevusi (joonis 5). Naiste puhul paistab silma, et teistest oluliselt vähem aega on vaba-aja tegevusteks kodus olevatel naistel.

Järgnevalt analüüsime erinevate vaba aja tegevuste seost eluga rahuloluga (tabel 1).

Tabel 1. Eluga rahulolu ja vabaajategevuste seos puhkepäevadel, kolm regressiooni mudelit. Kõike kokkuvõttes, kuivõrd rahul Te oma eluga üldiselt olete praegu? (*mudel sisaldab vaikimisi elukoha tüüpi, haridustaset, perekonnaseisu. Halliga on märgitud olulised seosed).

	Mudel 1		Mudel 2*		Mudel 3*	
	kordaja	p	Kordaja	p	kordaja	p
Ei ole vaba aja tegevusi	-,178	,004	-,193	,002	,054	,223
18–25			-,443	,000	,627	000
26–35			-,069	,498	,634	,000
36–50			,056	,519	,585	,000
51–65 (kontrolltunnus)			-,102	,261	,218	,002
66+ (kontrolltunnus)			0		0	
Sugu mees			-,116	,055	-,287	,000
Kui sageli kogesite viimase 2 nädala jooksul üksildustunnet? (1 üldse mitte, …, 4 sageli)					-,449	,000
Kui rahul vaba aja hulgaga					,105	,000
Kui rahul leibkonna majandusliku olukorraga?					,341	,000
Ärevuse näitaja					-,295	,000

Esimeses mudelis näeme, et puhkepäevade kultuuriosalusel ja vabaajategevustel on positiivne seos eluga rahuloluga. Vabaajategevused (kultuuriosalus) on seotud suurema eluga rahuloluga. Seos jääb alles ka pärast soo ja vanuse lisamist (mudel 2). Rohkemate tunnustega mudelis 3 kaob seos vaba aja tegevuste ja eluga rahuolu vahel ära. Täpsem analüüs näitas, et vabaajategevused mõjutavad eluga rahulolu positiivselt sõltuvalt sissetuleku ja ärevuse kombinatsioonist. Teisisõnu: majanduslik toimetulek loob kindlustunde fooni, mis võtab maha ärevust ja mõjutab ka heaolutunnet, mida seostatakse kultuuriosaluse ja vaba aja tegevustega.

Kokkuvõte

Vabaajategevused sõltuvad vanusest, soost, tegevusalast ning suurel määral sissetulekutest. Kultuuriosalus on seotud majandusliku toimetulekuga nii meeste kui ka naiste hulgas.

Uuringust selgus, et statistiliselt oluline positiivne seos ilmneb vabaajategevustel vaid eluga rahuloluga puhkepäevadel, samas kui heaolu teiste indikaatorite osas (õnnelikkus, tervis ja elu tähenduslikkus) seos puudus või on väga nõrk. See seos on statistiliselt oluline ning püsib eluga rahulolu puhul ka pärast soo ja vanuse arvesse võtmist. Vaba aja tegevused tööpäevadel vajaksid täiendavat uurimist.

Ühtlasi kinnitab see seos varasemate uuringute tulemusi, et kultuuriosalus ja vabaajategevused mõjutavad eluga rahuolu (Konlaan, 2001; Fancourt & Finn, 2019; Kindsiko, 2025; Tambaum & Kulbok-Lattik, 2026; Stern & Seifert, 2010). Siiski vajavad eri tegevuste mõju ning eri elanikkonna erinevad rühmad täiendavat longituudset uurimist.

Kirjandus

Belfiore, E. ja Bennett, O. (2008). The social impact of the arts: an intellectual history. Basingstoke: Palgrave.

Bourdieu, P. (1984/1979). Distinction. A Social Critique of the Judgment of Taste. London: Routledge & Kegan Paul.

Bourdieu. P. ja Passeron, J. C. (1979). The Inheritors: French Students and Their Relation to Culture. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Duelund, P. (2009). Our Kindered Nations: On Public Sphere and The Paradigms of Nationalism in Nordic Cultural Policy. M. Pyykkönen, N. Simainen, S. Sokka (toim). What about Cultural Policy? Interdisciplinary Perspectives on Culture and Politics. SoPhi, 114 (lk 117–130), Jyväskylä: Minerva.

Fancourt, D. ja Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf

Heikkilä, R. (2023). Understanding Cultural Non-Participation in an Egalitarian Context, Palgrave Studies in Cultural Participation. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18865-7_1

Hroch, M. (1996). Nationalism and National Movements: Comparing the Past and the Present of Central and Eastern Europe. https://doi.org/10.1111/j.1354-5078.1996.00035.xDigital Object Identifier (DOI)

Kangas, A. (2017). Removing Barriers: Participative and Collaborative Cultural Activities in KUULTO Action Research. Cupore – Kulttuuripolitiikan tutkimuskeskus. Cuporen verkkojulkaisuja, 44. http://www.cupore.fi/images/tiedostot/2017/cupore_kuultoresearch_final.pdf

Kangas, A., Huttunen, M., Duxbury, N. ja Hong K. (2024). Editorial: The politics of sustainable development in cultural policies. Frontiers in Political Science, 6. DOI: 10.3389/fpos.2024.1421966

Kindsiko, E. (2025). Avalike teenuste ruumilis-ajalise ligipääsetavuse tulevik. Arenguseire Keskus. https://arenguseire.ee/en/news/report-mainly-children-of-righter-parents-with-a-higher-level-of-education-participate-in-hobby-education/

Konlaan, B. B. (2001). Cultural experience and health. The coherence of Health and leisure time activities. 5 original studies. Publisher: Department of Community Medicine and Rehabilitation, Social Medicine, Umeå University.

Kulbok-Lattik, E., Roosalu, T. ja Saro, A. (2024). Cultural Sustainability and Estonian Community Houses. Frontiers in Political Science, 6. DOI: 10.3389/fpos.2024.1305143

Kulbok-Lattik, E. (2015). The historical formation and development of Estonian cultural policy: tracing the development of Estonian community houses (rahvamaja), Dissertation, Jyväskylä University, https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx_123456789_47243

Matarasso, F. (1997). Use or Ornament? The Social Impact of Participation in the Arts. Stroud: Comedia.

Stern, M. ja Seifert, S. (2010). Cultural Clusters: The Implications of Cultural Assets Agglomeration for Neighborhood Revitalization. Journal of Planning Education and Research, 29 (3), 262–279.

Tambaum, T. ja Kulbok-Lattik, E. (2026). Cultural centers and three S-s for future culture work in the Estonian aging society. Su-I Hou (Ed.). Global perspectives on aging and culture Cambridge University Press & Assessment.

8. 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 toimuva 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. Mõõdukat stressi peetakse normaalseks ning inimese motivatsiooni ja vastupidavust tugevdavaks (Franke, 2014), ent suurel määral stressi kogemine alandab heaolutunnet (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)funktsioneerimise 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) värske 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 soovitavad 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.

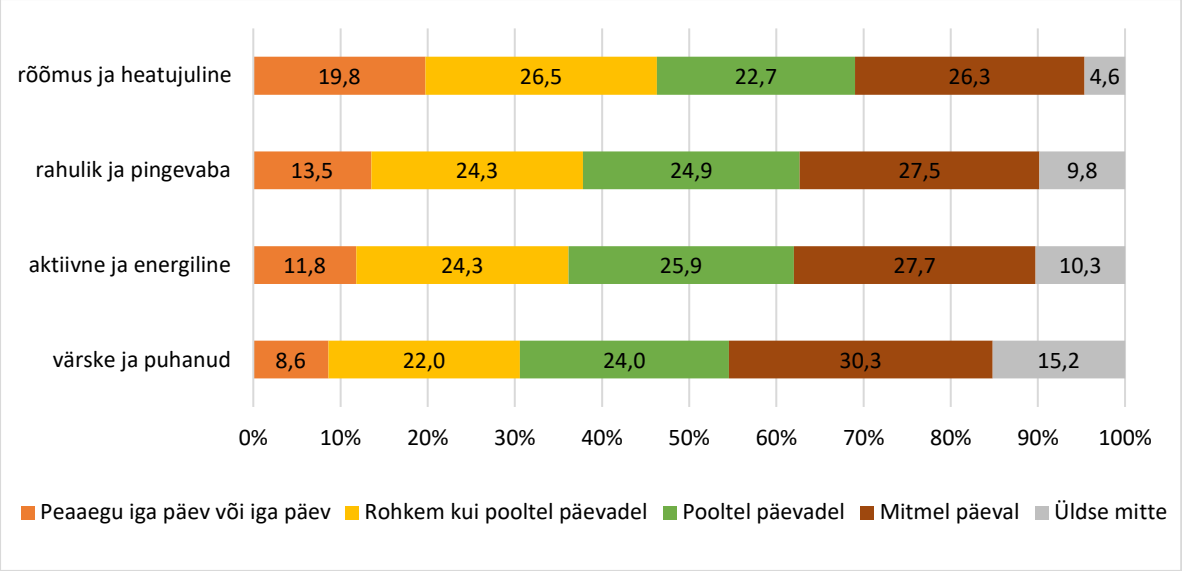
Ärevuse ilminguid hinnati GAD-2 testiga (Generalized Anxiety Disorder – 2), mis on lühem versioon Spitzeri, Kroenke, Williamsi ja Löwe (2006) välja töötatud mõõdikust üldistunud ärevushäire sümptomite tuvastamiseks. Uuritavatel paluti mõelda viimase kahe nädala peale ning märkida, kas neid on häirinud probleemid nagu (a) närviline, ärev või pinges olek ja (b) suutmatus 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.

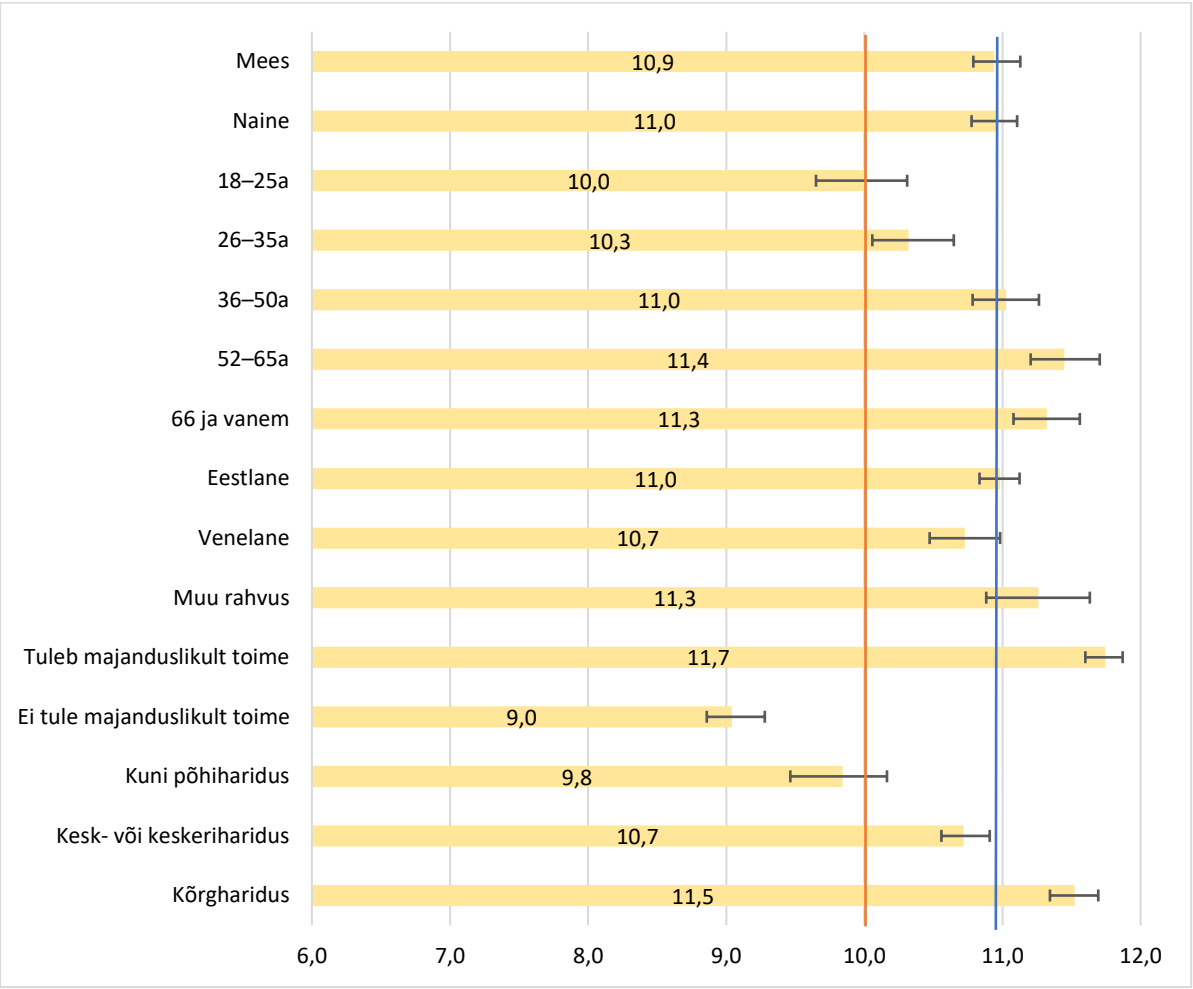
WHO vaimse heaolu näitaja

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 (%).



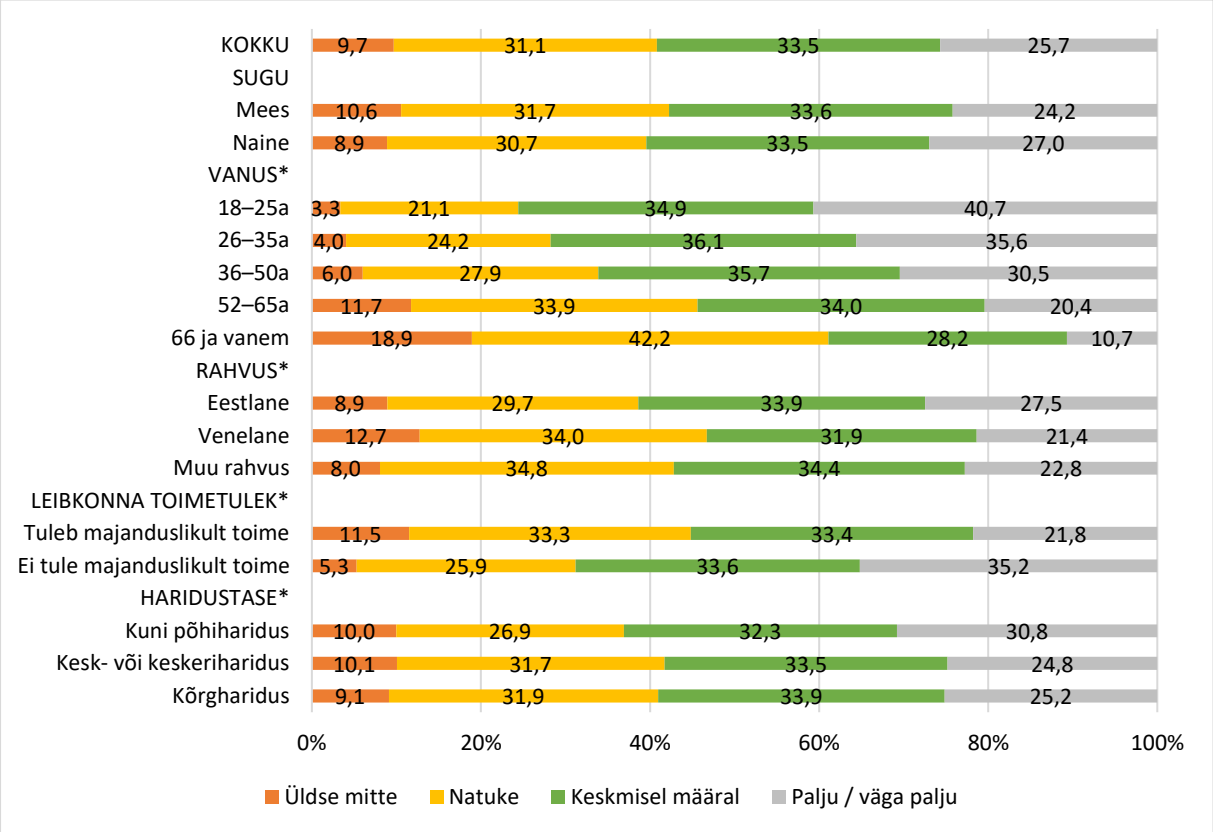
Joonis 2. WHO vaimse heaolu indeksi keskmised väärtused koos 95% usaldusvahemikega sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (skaala 0–20). Sinine joon tähistab indeksi keskmist väärtust, oranž joon skaala keskpunkti, millest allapoole jäävad väärtused viitavad madalale heaolule, sellest suuremad väärtused 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 lõikepunktist 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-Wallise või Mann-Whitney U testi alusel ($p < 0,001$).

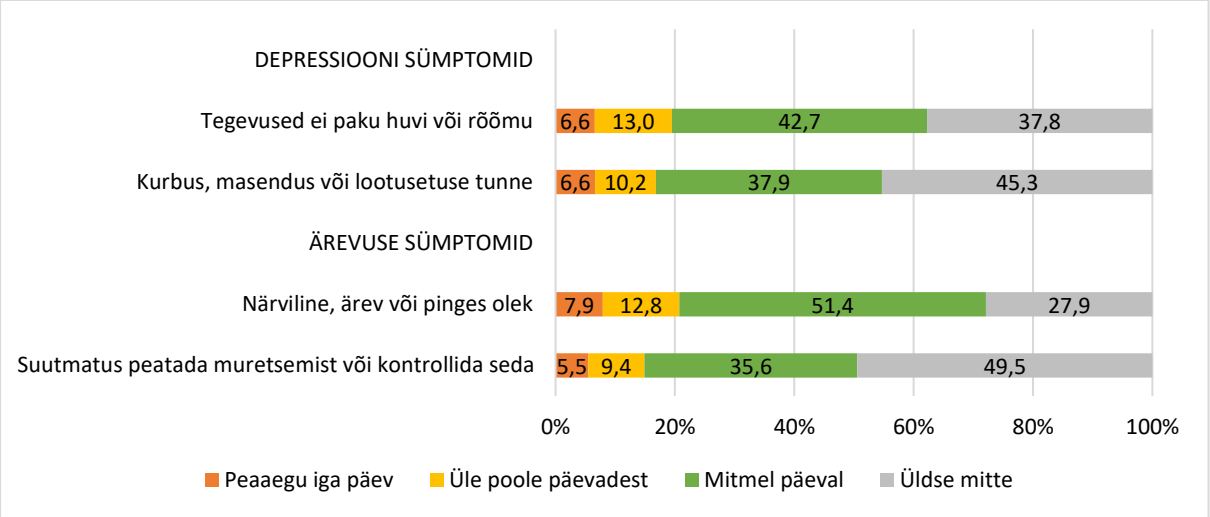
Sotsiaaldemograafilistest näitajatest on stressi kogemisega statistiliselt oluliselt seotud kõik tunnused peale vastaja soo. Stressi kogemine varieerub kõige enam vanuserühmade lõikes. Suurel määral stressi tundmine kahaneb vanusega – noorima vanuserühma hulgas on palju või väga palju stressi tundnuid 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 kumbagi ärevuse sümptomist.

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 muretsemist lõpetada iga teine vastaja. Neid depressiooni või ärevuse sümptomeid on kogenud igapäevaselt umbes 5–8% inimestest.

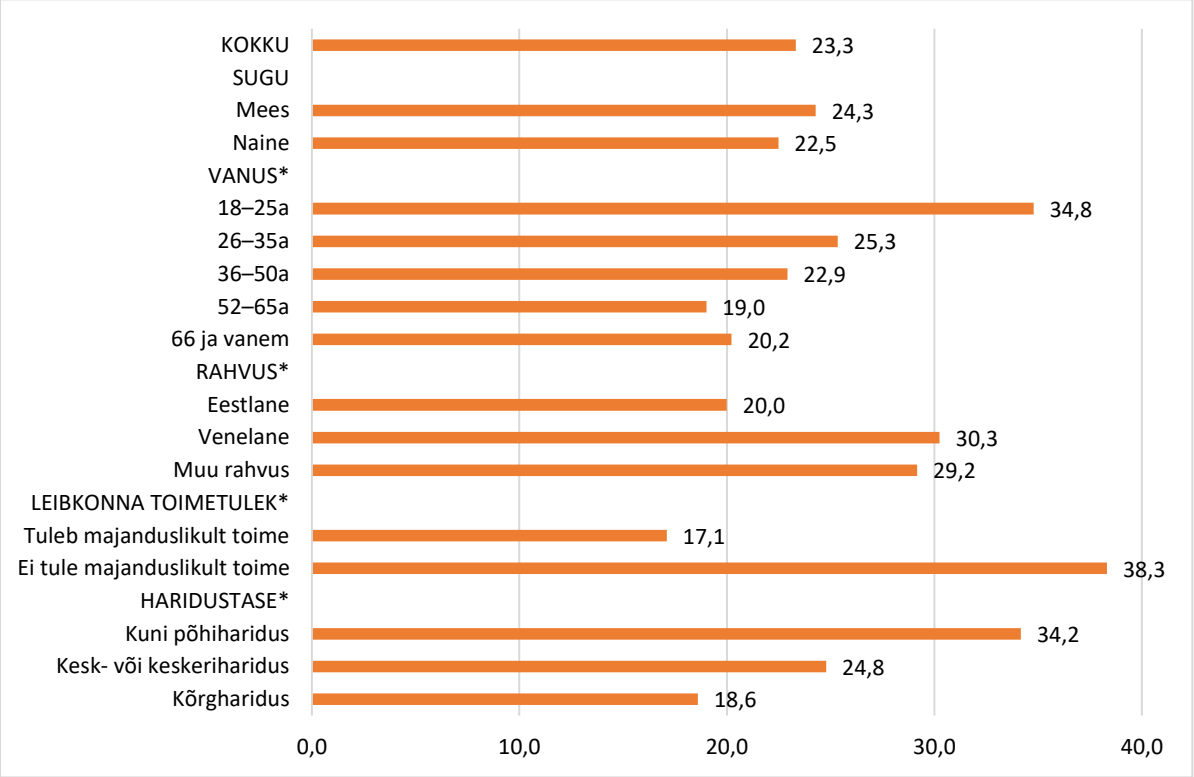


Joonis 4. Depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemine viimase 2 nädala jooksul (%).

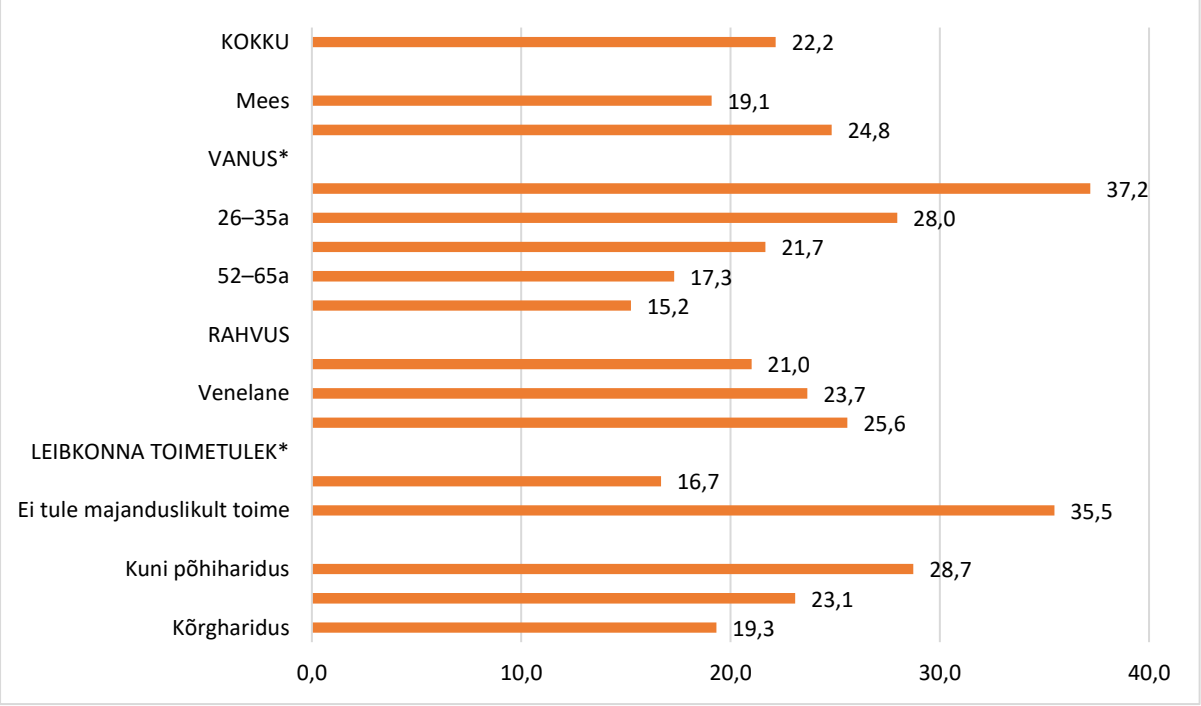
Vähesel määral huvi puuduse, kurbuse, pinge või muretsemise kogemine ei viita probleemsele vaimse tervise seisundile. Ent kui selliseid olukordi kogetakse näiteks üle poole päevadest või peaaegu iga päev (PHQ-2 ja GAD-2 indeksi väärtus kolm või enam), viitab see depressiooni või ärevushäire riskile (vt 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 ($p < 0,001$).



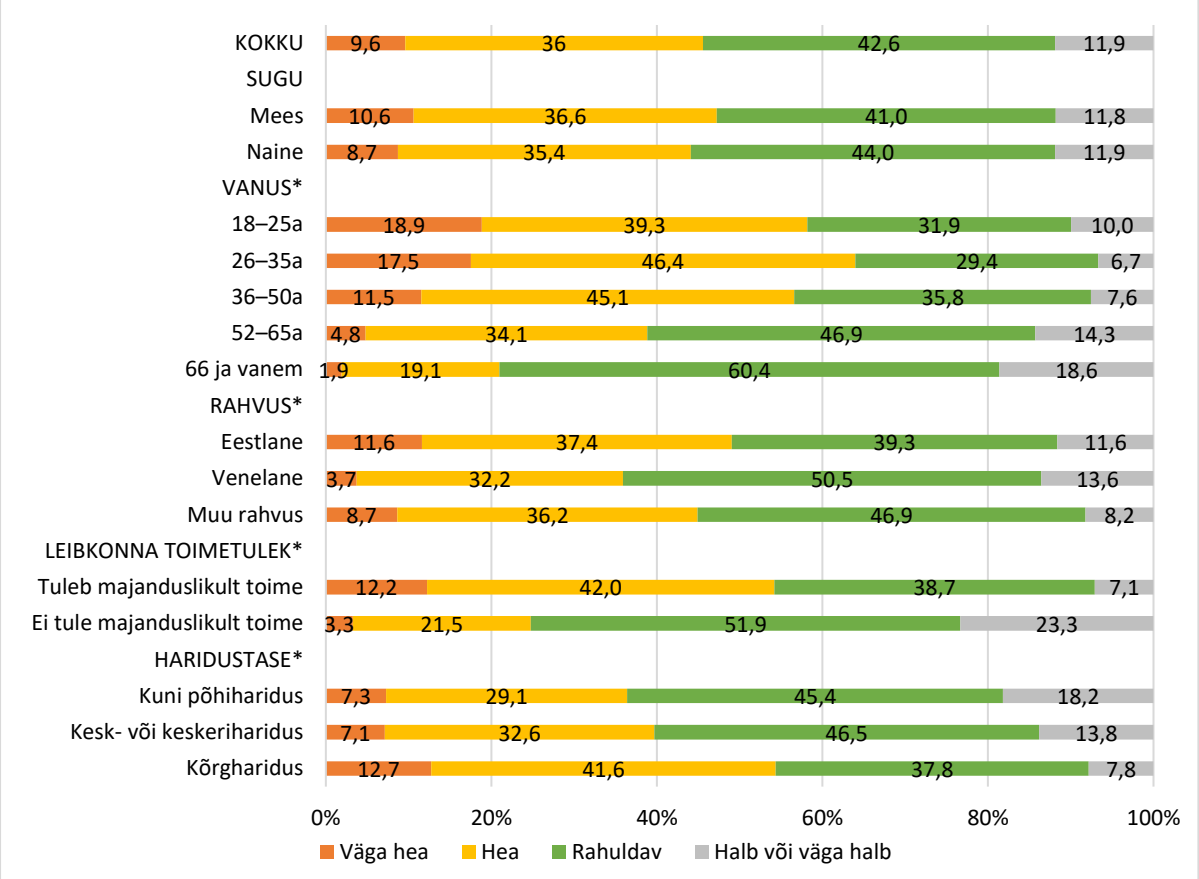
Joonis 6. Ärevuse riski esinemine viimase kahe nädala jooksul (%). Ärevuse riskirühma kuuluvad vastajad, kelle GAD-2 indeksi väärtus on kolm või enam skaalal 0…6. Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Craméri V testi alusel ($p < 0{,}001$).

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.

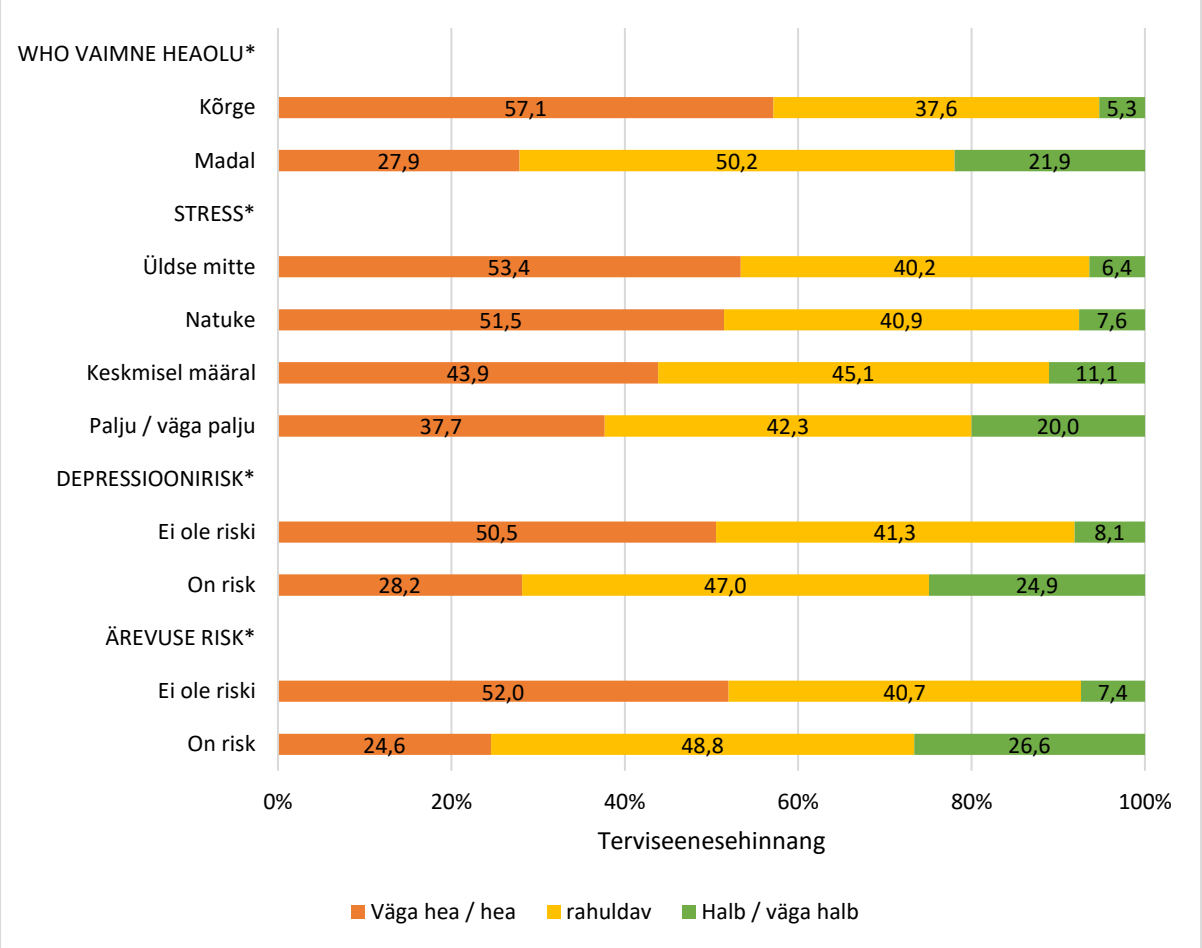


Joonis 7. Hinnang enda tervislikule seisundile sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (%). Tärniga on tähistatud tunnused, mille kategooriad erinevad üksteisest statistiliselt oluliselt Kruskal-Wallise või Mann-Whitney U testi alusel ($p < 0,001$).

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

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

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.

9. Liikumine ja heaolu

Merike Kull

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Kull, M. (2026). Liikumine ja heaolu. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Liikumine on üks olulisemaid tervisekäitumise vorme, millel on märkimisväärne mõju nii inimese füüsilisele tervisele, vaimsele heaolule kui ka elukvaliteedile. Regulaarne liikumisaktiivsus aitab ennetada ja vähendada paljude krooniliste haiguste, sealhulgas südame-veresoonkonnahaiguste, II tüüpi diabeedi ja mitmete vähivormide riski ning toetab tervena elatud aastate pikenemist (Bull *et al*., 2020). Maailma Terviseorganisatsioon käsitleb liikumisaktiivsust ühe peamise muudetava tervisetegurina, mis aitab parandada tervisenäitajaid kogu elukaare jooksul ning soovitab täiskasvanutel koguda nädalas vähemalt 150–300 minutit mõõduka intensiivsusega või vähemalt 75–150 minutit tugeva intensiivsusega liikumist (Bull *et al*., 2020). Mõõduka intensiivsusega liikumise all mõistetakse tegevusi, mille käigus hingamine ja südame töö kiirenevad ning inimene hakkab vähemalt kergelt hingeldama või higistama.

Lisaks füüsilisele tervisele on liikumisel oluline roll vaimse tervise ja heaolu toetamisel. Teaduskirjanduse ülevaated näitavad, et regulaarne liikumine on seotud väiksema depressiooni- ja ärevusriskiga, parema meeleolu, kõrgema enesehinnangu ning parema unekvaliteediga (Singh *et al*., 2023). Seetõttu ei käsitleta liikumist tänapäeval üksnes tervisekäitumise vormina, vaid ka olulise heaoluressursina, mis toetab inimeste füüsilist, vaimset ja sotsiaalset toimetulekut ning eluga rahulolu.

Liikumise mõju ulatub kaugemale tervisenäitajatest. Regulaarne liikumine on seotud kõrgema subjektiivse heaolu, parema elukvaliteedi ning suurema sotsiaalse osalusega (Penedo & Dahn, 2005). Süstemaatilised ülevaated on näidanud, et füüsiliselt aktiivsemad inimesed hindavad oma tervist ja elukvaliteeti üldjuhul kõrgemalt kui vähem aktiivsed inimesed (Bize *et al*., 2007). Liikumine võib seega toimida olulise ressursina, mis toetab inimeste võimet tulla toime igapäevaelu väljakutsete ja muutustega ning säilitada heaolu kogu elukaare jooksul.

Samas ei ole liikumisaktiivsus elanikkonnas võrdselt jaotunud. Liikumisharjumused erinevad sageli soo, vanuse, sotsiaal-majandusliku olukorra, kultuurilise tausta ning elukeskkonna järgi (Bauman *et al*., 2012). Liikumiskäitumist mõjutavad nii individuaalsed eelistused ja motivatsioon kui ka ligipääs liikumisvõimalustele, majanduslikud ressursid, sotsiaalne toetus ning ühiskondlikud normid. Seetõttu peegeldavad liikumisharjumused sageli ka laiemat sotsiaalset ebavõrdsust, mis võib omakorda mõjutada tervist ja heaolu.

Liikumisaktiivsuse mõju tervisele ja heaolule avaldub sageli pika aja jooksul. Kuigi mitmed uuringud on näidanud seoseid liikumise, tervise ja heaolu vahel, võimaldavad just longituuduuringud paremini

mõista, kuidas muutused liikumiskäitumises on seotud muutustega inimeste tervises, heaolus ja toimetulekus ajas.

Käesoleva peatüki eesmärk on kirjeldada Eesti täiskasvanud elanike liikumis- ja spordiharrastust ning analüüsida selle seoseid soo, vanuse, rahvuse ja majandusliku toimetulekuga piki-uuringu lähtepunktina.

Liikumisaktiivsuse hindamine

Käesolevas uuringus hinnati liikumisaktiivsust järgneva küsimusega: *Kui sageli Te harrastasite viimase kuu jooksul mõnda tegevust vähemalt poole tunni vältel, nii et hakkasite kergelt hingeldama või higistama (nt tervisesport, aiatöö, kiires tempos jalgrattasõit või kõndimine)*? Selle küsimuse vastused võimaldavad anda ligikaudse hinnangu ka sellele, kui suur osa Eesti täiskasvanute liikumisaktiivsuse tasemest on kooskõlas Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusega koguda nädalas vähemalt 150 minutit mõõduka intensiivsusega liikumist. Liikumisaktiivsuse sageduse kirjeldamisel moodustati vastusevariantidest neli sisuliselt eristatavat kategooriat: „iga päev“, „4–6 korda nädalas“, „2–3 korda nädalas“ ning „kord nädalas või harvem“. Viimasesse kategooriasse koondati vastajad, kes harrastasid aktiivset liikumist kord nädalas, 2–3 korda kuus või harvem või ei tegelenud aktiivse liikumisega üldse.

Maailma Terviseorganisatsiooni soovituse täitmise ligikaudseks hindamiseks loeti soovitusele vastavaks need vastajad, kes harrastasid vähemalt 30 minutit kestvat aktiivset liikumist kas iga päev või 4–6 korda nädalas. Selline lähenemine võimaldab hinnata liikumissoovituse täitmist sageduse alusel, kuid ei võimalda hinnata vastajate tegelikku nädalast liikumismahtu, seetõttu tuleb soovituse täitmist käsitleda hinnangulise näitajana.

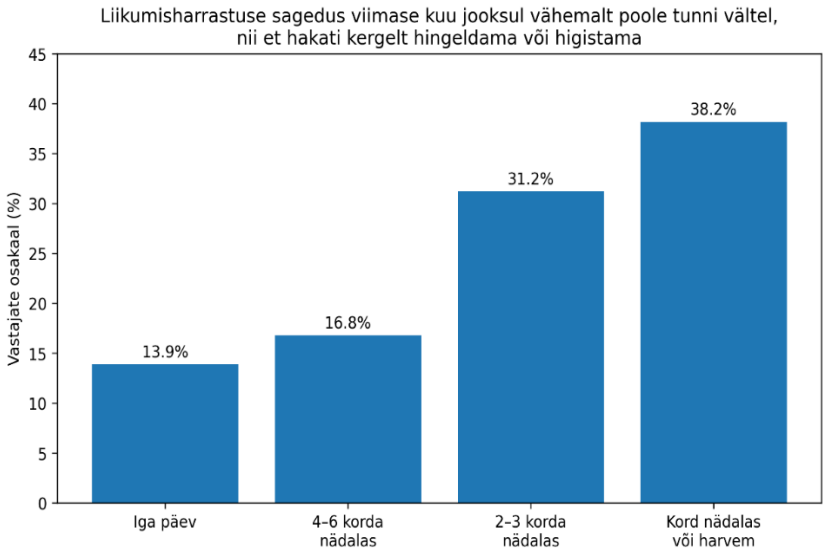
Täiendavalt on eraldi analüüsitud ka täielikult mitteaktiivsete rühma, kuhu kuulusid vastajad, kes märkisid, et ei olnud viimase kuu jooksul vähemalt 30 minuti vältel aktiivse liikumisega üldse tegelenud.

Täiskasvanute liikumisaktiivsus viimase kuu jooksul

Ligikaudu kolmandik (30,7%) Eesti täiskasvanutest liigub sagedusega, mis vastab või on lähedane Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusele koguda nädalas vähemalt 150 minutit mõõduka intensiivsusega liikumist. Iga päev harrastas aktiivset liikumist 13,9% ning 4–6 korda nädalas 16,8% vastanutest (joonis 1). Aktiivse liikumisega tegelejaid 2–3 korda nädalas oli ligi kolmandik vastanutest (31,2%). Samal ajal oli 38,2% vastanute liikumisharrastus kord nädalas või harvem. Nende hulgas oli ka 11,4% inimesi, kes ei olnud viimase kuu jooksul aktiivse liikumisega üldse tegelenud (joonis 2).

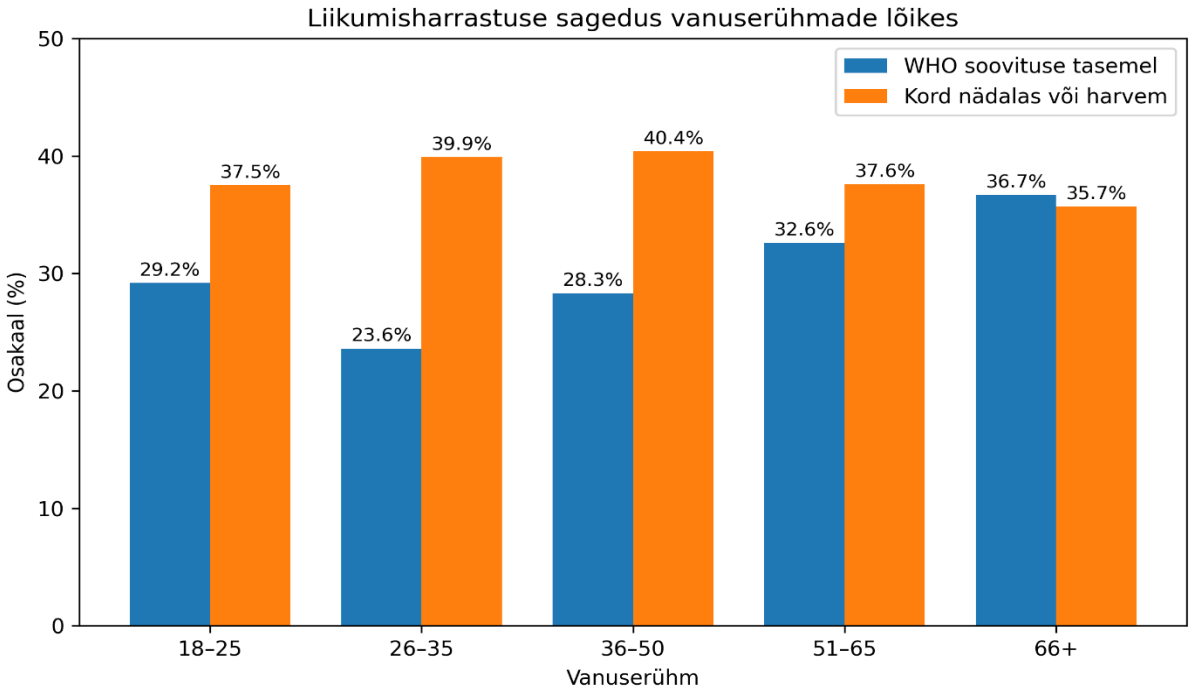
Soo lõikes ilmnes, et meeste seas oli suurem nende osakaal, kes harrastasid vähemalt 30 minutit kestvat aktiivset liikumist kas iga päev või 4–6 korda nädalas. Seega vastab meeste seas Maailma Terviseorganisatsiooni soovituslikule liikumistasemele hinnanguliselt 33,1% vastanutest, naiste seas aga 28,5%. Naiste seas oli seevastu mõnevõrra rohkem neid, kes liikusid kord nädalas või harvem ning kõrgem oli täielikult mitteaktiivsete osakaal (12,5% vs 10,0%) (joonis 3). **Samas ei olnud erinevused**

väga suured ning nii meeste kui ka naiste seas jäi enamik vastanutest soovituslikust liikumistasemest allapoole.

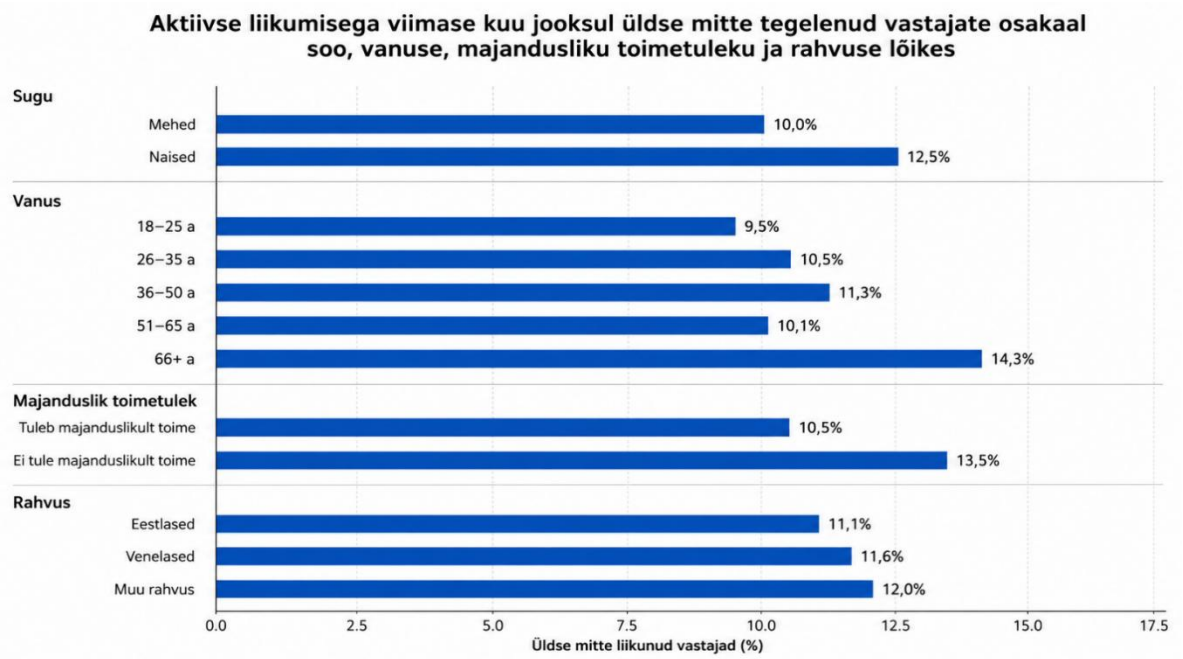


Joonis 1. Liikumisharrastuse sagedus viimase kuu jooksul.

Vanuserühmade võrdlus näitas, et kõige aktiivsemaks rühmaks osutusid 66-aastased ja vanemad vastajad, kellest pea 37% harrastas aktiivset liikumist liikumissoovitustega kooskõlas. Samuti oli selles vanuserühmas kõige väiksem nende osakaal, kes liikusid aktiivselt vaid kord nädalas või harvem (joonis 2).



Joonis 2. Liikumisharrastuse sagedus vanuserühmade lõikes.



Joonis 3. Küsimusele „Kui sageli Te harrastasite viimase kuu jooksul mõnda tegevust vähemalt poole tunni vältel, nii et hakkasite kergelt hingeldama või higistama?“ vastuse „üldse mitte“ valinud vastajate osakaal eri rahvastikurühmade lõikes.

Kõige madalam liikumisaktiivsus ilmnes 26–35-aastaste vastajate seas. Selles vanuserühmas jõudis soovitusliku liikumistasemeni vaid 23,6% vastanutest, samas kui ligi 40% tegeles aktiivse liikumisega kord nädalas või harvem. Ka 18–25-aastaste seas jäi Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusele vastaval tasemel liikujate osakaal alla kolmandiku.

Ka 36–50- ja 51–65-aastaste vanuserühmades jäi märkimisväärne osa vastanutest soovituslikust aktiivsustasemest allapoole, kuigi regulaarsete liikujate osakaal oli suurem kui nooremates vanuserühmades.

Täielik liikumise puudumine esines kõigis vanuserühmades, kuid selle levimus oli mõnevõrra suurem vanemas eas. Kui 18–25-aastaste seas ei olnud viimase kuu jooksul aktiivse liikumisega üldse tegelenud 9,5% vastanutest, siis 66-aastaste ja vanemate hulgas ulatus vastav näitaja 14,3%-ni. Vahepealsetes vanuserühmades jäi mitteaktiivsete osakaal vahemikku 10,1–11,3% (joonis 3).

Majandusliku toimetuleku järgi ilmnes, **et soovitusele vastaval tasemel liikujate osakaal oli majanduslikult toime tulevate ja mittetoimetulevate vastajate seas suhteliselt sarnane.** Majanduslikult toime tulevate vastajate seas oli suurem nende osakaal, kes harrastasid aktiivset liikumist 2–3 korda nädalas (32,6%), samas kui majanduslikult mittetoimetulevate hulgas oli selliseid vastajaid vähem (27,6%). Seevastu majanduslikult mittetoimetulevate seas oli rohkem neid, kes liikusid aktiivselt vaid harva või ei liikunud üldse. Näiteks ei olnud viimase kuu jooksul vähemalt poole tunni kestva aktiivse liikumisega üldse tegelenud 13,5% majanduslikult mittetoimetulevatest vastajatest võrreldes 10,5%-ga nende seas, kes hindasid oma majanduslikku toimetulekut heaks (joonis 3).

Rahvusrühmade võrdlus näitas **mõningaid erinevusi aktiivse liikumise sageduses, kuid üldine liikumisaktiivsuse muster oli eri rahvusrühmades suhteliselt sarnane**. Eestlaste seas harrastas aktiivset liikumist iga päev 11,6% vastanutest, mitte-eestlaste seas aga 18,2%. Seevastu 4–6 korda nädalas liikujate osakaal oli eestlaste hulgas mõnevõrra suurem (17,4%) kui mitte-eestlaste seas (15,8%). Kõigis rahvusrühmades jäi enamik vastanutest soovituslikust aktiivsustasemest allapoole. Eestlaste seas oli täielikult mitteaktiivsete vastajate osakaal 11,1%, venelaste seas 11,6% ning muu rahvuse esindajate hulgas 12,0% (joonis 3).

Arutelu

Käesoleva uuringu tulemused näitavad, et **vaid ligikaudu kolmandik Eesti täiskasvanutest saavutab hinnanguliselt tervise seisukohalt soovitusliku liikumistaseme** ja enamik elanikkonnast jääb sellest eesmärgist allapoole. Samas harrastab ligikaudu kaks viiendikku vastanutest tervist toetavat liikumist ainult kord nädalas või harvem. Arvestades vähese liikumisaktiivsuse seoseid mitmete füüsilise ja vaimse tervise riskiteguritega, väärib selle sihtrühma liikumisaktiivsuse toetamine senisest suuremat tähelepanu.

Eraldi tähelepanu väärib ka täielikult mitteaktiivsete vastajate rühm. **Viimase kuu jooksul ei olnud vähemalt 30 minutit kestva aktiivse liikumisega üldse tegelenud 11,4% vastanutest**. Rahvatervise vaates on tegemist olulise sihtrühmaga, kuna suurim võimalik tervisekasu saavutatakse sageli just siis, kui täielikult mitteaktiivsed inimesed hakkavad liikuma kasvõi mõõdukas mahus.

Soo lõikes ilmnesid liikumisaktiivsuses mõõdukad erinevused. Meeste seas oli rohkem neid, kes liikusid aktiivselt vähemalt 4–6 korda nädalas või iga päev ning naiste hulgas oli mõnevõrra rohkem harva liikujaid ja mitteaktiivseid inimesi. Ebapiisav liikumisaktiivsus oli levinud mõlema soo seas.

Vanuserühmade võrdlus tõi esile ühe tulemuse, kus **kõige aktiivsemaks rühmaks osutusid 66-aastased ja vanemad vastajad, kelle seas oli suurim regulaarselt liikujate osakaal ning väikseim harva liikujate osakaal. Samal ajal ilmnes madalaim liikumisaktiivsus 26–35-aastaste seas.** Tulemused viitavad, et täheldatud erinevused liikumisaktiivsuses võivad olla seotud mitte ainult vanusega, vaid ka erinevate eluetappidega kaasnevate võimaluste ja piirangutega. Nooremas ja keskeas võivad liikumist piirata töö-, õpi- ja pereeluga seotud kohustused ning ajapuudus, samas pensionieas võib suureneda nii ajavaru kui ka võimalus pühendada rohkem tähelepanu tervise hoidmisele ja aktiivsele vaba aja veetmisele. **Kuigi vanimas vanuserühmas oli suurim regulaarselt liikujate osakaal, leidus seal samal ajal ka kõige rohkem inimesi, kes ei olnud aktiivse liikumisega üldse tegelenud. See osutab vanemaealiste suuremale mitmekesisusele liikumiskäitumises**: osa inimestest on aktiivsed, samas kui teisel osal puudub aktiivne liikumine täielikult. Nooremates vanuserühmades olid erinevused väiksemad ning täieliku mitteaktiivsuse osakaal püsis suhteliselt stabiilsena umbes kümnendiku vastajate tasemel.

Majandusliku toimetuleku järgi ilmnesid erinevused eelkõige vähese liikumisaktiivsuse puhul. Halvema majandusliku toimetulekuga vastajate seas oli mõnevõrra rohkem neid, kes liikusid aktiivselt vaid harva või ei liikunud üldse. Samas ei erinenud soovituslikul tasemel liikujate osakaal kahe rühma vahel kuigi palju. **Tulemused viitavad sellele, et majanduslik olukord ei seostu liikumisaktiivsusega**

otseselt, kuid võib mõjutada inimeste võimalusi aktiivseks eluviisiks ning suurendada vähese liikumisaktiivsuse riski.

Rahvusrühmade võrdlus näitas mõningaid erinevusi aktiivse liikumise sageduses, kuid üldine liikumisaktiivsuse muster oli eri rahvusrühmades sarnane.

Kokkuvõte

Ligikaudu kolmandik Eesti täiskasvanutest liigub sagedusega, mis vastab või on lähedane Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud liikumistasemele. Samal ajal harrastab ligi kaks viiendikku täiskasvanutest aktiivset liikumist vaid kord nädalas või harvem.

Tulemused viitavad, et Eesti täiskasvanud elanikkonna liikumisaktiivsuse toetamine vajab süsteemset tähelepanu ja sekkumismeetmeid tagamaks Eesti elanike tervis ja heaolu. Eelkõige on oluline pöörata tähelepanu inimestele, kelle liikumisaktiivsus on vähene või puudub täielikult. Käesolev uuring loob lähtealuse liikumiskäitumise muutuste jälgimiseks järgmistes uuringulainetes.

Kirjandus

Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F. ja Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? The Lancet, 380 (9838), 258–271.

Bize, R., Johnson, J. A. ja Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. Preventive Medicine, 45 (6), 401–415.

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S. et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine, 54 (24), 1451–1462.

Penedo, F. J. ja Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Current Opinion in Psychiatry, 18 (2), 189–193.

Singh, B., Olds, T., Curtis, R. et al. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An umbrella review. British Journal of Sports Medicine, 57 (18), 1203–1209.

10. Tervisealane kirjaoskus ja terviseinfo allikad: kes jääb kõrvale?

Kadi Krinal, Riina Hallik, Maarja-Liis Elland

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Krinal, K., Hallik, R., Elland, M-L. (2026). Tervisealane kirjaoskus ja terviseinfo allikad: kes jääb kõrvale? Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

Ühiskonna üldine heaolutaseme tõus on viinud eluea pikenemiseni –Statistikaameti viimaste andmete kohaselt on Eesti inimeste oodatav eluiga 79,5 aastat (Statistikaamet, 2025a). See on küll viimase kolme aastakümne kõrgeim tulemus, kuid oodatav eluiga jääb siiski alla Euroopa keskmisele, mis oli 2023. aastal 81,4 aastat (*ibid*). Kuigi kasvanud on ka tervena elatud aastate arv, mis jõudis 2024. aasta andmetel 58,7 aastani, on lõhe eluea pikkuse ja tervena elatud aastate vahel jätkuvalt paari aastakümne pikkune. See tähendab, et oluline osa oma elust elatakse koos terviseprobleemidega. Seetõttu on erinevad suundumused, sh rahvastiku vananemine, tehnoloogiate areng, erinevate tervishoiu- ja sotsiaaltöö ressursside puudus ning üldiste paradigmade ja arusaamade muutused tervise kontekstis toonud kaasa vajaduse, et inimesed ise oleksid aktiivselt kaasatud oma tervisega seotud küsimuste lahendamisse. Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2020) on seadnud üheks eesmärgiks inimese toetamise oma tervise eest vastutuse võtmisel.

Selleks, et inimesed saaksid sisuliselt oma tervist (ja haigust) puudutavates küsimustes osaleda, peab tervisekirjaoskus (ka tervisealane kirjaoskus, terviseteadlikkus) olema vajalikul tasemel. WHO definitsiooni järgi tähendab tervisekirjaoskus „võimet leida, mõista, hinnata ja kasutada teavet ning teenuseid viisil, mis edendab ja hoiab head tervist ja heaolu“ (WHO, 2021). See tähendab, et inimesel on teadmised ja oskused ning need on kujunenud igapäevaelu, suhtlemise ja põlvkondade kogemuste kaudu. Oluline toetav roll on organisatsioonidel ja erinevatel ressurssidel (st tervisekirjaoskuse kujunemine ei ole ainult indiviidi vastutus), mis aitavad inimestel leida, mõista ja kasutada terviseinfot ning teenuseid nii, et see toetaks nende enda ja teiste heaolu (*ibid*). Varasemalt on näidatud, et inimesed, kes hindavad oma terviseseisundit paremaks, on kõrgema tervisekirjaoskuse tasemega, samal ajal kui madalam tervisekirjaoskuse tase on vanemaealistel (≥65-aastastel), madalama haridustasemega ja sissetulekuga inimestel (García-García & Pérez-Rivas, 2022; Mantwill & Diviani, 2019). Seda, et lisaks neile ühiskonnagruppidele on ebavõrdsemas ja haavatavamas olukorras ka etnolingvistiline vähemus ja maapiirkonna elanikud, on näidatud nii üldise tervisekirjaoskuse kui digitaalse tervisekirjaoskuse kontekstis (WHO Regional Office for Europe, 2022). Viimane on oluline nüanss eriti Eestis, kus riigi struktuurid on digitaalselt arenenud ning järjest enam kodaniku ja riigi vahelistest tegevustest, sh tervishoiualastest, suunatakse digitaalsetesse kanalitesse ja vahenditesse. Riigiteenuste digitaliseerimise eesmärk kajastub mitmetes riiklikes ja strateegilistes dokumentides (RTA 2020–2030, Eesti 2035 jne). Kuigi muutunud olukorra tõttu saavad tehnoloogilised lahendused

mõningast abi ja leevendust pakkuda, on oluline mõista, et samaaegselt võivad need lahendused (tervisealast) ebavõrdsust suurendada (Badr *et al*., 2024; WHO Regional Office for Europe, 2022).

Selle peatüki eesmärk on analüüsida inimeste tervisealast kirjaoskust seoses võimekusega (kui lihtne või keeruline) leida ning pääseda ligi, mõista, hinnata ja kasutada terviseinformatsiooni oma tervise eest vastutuse võtmiseks ehk oma tervisekäitumise kohandamiseks iseseisvalt või tervishoiusüsteemi poolt soovitatud valikute alusel. Lisaks üldisele tervise- ja digitervisealase kirjaoskuse hindamisele analüüsime nende seoseid sotsiaaldemograafiliste taustatunnustega ja enesehinnangulise tervisega rahuloluga. Vaatleme ka seda, millistest allikatest inimesed tervisealast infot otsivad.

Uuringu eesmärgi täitmiseks püstitasime järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas mõjutavad demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused tervisealase kirjaoskuse taset?
2. Kuidas on omavahel seotud tervisealane kirjaoskus ja tervisega rahulolu ning pikaajalise (kroonilise) haiguse olemasolu?
3. Milliseid allikaid kasutavad inimesed tervisealase info leidmiseks ja kuidas need erinevad demograafiliste sotsiaalmajanduslike tunnuste osas?

Tulemused

Tervisealase kirjaoskuse tase demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite kontekstis

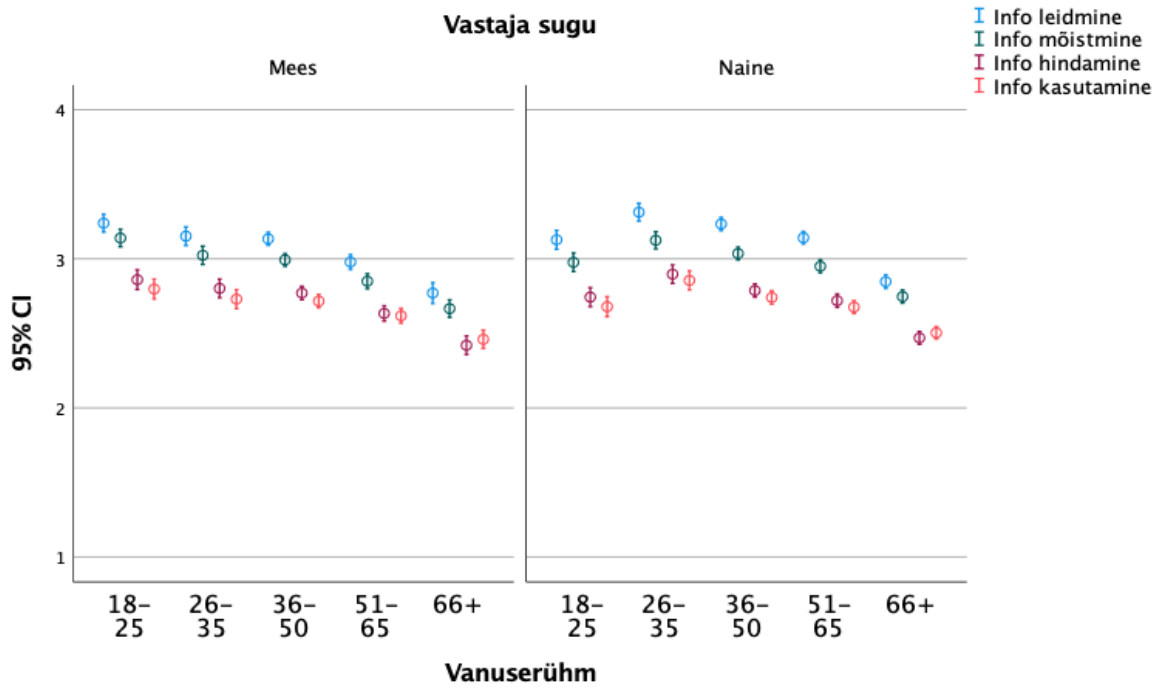
Tervisealase kirjaoskuse dimensioone (neli küsimust tervisega seotud teabe leidmise, mõistmise, hindamise ja kasutamise kohta) mõõdeti 4-pallisel skaalal (1 = väga keeruline … 4 = väga lihtne). Ehkki tegemist on järjestusskaalaga, käsitleti tunnuseid analüüsis intervallskaalana ja tulemusi esitati aritmeetiliste keskmistena. Meie eesmärk oli rühmade võrdlemine ning informatiivne esitamine mitte üksiku arvu absoluuttõlgendamine. Selline lähenemine on tervisealase kirjaoskuse uuringutes tavapärane (kuigi seal kasutatakse keskmisi liitskoorina) ning metoodiline kirjandus kinnitab, et parameetrilised meetodid annavad Likerti-tüüpi andmetel mitteparameetrilistega kooskõlas olevaid tulemusi, eriti suure valimi korral. Tõlgenduse toetamiseks esitati keskmiste kõrval ka vastuste jaotus (osakaal, kelle jaoks tegevus oli lihtne *vs*. keeruline) joonisel 5.

Sugu ja vanuserühmad

Tervisekirjaoskuse elemendid (info leidmine, mõistmine, hindamine, kasutamine) soo ja erinevate vanuserühmade lõikes on toodud joonisel 1.

Nagu jooniselt 1 näha, on kõrgeima tervisealase kirjaoskusega naised vanuses 26–35 ja mehed vanuses 18–25, kelle skoorid olid kõrgeimad kõigi elementide osas. Seda võib selgitada asjaolu, et selles vanuserühmas naised on aktiivses pereloomise eas ning neile langeb vastutus mitte ainult enda, vaid ka pereliikmete (nt mees ja lapsed) tervise eest. Seetõttu otsivad ja töötlevad nad terviseinfot sagedamini, mis annab vilumuse ja pädevused. Noorima vanuserühma meeste tulemust võib aidata selgitada asjaolu, et nad on füüsiliselt aktiivses eas, sh võivad tegeleda aktiivselt spordiga ja seeläbi huvituda ning puutuda kokku terviseinfoga.

Madalaim tervisekirjaoskuse tase on aga mõlemast soost eakate vanuserühmas. Need tulemused on kooskõlas varem mujal läbiviidud uuringutega (García-García & Pérez-Rivas, 2022; Mantwill & Diviani, 2019).



Joonis 1. Tervisekirjaoskuse elemendid soo ja vanuserühmade lõikes.

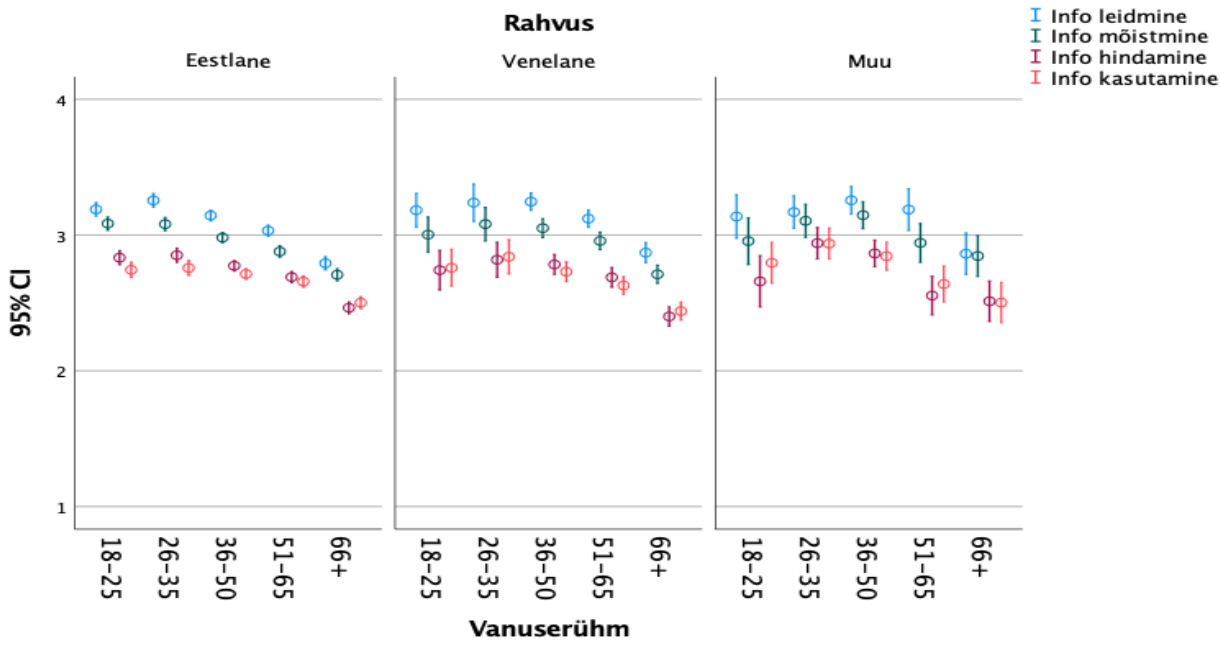
Erinevalt teistest rühmadest oli eakate vanuserühmas keerukaimaks elemendiks info hindamine, mis võib viidata mitmele asjaolule. Esmalt esineb selles vanuserühmas rohkem kroonilise haigusega inimesi, sh on tõenäoline, et mõnelgi esineb korraga rohkem kui üks haigus ning info hindamine kõigi haiguste kontekstis võib olla liiga keeruline (vaata jaotust „Tervisealase kirjaoskuse ja krooniliste haiguste kohta“). Teiseks, haigus ja haige olemine võivad selles vanuserühmas eristuda enim ka tänapäevasest arusaamast, kus ainsaks aktiivseks tegutsejaks ei ole enam arst ning ka tagasisidet ei ole alati võimalik küsida arstilt või mõnelt teiselt tervishoiutöötajalt. Kolmandaks, infoküllus ning väär- ja valeinfo äratundmise oskus võib olla puudulik. Viimast võivad mõjutada laialdaselt levinud petukirjad ja -kõned. Need tegurid võivad tekitada info hindamise tajutud keerukuse.

Rahvus ja vanuserühmad

Tervisekirjaoskuse elemendid rahvuse ja vanuserühmade lõikes on toodud joonisel 2.

Rahvusrühmade vahel tervisealase kirjaoskuse tasemes suuri erinevusi ei esinenud. Selline tulemus on iseloomulik Eesti kontekstile, kuid vastupidine mujal maailmas läbiviidud uuringutele, mis näitavad etnilis-keeleliste vähemuste esindajate madalamat tervisealase kirjaoskuse taset. Sealjuures ilmnes sama trend nii rahvuse kui peamise koduse keele osas. Seda võib selgitada mitme asjaoluga. Esmalt mõjutab Eestit ajalooline ja poliitiline kontekst. Pärast teist maailmasõda toimunud immigratsiooni tulemusel asustati Eestisse palju ka teisi rahvusi ning ühe Nõukogude Liidu liikmesriigina oli vene keele kasutus eesti keele kõrval tavapärane. Seetõttu on Eestis praeguseni piisavalt palju arste ja teisi tervishoiutöötajaid, kes suudavad rääkida vene keeles. Kuna praegugi on vene rahvusrühma osakaal kogu populatsioonist umbes veerand, siis sageli on eriti tervist puudutavad materjalid, reklaamid jms (sh nt Tervisekassa poolt loodavad) kättesaadavad ka vene keeles. Muude rahvuste samaväärset tervisekirjaoskuse taset aitab selgitada lisaks see, et nad võivad vallata mitut keelt – lisaks vene keelele ka eesti ja/või inglise keelt. See võimaldab neil ühelt poolt navigeerida erinevates keeleruumides Eesti ühiskonnas, teiselt poolt võibki neil olla laiem infoväli, sest nad saavad infootsinguks kasutada ka

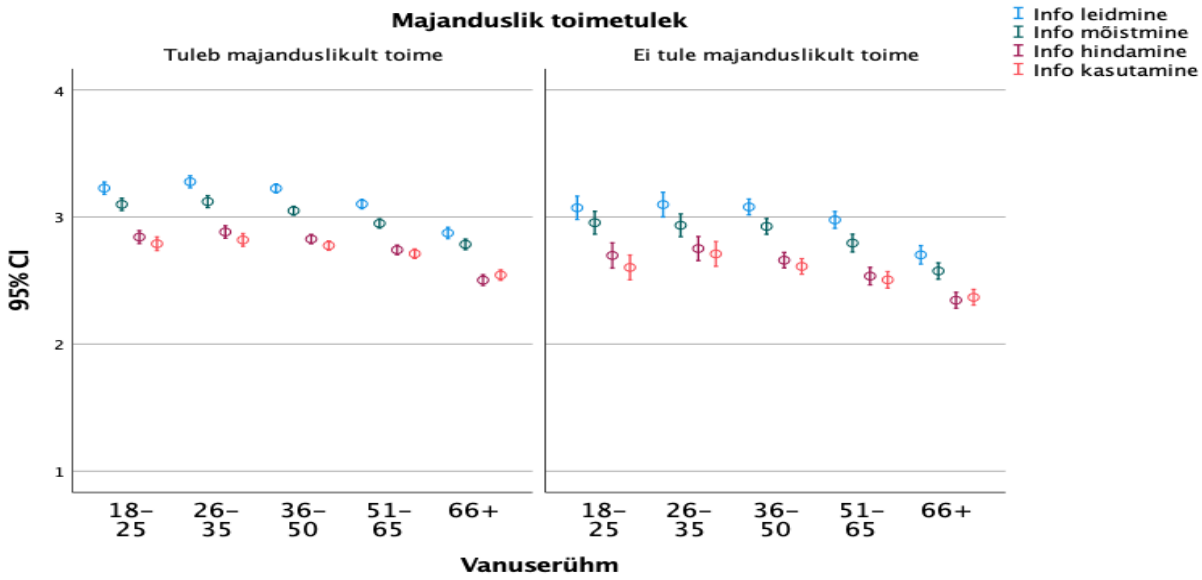
teiste riikide materjale. Sarnase tulemuseni on varasemalt jõudnud Uibu ja Vihalemm (2017), kes on välja toonud, et teatud mõjutused võivad lähtuda rahvusrühmade igapäevasest kultuurist.



Joonis 2. Tervisekirjaoskuse elemendid rahvuse ja vanuserühmade lõikes.

Majanduslik toimetulek, haridustase ja vanuserühmad

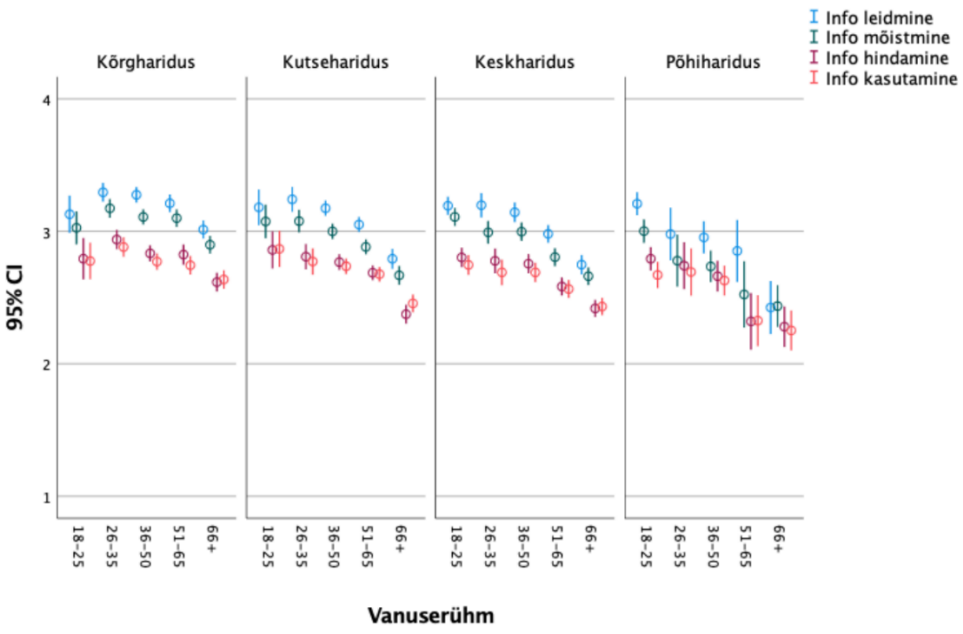
Tervisekirjaoskuse elemendid majandusliku toimetuleku ja vanuserühmade lõikes on toodud joonisel 3.



Joonis 3. Tervisekirjaoskuse elemendid majandusliku toimetuleku ja vanuserühmade lõikes.

Majandusliku toimetuleku ja tervisekirjaoskuse taseme vaheline seos erinevates vanuserühmades oli kooskõlas varasema teadmisega, mille kohaselt madalama sissetuleku ja kehvema majandusliku toimetulekuga rühmades on tervisekirjaoskuse tase madalam.

Üldjuhul on madalam sissetulek seotud ka madalama haridusega, mis aitab selgitada piiratud võimekust terviseinfot leida, mõista, hinnata ja kasutada (joonis 4).



Joonis 4. Tervisekirjaoskuse elemendid hariduse ja vanuserühmade lõikes.

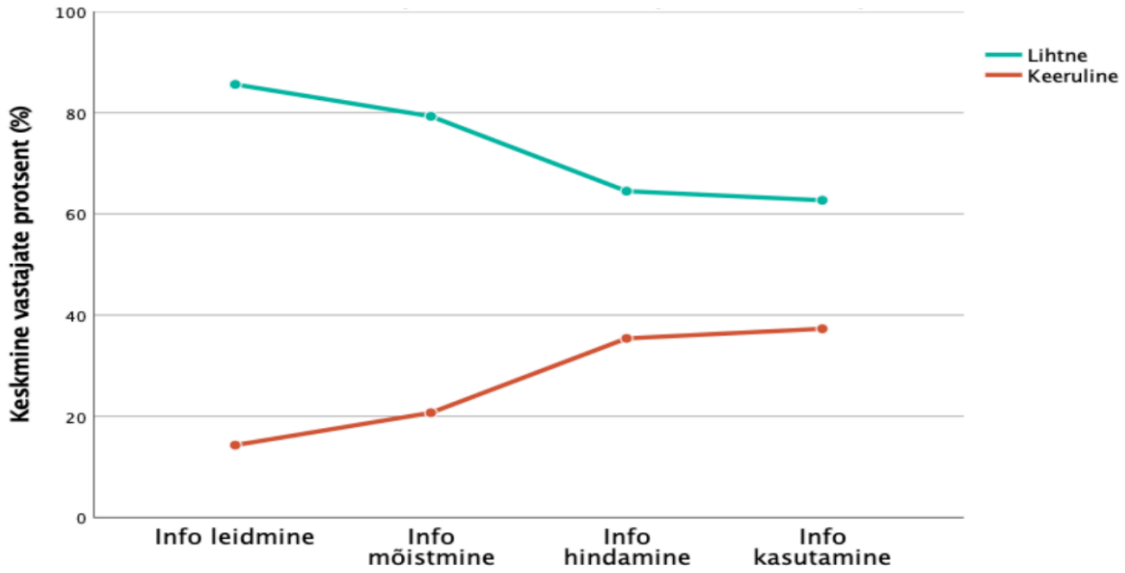
Suurim erisus ilmneb põhihariduse ja teiste haridustasemete vahel. Samas oluline on see, et igal haridustasemel on näha langus info hindamise ja kasutamise osas, mis viitab, et ka kõrgharitud inimestel võib olla keeruline otsustada pärast info leidmist selle tõepärasuse üle ja seda kasutusse võtta. Teiste tunnustega võrreldes on eripärane ka asjaolu, et kõrgharitud vanemaealiste tase sarnaneb nooremate vanuserühmade omaga ja on selgelt kõrgem kui sama vanuserühma madalama haridusega inimestel.

Tulemus kinnitab 2014. aasta „Mina. Maailm. Meedia“ uuringu (Uibu ja Vihalemm, 2017) tulemusi, mille kohaselt on teadlikumad tervisekäitujad „eeskätt materiaalselt kindlustatumad ja kõrge sotsiaalse staatusega rahvarühmad“.

Info tajutud keerukus

Joonis 5 kajastab info tajutud keerukust. Selleks koondasime hinnangud binaarsele „lihtne-keeruline“ skaalale, kus „väga lihtne“ ja „pigem lihtne“ liideti tunnuseks „lihtne“ ning „väga keeruline“ ja „pigem keeruline“ tunnuseks „keeruline“. Tulemused näitavad selget langustrendi, sest info leidmist peab lihtsaks 85,5% vastanutest, info mõistmist 79,3% vastanutest ja info hindamist vaid 64,5%. Lihtsaks pidajate osakaal väheneb seega leidmiselt hindamisele kokku 22,8%, kusjuures järsim langus (14,8%) toimub mõistmiselt hindamisele. Tähelepanuväärne on see, et kui tervisekäitumise muutmise

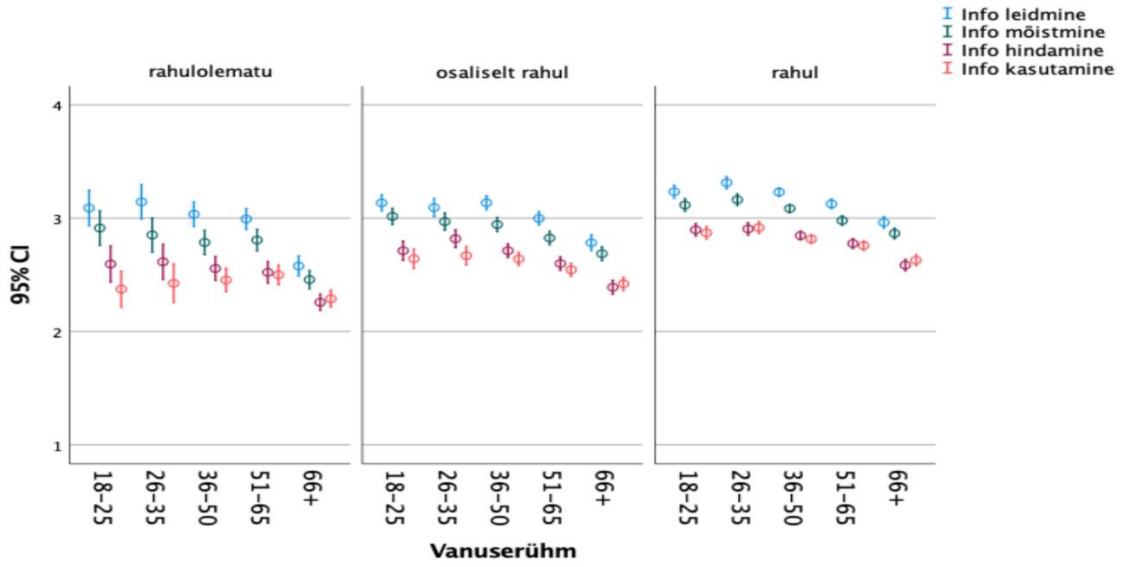
seisukohalt on olulisim just info kasutamine, siis selle märkis lihtsaks 62,7% vastanutest (ehk kõige vähem võrreldes teiste tervisekirjaoskuse elementidega).



Joonis 5. Hinnang tervisekirjaoskuse elementidele skaalal lihtne-keeruline.

Tervisekirjaoskus ja tervisega rahulolu

Joonisel 6 on toodud tervisealase kirjaoskuse elemendid ja enesehinnanguline tervisega rahulolu gruppide lõikes. Nagu jooniselt näha, siis mida kõrgem on rahulolu oma tervisega, seda kõrgem oli tervisealase kirjaoskuse tase. Vanuse ja tervisega rahulolematuse kasvades vähenes tervisekirjaoskus.



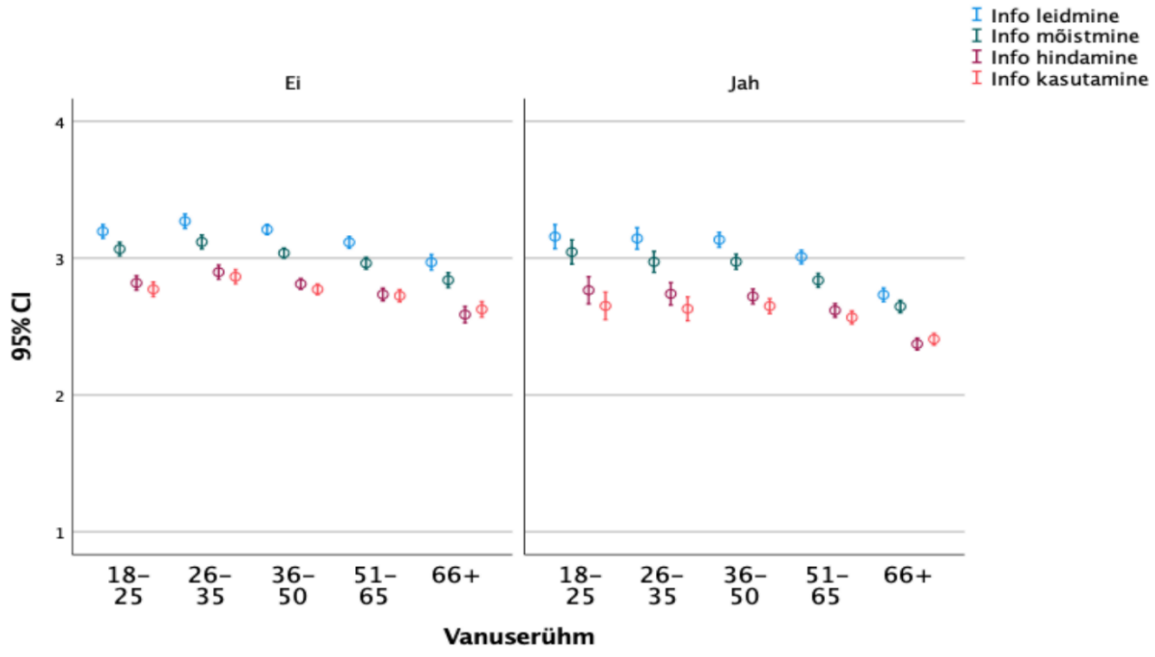
Joonis 6. Tervisekirjaoskuse elemendid enesehinnangulise tervisega rahulolu vaates.

Dimensioonide omavaheline järjestus püsis kõigis gruppides muutumatuna, mis on jätkuvalt sama mustriga (vaata joonist 5), kus kõige tugevamaks osutus info leidmine ja kõige nõrgemaks info kasutamine. Lisaks rahulolu mõjule jäi püsima jätkuvalt ka vanusegrupiline langustrend, kus tervisealane kirjaoskus oli kõrgeim noorimas ja madalaim vanimas vanusegrupis. Mõlema teguri koosmõjul näitab see, et konkreetne sihtrühm, kelle puhul tervisekirjaoskuse toetamine oleks enim põhjendatud, on 66+ vanuserühmas oma tervisega mitte rahulolevad isikud.

Kõigi nelja tervisekirjaoskuse dimensiooni puhul paranesid tulemused järjepidevalt koos tervisega rahulolu kasvuga, kusjuures kõik kolm gruppi erinesid üksteisest statistiliselt olulisel määral.

Tervisealane kirjaoskus ja kroonilised haigused

Jooniselt 7 on näha, et kroonilise haigusega inimesed hindasid oma tervisealast kirjaoskust madalamalt kõigi tervisekirjaoskuse elementide lõikes võrreldes tervete vastanutega.



Joonis 7. Tervisekirjaoskuse elemendid kroonilise haiguse esinemise või puudumise korral.

Nii kroonilise haigusega kui tervetel inimestel vähenevad tervisekirjaoskusega seotud skoorid vanuse kasvades — nooremad (18–25) hindavad oma tervisekirjaoskust kõrgemalt kui vanemad (66+). Kroonilise haiguse mõju tervisekirjaoskusele on tugevam vanemas eas — nooremate toimetulekuvõime on sarnasem sõltumata haiguse olemasolust. Kõige madalamad skoorid on kroonilise haigusega 66+ vanuserühmas, mis viitab, et sellele grupile on kõigi tervisekirjaoskuse elementidega tegelemine keerukas. See tulemus on iseenesest mitteintuitiivne, kuna võiks eeldada, et pidev oma haigusega tegelemine tõstab tervisealast kirjaoskust, kuid andmed näitavad vastupidist. Seda võib selgitada asjaoluga, et need on inimesed, kes on pikemalt haiged olnud ning kel seetõttu on tekkinud teatud rutiinsed, haigusega seotud tegevused, mis otseselt ei eelda iseseisvat infootsingut.

Tervisealase info allikad

Tulemustest ilmnes, et vastajate tervisealase info allikad on mitmekesised (tabel 1). Vastajad said märkida kõik infoallikad, kust olid viimase 12 kuu jooksul terviseküsimuste korral abi saanud. Joonistub välja selge tulemus, mis näitab, et terviseinfo vajadus on valdkond, kus esmajoones usaldatakse isiklikku kontakti spetsialistiga, ning digikanalid täidavad pigem täiendavat, vajaduspõhist rolli.

Tabel 1. Tervisealase info allikate kasutusmäär demograafilistes ja sotsiaalmajanduslikes rühmades (% rühmast, kes allikat kasutas).

		Vanuserühm					Sugu		Kodune keel			Majanduslik toimetulek	
Infoallikas	Kokku	18–25	26–35	36–50	51–65	66+	Mees	Naine	Eesti	Vene	Muu	Tuleb toime	Ei tule toime
Tervishoiutöötaja	84	78	85	83	85	8%	83	85	86	82	79	85	82
Apteeker	56	46	58	57	54	58	49	61	61	46	46	56	55
Veebipõhine otsingukeskkond	44	55	54	46	43	32	42	46	42	48	54	45	42
Terviseinfosüsteem (Terviseportaal)	40	43	44	42	42	33	35	45	43	35	31	42	36
Tehisaru (AI)	31	55	51	37	21	8	29	33	30	33	42	33	27
Sotsiaalmeedia	27	50	34	28	19	14	22	31	27	26	32	27	27
Digiplatvorm tervishoiutöötajaga suhtluseks	25	32	40	27	18	14	22	27	27	19	32	27	20
Terviseteemalised kirjutised	22	19	20	23	23	21	18	25	22	22	24	22	20
Televisioon	20	14	16	20	21	26	17	23	24	13	9	21	18
Ajalehed/ajakirjad	19	9	13	17	21	30	16	22	25	9	9	21	15
Terviseasutuste kodulehed	16	23	24	18	12	9	13	19	19	9	19	17	12
Raadio/podcastid	16	18	18	18	13	14	15	17	18	12	14	17	13
Loengud/konverentsid/ tugigrupid	8	14	10	9	6	4	5	10	8	7	9	8	6
Terviserakendused/ tervisealased veebilehed	7	9	9	7	6	4	5	8	8	4	12	8	5

Märkus: Lahtris on osakaal taustarühmast, kes märkis allika viimase 12 kuu jooksul kasutatuks. Allikad on järjestatud üldise kasutusmäära järgi rohelise värvi tumedusega. Värv: tumeroheline ≥70%, roheline 50–69%, heleroheline 30–49%, kahvaturoheline 15–29% , valge <15%.

Vanus on kõige tugevam kasutusmustreid eristav tunnus. Tehnoloogiapõhiste kanalite kasutus kahaneb vanusega järsult: näiteks tehisaru kasutus langeb 55%-lt (18–25) 8%-le (66+), sotsiaalmeedia kasutus 50%-lt 15%-le ja otsingumootorite kasutus 55%-lt 32%-le. Vastupidist suunda näitavad traditsioonilised kanalid: ajalehtede kasutus tõuseb 9%-lt 30%-le ning televisiooni oma 14%-lt 26%-le. Eakateni jõuab terviseinfo endiselt kõige paremini spetsialisti, trüki- ja telekanalite, mitte digilahenduste kaudu.

Tabel 2. Esindatuse indeks: rühma kasutusmäär ÷ üldine kasutusmäär (1,00 = keskmine; >1 üle-, <1 alaesindatud).

Infoallikas	Vanuserühm					Sugu		Kodune keel			Majanduslik toimetulek	
	18–25	26–35	36–50	51–65	66+	Mees	Naine	Eesti	Vene	Muu	Tuleb toime	Ei tule toime
Tervishoiutöötaja	0,93	1,01	0,99	1,01	1,04	0,99	1,01	1,02	0,97	0,94	1,01	0,98
Apteeker	0,83	1,05	1,03	0,98	1,05	0,88	1,11	1,09	0,83	0,83	1,01	0,98
Veebipõhine otsingukeskkond	1,24	1,21	1,04	0,96	0,72	0,95	1,04	0,94	1,09	1,22	1,02	0,96
Terviseinfosüsteem (Terviseportaal)	1,07	1,09	1,05	1,04	0,82	0,86	1,12	1,08	0,88	0,77	1,04	0,91
Tehisaru (AI)	1,77	1,65	1,19	0,67	0,26	0,95	1,05	0,95	1,06	1,36	1,05	0,88
Sotsiaalmeedia	1,89	1,28	1,05	0,72	0,54	0,83	1,15	1,00	0,98	1,18	1,00	1,01
Digitaalne platvorm tervishoiu-töötajaga suhtluseks	1,31	1,63	1,11	0,74	0,55	0,88	1,11	1,10	0,76	1,28	1,08	0,80
Terviseteemalised kirjutised	0,85	0,94	1,06	1,08	0,98	0,82	1,16	1,00	0,99	1,12	1,03	0,93
Televisioon	0,68	0,78	0,99	1,05	1,28	0,83	1,14	1,23	0,63	0,44	1,03	0,92
Ajalehed/ajakirjad	0,48	0,69	0,86	1,09	1,55	0,83	1,15	1,30	0,47	0,47	1,10	0,76
Terviseasutuste kodulehed	1,42	1,49	1,10	0,75	0,58	0,79	1,18	1,20	0,56	1,20	1,10	0,76
Raadio/podcastid	1,11	1,15	1,12	0,83	0,88	0,96	1,04	1,13	0,74	0,86	1,07	0,84
Loengud/konverentsid/ tugigrupid	1,86	1,32	1,11	0,72	0,46	0,68	1,28	1,07	0,85	1,11	1,07	0,83
Terviserakendused/ tervisealased veebilehed	1,27	1,34	1,09	0,95	0,58	0,80	1,16	1,13	0,60	1,79	1,13	0,69

Märkus. Indeks = rühma kasutusmäär jagatud allika üldise kasutusmääraga. 1,00 = täpselt valimi keskmine. Roheline rühm kasutab allikat keskmisest enam (üleesindatud); punane alaesindatud. Tumeroheline: ≥1,30 , heleroheline: 1,10–1,29, valge: 0,91–1,09, helepunane: 0,71–0,90, tumepunane: ≤0,70.

Naised on tervisealase info hankimisel aktiivsemad praktiliselt kõigi kanalite lõikes. Kõige väiksem on sooline erinevus tehnoloogilistes üldkanalites nagu tehisaru ja otsingumootorid, kus mehed jõuavad naistele kõige lähemale. See muster sobib arusaamaga, et naised toimivad sageli pereliikmete terviseinfo vahendajatena.

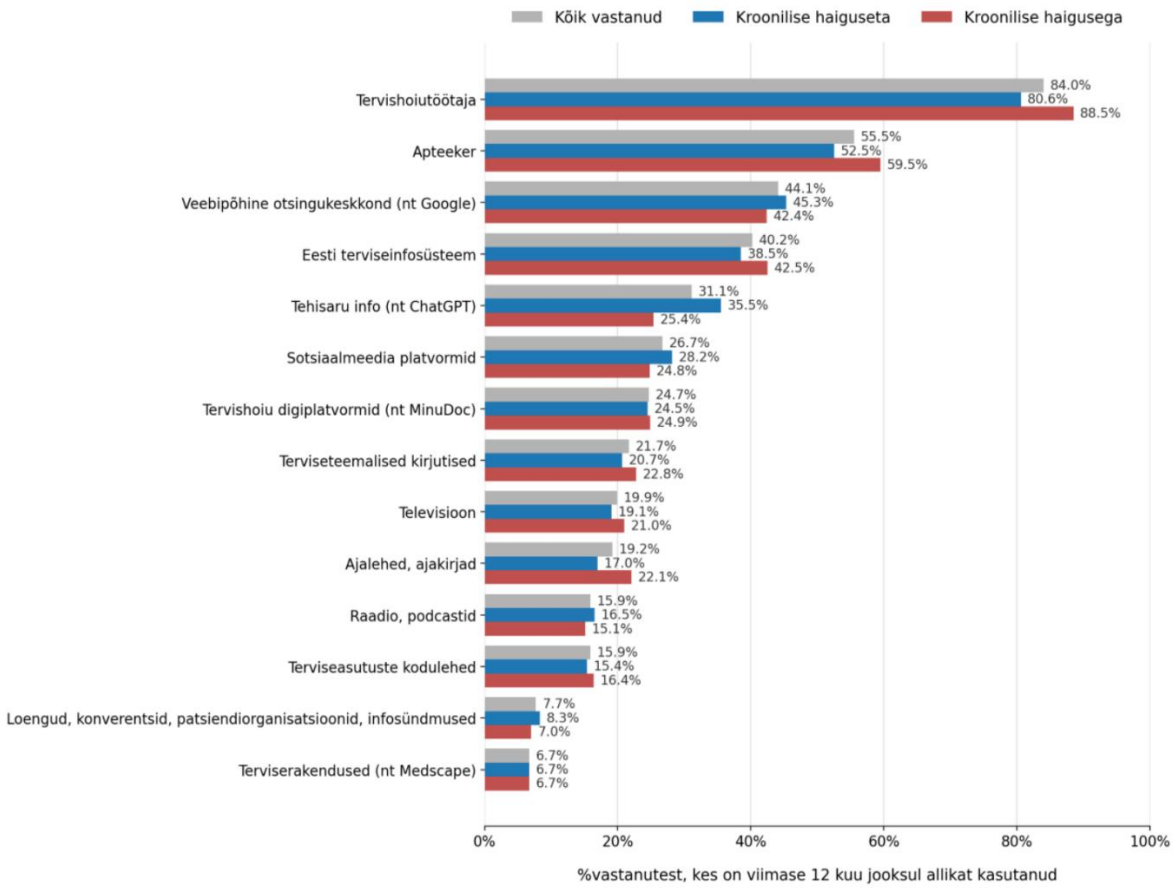
Esindatuse indeks on toodud tabelis 2. See koondab kokku mustri, kus nooremad vanuserühmad ja naised on üleesindatud digitaalsetes ja struktureeritud kanalites, samas kui vanemaealiste tugevaim eelistus on traditsiooniline meedia ja vahetu spetsialistikontakt. Muukeelne elanikkond toetub eristuvalt tehisarule ja otsingumootoritele. Samuti kasutavad paremal majanduslikul järjel olevad vastajad kõiki kanaleid rohkem ning on tihedamalt seotud ametlike kanalitega. Need erinevused osutavad, et tervisealaste sõnumite tõhusaks levitamiseks tuleb kanalivalik sihtrühma järgi kohandada.

Keelerühmade vahel ilmneb samuti kanalite erisus. Tabelis 2 esitatud nn esindatuse indeks näitab iga taustarühma kasutusmäära suhet allika üldises kasutusmääras (1,00 = valimi keskmine), kus ühest suuremad väärtused (roheline) tähistavad allika keskmisest sagedasemat ja ühest väiksemad (punane)

keskmisest harvemat kasutust selles rühmas. Joonistub välja, et eesti keele kõnelejad eelistavad keskmisest enam traditsioonilisi ja kohalikke ametlikke kanaleid (ajalehed, televisioon, apteeker, Terviseportaal), vene- ja muukeelsed aga globaalseid digitööriistu nagu tehisaru ja otsingumootorid, kasutades ajalehti ja televisiooni tunduvalt alla keskmise. See viitab, et muukeelne elanikkond leiab terviseinfot pigem oma keelt toetavate rahvusvaheliste digikanalite kui eestikeelsete ametlike kanalite kaudu. Seda on oluline silmas pidada nii sõnumite levitamise kui ka võrdse ligipääsu seisukohalt.

Samuti joonistab majanduslik toimetulek välja ebavõrdsuse mustri. Majanduslikult toime tulevad vastajad kasutavad enamikku kanaleid mõnevõrra rohkem, eriti ametlikke ja digitaalseid: digiplatvorme, ajalehti, Terviseportaali, tehisaru ning loenguid. Ainsana on kasutus võrdne sotsiaalmeedias. Teisisõnu jõuab struktureeritud ja ametlik terviseinfo majanduslikult haavatavamate inimesteni vähem, mis võib süvendada tervisealast ebavõrdsust ja väärib rahvatervise sekkumiste planeerimisel tähelepanu.

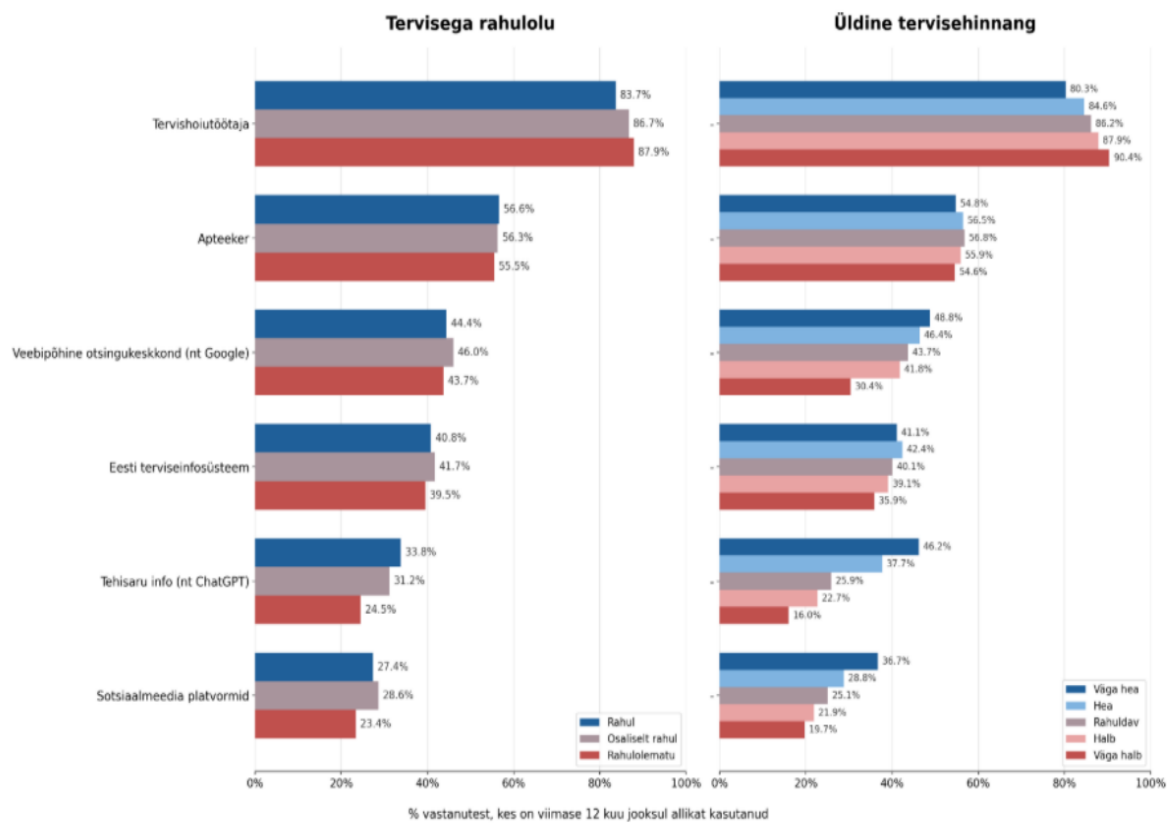
Tulemus, et tervishoiu valdkonna spetsialistid (tervishoiutöötajad, nt arstid ja õed, apteeker jne) on eelistatuimad infokanalid, ei ole üllatav. Sealjuures on oluline, et spetsialistid on oluliseks ning enimkasutatud terviseinfo allikaks kõigis vanuserühmades, samuti sõltumata kroonilise haiguse olemasolust (joonis 8) või enesehinnangulisest terviseseisundist (joonis 9). See on kooskõlas varasemate uuringute tulemustega (Clarke *et al*., 2016; Bergmo *et al*., 2023; Lubi *et al*., 2014), kuid toob esile ka terviseteemade tajutud erilisuse, kuna tegemist on valdkonnaga, kus inimesed peavad esmatähtsaks spetsialistide arvamust, sest see puudutab otseselt elu ja tervist.



Joonis 8. Infoallikate kasutus eelistuse järjekorras, sh sõltuvalt kroonilise haiguse olemasolust.

Eesti terviseinfosüsteem (Terviseportaal, varasem Digilugu) on infoallikana kasutuselt neljandal kohal, mis võib viidata sellele, et kuna süsteem ise ei sisalda otseselt tervisesoovitusi, vaid vahendab peamiselt haigusega seotud andmeid (analüüsivastused, retseptid jms), siis selle kasutus on vajadus-, sealhulgas haigestumise või haiguse põhine. See selgitab ka näiliselt vastuolulist pilti, mis tekib seoses allpool oleva küsimusega ehk “Kas olete kasutanud Eesti terviseportaali terviseportaal.ee, varasem Digilugu?”, kus valdav enamus vastanutest (84,6%) on Terviseportaali kasutanud (vaata jaotust „Terviseportaali kasutus soo ja vanuserühma järgi“), kuid see ei kuulunud siiski terviseküsimustes abi otsides ja abi saanud viimase 12 kuu jooksul esmaste infoallikate hulka, vaid jäi neljandale kohale. Kõrge üldine kasutusmäär peegeldab seega pigem laialdast, kuid konkreetsest vajadusest ajendatud ligipääsu kui portaali kasutamist aktiivse tervisealase teabe ja nõu allikana.

Samas on oluline märkida, et tavapärased massimeediakanalid (kirjutised, televisioon, raadio jne) on küll kasutusel, aga ei ole nii ulatuslikult terviseinfo allikateks. See on kooskõlas varasemalt Eesti Parkinsoni tõve patsientidel läbiviidud uuringu tulemustega (Lubi *et al*., 2014) ning viitab sellele, et terviseinfo vajadus tekib olukorrast lähtuvalt, mida need kanalid vajalikul viisil ei kata. Vähem leiavad kasutust ka tervishoiuasutuste kodulehed ning loengud ja konverentsid, sh patsiendiorganisatsioonide ja haiglate poolt pakutavad informatiivsed ja seisundipõhised infosündmused. Huvitav on ka see, et loenguid, konverentse ja patsiendiorganisatsioonide infosündmusi kasutavad mõnevõrra rohkem just terved, mitte kroonilise haigusega vastajad. See võib viidata taas asjaolule, et patsiendistaatuses on infovajadused juba spetsiifilisemad ning infot saadakse paljuski tervishoiutöötajalt. Siiski võib see esile tuua ka madalat teadlikkust patsiendiorganisatsioonidest, mis saaksid just igapäevaelulistele küsimustele haiguse ajal vastuseid anda ning olla seeläbi täiendavaks ja kasulikuks tervishoiusüsteemi ressursiks.



Joonis 9. Enimkasutatud allikad erinevate taustatunnuste lõikes.

Vaadates krooniliste haiguste olemasolu, tervisega rahulolu ja üldist tervisehinnangut tuleb ilmsiks, mis on oluline erinevate tehnoloogiliste võimaluste kasutamismustrite juures (joonis 8 ja joonis 9). Kuigi nii kroonilise haigusega kui tervete vastajate jaoks on olulisimad infoallikad just spetsialistid, kasutavad just krooniliste haigustega inimesed Terviseportaali (Eesti terviseinfosüsteem) rohkem kui terved. Eriti selgelt avaldub see muster tehisaru ning sotsiaalmeedia puhul, mille kasutamine terviseinfo allikana kasvas koos tervisehinnangu ja -rahulolu paranemisega. Tehisaru (Chat GPT) kaudu sai terviseinfot 46.2% oma tervist väga heaks hinnanud vastajatest, kuid vaid 16% neist, kes hindasid oma tervist väga halvaks. Sotsiaalmeediat kasutas vastavalt 39,7% ja 18,7%. Sama suundumus kordus tervisega rahulolu lõikes, kus tehisaru kasutus tõusis vastavalt rahulolu tõusule (24,5% *vs*. 33,8%). See toetab tõlgendust, et tehnoloogiapõhised kanalid teenindavad pigem üldisemat, terviseteadliku eluviisiga seotud infovajadust kui konkreetset haigusalast infootsingut, milleks pöördutakse eelkõige tervishoiutöötaja poole.

Terviseportaali kasutamine soo ja vanuserühma järgi

Enamik vastanutest (84,6%) oli kasutanud Terviseportaali, sh naised olid seda kasutanud mõnevõrra rohkem (87%) kui mehed (81,8%). Terviseportaali kasutajaid oli ka kõigi vanuserühmade hulgas märkimisväärselt, ulatudes üle 85%. Erandiks oli taas 66-aastaste ja vanemate vanuserühm, kus alla kolmandiku (29%) polnud Terviseportaali kasutanud. See tulemus viitab mitmele võimalikule probleemile, millele on vaja tähelepanu pöörata, et tervisealase ebavõrdsuse suurenemist pidurdada. Vanemaealised on suurema tõenäosusega need, kel on juba mõni terviseprobleem ehk neil võib olla praktiline vajadus ja seeläbi ka tugi Terviseportaali kasutamisest. Seda kinnitavad tulemused, mille kohaselt väheneb Terviseportaali kasutus enesehinnangulise terviseseisundi halvenemisega. Nii on kõige vähem Terviseportaali kasutanud need, kes hindavad oma tervist väga halvaks (64% *vs*. 91% tervise väga heaks hindavate vastajatega) ja need, kes on oma tervisega rahulolematud (75% *vs*. 87% tervisega rahulolevad) ehk objektiivselt võttes just need, kes Terviseportaali kasutamisest enim kasu võiksid saada. Teatav erisus ilmneb ka majandusliku toimetuleku ja kroonilise haiguse olemasolu tunnustes. Majanduslikult mitte toimetulevatest vastajatest 81% on kasutanud Terviseportaali (*vs*. 86% majanduslikult toimetulevad vastajad) ning kroonilise haigusega inimestest 81% (*vs*. 87% tervetest) on kasutanud Terviseportaali.

Tulemusi hinnates tuleb muidugi arvestada seda, millist infot Terviseportaal annab. Esmaselt on portaalist kättesaadavad analüüside tulemused, võimalused visiidiaegu broneerida ja oma arstivisiitide sissekannetega tutvuda. On võimalik, et see pole otseselt info, mida inimene oskaks mõtestada või vajaks, et oma terviseseisundiga igapäevaselt hakkama saada. Samuti võib oma mõju tulemustele olla seotud Covid-19 pandeemiaga, mil teenuste füüsiline kättesaadavus vähenes ja kus testitulemusi sai vaadata portaalist, mis mõneti „sundis“ inimesi seda kasutama. Tulemused on aga oluline indikaator, et Terviseportaalil on potentsiaali olla kontrollitud ja tõenduspõhise info kanaliks, mistõttu tasub kaaluda, kuidas seda oluliste rahvatervisesõnumite edastamiseks kasutada nii, et see aitaks inimestel sisulisemalt võtta vastutust oma tervise eest ja olla kaasatud.

Siiski võivad tulemused viidata laiemale süsteemsele probleemile, kus ühiskonnas on inimesi, kes ei oska või suuda siseneda riiklikesse süsteemidesse isikutuvastamist võimaldavate vahenditega (nt ID-kaart, mobiil-ID, Smart-ID). Sama kinnitavad Statistikaameti 2025. aasta andmed, mille kohaselt väheneb aktiivne internetikasutus järsult vanemates vanuserühmades ning kus 65–74-aastasted (Statistikaameti vanusekategooria, mis erineb käesoleva uuringu 66+ rühmast) on ainus rühm, kes kasutab internetti küll igakuiselt, kuid mitte iganädalaselt (Statistikaamet, 2025b). Arvestades, et Eesti

on digiriik ning suur osa teenuseid on juba täna kasutatavad eelistatult digitaalsel kujul, viitab see vajadusele neid niigi haavatavamaid rühmi enam toetada, et nad saaksid aktiivselt osaleda nii enda tervise eest hoolitsemises kui ka muus ühiskonnaelus.

Kokkuvõte

Vananeva ühiskonna ja vähenevate ressursside olukorras on järjest olulisem, et inimesed suudaksid sisuliselt võtta oma tervise eest vastutust ja nii tervise- kui haigusega seotud informatsiooni mitte üksnes leida, vaid ka hinnata, mõista ja kasutada. Selle uuringu tulemused näitavad, **et info leidmine on suhteliselt lihtne, kuid teised tervisekirjaoskuse oskused on madalamad, sh on eriti järsk langus just info mõistmise ja kasutamise osas ja seda mõlema soo, kõigi vanuserühmade jm taustatunnuste lõikes**.

Tähelepanu väärib asjaolu, et inimestel, kes on niigi haavatavamas olukorras (eakad, kroonilise haigusega, madalama enesehinnangulise terviseseisundiga ja madalama rahuloluga oma tervise osas jne), on ka madalam tervisekirjaoskuse võimekus. See tähendab, et just neid rühmi tuleb enam toetada. Kuivõrd tulemused näitavad, et **oluliste infoallikate hulgas on tervishoiutöötajad, sh apteekrid**, siis saavad nemad olla ka need, kes selle toe vajadust hindavad ja pakuvad. Olulisena tuleb esile asjaolu, et suur osa vastanutest on kasutanud Terviseportaali, mis viitab, et sellest kanalist on võimalik kujundada vähemalt üks usaldusväärse ja tõenduspõhise info allikatest. Ometi eeldab sellegi allika sihipärane ja laialdasem kasutamine – eriti nende hulgas, kes sellest päriselt ka terviseseisundi hoidmisel ja parandamisel kasu saaks – süsteemset tähelepanu pööramist digipädevuste arendamisele. See hõlmab nii praktilisi oskusi, kuidas riiklikesse süsteemidesse mobiilse autentimise teel siseneda, aga ka seda, kust ja kuidas asja- ja ajakohast infot leida.

Oluline on märkida, et kuigi rohkem tervete hulgas, on lisaks Terviseportaalile laialdaselt kasutusel ka otsingumootorid, tehisaru (nt keelemudelid nagu ChatGPT) ja sotsiaalmeedia. Kuigi neid kasutavad enam terved inimesed, on oluline koht harjumustel ja need, kes harjuvad tehnoloogilisi lahendusi kasutama tervena, võivad seda jätkata ka haiguse ilmnedes. Seetõttu on need lahendused infootsingu protsessi osaks juba praegu, aga kindlasti ka edaspidi. Seetõttu tuleb arvestada, et tehnoloogia vahendusel saadud soovitused, ideed ja täiendavad küsimused jõuavad ka tervishoiutöötaja-patsiendi suhtesse ning võivad vajada asjakohast kommunikatiivset lähenemist selmet neid ideid tühistada. Liiatigi aitavad just need allikad võtta inimestel vastutust oma tervise eest tervishoiuteenuse välisel ajal, mil tuleb iseseisvalt hakkama saada kõigi situatiivselt tekkinud küsimustega. Kuivõrd praeguses uuringus ei olnud infoallikana patsiendiorganisatsioonid eraldi allikana välja toodud (olid nimetatud osana loengute jms allikast), on edaspidi vaja täiendavalt selgitada, milliste haiguste korral ja kuidas saavad just need tervishoiusüsteemi osana ja täiendava ressursina teavet pakkuda.

Kirjandus

Badr, J., Motulsky, A. ja Denis, J.-L. (2024). Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. Health Policy, 146, 105122. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122

Bergmo, T. S., Sandsdalen, V., Manskow, U. S., Småbrekke, L. ja Waaseth, M. (2023). Internet use for obtaining medicine information: Cross-sectional survey. JMIR Formative Research, 7, e40466. https://doi.org/10.2196/40466

Clarke, M. A., Moore, J. L., Steege, L. M., Koopman, R. J., Belden, J. L., Canfield, S. M., Meadows, S. E., Elliott, S. G. ja Kim, M. S. (2016). Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. Health Informatics Journal, 22(4), 992–1016. https://doi.org/10.1177/1460458215602939

García-García, D. ja Pérez-Rivas, F. J. (2022). Health literacy and its sociodemographic predictors: A cross-sectional study of a population in Madrid (Spain). International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(18), 11815. https://doi.org/10.3390/ijerph191811815

Lubi, K., Vihalemm, T. ja Taba, T. (2014). Patsiendid infootsijana: väljakutsed, võimalused ja ohud Parkinsoni tõvega patsientide näitel. Eesti Arst, 93(2), 76–82.

11. Eesti elanike digitaalsete tervisetehnoloogiate taju: usaldus, andmete jagamine, rahulolu ja tehniline kasutuskogemus

Farhat-ul-Ain, Vladimir Tomberg

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Farhat-ul-Ain ja Tomberg, V. (2026). Eesti elanike digitaalsete tervisetehnoloogiate taju: usaldus, andmete jagamine, rahulolu ja tehniline kasutuskogemus. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

Digitaalsete tervisetehnoloogiate kiire areng on muutnud viisi, kuidas inimesed oma füüsilist ja vaimset heaolu jälgivad, juhivad ja sellega tegelevad. Tehnoloogiad nagu tervise- ja liikumisrakendused, nutikellad, kantavad tervise jälgimise seadmed ning heaolule suunatud platvormid on üha enam põimunud igapäevaellu, võimaldades kasutajatel reaalajas jälgida kehalist aktiivsust, und, südame löögisagedust, stressitaset ja muid tervisega seotud näitajaid. Neid tehnoloogiaid tutvustatakse sageli vahenditena, mis aitavad suurendada teadlikkust oma tervisest, soodustavad tervislikumaid eluviise ning toetavad emotsionaalset heaolu.

See teema on eriti oluline Eestis, mida tunnustatakse rahvusvaheliselt kui üht Euroopa kõige digitaalselt arenenumat ühiskonda. Eestis on kõrgelt arenenud digitaalne taristu, laialdane internetiühendus ning e-tervise lahenduste ja digitaalsete avalike teenuste ulatuslik kasutuselevõtt. Riigis on rakendatud mitmeid innovaatilisi digitaalse tervishoiu lahendusi, sealhulgas elektroonilised terviseandmed, digiretseptid ja veebipõhised terviseplatvormid. Kuna digitaaltehnoloogiad muutuvad tervishoius ja igapäevastes heaolupraktikates üha kesksemaks, on oluline uurida, kuidas Eesti elanikud neid tehnoloogiaid kogevad ja tajuvad. See on tähtis sotsiaal- ja rahvatervisealase uurimistöö valdkond.

Käesolevas raportis käsitletav küsitlusküsimus keskendub inimeste arusaamadele tervisetehnoloogiate kasutamise mõjust nende vaimsele või emotsionaalsele seisundile. Täpsemalt paluti vastajatel hinnata, kas selliste tehnoloogiate nagu liikumis- ja terviserakendused, nutikellad, tervise jälgimise seadmed ning heaoluplatvormid kasutamine on pärast nende kasutuselevõttu mõjutanud nende meeleolu, stressitaset või emotsionaalset heaolu. Selle küsimuse uurimine on oluline, kuna emotsionaalsed reaktsioonid tervisetehnoloogiatele võivad mõjutada nende pikaajalist kasutuselevõttu, usaldust digitaalsete tervisesüsteemide vastu ning üldisi heaolutulemusi.

Käesolev uuring aitab neid teadmislünki täita, analüüsides, kuidas usaldus, valmisolek terviseandmeid jagada, rahulolu rakendustega ning tehniliste probleemide kogemus erinevad soo, vanuserühma, rahvuse ja majandusliku olukorra lõikes riiklikult esinduslikus Eesti elanikkonna valimis (*N* = 5933).

Tulemused

Järgnevas osas esitatakse sagedusjaotused ja hii-ruutanalüüsid, millega uuritakse seoseid nelja peamise tervisetehnoloogiatega seotud tunnuse vahel: usaldus tervisetehnoloogiate vastu tervise parandamisel, usaldus isiklike terviseandmete jagamise suhtes, rahulolu terviserakendustega ning tehniliste probleemide kogemus. Neid tunnuseid võrreldakse nelja demograafilise tunnusega: sugu, vanuserühm, rahvus ja majanduslik staatus.

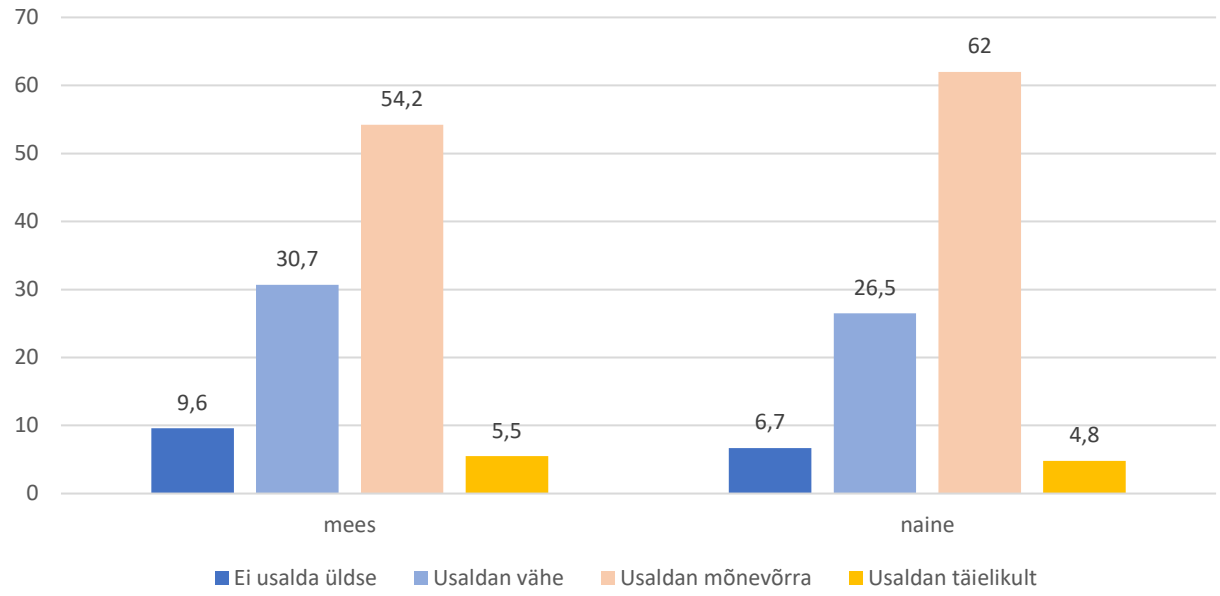
Tervisetehnoloogiliste rakenduste usaldus tervise parandamisel

Tabel 1 esitab tervisetehnoloogiliste rakenduste tervist parandava mõju suhtes väljendatud usalduse sagedusjaotuse. Enamik vastanutest märkis, et nad usaldavad tervisetehnoloogiaid mõnevõrra (58,3), samas kui 28,5% usaldas neid vähe. Väike osa vastajatest väljendas täielikku usaldust ning (8,1%) teatas, et nad ei usalda tervisetehnoloogiaid üldse.

Tabel 1. Tervisetehnoloogiliste rakenduste usaldus tervise parandamisel.

	Sagedus	
	N	%
Ei usalda üldse	476	8.1%
Usaldan vähe	1684	28.5%
Usaldan mõnevõrra	3449	58.3%
Usaldan täielikult	303	5.1%
Puuduv vastus	21	-
Kokku	5912	100

Joonisel 1 on sugu ja usaldus tervisetehnoloogiate vastu. Analüüs näitas statistiliselt olulist seost, $\chi^2(3) = 41{,}01$, $p < 0{,}001$, Craméri V = 0,083, mis viitab väikesele meeste ja naiste erinevusele. Naiste seas oli rohkem neid, kes märkisid, et usaldavad tervisetehnoloogiaid mõnevõrra, võrreldes meessoost vastajatega. Need tulemused viitavad sellele, et **kuigi enamik vastanutest väljendas, mõõdukat usaldust tervisetehnoloogiate vastu**, **olid naised tervisetehnoloogiliste rakenduste suhtes keskmiselt veidi usaldavamad kui mehed.**



Joonis 1. Tervisetehnoloogiate usaldamine tervise parandamisel (%) ja sugu.

Tabel 2. Usaldus tervisetehnoloogiasse tervise parandamisel vanusrühmiti.

Vanus	Tervisetehnoloogiate usaldus %				N 100%
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
18–25	5,7	25,6	63,1	5,7	778
26–35	6,0	28,4	61,7	3,8	886
36–50	7,0	29,3	58,3	5,4	1525
51–65	8,8	27,1	59,1	5,0	1360
66+	11,1	30,7	52,6	5,5	1364
Kokku	8,1	28,5	58,3	5,1	5913

$\chi^2(12) = 51.96$, $p < .001$, Cramer'i $V = .054$, $N = 5913$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Usalduse tase näib olevat kõrgeim keskealiste täiskasvanute seas ning väheneb järk-järgult vanemates vanuserühmades. Vanemates vanuserühmades, eriti 66-aastaste ja vanemate vastajate seas, esines rohkem umbusaldust (tabel 2). Seevastu 36–50-aastased vastajad moodustasid suurima osa kategoorias „usaldab mõningal määral“. See viitab võimalusele, et vanusega seotud erinevused

digipädevuses ja tervisetehnoloogiate kasutamise tuttavlikkuses mõjutavad inimeste usaldust nende tehnoloogiate vastu.

Tabel 3. Usaldus tervisetehnoloogiasse tervise parandamisel rahvuseti.

Rahvus	Tervisetehnoloogiate usaldus %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
Eestlased	8,0	27,3	59,0	5,7	3938
Venelased	8,1	30,3	57,8	3,9	1268
Muud	8,7	32,2	55,6	3,5	550

$\chi^2(6) = 16.65$, p .011, Cramer'i $V = .038$, $N = 5756$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 3 näitab rahvuse ja tervisetehnoloogiate usaldamise vahelist seost tervise parandamise eesmärgil. Kuigi rühmade vaheline erinevuse seos osutus statistiliselt oluliseks, viitab Craméri V madal väärtus sellele, et rahvus selgitab usalduse varieeruvusest vaid väikest osa. See näitab, et **tervisetehnoloogiate usaldamise tase on käesolevas valimis eri rahvusrühmade vahel üldjoontes sarnane**.

Tabel 4. Usaldus tervisetehnoloogiasse tervise parandamisel ja majanduslik toimetulek.

Majanduslik olukord	Tervisetehnoloogiate usaldus %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
Toimetulev	7,1	26,7	60,6	5,6	4179
Mitte toimetulev	10,5	32,9	52,7	3,9	1728

$\chi^2(3) = 55.18$, $p < .001$, Cramer'i $V = .097$, $N = 5907$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Majandusliku toimetuleku ja usalduse vahel on tugev seos. Vastajad, kes tulevad rahaliselt toime, väljendasid märgatavalt sagedamini usaldust tervisetehnoloogiate vastu. Võimaliku selgitusena võib välja tuua, et parema majandusliku olukorraga inimestel on suuremad võimalused selliste tehnoloogiate kasutamiseks ning rohkem kokkupuuteid nendega, mis omakorda võib suurendada usaldust nende rakenduste tervist toetava potentsiaali vastu.

Usaldus isiklike terviseandmete jagamisel

Tabel 5 näitab isiklike terviseandmete tervishoiuteenuse osutajatega jagamise suhtes väljendatud usalduse sagedusjaotust. Rohkem kui pooled vastanutest märkisid, et nad usaldavad tehnoloogiat oma terviseandmete jagamisel mõnevõrra, lisaks vastas 24,5%, et nad usaldavad seda vähe, ning 12,2% väljendasid täielikku usaldust. Vaid 11,9% vastanutest teatas, et nad ei usalda selliste andmete jagamist üldse.

Tabelis 5 käsitletakse seda tunnust soo lõikes. Naissoost vastajate seas oli rohkem neid, kes märkisid kategooria „usaldan mõnevõrra“, samal ajal oli meessoost vastajate seas rohkem neid, kes väljendasid täielikku usaldust andmete jagamise suhtes. See muster viitab sellele, et naised on isiklike terviseandmete jagamise suhtes ettevaatlikumad, väljendades pigem mõõdukat usaldust, samas meeste vastused näivad olevat mõnevõrra polariseeritumad.

Tabel 5. Usaldus isiklike terviseandmete jagamisel ja sugu.

Sugu	Usaldus terviseandmete jagamisel %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
Mees	11,7	26,0	48,7	13,6	2760
Naine	12,0	23,1	53,9	10,9	3153
Kokku	11,9	24,5	51,5	12,2	5913

$\chi^2(3) = 21.00$, $p < .001$, Cramer'i $V = .060$, $N = 5913$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 6. Usaldus isiklike terviseandmete jagamisel vanusrühmiti.

Vanus	Usaldus terviseandmete jagamisel %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
18–25	7,7	22,4	51,2	18,8	778
26–35	8,4	24,2	54,1	13,4	886
36–50	10,6	28,4	58,8	15,3	1525
51–65	12,9	24,3	59,3	10,9	1359
66+	16,9	21,6	34,2	5,3	1364

$\chi^2(12) = 33.31$, $p < .001$, Cramer'i $V = .043$, $N = 5912$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

36- kuni 65-aastased vastajad kõige sagedamini esindatud kategoorias „usaldan mõnevõrra“. Seevastu 66-aastaste ja vanemate vastajate seas oli kõige rohkem vastuseid kategoorias „ei usalda üldse“, mis

peegeldab sarnast mustrit nagu tervisetehnoloogiate usaldamise puhul üldisemalt. Nooremad vastajad (18–25 aastat) näitasid suhteliselt kõrgemat täieliku usalduse taset, mis viitab sellele, et nooremad täiskasvanud võivad olla altimad jagama oma isiklikke terviseandmeid tervishoiuteenuse osutajatega digitaalsete tehnoloogiate vahendusel.

Tabel 7. Usaldus isiklike terviseandmete jagamisel ja rahvus.

Rahvus	Usaldus terviseandmete jagamisel %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
Eestlased	11,4	24,1	52,7	11,7	3938
Venelased	13,2	23,7	55,4	7,7	1306
Muud	15,4	36,3	48,0	10,9	513

$\chi^2(6) = 136.61$, $p < .001$, Cramer'i $V = .109$, $N = 5757$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Nagu tabel 7 näitab, oli eestlastest vastajate seas täielik usaldus märkimisväärselt kõrgem võrreldes vene rahvusest vastajatega ja teiste rahvusrühmade esindajatega. Vene rahvusest vastajate seas oli suhteliselt rohkem vastuseid kategoorias „ei usalda üldse". See on tugev rahvuslik erinevus terviseandmete jagamise usalduses, võrreldes üldise tervisetehnoloogia usaldusega, võib peegeldada erinevusi privaatsusega seotud hoiakutes, andmesuveräänsuse käsitlustes ning usalduses tervishoiusüsteemi vastu, mis eri rahvuslike kogukondade vahel Eestis varieeruvad.

Tabel 8. Usaldus isiklike terviseandmete jagamisel majanduslik toimetulek.

Majanduslik olukord	Usaldus terviseandmete jagamisel %				N kokku
	Ei usalda üldse	Usaldan vähe	Usaldan mõnevõrra	Usaldan täielikult	
Toimetulev	11,2	24,5	52,9	11,5	4168
Mitte toimetulev	13,6	24,4	48,3	13,7	1744

$\chi^2(3) = 68.24$, $p < .001$, Cramer'i $V = .107$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Majanduslik stabiilsus on seotud kõrgema usaldusega isiklike terviseandmete jagamise suhtes (tabel 8). See on kooskõlas mustritega, mis ilmnesid ka üldise tervisetehnoloogia usalduse puhul.

Rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega

Tabel 9 esitab tervisetehnoloogiliste rakendustega rahulolu. Enamik vastajatest märkis, et on mõnevõrra rahul (70,7%), samas kui 22,5% väljendas kõrget rahulolu. Vaid 0,5% vastajatest teatas, et nad ei ole üldse rahul tervisetehnoloogiliste rakendustega. Mõlema soo vastajad koonduvad valdavalt kategooriasse „mõnevõrra rahul", kus naiste osakaal on veidi suurem kui meeste oma. On olemas statistiliselt nõrk sooline erinevus. Naised teatasid ka mõnevõrra sagedamini „väga rahul" olemisest, võrreldes meestega. Kuigi erinevus on statistiliselt oluline, viitab väga väike efekti suurus sellele, et soolised erinevused rahulolus tervisetehnoloogiliste rakendustega on minimaalsed.

Tabel 9. Rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega ja sugu.

Sugu	Rakendusega rahulolu %					N kokku
	Ei ole üldse rahul	Mõnevõrra rahulolematu	Mõnevõrra rahul	Väga rahul	Ei kasuta	
Mees	0,7	5,5	70,6	21,4	1,8	2153
Naine	0,3	4,0	70,7	23,5	1,5	2396
Kokku	0,5	4,7	70,7	22,5	1,7	4549

$\chi^2(4) = 10.59$, p .032, Cramer'i $V = .048$, $N = 4549$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 10. Rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega vanusrühmiti.

Vanus	Rakendusega rahulolu %					N kokku
	Ei ole üldse rahul	Mõnevõrra rahulolematu	Mõnevõrra rahul	Väga rahul	Ei kasuta	
18–25	0,7	6,3	62,0	29,2	1,8	715
26–35	0,4	4,7	71,2	23,4	0,4	805
36–50	0,5	5,4	71,0	22,1	1,1	1271
51–65	0,4	2,8	72,4	22,9	1,5	1011
66+	0,7	4,6	75,6	15,0	4,1	747

$\chi^2(16) = 97.30$, $p < .001$, Cramer'i $V = .073$, $N = 4549$

Tabel 10 näitab rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega vanuserühmade lõikes. „Mõnevõrra rahul" domineerib kõigis vanuserühmades. „Väga rahul" olid suhteliselt rohkem 18–25-aastased ning 36–50-aastased. Vanemaealised vastajad (66+) olid suhteliselt sagedamini esindatud kategoorias „ei kasuta" ning nende üldine rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega oli madalam. Need tulemused viitavad sellele, et nooremad ja keskealised täiskasvanud kogevad suuremat rahulolu, samas kui vanemaealised kasutavad neid vahendeid harvemini või on nendega vähem rahul.

Tabel 11 näitab rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega rahvuse lõikes. Leiti statistiliselt tugev erinevus. See oli ühtlasi suurim erinevus rahulolu näitaja puhul. Eestlastest vastajate seas oli kategoorias „väga rahul" märkimisväärselt rohkem vastajaid võrreldes vene rahvusest vastajatega ja

teiste rahvusrühmade esindajatega. Vene rahvusest vastajatel oli nende rühma suurust arvestades proportsionaalselt suurem osakaal kategoorias „mõnevõrra rahul". Need erinevused võivad peegeldada erinevusi tervisetehnoloogiliste rakenduste kasutuselevõtu määrades, kasutajate ootustes ning kultuurilistes hoiakutes tervisetehnoloogia suhtes.

Tabel 11. Rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega ja rahvus.

Rahvus	Rakendusega rahulolu %					N kokku
	Ei ole üldse rahul	Mõnevõrra rahulolematu	Mõnevõrra rahul	Väga rahul	Ei kasuta	
Eestlane	0,5	4,8	65,2	28,0	1,5	2972
Venelane	0,5	4,0	83,0	10,8	1,7	1019
Muu	0,2	5,0	77,7	14,7	2,5	443

$\chi^2(8) = 154.12$, $p < .001$, Cramer'i $V = .132$, $N = 4434$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 12. Rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega majanduslik toimetulek.

Majanduslik toimetulek	Rakendusega rahulolu %					N kokku
	Ei ole üldse rahul	Mõnevõrra rahulolematu	Mõnevõrra rahul	Väga rahul	Ei kasuta	
Toimetulev	0,4	4,4	68,7	24,9	1,6	3277
Mitte toimetulev	0,7	5,4	75,9	16,2	1,7	1269

$\chi^2(4) = 41.17$, $p < .001$, Cramer'i $V = .095$, $N = 4546$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 12 käsitlevad rahulolu tervisetehnoloogiliste rakendustega majandusliku toimetuleku lõikes. Majanduslikult toime tulevad vastajad olid nii kategoorias „mõnevõrra rahul" kui ka kategoorias „väga rahul" esindatud sagedamini kui need, kes hindasid oma majanduslikku olukorda toimetulekuraskustega.

Tervisetehnoloogiatega seotud tehniliste probleemide kogemine

Tabel 13 näitab tervisetehnoloogiate kasutamisel kogetud tehniliste probleemide esinemist. Enamik vastajatest teatas, et nad ei ole tervisetehnoloogiate kasutamisel tehnilisi probleeme kogenud

(65,2%), samas märkis 21,0% vastajatest, et nad on kokku puutunud tehniliste probleemidega, ning 13,8% teatas, et nad ei kasuta tervisetehnoloogiaid.
Naistel oli tehnilisi probleeme sagedamini kui meestel, aga see võib olla seotud tervisetehnoloogiate sagedasema kasutusega naiste seas (tabel 13). Mittekasutajate seas oli mehi suhteliselt rohkem kui naisi.

Tabel 13. Tervisetehnoloogiatega seotud tehniliste probleemide kogemine sooti.

Sugu	Tehnilised probleemid %			N kokku
	Jah, on olnud probleeme	Ei ole olnud probleeme	Ei kasuta	
Mees	17,9	64,7	17,4	2152
Naine	23,8	65,7	10,5	2412
Kokku	21,0	65,2	13,8	4564

$\chi^2(2) = 41.51$, $p < .001$, Cramer'i $V = .095$, $N = 4564$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 14. Tervisetehnoloogiatega seotud tehniliste probleemide kogemine vanuserühmiti.

Vanus	Tehnilised probleemid %			N kokku
	Jah, on olnud probleeme	Ei ole olnud probleeme	Ei kasuta	
18–25	18,5	68,0	13,6	715
26–35	22,1	65,5	12,3	885
36–50	22,2	63,5	14,4	1275
51–65	19,0	68,4	12,6	1010
66+	23,0	60,6	16,4	683

Tabel 14 näitab tervisetehnoloogiate kasutamisel kogetud tehniliste probleemide olemasolu vanuserühmiti. Vanuserühmas 66+ registreeriti tehniliste probleemide suhteliselt kõrgeim esinemissagedus rühma suurust arvestades. Mittekasutajate osakaal suurenes oluliselt 66-aastaste ja vanemate vastajate seas. Kõigis vanuserühmades oli kõige sagedasem olukord selline, kus „probleeme ei esinenud”.

Tabel 15. Tervisetehnoloogiatega seotud tehniliste probleemide kogemine rahvuserühmiti.

Rahvus	Tehnilised probleemid %			N kokku
	Jah, on olnud probleeme	Ei ole olnud probleeme	Ei kasuta	

Eestlased	20,2	65,8	13,9	3184
Venelased	22,4	60,6	17,0	1026
Muud	20,9	62,8	16,3	411

$\chi^2(4) = 9.53$, p .049, Cramer'i $V = .033$, $N = 4446$

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Rahvusel on tehniliste probleemide kogemise seisukohalt väike praktiline tähtsus. Proportsionaalselt vaadeldes olid probleemide esinemissagedused eri rahvusrühmade vahel suhteliselt sarnased.

Tabel 16. Tervisetehnoloogiatega seotud tehnilised probleemid ja majanduslik toimetulek.

Majanduslik toimetulek	Tehnilised probleemid %			N kokku
	Jah, on olnud probleeme	Ei ole olnud probleeme	Ei kasuta	
Tuleb toime	20,8	68,0	11,2	3201
Ei tule toime	21,6	58,7	19,7	1363

$\chi^2(2) = 25.78$, $p < .001$, Cramer'i $V = .075$, $N = 4561$,

χ^2 = Pearson hii-ruut statistik; Cramer'i V = efekti suurus (väike .10, keskmine .30, suur .50).

Tabel 16 näitab majandusliku olukorra ja tervisetehnoloogiate kasutamisel kogetud tehniliste probleemide seost. Majanduslikult toime tulevad vastajad teatasid sagedamini tehniliste probleemide puudumisest, võrreldes vastajatega, kes oma majandusliku olukorraga toime ei tule. Üldiselt näitavad tulemused, et majanduslik toimetulek on pigem seotud tervisetehnoloogiate kasutamisega kui otseselt tehnilistele probleemidega.

Emotsionaalsed kogemused, tajutud mõju ja tehnoloogia kasutamine heaolu toetamiseks

Lisaks uuriti, **mil määral mõjutasid tehnilised probleemid tervise- ja heaolurakenduste kasutamist neil, kes olid selliseid probleeme kogenud** (N = 958).

Suurim osa vastajatest märkis, et tehnilised probleemid põhjustasid vaid vähest kõhklust ega vähendanud märkimisväärselt rakendustest saadavat kasu (48,5%). Lisaks teatas 32,3%, et tehnilised probleemid ei mõjutanud nende kasutuskogemust üldse. Väiksem osa vastajatest (12,5%) märkis, et tehnilised probleemid mõjutasid rakenduste kasutamist oluliselt, kuid nad jätkasid siiski nende kasutamist. Vaid 5,2% teatas, et probleemide tõttu vähendasid nad kasutamist märgatavalt või lõpetasid selle täielikult.

Puuduvate vastuste suur osakaal (83,9%) peegeldab asjaolu, et enamik vastajatest ei olnud tehnilisi probleeme kogenud või ei vastanud sellele jätkuküsimusele. Üldiselt näitavad tulemused, et kuigi tehnilisi probleeme tervisetehnoloogiate kasutamisel esineb, viivad need harva rakenduste kasutamisest loobumiseni.

Enamik vastajatest ei olnud tervisetehnoloogiate kasutamisel kokku puutunud privaatsusprobleemidega (81,1%), samas kui 11,5% teatas, et nad on selliseid probleeme kogenud. Nende vastajate seas, kes puutusid kokku privaatsusprobleemidega, oli kõige sagedasem vastus, et privaatsusega seotud mured tekitasid vaid vähest kõhklust ega vähendanud märkimisväärselt rakendustest saadavat kasu (42,6%, n = 222). Lisaks märkis 32,1% (n = 168), et privaatsusprobleemid ei mõjutanud nende tervisetehnoloogiate kasutamist üldse. Vaid 5,7% (n = 30) vastajatest teatas, et privaatsusprobleemide tõttu nad peaaegu lõpetasid või lõpetasid täielikult tervisetehnoloogiate kasutamise.

Uuriti ka tervisetehnoloogiate kasutamisel kogetud tundeid. Positiivseid tundeid kogeti „mõnikord" (38,6%), millele järgnesid „harva" (16,2%) ja „sageli" (12,9%). 11,6% vastajatest märkis, et nad ei koge tervisetehnoloogiate kasutamisel kunagi positiivseid tundeid. See viitab sellele, et tervisetehnoloogiate kasutamist seostatakse sageli vähemalt aeg-ajalt kogetavate motiveerivate või meeldivate emotsioonidega.

Negatiivseid emotsionaalseid kogemusi esines seevastu märgatavalt harvem. Ligikaudu kolmandik vastajatest (31,9%) teatas, et nad ei ole tervisetehnoloogiate kasutamisel kunagi negatiivseid tundeid kogenud. Enamik vastajatest koges negatiivseid tundeid üksnes harva (24,1%) või mõnikord (20,7%). Väga vähesed vastajad märkisid, et kogevad negatiivseid tundeid sageli (2,5%) või väga sageli (0,8%). Eesti kasutajate seas seostatakse tervisetehnoloogiaid märksa sagedamini positiivsete kui negatiivsete emotsionaalsete kogemustega.

Uuriti, mil määral tajuvad vastajad tervisetehnoloogiate mõju oma füüsilisele tervisele ning vaimsele või emotsionaalsele seisundile. Füüsilise tervise puhul oli kõige sagedasem vastus, et tervisetehnoloogiatel ei ole märgatavat mõju (40,5%). Samas teatas märkimisväärne osa vastajatest positiivsetest mõjudest – 23,4% hindas mõju kergelt positiivseks ning 7,6% oluliselt positiivseks.

Negatiivseid mõjusid füüsilisele tervisele esines harva. Vaid 3,5% vastajatest teatas kergelt negatiivsest mõjust ning 0,8% väga negatiivsest mõjust.

Vaimse või emotsionaalse heaolu puhul olid tulemused samuti valdavalt positiivsed. Kõige sagedamini märgiti, et tervisetehnoloogiatel ei ole märgatavat mõju (41,3%). Positiivset mõju tajus siiski märkimisväärne osa vastajatest: 22,7% hindas mõju kergelt positiivseks ja 6,8% oluliselt positiivseks. Vaimsele tervisele avalduvad negatiivsed mõjud olid isegi haruldasemad kui füüsilise tervise puhul (2,9% vastajatest).

Tulemused näitasid, et vastajad kasutasid viimase aasta jooksul enesetunde parandamiseks mitmesuguseid tehnoloogilisi lahendusi. Kõige laialdasemalt kasutatud lahenduseks osutus sotsiaalmeedias naljaka sisu vaatamine (75,3% vastajatest). Sellele järgnesid lõõgastavate videote, muusika või taskuhäälingute kuulamine ja vaatamine (53,4%) ning spordi- ja treeningurakendused (43,9%). Populaarsed olid ka digitaalsed mängud (35,7%) ja nutikad kantavad seadmed (32,8%). Seevastu spetsialiseeritud tervisetehnoloogiaid kasutati märksa harvemini. Tervise jälgimise rakendusi kasutas 15,7% vastajatest, toitumisnõustamise rakendusi 13,3%, une jälgimise või parandamise rakendusi 10,4%, meditatsioonirakendusi 8,0% ning vaimse tervise toetamise rakendusi 6,4%.

Tulemused näitasid ka selgeid soolisi erinevusi. Naised kasutasid meestest sagedamini spordi- ja treeningurakendusi (47,1% vs. 40,3%), toitumisnõustamise rakendusi (17,0% vs. 9,2%), tervise jälgimise rakendusi (17,8% vs. 13,4%) ning vaimse tervise toetamise rakendusi (8,5% vs. 4,0%). Mehed

seevastu kasutasid rohkem digitaalseid mänge (40,0% vs. 31,8%) ning vaatasid sagedamini naljakat sisu sotsiaalmeedias (77,6% vs. 73,2%).

Märkimisväärsed erinevused ilmnesid ka vanuserühmade vahel. Naljaka sisu vaatamine sotsiaalmeedias vähenes vanuse kasvades märgatavalt: kui 18–25-aastaste seas kasutas seda enesetunde parandamiseks 89,6% vastajatest, siis 66-aastaste ja vanemate seas oli vastav näitaja 56,0%. Samal ajal suurenes nende osakaal, kes ei kasutanud heaolu parandamiseks ühtegi tehnoloogilist lahendust põhjusel, et nad ei tundnud selleks vajadust, 4,0%-lt noorimas vanuserühmas 32,3%-ni vanimas vanuserühmas.

Kokkuvõte

Tehnilised probleemid ja privaatsusmured viisid tervisetehnoloogiate kasutamisest loobumiseni harva. Tervisetehnoloogiaid seostati sagedamini positiivsete kui negatiivsete emotsionaalsete kogemustega ning heaolu toetamiseks kasutati meelelahutuslikke tehnoloogiaid märksa laialdasemalt kui spetsiaalselt tervisele suunatud rakendusi. Järgnevad lõigud võtavad kokku peamised tulemused demograafiliste rühmade lõikes.

Sugu. Naised väljendasid meestega võrreldes veidi suuremat usaldust tervisetehnoloogiate võime suhtes tervist parandada ning suuremat usaldust isiklike terviseandmete jagamisel tervishoiuteenuse osutajatele. Samuti olid naised tervisetehnoloogiliste rakendustega veidi rohkem rahul kui mehed. Naised teatasid ka sagedamini tehniliste probleemide kogemisest. Seda mustrit võib kõige tõenäolisemalt selgitada nende aktiivsem tervisetehnoloogiate kasutamine, mitte suurem tehnilistele tõrgete kogemine. Heaolu toetavate tehnoloogiate kasutamises ilmnesid samuti selged soolised erinevused. Naised kasutasid meestest sagedamini tervisele suunatud rakendusi, sealhulgas spordi- ja treeningurakendusi (47,1% *vs*. 40,3%), tervise jälgimise rakendusi (17,8% *vs*. 13,4%), toitumisnõustamise rakendusi (17,0% *vs*. 9,2%) ning vaimse tervise toetamise rakendusi (8,5% *vs*. 4,0%). Mehed seevastu eelistasid rohkem meelelahutuslikke tehnoloogiaid, kasutades sagedamini digitaalseid mänge (40,0% *vs*. 31,8%) ning vaadates rohkem naljakat sisu sotsiaalmeedias (77,6% *vs*. 73,2%).

Vanuserühm. Vanuserühm osutus järjepidevalt oluliseks selgitavaks teguriks kõigi uuritud näitajate puhul. Vanemaealised vastajad (66+) väljendasid kasinamat usaldust tervisetehnoloogiate võime suhtes tervist parandada ning väiksemat usaldust isiklike terviseandmete jagamise vastu. Samuti olid nad tervisetehnoloogiliste rakendustega vähem rahul ja kasutasid tehnoloogiaid aktiivselt harvemini. Nooremad vastajad (18–25 aastat) kasutasid kõige sagedamini heaolu toetavaid meelelahutuslikke tehnoloogiaid. Selles vanuserühmas vaatas 89,6% vastajatest naljakat sisu sotsiaalmeedias, 58,4% mängis digitaalseid mänge ning 63,3% kasutas lõõgastavaid videoid, muusikat või taskuhäälinguid. Spordi- ja treeningurakendused olid kõige populaarsemad 26–35-aastaste (50,2%) ja 36–50-aastaste (49,2%) vastajate seas, mis peegeldab tööealiste täiskasvanute tugevat huvi tervise- ja liikumistehnoloogiate vastu. Spetsialiseeritud tervisetehnoloogiate, näiteks toitumisnõustamise ja tervise jälgimise rakenduste, kasutamine oli mõnevõrra levinum keskealiste ja vanemate täiskasvanute seas. Eriti silmatorkav vanusega seotud erinevus ilmnes tervisetehnoloogiate mittekasutamises. Nende vastajate osakaal, kes ei kasutanud heaolu toetavaid tehnoloogiaid seetõttu, et nad ei tundnud selleks vajadust, kasvas 18–25-aastaste seas registreeritud 4,0%-lt 66-aastaste ja vanemate seas 32,3%-ni. See viitab sellele, et vanemaealised ei ole mitte ainult vähem

aktiivsed nende vahendite kasutajad, vaid neil on ka väiksem motivatsioon selliseid tehnoloogiaid oma igapäevaellu integreerida.

Rahvus. Eestikeelsed vastajad väljendasid märkimisväärselt suuremat täielikku usaldust isiklike terviseandmete jagamisel tervishoiuteenuse osutajatele kui venekeelsed vastajad. Samuti andsid eestikeelsed vastajad terviserakendustele oluliselt sagedamini hinnangu „väga rahul", kuid venekeelsete vastajate seas oli vastav näitaja märksa madalam.
Seevastu tehniliste probleemidega kokkupuutumise tõenäosus ei sõltu oluliselt inimese rahvuslikust taustast. Pigem näib see olevat seotud tervisetehnoloogiate kasutamise sagedusega.

Majanduslik olukord. Majanduslikult toime tulevad vastajad väljendasid järjepidevalt suuremat usaldust tervisetehnoloogiate võime suhtes tervist parandada, suuremat usaldust isiklike terviseandmete jagamise vastu ning kõrgemat rahulolu terviserakendustega. Mitme uuritud näitaja puhul oli tervisetehnoloogiate mittekasutajate osakaal proportsionaalselt suurem nende vastajate seas, kes ei tulnud oma majandusliku olukorraga toime. See viitab sellele, et majanduslikud piirangud võivad vähendada nii digitaalse tervisetehnoloogia kättesaadavust kui ka valmisolekut neid vahendeid kasutada. Majandusliku toimetuleku rühmade vahel täheldatud erinevused tehniliste probleemide esinemissageduses olid peamiselt seotud kasutusmahtude erinevusega. Majanduslikult toime tulevad vastajad teatasid rohkematest tehnilistest probleemidest, kuid seda eelkõige seetõttu, et nad kasutasid tervisetehnoloogiaid sagedamini. Tulemused ei viita sellele, et nad kogeksid tehnilisi tõrkeid mingil põhjusel sagedamini kui majanduslike raskustega vastajad.

12. Sotsiaalmeedia kasutus ja heaolu

Katrin Tiidenberg, Triin Lauri

Selle artiklile tuleb viidata järgmiselt:

Tiidenberg, K., Lauri, T. (2026). Sotsiaalmeedia kasutus ja heaolu. Ainsaar, M. (toim). Hea Eesti Heaolu uuringu esimene voor. Tartu Ülikool. https://uhiskond.ut.ee/et/sisu/heaeesti

Sissejuhatus

See, kas ja kuidas on sotsiaalmeedia kasutamine seotud inimeste heaoluga, on teema, mis tekitab ühiskonnas palju tundeid ja erinevaid arvamusi. Ühelt poolt kardetakse, et nutiseadmete ja sotsiaalmeedia kasutamine põhjustab vaimset ülekoormust, depressiooni, ärevust, une-, ja toitumishäired, suhtlusprobleeme ja koguni „digidementsust“, teisalt leitakse, et tehnoloogiate kasutamine aitab luua suhteid, võimaldab osaleda ja kuuluda, pakub tuge ja turvatunnet, annab infot, vähendab stressi ja ärevust, leevendab igavust, lahutab meelt, õpetab säilenõtkust, jne.

Rahvusvahelisest teaduskirjandusest teame, et sotsiaalmeedia ja heaolu vahelised seosed sõltuvad kasutajast, kasutatavast platvormist ning kasutusviisist. Näiteks on leitud, et liigkasutamine võib olla kahjulik, aga samamoodi võib olla kahjulik täielik kasutamise vältimine (Singh *et al*. 2026). Enamasti toob kehvem vaimne tervis kaasa problemaatilise sotsiaalmeediakasutuse, mitte vastupidi (Hartanto *et al*., 2021). Samas raskendavad teema uurimist sotsiaalmeedia ja heaolu seoste kohta levivad müüdid (Hall 2024) ning puudulik metodoloogia (Orben & Przybylski, 2019, Vuorre *et al*., 2021). Eestiski on neid teemasid uuritud (vt nt Rozgonjuk *et al*., 2023, Tiidenberg *et al*., 2023, Kalmus *et al*. 2024, Lepik & Murumaa-Mengel, 2019), kuid seni pole eriti olnud võimalust analüüsida neid tunnuseid detailsete ja esinduslike andmete põhjal. Käesolev peatükk tugineb 2025. aastal kogutud Eesti täisealiste elanike kaalutud valimile (n = 5933) Hea Eesti uuringus ja pakub esmase sissevaate sellesse, millised on eestimaalaste hoiakud sotsiaalmeedia suhtes, mis hoiab neid plaanitust kauem pöidlarullimas, kas ja millised tagajärjed sellega kaasnevad – ning kuidas need mustrid erinevad nii probleemse kasutamise ja depressiooniriski, aga ka soo, vanuse, rahvuse ja majandusliku toimetuleku lõikes. Meie koostatud küsimused võimaldavad uurida nii üldisi hoiakuid sotsiaalmeedia suhtes, kui ka kogemusi nii sotsiaalmeediaga laiemalt kui konkreetsete platvormide lõikes (viimast selles raportis ei käsitle).

Tulemused

Sissejuhatuseks vaatame sotsiaalmeedia üldist kasutamise sagedust eri gruppide lõikes, mille saime küsimusest „Kui sageli Te tunnete, et ei suuda mõelda muule kui sotsiaalmeedia kasutamisele?“. Sotsiaalmeedia kasutajateks loeti vastajad, kes valisid mõne kasutamissagedust kirjeldava vastusevariandi („seda juhtub iga päev“, „mitu korda nädalas“, „vahetevahel“ või „seda ei ole juhtunud“). Mittekasutajateks loeti vastajad, kes valisid variandi „ei kasuta sotsiaalmeediat“. Puuduva vastusega vastajate kasutamisstaatus märgiti teadmatuks.

Uuringu andmetel kasutas sotsiaalmeediat 79,9% kõigist vastajatest, 5,0% märkis, et ei kasuta sotsiaalmeediat, ning 15,0% puhul jäi kasutamine teadmata. Kasutamine oli ootuspäraselt kõige levinum nooremates vanuserühmades ja vähenes vanuse kasvades: 18–25-aastastest kasutas sotsiaalmeediat 87,1%, vähemalt 66-aastastest 66,3%. Sugude, rahvusrühmade ja majandusliku toimetuleku lõikes on erinevused pigem väikesed (tabel 1).

Tabel 1. Sotsiaalmeedia kasutamine eri rühmade lõikes.

Rühm	Vastajate arv (N)	Kasutab sotsiaalmeediat %	Ei kasuta sotsiaalmeediat %	Teadmata %
Kõik vastajad	5933	79,9	5,0	15,0
Vanus				
18–25	828	87,1	0,9	11,9
26–35	930	86,4	1,9	11,7
36–50	1753	84,2	4,2	11,7
51–65	1425	80,7	6,9	12,4
66+	997	66,3	8,5	25,3
Sugu				
Mehed	2418	78,8	6,8	14,5
Naised	3515	81,0	3,5	15,6
Rahvus				
Eestlased	4468	80,6	5,0	14,4
Venelased	922	78,4	5,4	16,2
Muu rahvus	412	80,8	4,4	14,9
Majanduslik toimetulek				
Tuleb toime	4266	81,2	5,0	13,8
Ei tule toime	1660	77,1	5,1	17,8

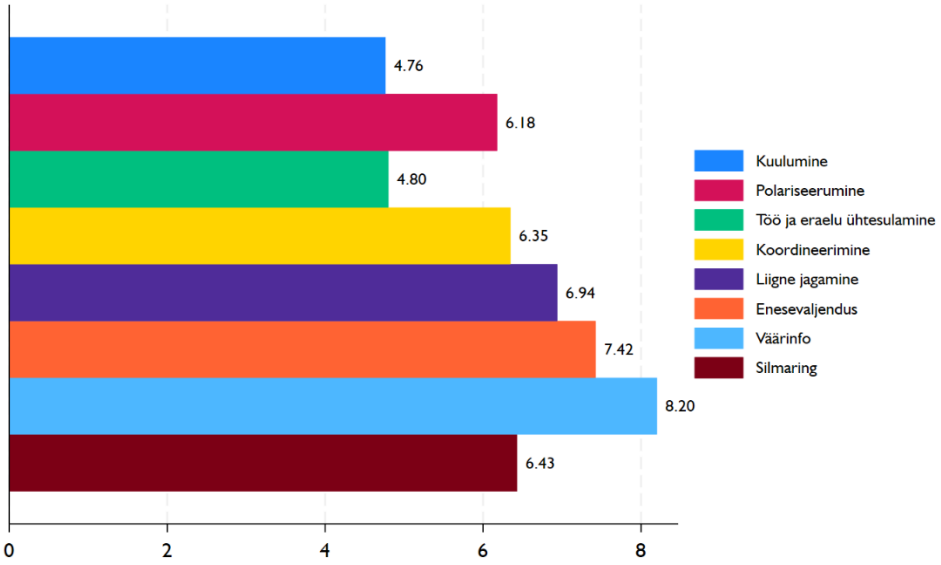
Märkused: Vastajate arvud (N) on kaalumata. „Teadmata“ tähistab vastajaid, kellel puudus vastus. Mitte kõik inimesed ei märkinud rahvust ja majanduslikku toimetulekut. Ümardamise tõttu ei pruugi rühmad kokku alati anda täpselt 100% kokku.

Hoiakud sotsiaalmeedia suhtes

Eestimaalaste suhtumine sotsiaalmeediasse on vastuoluline. Palusime inimestel kümnepalliskaalal hinnata seda, kui palju nad nõustuvad erinevate väidetega sotsiaalmeediasuhtluse kohta üldiselt. Väited olid, et sotsiaalmeediasuhtlus tekitab ühtekuuluvustunnet (joonistel “kuulumine,”), süvendab vastandumist ja erimeelsusi (joonistel “polariseerumine”), raskendab töö- ja eraelu eristamist (joonistel “töö ja eraelu ühtesulamine”), lihtsustab asjade koordineerimist ja juhtimist (joonistel “koordineerimine”), avalikustab liiga palju isiklikke asju (joonistel “liigne jagamine”), võimaldab tavainimestel oma kogemusi jagada (joonistel “eneseväljendus”), suurendab inimeste haavatavust valeinfo osas (joonistel “väärinfo”), laiendab inimeste silmaringi ja harib neid (joonistel “silmaring”).

Edasises analüüsis kirjeldame nii üksikute hoiakute keskmisi kui ka koondame need hoiakud kaheks üldisemaks hoiakumõõdikuks. Positiivsete hoiakute indeks väljendab vastaja nelja positiivselt sõnastatud väite keskmist hinnangut: sotsiaalmeedia tekitab ühtekuuluvustunnet, lihtsustab

tegevuste koordineerimist, võimaldab inimestel oma kogemusi jagada ning laiendab silmaringi. Negatiivsete hoiakute indeks põhineb samuti nelja väite keskmisel: sotsiaalmeedia süvendab vastandumist, raskendab töö- ja eraelu eristamist, toob kaasa isikliku teabe liigse avalikustamise ning suurendab haavatavust väärinfo suhtes. Mõlemad indeksid varieeruvad skaalal 0–10, kus suurem väärtus näitab vastavalt tugevamat positiivset või negatiivset hinnangut sotsiaalmeediale (näiteks joonis 8). Positiivsed ja negatiivsed hoiakud ei ole seejuures teineteise vastandid: sama inimene võib näha korraga nii sotsiaalmeedia võimalusi kui ka sellega kaasnevaid ohte.

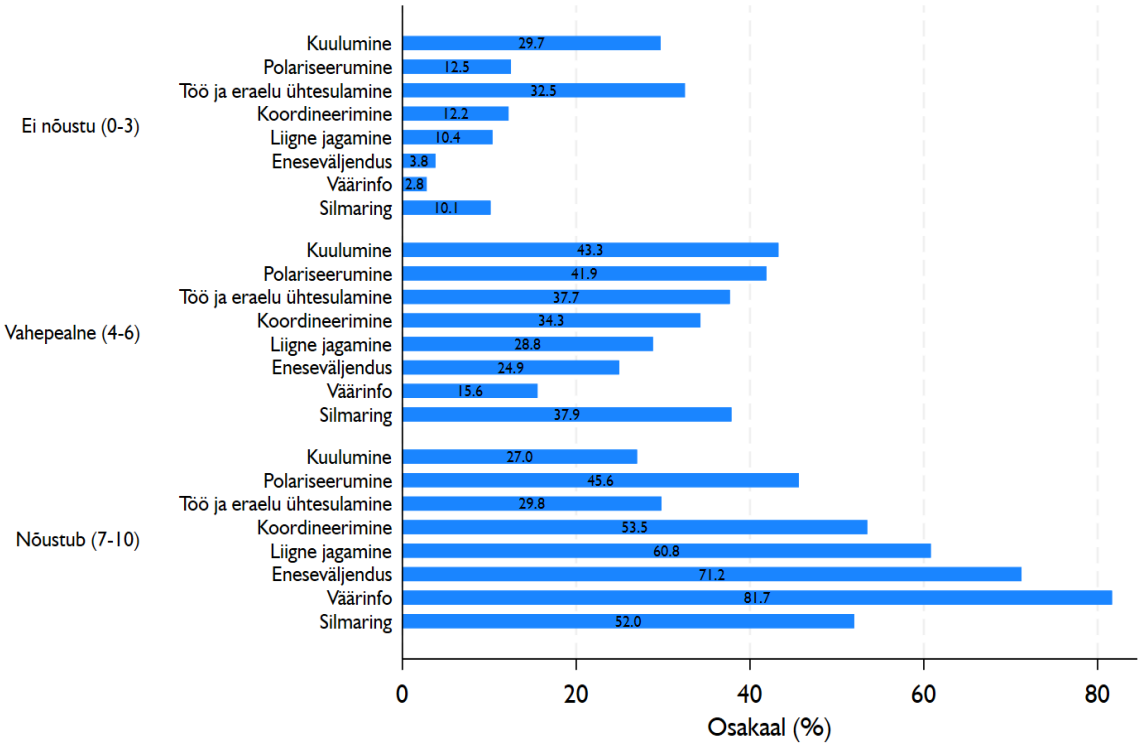


Joonis 1. Keskmised hinnangud sotsiaalmeediasuhtluse üldisele mõjule.

Kui paluda inimestel hinnata erinevaid väiteid sotsiaalmeedia mõjude kohta kümnepalliskaalal (joonis 1), näeme, et kõige enam nõustutakse negatiivse väitega, et sotsiaalmeedia suurendab inimeste haavatavust väärinfo suhtes (8,2), samas on saanud kõrge hinnangu ka positiivne väide, et sotsiaalmeedia soodustab eneseväljendust (7,42).

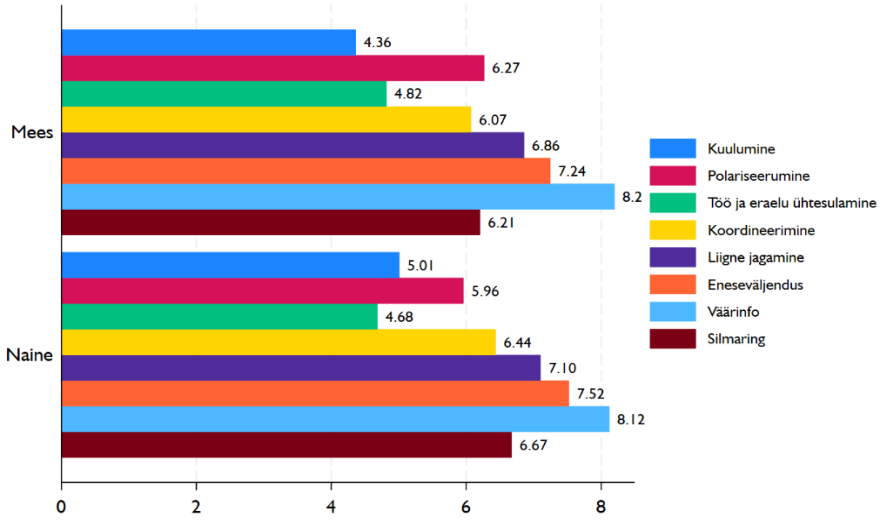
Peaaegu sama palju nõustutakse ka järgmise vastandlikult laetud väidete paariga – sotsiaalmeedia harib inimesi ja laiendab nende silmaringi (6,4) ja sotsiaalmeedia avalikustab liiga palju isiklikke asju (6,9). Mõnevõrra skeptilisemad on eestimaalased selle osas, milline on sotsiaalmeedia roll ühtekuuluvustunde loomisel, aga ka töö ning eraelu ühtesulatamises (4,8).

Kui vaadelda lisaks keskmistele hinnangutele ka nõustumise intensiivsust (neid vastajaid, kes andsid väitele 0-3 punkti nimetame joonisel 2 mittenõustujateks, neid, kes andsid 4-6 vahepealse hinnangu omajaks ja neid kes andsid 7-10 punkti nõustujateks), ehk nende vastajate osakaalu, kes andsid väitele 7–10 punkti, ilmneb üldjoontes sarnane muster. Kõige enam nõustutakse (nõusolek 7–10 punkti) väidetega, et sotsiaalmeedia kasutamine on seotud väärinfoohuga, loob eneseväljendusvõimalusi, soosib liigset isikliku info jagamist, aitab kaasa elu ja suhtluse koordineerimisele ning toetab silmaringi laiendamist. Nende väidetele andis üle poole vastajatest 7–10 skaalapunktise vastuse.

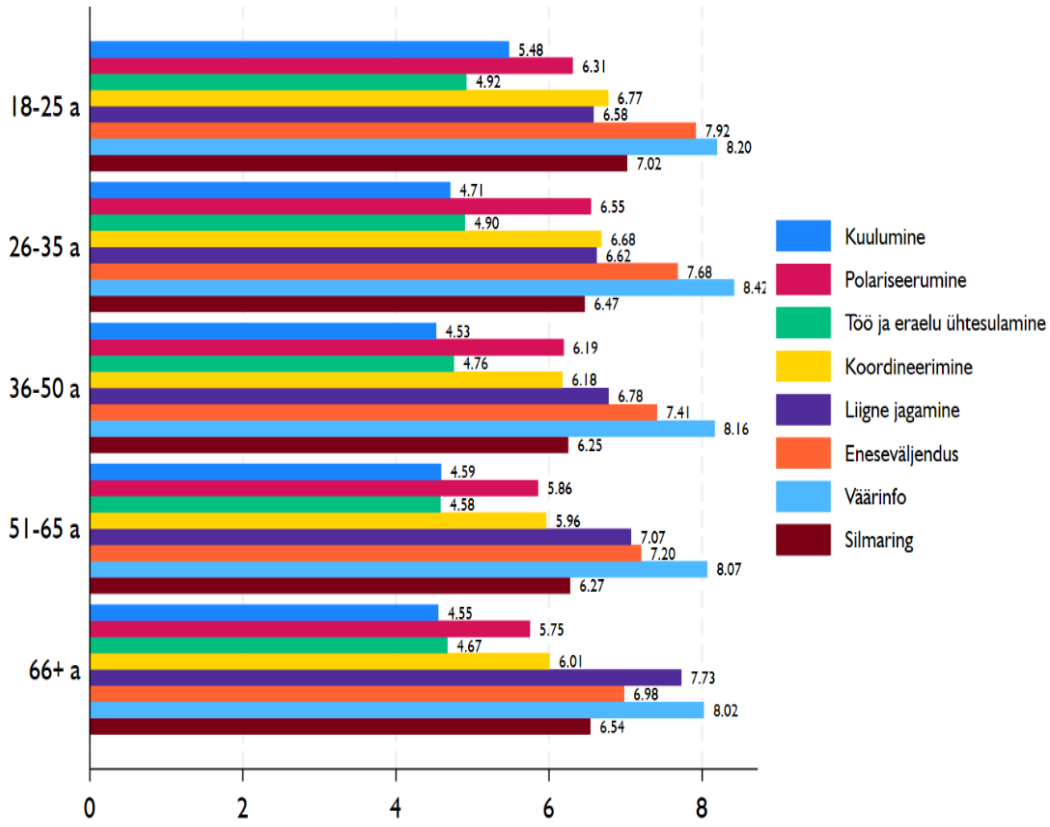


Joonis 2. Keskmised hinnangud sotsiaalmeedia suhtluse üldisele mõjule.

Sugu ja vanus. Naiste hoiakud sotsiaalmeedia suhtes on meestega võrreldes positiivsemad (joonis 3) – nad näevad sotsiaalmeedias suuremat potentsiaali nii eneseväljenduseks kui ka koordineerimiseks. Negatiivsetes hinnangutes (valeinfo, liigne jagamine) statistiliselt olulist soolist erinevust ei ilmnenud – mured on mõlemal sool ühised (vt ka joonis 6 regressioonanalüüs).



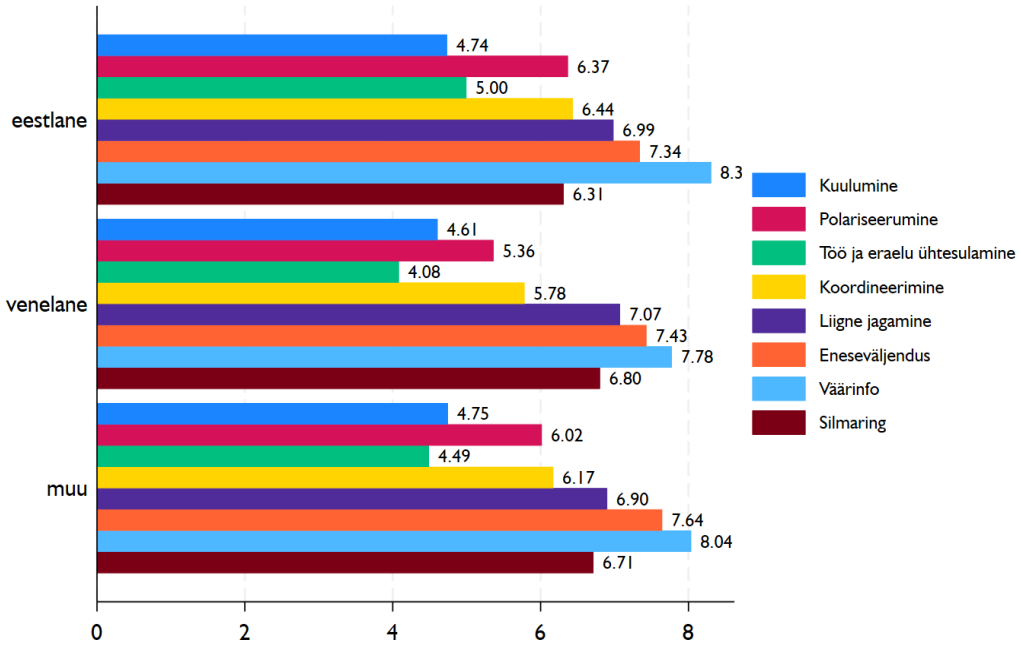
Joonis 3. Keskmised hinnangud sotsiaalmeediasuhtlust puudutavatele üldistele väidetele sugude lõikes.



Joonis 4. Keskmised hinnangud sotsiaalmeediasuhtlust puudutavatele üldistele väidetele vanuse lõikes.

Vanuse lõikes suhtuvad sotsiaalmeediasse kõige positiivsemalt ootuspäraselt nooremad (18–25). See positiivsus väheneb järk-järgult vanuse kasvades (joonis 4). Oluline on aga see, et teised vanuserühmad erinevad 18–25-aastastest ainult positiivsetes hoiakutes — negatiivsetes hoiakutes statistiliselt olulist erinevust nooremate võrreldes ei ilmne (vt ka joonis 6). Üle 66-aastased erinevad teistest rühmadest kõige selgemalt: nad on sotsiaalmeedia positiivse potentsiaali suhtes märksa skeptilisemad ja näevad negatiivseid külgi teravamalt (v.a selles, mis puudutab polariseerumist, mida nooremad grupid peavad enam probleemiks). Siin tekib küsimus, kas tegemist on kvalitatiivselt erineva sotsiaalmeedia kasutusega või erinevusega seisukohtades, mida ei kujunda niivõrd kogemus, vaid laiem avalik debatt. Seda loodame uurida edaspidi.

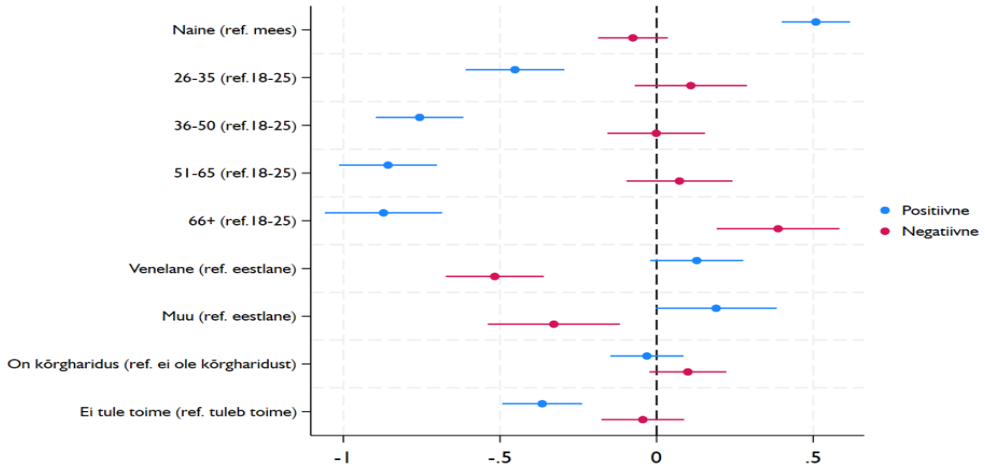
Rahvus. Rahvuse lõikes ilmneb huvitav muster: venelased nõustuvad eestlastega võrreldes rohkem väidetega, et sotsiaalmeedia soosib liigset jagamist ja võimaldab eneseväljendust, kuid näevad sotsiaalmeediat vähem ühtekuuluvustunde looja, koordineerimise soosija ja töö ja eraelu ühtesulatajana (joonis 5). Regressioonanalüüs näitab, et venelased ja muust rahvusest vastajad on eestlastega võrreldes vähem negatiivsete ja rohkem positiivsete hoiakutega (joonis 6). See võib peegeldada erinevate gruppide poolt kasutatavate platvormide ja inforuumide erinevust või sotsiaalmeedia rolli vähemuskogukondade igapäevaelus.



Joonis 5. Keskmised hinnangud sotsiaalmeediasuhtlust puudutavatele üldistele väidetele rahvuse lõikes.

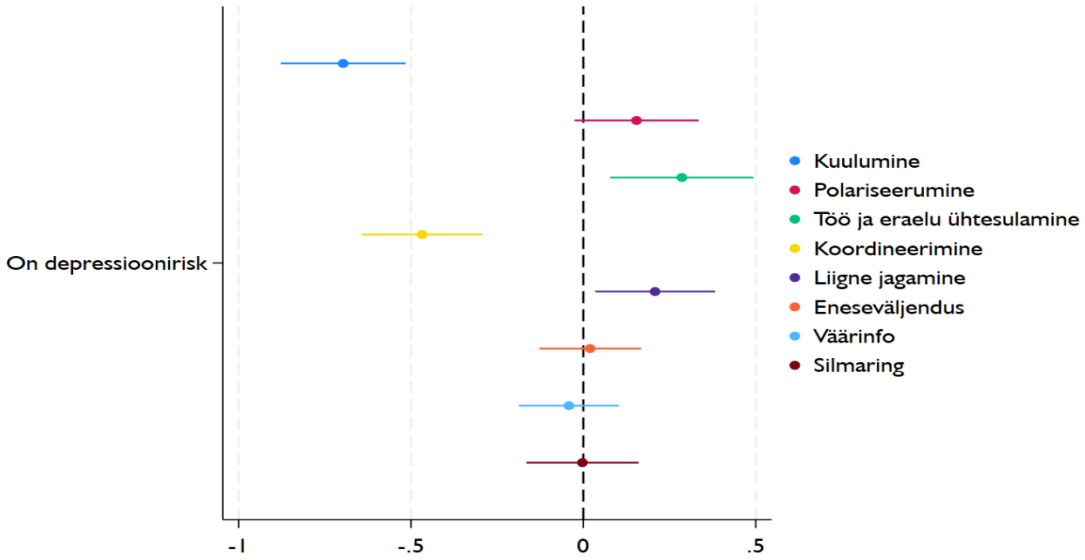
Et hinnata, millised statistiliselt olulised erinevused säilivad ka teiste sotsiaalmajanduslike tunnuste arvesse võtmisel, analüüsisime regressioonmudelite abil eraldi positiivseid ja negatiivseid sotsiaalmeediahoiakuid. Joonisel 6 esitatud kordajad näitavad iga rühma keskmist erinevust. Positiivne kordaja tähistab võrdlusrühmast tugevamat ja negatiivne kordaja nõrgemat hoiakut. Usaldusvahemiku lõikumine nulljoonega näitab, et erinevus ei ole statistiliselt oluline.

Kõige selgemad erinevused ilmnevad positiivsetes hoiakutes: naised hindavad sotsiaalmeedia võimalusi meestest kõrgemalt, samuti vähenevad positiivsed hinnangud vanuse kasvades. Venelased ja muust rahvusest vastajad väljendavad eestlastega võrreldes tugevamaid positiivseid ning nõrgemaid negatiivseid hoiakuid.



Joonis 6. Regressioonianalüüs sotsiaalmajanduslike näitajate ja positiivsete ning negatiivsete sotsiaalmeediahoiakute üldmõõdikute kohta.

Depressioonirisk ja sotsiaalmeedia hoiakud. Umbes 23% uuringu vastajaist on teatav depressioonirisk (Soo 2026). Depressiooniriskiga ja depressiooniriskita vastajate võrdlemiseks tegime iga sotsiaalmeediahoiakut kirjeldava väite kohta eraldi regressioonmudeli ning joonisel 7 esitatud kordaja näitab depressiooniriskiga vastajate hinnangu erinevust depressiooniriskita vastajatest. Leidsime, et depressiooniriskiga inimesed on depressiooniriskita inimestega võrreldes statistiliselt oluliselt vähem nõus positiivsete väidetega sotsiaalmeediast ühtekuuluvustunde looja ja tegevuste koordineerimise hõlbustajana. Samuti nõustuvad nad rohkem väitega, et sotsiaalmeedia raskendab töö- ja eraelu eristamist ning et isiklikku infot avalikustatakse seal liiga palju. Polariseerumise, eneseväljenduse, väärinfo leviku ja silmaringi laiendamise osas statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud (joonis 7).



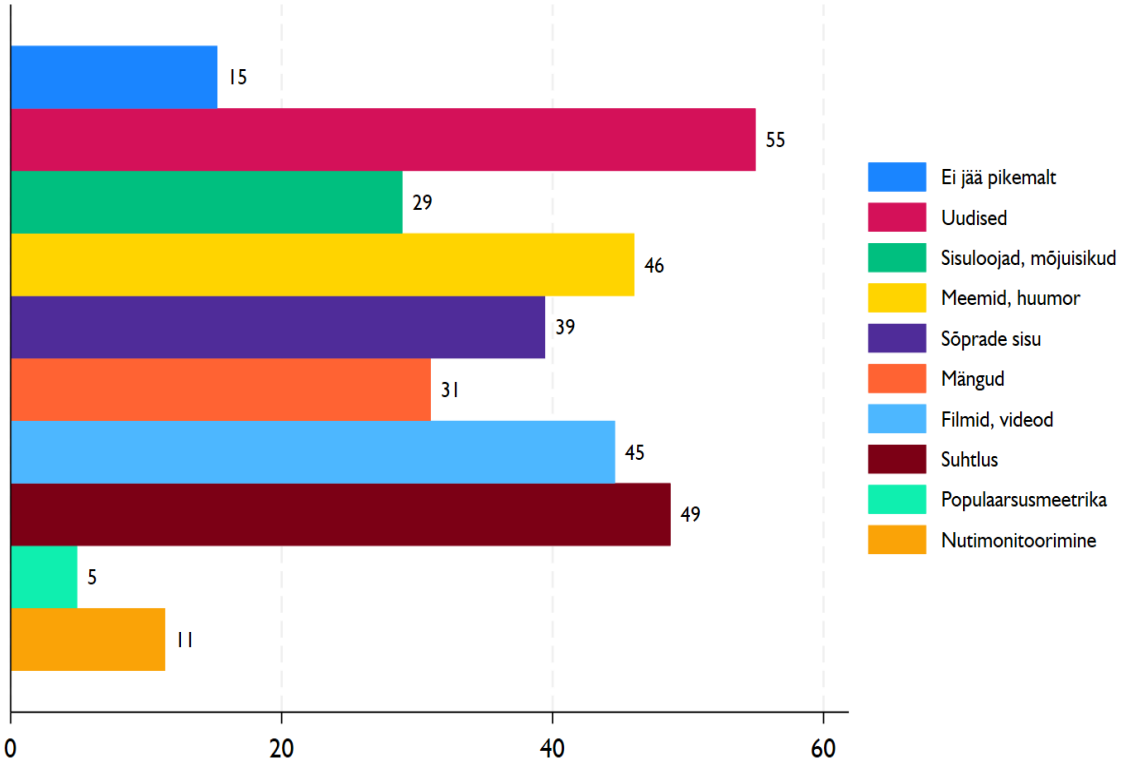
Joonis 7. Sotsiaalmeedia hoiakute erinevused depressiooniriskiga inimestel võrreldes depressiooniriskita inimestega.
(Märkused: Esitatud on kaheksa eraldi kaalutud regressioonmudeli kordajad ja 95% usaldusvahemikud. Võrdlusrühm on depressiooniriskita vastajad. Mudelitesse ei ole lisatud teisi taustatunnuseid).

See tekitab mitmeid olulisi jätkuküsimusi, millele loodame järgmises analüüsietappides vastata: Kas depressiooniriskiga inimesed kipuvad ise sotsiaalmeediat problemaatilisemalt kasutama – sealhulgas liigselt isiklikku infot jagama ja tööd eraeluga segama, mistõttu nad nende kahe väitega enam nõustuvad? Kas eelnevalt teaduskirjanduses viidatud seosed depressiivsuse ja problemaatilise sotsiaalmeediakasutuse vahel (Yuan et al., 2026) kajastuvad ka depressiooniriskiga eestimaalaste sotsiaalmeediahoiakutes ja -praktikates?

Pöidlarulli püünises: Mis hoiab inimesi plaanitust kauem ekraani ees?

Uurisime mitme küsimusega, kas inimestel juhtub, et neil lipsab käest kontroll arvutis või nutiseadmes või sotsiaalmeediat kasutades veedetud aja üle. Kui küsisime, mida inimesed teevad siis, kui juhtub nii, et nad jäävad plaanitust pikemaks pöidlarullima, ütles 15% kõikidest sotsiaalmeedia kasutajatest, et neil ei juhtugi seda kunagi (joonis 8). Samas, kui küsisime, millised tagajärjed on kaasnenud sellega, kui vastaja on viimase kuu jooksul nutiseadmesse või arvutisse plaanitust kauemaks jäänud, ütles 26%,

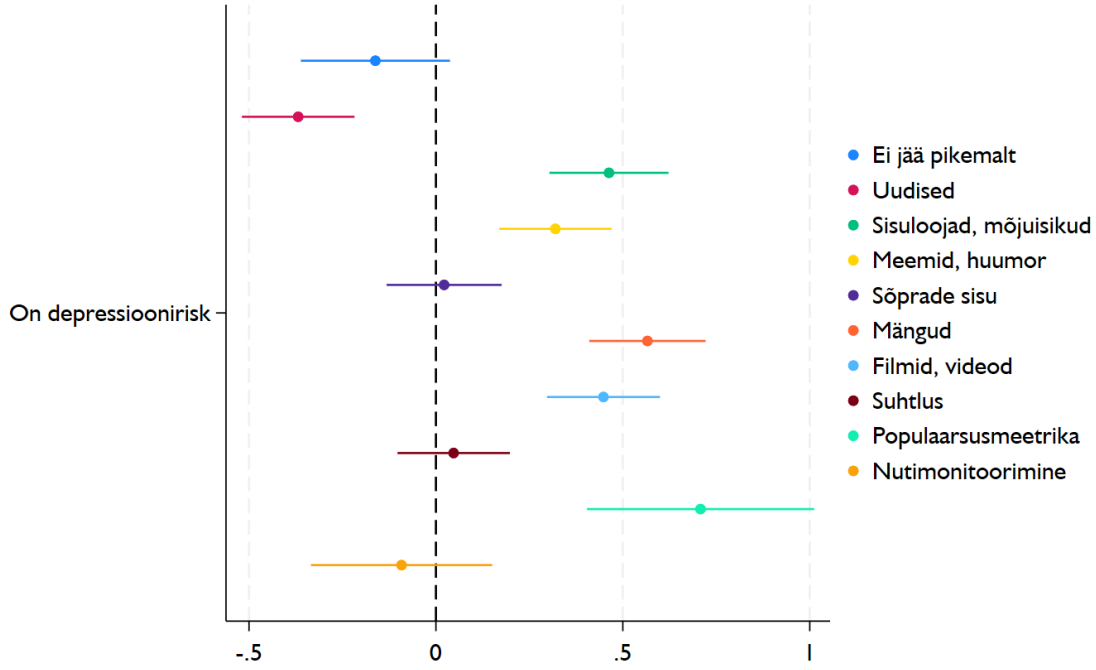
et ei ole kauemaks jäänud. Vastuste erinevus tuleneb, vähemalt osaliselt, küsimuste erinevast ajaraamist: esimene vastusevariant kirjeldab üldist käitumist („mitte kunagi“), teine aga ainult viimase kuu kogemust. Teiselt poolt on võimalik eristaja ilmselt ka küsimuse tajutava probleemsuse tase – esimesel juhul on fookus tegevustel, teisel aga probleemsetel tagajärgedel, mille kontekstis tunneb suurem hulk inimesi, et erilisi tagajärgi pole olnud.



Joonis 8. Tegevused, mis hoiavad plaanitust kauem pöidlarullimas, osakaal nendest, kes vastasid „jah“.

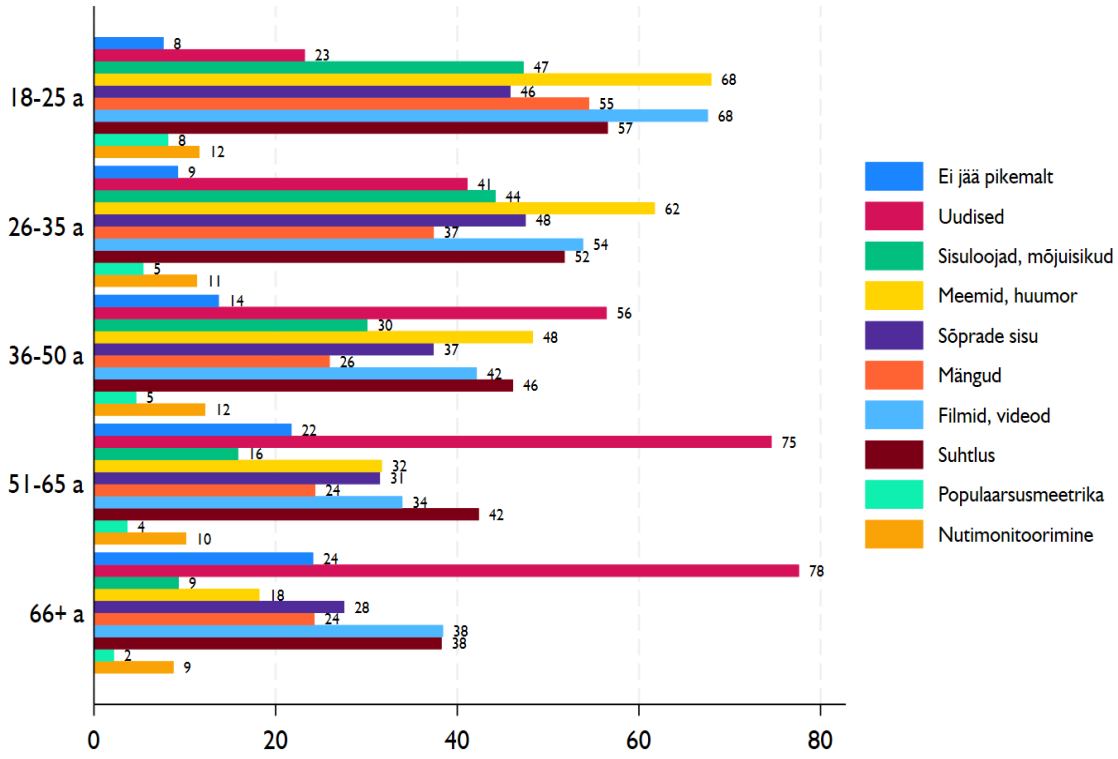
Kui aga juhtub, et vastaja jääb plaanitust kauem nutiseadmesse või arvutisse, siis mida ta sel ajal teeb? Leidsime, et kõige sagedamini hoiavad inimesi kauem võrgus uudised (55% kõikidest vastajatest vastas “jah”) ja suhtlus (49%). Seejärel tulevad meemid ja huumor (46%), filmid ja videod (45%), sõprade sisu (39%), mängud (31%) ning sisuloojad ja mõjuisikud (29%) (joonis 9). Märkimisväärselt väheseid hoiab pöidlarulli püünises populaarsusmeetrika — meeldimiste arv, vaatamiste statistika (5%), ja nutimonitoorimine (astutud sammud jne, 11%). Siinkohal on oluline märkida, et uudised, mängud, filmid ja suhtlus ei ole tingimata (ehkki võivad olla) sotsiaalmeediaga seotud tegevused, mis on oluline, kui meie eesmärgiks on näiteks esitada argumente sotsiaalmeedia kasutuse ja hea olu kohta või reguleerida sotsiaalmeediat.

Märkimisväärne on depressiooniriskiga inimeste erinevus -riskita vastajatest (joonis 9). Neid hoiavad pöidlarulli püünises enam just populaarsusmeetrika kontrollimine, aga ka mängud, sisuloojad, videod ja suhtlus. Muuhulgas viitab see varasemas kirjanduses (Valkenburg, 2022) kajastatud negatiivse enesevõrdluse tegevustele (populaarsusmeetrika, sisuloojad). Samuti ütlevad depressiooniriskiga vastajad harvem, et neil ei juhtugi seda, et nad jäävad plaanitust kauemaks skrollima (problemaatilise kasutuse juurde naaseme peatüki viimases osas).



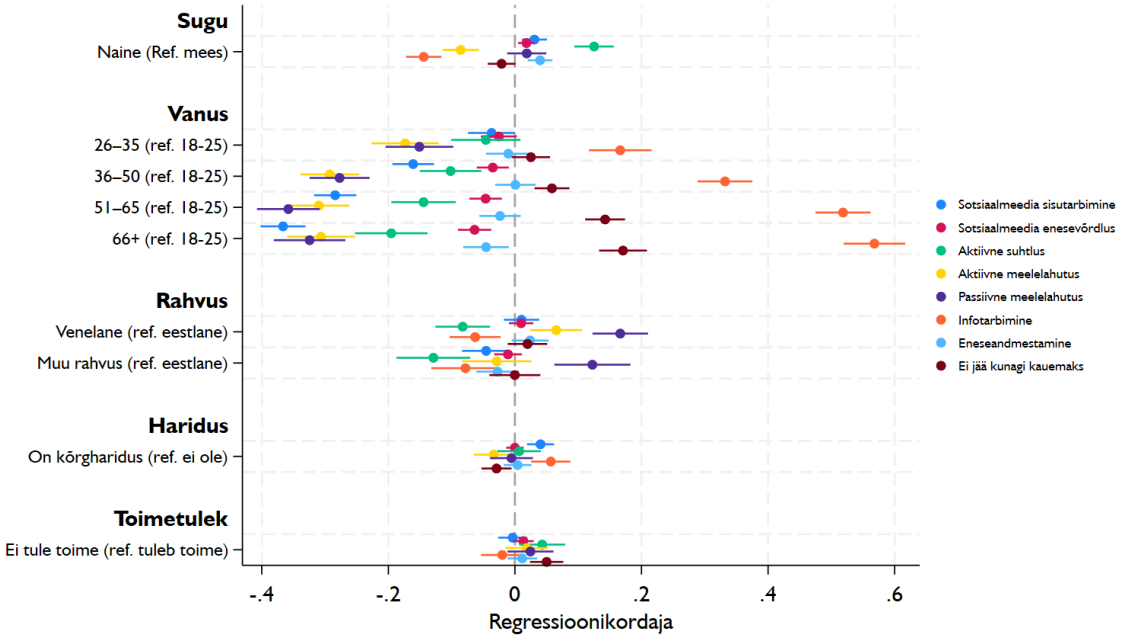
Joonis 9. Mida teevad depressiooniriskiga inimesed (võrrelduna ilma riskita inimestega), kui jäävad plaanitust kauemaks pöidlarullima.

(Märkused: Esitatud on kümne eraldi kaalutud regressioonmudeli kordajad ja 95% usaldusvahemikud. Võrdlusrühm on depressiooniriskita vastajad. Mudelitesse ei ole lisatud teisi taustatunnuseid).



Joonis 10. Tegevused pikema pöidlarulli ajal vanuserühmade lõikes (osakaal nendest, kes vastasid „jah“).

Uurides plaanitust pikema pöidlarulli tegevusi sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes osutus kõige kõnekamaks taaskord vanus (joonis 10). Noorimat vanuserühma (18–25) hoiavad võrgus plaanitust pikemalt eelkõige meelelahutuslikud ja sotsiaalsed sisutüübid ja tegevused — meemid ja huumor (68%), filmid ja videod (68%), suhtlus (57%) ja sisuloojad (47%). Vanuse kasvades see muster pöördub: 66-aastaste ja vanemate seas on sisuloojate mõju kukkunud 9%-ni ja meemide mõju 18%-ni, samas kui uudised on tõusnud domineerivaks põhjuseks — 78% võrreldes 23%-ga noorimas rühmas. Vanemaealised märgivad ka kõige sagedamini, et nad ei jäägi enda hinnangul plaanitust kauemaks (24%, võrreldes 8%-ga noorimas rühmas).



Joonis 11. Sotsiaaldemograafiliste tunnuste seosed pikema pöidlarullimise põhjustega: regressioonanalüüsi tulemused.
(Märkused: Punktid tähistavad regressioonikordajaid ja jooned 95% usaldusvahemikke. Positiivne kordaja näitab, et vastav rühm nimetab tegevust plaanitust kauemaks jäämise põhjusena võrdlusrühmast sagedamini, negatiivne kordaja aga harvemini. Nulljoont hõlmava usaldusvahemiku korral ei ole erinevus statistiliselt oluline).

Selleks, et detailsemalt mõista, millised plaanitust pikemaks arvutisse või nutiseadmesse jäämise põhjused on seotud sotsiaalmeediaga ja millised mitte, jaotasime pöidlarullitegevused kaheksasse gruppi: kaks on selgelt sotsiaalmeediaga seotud: (1) sisutarbimine ja (2) enesevõrdlemine. (3) Aktiivne suhtlus võib toimuda sotsiaalmeedias või sotsiaalmeedia definitsioonile mittevastavates sõnumirakendustes. Eristasime ka (4) aktiivse ja (5) passiivse meelelahutuse, (6) uudiste tarbimise, (7) eneseandmestamise ning need, (8) kel seda ei juhtugi.

Regressioonanalüüs (joonis 11) soo, vanuse, rahvuse ja hariduse lõikes kinnitab, et vanus on kõige olulisem tegur, mis eristab plaanitust pikema pöidlarullimise põhjuseid. Võrreldes noorima vanuserühmaga (18–25) jäävad kõik vanemad rühmad digiseadmesse pikemalt infotarbimise (uudised) eesmärgil – ja see efekt tugevneb iga vanuserühmaga. Seevastu aktiivne (mängud) ja passiivne (meemid, filmid) meelelahutus on vanematel inimestel oluliselt harvem põhjus.

Rahvuse lõikes ilmneb huvitavaid erinevusi: venelasi ja muust rahvusest vastajaid hoiab eestlastega võrreldes plaanitust pikemalt pöidlarullimas passiivne meelelahutus (seevastu kui aktiivne suhtlus ja

infotarbimine pigem mitte) (joonis 11). Naisi hoiab pöidlarulli küüsis statistiliselt oluliselt rohkem suhtlus, mehi aga info tarbimine ja meelelahutus. Kõrgharidusega inimesi hoiab pöidlarulli püünises pigem sisu- ja infotarbimine ning majanduslikult mitte toimetulevaid inimesi toimetulevatega võrreldes pigem aktiivne suhtlus. Plaanitust kauem pöidlarullima jäämist eitasid vanemaealised ja majanduslikult mittetoimetulevad inimesed sagedamini kui nooremaealised ja majanduslikult toimetulevad, ning kõrgharitud harvem kui ilma kõrghariduseta inimesed. Siingi jääb edasiseks õhku küsimus sellest, kas vanemaealised, majanduslikult mittetoimetulevad ja mitte-kõrgharitud jäävad tõepoolest vähem pöidlarullima, või neile lihtsalt tundub nende pöidlarulliks kulunud aeg ootuspärane.

Probleemne kasutamine ja selle seosed sotsiaalmeediasse suhtumise ning pöidlarulli püünisesse jäämisega

Avalikes keskusteludes, aga ka teatud teaduskirjanduses kasutatakse sageli sõltuvuse terminoloogiat (nutisõltuvus, sotsiaalmeediasõltuvus), ehkki selle määratluse ebatäpsusele ja puudustele juhitakse samuti aina enam tähelepanu. Selle asemel on kasutusele võetud probleemse kasutamise mõise (Cataldo *et al.*, 2022). Spetsiifiliselt sotsiaalmeedia probleemset kasutamist mõõtvad skaalad sisaldavad tavaliselt teiste tegevuse hooletusse jätmist sotsiaalmeediakasutuse tõttu; halba enesetunnet, kui ei ole võimalik sotsiaalmeediat kasutada; kasutuse ulatuse osas valetamist; tõsiseid konflikte sotsiaalmeedia kasutuse teemal jne. Samas on leitud, et erinevad skaalaelemendid ei ole probleemse kasutuse mõtestamisel võrdselt väärtuslikud (Fournier *et al.*, 2023). Meie kasutasime nii plaanitust pikema kasutuse tagajärgede kohta käivat küsimust (analüüsime seda järgmises osas) kui ka küsimust: "Kui sageli Te tunnete, et ei suuda mõelda muule kui sotsiaalmeedia kasutamisele?" Küsimuse loogika kattub akadeemilises kirjanduses levinud probleemse kasutuse definitsiooniga, mille kohaselt funktsionaalne mõju on olulisem kui kasutuse maht.

Tabel 2 näitab, et 63% ei ole kunagi kogenud, et nad ei suudaks mõelda muule kui sotsiaalmeedia kasutamisele, sealhulgas 5,2% inimestest ei kasuta sotsiaalmeediat. 26,4%ga vastajaist on seda juhtunud vahetevahel ning 10,5% kohta võib öelda, et seda juhtub sageli (5,7% iga päev, 4,8% mitu korda nädalas).

Tabel 2. Probleemse kasutamise sagedus.

Probleemne kasutamine	Sagedus	%
Seda juhtub iga päev	290	5,69
Mitu korda nädalas	246	4,83
Vahetevahel	1344	26,36
Seda ei ole juhtunud	2951	57,89
Ei kasuta sotsiaalmeediat	267	5,24
Kokku	**5098**	**100,00**

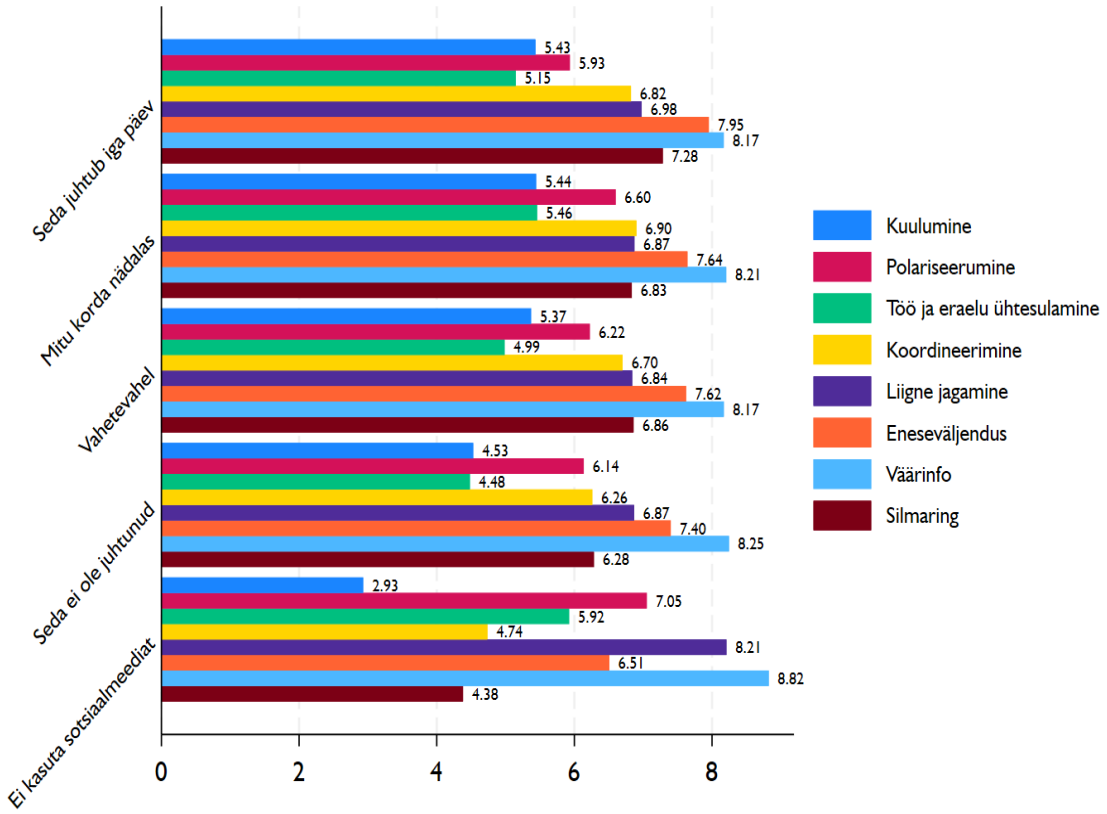
Ootuspäraselt on märkimisväärsed erinevused depressiooniriskiga ja riskita inimeste seas (tabel 3). Kui depressiooniriskita inimestest 4,6% (n 184) ütlesid, et neil esineb sundmõtlemist iga päev ja

4,3%, et mitu korda nädalas; siis depressiooniriskiga inimeste seas on need osakaalud märksa suuremad – 9,6% ja 6,9% depressiooniriskiga inimestest vastasid nii. Erinevus on ka nende inimeste osakaalus, kellega seda kunagi ei juhtu, ehkki nad sotsiaalmeediat kasutavad – 60% depressiooniriskita ja 50% depressiooniriskita vastajatest.

Tabel 3. Probleemse kasutamise sagedus depressiooniriskiga ja depressiooniriskita inimeste seas (N, %).

Probleemne kasutamine	Ei ole depressioonirisk	On depressioonirisk	Kokku
Seda juhtub iga päev	184 (4,61)	106 (9,61)	290 (5,69)
Mitu korda nädalas	170 (4,26)	76 (6,89)	246 (4,83)
Vahetevahel	1026 (25,69)	317 (28,74)	1343 (26,35)
Seda ei ole juhtunud	2398 (60,06)	553 (50,14)	2951 (57,91)
Ei kasuta sotsiaalmeediat	215 (5,38)	51 (4,62)	266 (5,22)
Kokku	**3993 (100)**	**1103 (100)**	**5096 (100)**

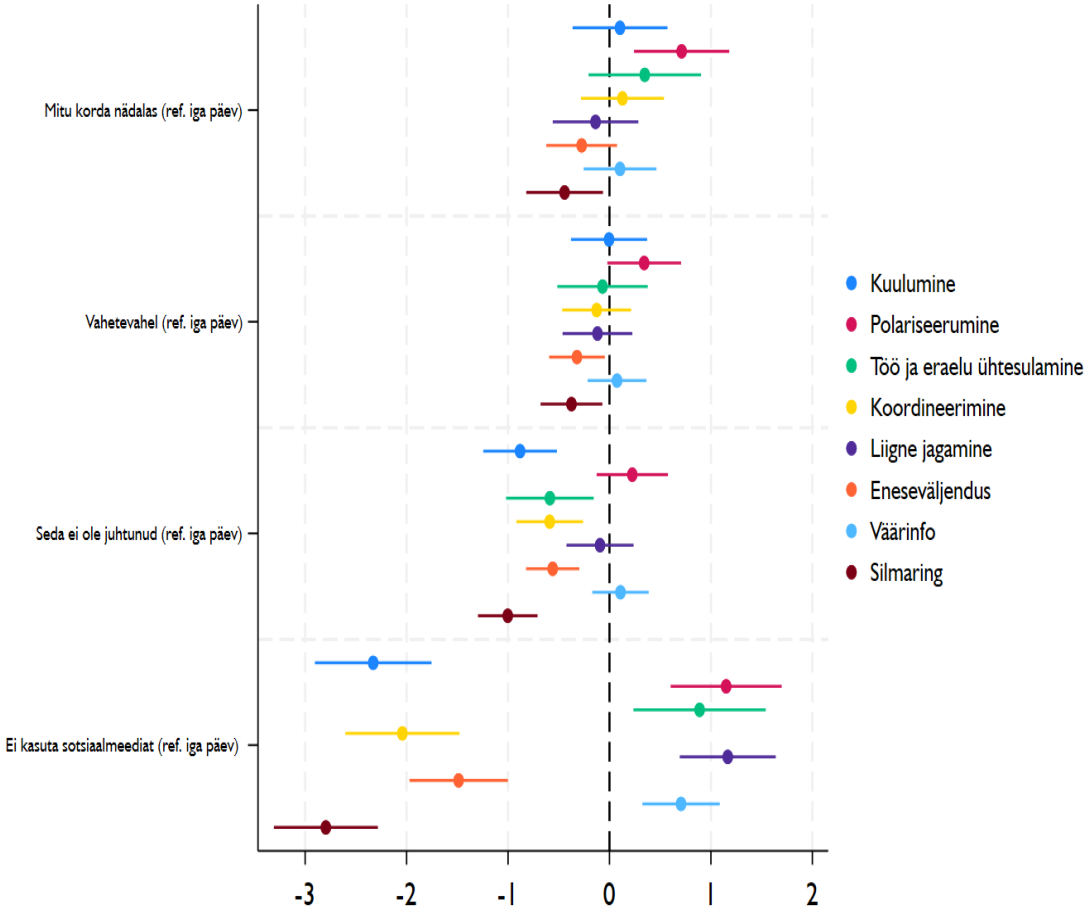
Vaadates probleemset kasutust eelnevalt analüüsitud küsimuste lõikes näeme, et suhtumine sotsiaalmeediasse (joonis 12) on probleemse kasutusega selgelt seotud. Kui negatiivsed hoiakud (nt mure väärinfo leviku, polariseerumise ja liigse jagamise pärast) ei eristu probleemse kasutuse sageduse poolest, siis positiivsetes hoiakutes esineb erinevus. Need, kellel probleemset kasutust esineb igapäevaselt või mitu korda nädalas, hindavad sotsiaalmeedia positiivseid funktsioone (eneseväljendust, koordineerimist, kuulumistunnet) oluliselt kõrgemalt kui harvemini probleeme kogevad inimesed või mittekasutajad.



Joonis 12. Sotsiaalmeedia probleemne kasutamine ja sotsiaalmeedia mõju hindamine.

Regressioonanalüüs (joonis 13) täpsustab seda pilti: vahepealsed probleemse kasutuse tasemed — "vahetevahel" ja "mitu korda nädalas" — ei erine igapäevastest probleemsetest kasutajatest statistiliselt oluliselt üheski hoiakus. Sisuline piir jookseb seega mitte problemaatilise kasutuse esinemissageduste vahel, vaid probleemse kasutuse olemasolu ja puudumise vahel. Kõige suurem statistiliselt oluline efekt rühmades "mul ei juhtu seda kunagi" *vs.* "mul juhtub seda iga päev" on **polariseerumise (~+0,6)** ja **kuulumise (~-0,7) mõjus.** Siit kerkib järgnevateks uuringuteks küsimus, kas positiivsed kogemused sotsiaalmeediaga innustavad kasutamist, mis võib areneda liigkasutamiseks, või mida intensiivsem kasutus, seda teravamalt nähakse nii plusse kui ka miinuseid?

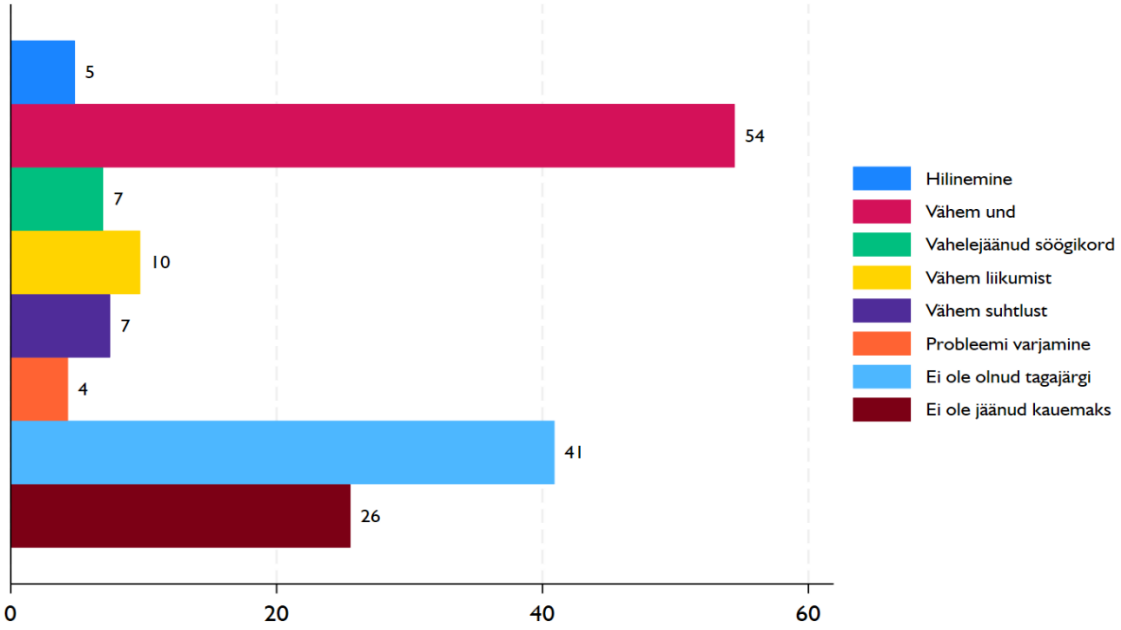
Eraldi rühma moodustavad sotsiaalmeedia mittekasutajaid, kel on kõige madalamad hinnangud sotsiaalmeedia positiivsete ja kõige kõrgemad hinnangud sotsiaalmeedia negatiivsete mõjude osas, nt kuulumistunne (2,93), väärinfo levik (8,82) ja liigne jagamine (8,21). Regressioon näitab, et mittekasutajate ja igapäevaste probleemsete kasutajate mõju hinnangu erinevus on kõigi positiivsete hoiakute osas statistiliselt tugev — kuulumistunde koefitsient on ligi -3, mis on suurim üksikefekt. Õhku jääb küsimus, kas mittekasutajad on kasutamisest loobunud isikliku negatiivse kogemuse tõttu või hoopis seepärast, et kardavad avaliku diskursuse või tuttavate kogemuste põhjal negatiivsete mõjude avaldumist.



Joonis 13. Sotsiaalmeedia probleemne kasutamine ja sotsiaalmeedia mõju hindamine (regressioonianalüüs).

Plaanitust pikema pöidlarulli tagajärjed

Küsisime ka selle kohta, mis juhtub siis, kui inimene jääb arvutisse või nutiseadmesse kauemaks kui kavas. Vastajatel paluti märkida, milliseid tagajärgi nad on kogenud (joonis 14).



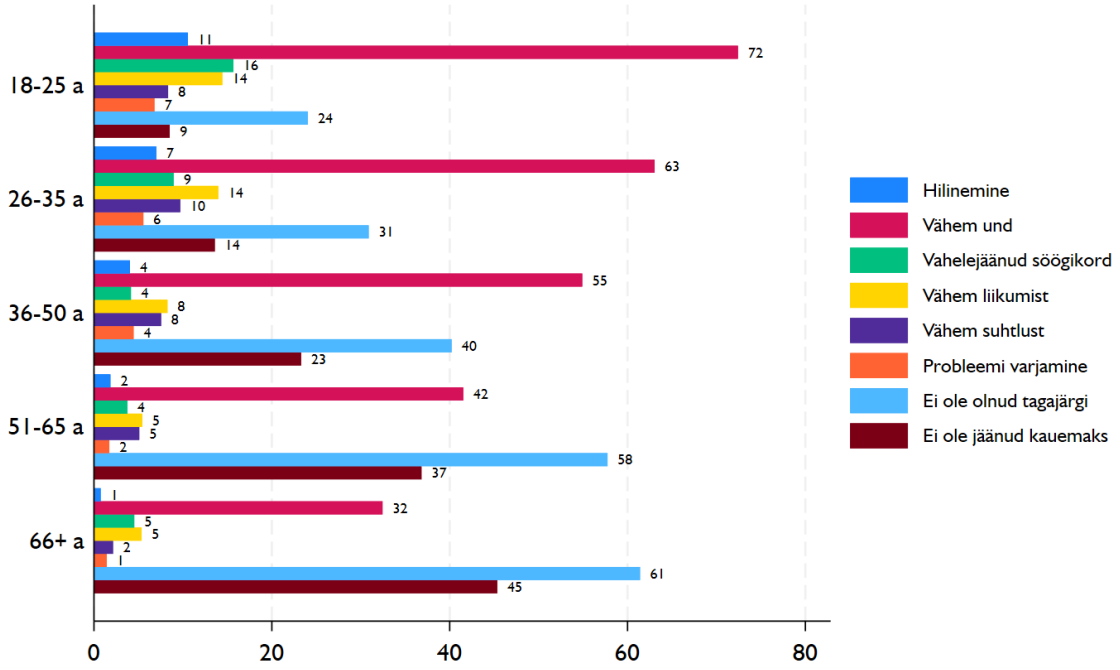
Joonis 14. Plaanitust kauemaks pöidlarullima jäämise tagajärjed, osakaal neist, kes vastas, et neil on esinenud mõni tagajärg.

Kõige levinum tagajärg on vähem und: 54% vastanutest kinnitab, et nutiseadme ja arvuti kasutamine on lühendanud nende uneaega. See on kõnekas tulemus — uni on üks olulisemaid tervisenäitajaid ning selle lühenemine plaanimata digitegevuste tõttu on tervise seisukohast oluline. Samas 67% vastajatest ei ole enda sõnul kogenud mingeid probleemseid tagajärgi (41% vastajate sõnul ei ole neil pikemalt võrgus olemisega negatiivseid tagajärgi kaasnenud). Vähem liikumist on kogenud 10%, vahele jäänud söögikorda 7%, vähem sotsiaalset suhtlust samuti 7% kõigist uuringus osalenud inimestest. Küsisime varjamise kohta, kuna seda on alust seostada problemaatilise kasutamisega. Harva tunnistatakse sotsiaalmeediakasutuse varjamist lähedaste eest (4%) või hilinemist sotsiaalmeedia tõttu (5%).

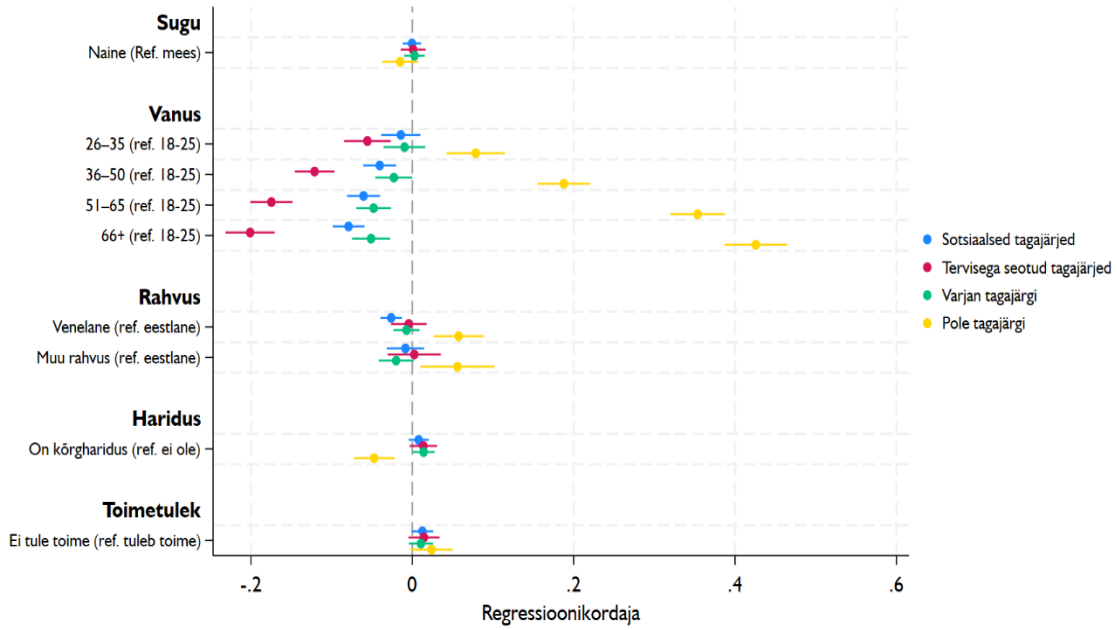
Nagu plaanitust pikema kasutuse motiivide osas, on ka tagajärgede osas soo, rahvuse, haridustaseme ja majandusliku toimetuleku lõikes erinevused tagasihoidlikud – suurusjärgus paar protsendipunkti – ega joonista välja selget mustrit. Vanus on ka siin ülekaalukalt kõige tugevam eristav tegur.

Noorimas vanuserühmas (18–25) kinnitab uneaja lühenemist 72% vastanutest, mida võib pidada tõsiseks riskiks, vanimas rühmas (66+) vaid 32%. Suuremat mõju avaldavad noortele täiskasvanutele ka teised tagajärjed: hilinemine (11% *vs*. 1%), vähem suhtlust (8% *vs*. 2%), söögikorra vahelejäämine (16% *vs*. 5%). Vastavalt kasvab vanusega ka osakaal neist, kes ütlevad, et tagajärgi ei ole olnud — 24%-lt noorimas rühmas kuni 61%-ni vanimas kõigist uuringus osalejatest (joonis 15). Meenutades, et noori hoidis digiseadmes plaanitust kauem peamistelt aktiivne ja passiivne meelelahutus – mängud, meemid ja huumor, filmid ja videod, vähemal määral ka sõprade ja sisuloojate sisu – võib siin eristada

n-ö sotsiaalmeediapõhist ajuvammi (ing *brainrot*) ehk memeetiline ja noorte jaoks naljakas, enamasti video formaadis sisu; sotsiaalmeediaväliseid meelelahutustegevusi nagu mängud ja filmid; ning sotsiaalmeediapõhist sisutarbimist (sõbrad, sisuloojad, kelle sisu on enamasti seotud noortele kordamineva hobialaga, nt jõusaal, mängud, toitumine jne). Jätkuuringuis oleks hea detailsemalt mõista, kuidas ja miks on need seotud uneaja vähenemise ja hilinemisega.

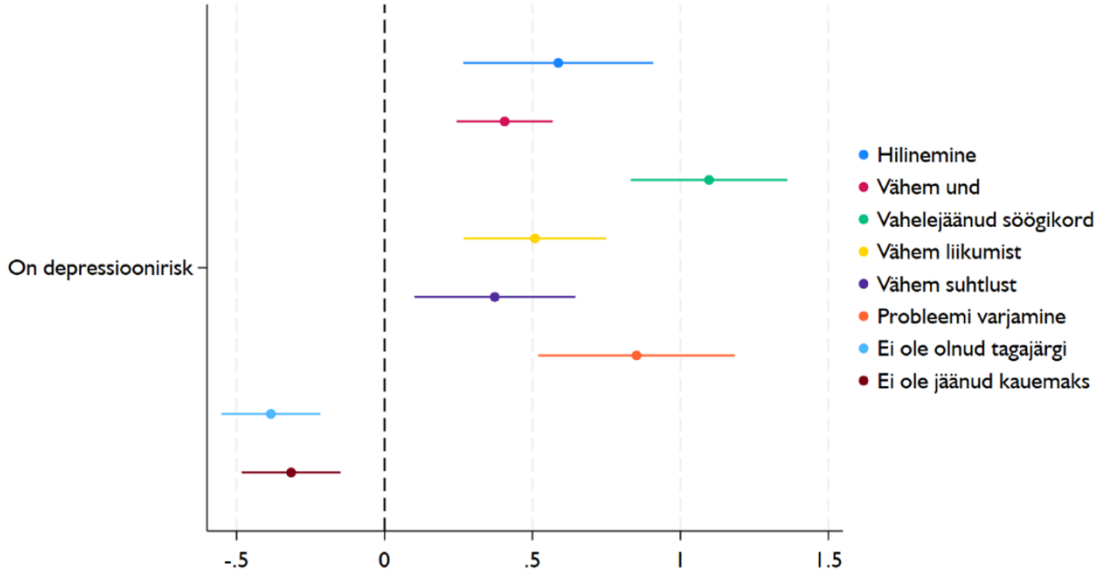


Joonis 15. Plaanitust pikema kasutuse tagajärjed vanuse lõikes.



Joonis 16. Plaanitust pikema kasutuse tagajärgede regressioonianalüüs soo, vanuse, rahvuse, hariduse ja majandusliku toimetuleku lõikes.

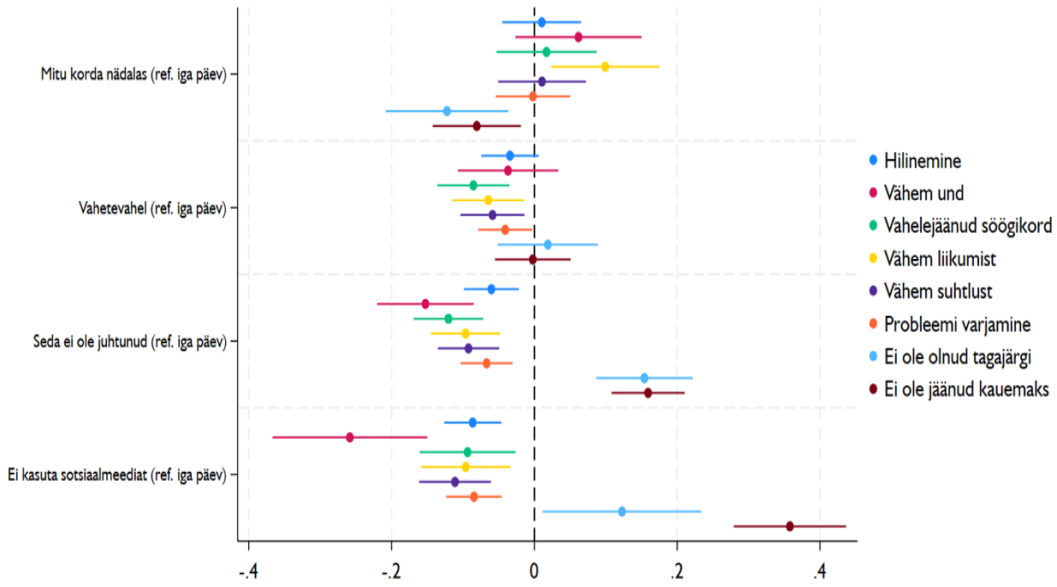
Regressioonanalüüs (joonis 16) annab sellele mustrile statistilise kinnituse: tervisega seotud tagajärjed (vähem und, liikumist, toitumist) ja sotsiaalsed tagajärjed (hilinemine, vähenenud suhtlus) vähenevad vanusega. Samal ajal kasvab vanusega tõenäosus, et öeldakse, et tagajärgi ei ole üldse esinenud ning loogiliselt vähenes ka tagajärgete varjamine (ainus erinevus on 26–35-aastased, kes varjamise osas ei erine statistiliselt oluliselt noorimast earühmast).



Joonis 17. Depressiooniriskiga inimeste kirjeldatud tagajärjed, mis kaasnesid plaanitust pikema pöidlarulliga.

Venelased märkisid eestlastega võrreldes harvemini, et neil esineb sotsiaalseid tagajärgi ning nii venelased kui ka muust rahvusest vastajad väitsid sagedamini, et tagajärgi pole esinenud. Kõrgharidusega vastajad märkisid harvemini, et tagajärgi pole olnud, ja sagedamini, et nad on tagajärgi teiste eest varjanud. Viimase tulemuse osas võib küsida, kas kõrgharitud jäävadki pikemalt pöidlarullima – võimalik, et nende seas rohkem inimesi, kelle tööaeg on vähemstruktureeritud ja pöidlarulliks on rohkem võimalusi – või on nad enesekriitilisemad.

Ka **depressiooniriskiga vastajad** kogevad tagajärgi oluliselt sagedamini (joonis 18), mis on mõistetav, arvestades, et selles grupis oli enam levinud ka problemaatiline sotsiaalmeedia kasutamine. Depressiooniriskiga vastajad ütlevad oluliselt harvem, et neil ei ole olnud tagajärgi, samuti harvem, et ei ole üldse kauemaks jäänud. Vahelejäänud söögikord, hilinemine, probleemi varjamine, vähem sotsiaalset suhtlust ja vähem liikumist — kõigis nendes kategooriates on depressiooniriskiga inimeste seas statistiliselt oluliselt rohkem jaatavaid vastuseid. Ka une lühenemine on depressiooniriskiga grupis sagedasem, ehkki väiksema efektiga. Siiski ei võimalda andmed praegu veel teha järeldusi põhjuslikkuse kohta – ei saa öelda, kas depressioon viib problemaatilisema kasutuseni või problemaatiline kasutus süvendab depressiooni — ent muster on selge ja nõuab tähelepanu. Lisaks on oluline, et varjamine, mida seostatakse teaduskirjanduses enam probleemse kasutusega, on oluline just depressiooniriskiga inimeste seas. Nii edasiste analüüside, uuringute kui ka sekkumiste kontekstis oleks olulisim jätkata depressiooniriskiga inimeste ja depressiooniriskiga noorte täiskasvanute digiseadmete ja sotsiaalmeediakasutuse täpsemat uurimist.



Joonis 18. Plaanitust pikem sotsiaalmeedia kasutuse tagajärjed(regressioonianalüüs).

Ootuspäraselt on plaanitust pikema digiseadme kasutamise tagajärjed kõige tugevamalt seotud ka probleemse kasutuse tasemega (joonis 19). Igapäevaselt sundmõtlevate vastajate seas on söögikorra vahelejäämine, probleemi varjamine ja hilinemine kõik statistiliselt oluliselt sagedasemad kui neil, kellel seda kasutust ei esine.

Kokkuvõte

Käesolev peatükk analüüsis eestimaalaste sotsiaalmeedia kasutamist ja heaolu kolmest perspektiivist: millised on inimeste hoiakud sotsiaalmeedia suhtes, mis hoiab inimesi plaanitust kauem ekraani ees ja millised tagajärjed sellega kaasnevad. Neid küsimusi on oluline uurida esinduslike andmete põhjal, kuna avalik arutelu nende teemade üle kaldub äärmustesse.

Kolm tulemust väärivad esiletõstmist. **Esiteks on väärinfooht universaalne mure, mis ei erista ühtegi demograafilist gruppi**, samas on positiivsed üldised hoiakud sotsiaalmeedia suhtes tugevalt seotud kasutamise intensiivsusega — **need, kel on sotsiaalmeediaga tihedam suhe, näevad selles ka rohkem head või ehk vastupidi, neil kes näevad sotsiaalmeedias head, on sellega ka intensiivsem, sealhulgas ka problemaatilisem suhe**.

Teiseks on vanus ülekaalukalt kõige olulisem eristav tegur nii kasutusmotiivide kui ka tagajärgede osas: noored jäävad ekraani ette meelelahutuse ja sotsiaalse sisu pärast ning kogevad ka sagedamini unekaotust ja muid tagajärgi, vanemad kasutavad sotsiaalmeediat eelkõige infokanalina ja raporteerivad tagajärgi harvem.

Kolmandaks, ja kõige olulisemalt, eristuvad depressiooniriskiga inimesed (23% valimist) ülejäänutest mitmes olulises punktis — neid hoiab ekraani ees pigem passiivne, algoritmiliselt juhitud sisu, nad

näevad sotsiaalmeedias vähem kuuluvust ja koordineerimisvõimalust ning kogevad ülekasutuse tagajärgi sagedamini. Põhjuslikkuse suund vajab edasist uurimist.

Kirjandus

Cataldo, I., Billieux, J., Esposito, G. ja Corazza, O. (2022). Assessing problematic use of social media: Where do we stand and what can be improved? Current Opinion in Behavioral Sciences, 45, 101145. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101145

Fournier, L., Schimmenti, A., Musetti, A., Boursier, V., Flayelle, M., Cataldo, I., Starcevic, V. ja Billieux, J. (2023). Deconstructing the components model of addiction: An illustration through "addictive" use of social media. Addictive Behaviors, 143, 107694. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107694

Hall, J. (2024). Ten Myths About the Effect of Social Media Use on Well-Being. J Med Internet Res 26:e59585. DOI: 10.2196/59585

Hartanto, A., Quek, F. Y. X., Tng, G. Y. Q. ja Yong, J. C. (2021). Does Social Media Use Increase Depressive Symptoms? A Reverse Causation Perspective. Front. Psychiatry, 12:641934. doi: 10.3389/fpsyt.2021.641934

Kalmus, V., Batista, S., Opermann, S., Tercova, N. ja Bedrosova, J. M. (2024). Child Vulnerability in the Digital World. In: Kutsar, D., Beilmann, M., Nahkur, O. (toim). Child Vulnerability and Vulnerable Subjectivity. Children's Well-Being: Indicators and Research, 27. Springer, Cham. https://doi-org.ezproxy.tlu.ee/10.1007/978-3-031-61333-3_8

Lepik, K. ja Murumaa-Mengel, M. (2019). Students on a Social Media 'Detox': Disrupting the Everyday Practices of Social Media Use. In: Kurbanoğlu, S., et al. Information Literacy in Everyday Life. ECIL 2018. Communications in Computer and Information Science, vol 989. Springer, Cham. https://doi-org.ezproxy.tlu.ee/10.1007/978-3-030-13472-3_6

Orben, A. ja Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. Nature Human Behaviour. (https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1).

Rozgonjuk, D., Pruunsild, P., Jürimäe, K., Schwarz, R.-J. ja Aru, J. (2020). Instagram use frequency is associated with problematic smartphone use, but not with depression and anxiety symptom severity. Mobile Media & Communication, 8 (3), 400–418. https://doi.org/10.1177/2050157920910190

Rozgonjuk, D., Täht, K., Sinivee, R. ja Murumaa-Mengel, M. (2023). Sotsiaalmeedia kasutamise seosed vaimse tervisega. *Eesti inimarengu aruanne 2023: vaimne tervis ja heaolu* (toim) Merike Sisask. Eesti Koostöö Kogu. https://2023.inimareng.ee/4-3-sotsiaalmeedia-kasutamise-seosed-vaimse-tervisega/

Singh, B., Zhou, M., Curtis, R., Maher, C. ja Dumuid, D. (2026). Social Media Use and Well-Being Across Adolescent Development. JAMA Pediatrics. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.5619

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

Tiidenberg, K., Renser, B., Uibu, M. ja Seema, R. (2023). Osaluskultuuriline heaolu ja vaimne tervis. Merike Sisask (toim) *Eesti inimarengu aruanne 2023: vaimne tervis ja heaolu*. Eesti Koostöö Kogu. https://2023.inimareng.ee/4-2-osaluskultuuriline-heaolu-ja-vaimne-tervis/

Valkenburg, P. M. (2022). Social media use and well-being: What we know and what we need to know. Current Opinion in Psychology, 45, 101294. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.006

Vuorre, M., Orben, A. ja Przybylski, A. K. (2021). There Is No Evidence That Associations Between Adolescents' Digital Technology Engagement and Mental Health Problems Have Increased. Clinical Psychological Science, 9 (5), 823–835. https://doi.org/10.1177/2167702621994549

Yuan, C., Zhou, H., Wang, A., Jiang, H. ja Xiao, N. (2026). Associations Between Depression and Problematic Social Media Use: A Longitudinal Study and Daily Diary Study. International Journal of Psychology, 61 (3). e70210 https://doi-org.ezproxy.tlu.ee/10.1002/ijop.70210