

TALLINNA ÜLIKOOL
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaalkaitse suund

Katrin Roosipuu

**ÜKSILDUSEGA SEONDUVAD TUNNUSED 50-AASTASTEL JA VANEMATEL
INIMESTEL EESTIS SHARE ANDMETE PÕHJAL**

Magistritöö

Juhendaja:
Prof Merike Sisask, PhD

Tallinn
2019

Deklaratsioon

Mina Katrin Roosipuu (24.11.1971)

olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Teiste autorite uurimistööd, olulised seisukohad kirjandusest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

annan Tallinna Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Üksildusega seonduvad tunnused 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis SHARE andmete põhjal

mille juhendaja on Prof Merike Sisask, PhD,

säilitamiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tallinna Ülikooli Akadeemilise Raamatukogu repositooriumis.

1. olen teadlik, et punktis 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
2. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Töö autor: Katrin Roosipuu _____

Töö on kaitsmisele lubatud.

Juhendaja: Merike Sisask, PhD _____

RESÜMEE

Katrin Roosipuu (2019). Üksildusega seonduvad tunnused 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis SHARE andmete põhjal. Magistritöö 71 lk, 3 joonist, 10 tabelit, 114 kasutatud allikat sh 84 võõrkeelset allikat.

Üksildus kui subjektiivne tunne võib olla häirivamgi kui üksinda elamine. Üksildus on ebameeldiv ja ärritav kogemus, mis mõjutab vananemisprotsessi kulgu, tekitab elust kõrvalejätuse tunde, eraldatuse ning suurendab haavatavust ning suremust.

Töö eesmärk on uurida vanemaealiste üksildusega seonduvaid demograafilisi, sotsiaal-majanduslikke, terviseseisundit ja sotsiaalset läbikäimist ning aktiivset tegevust iseloomustavaid tunnuseid. Töös toetutakse heaolu, resilientsuse ja üksilduse teoreetilistele alustele ning analüüsitakse kvantitatiivsel uurimismeetodil, olemasoleva SHARE 6.laine andmebaasi põhjal, kui levinud on üksildus Eesti vanemaealiste hulgas ning millised on üksildusega seonduvaid tunnuseid. Analüüsiks kasutati SPSS andmeanalüüsi programmi.

Uuringu põhitulemused ja peamised järeldused:

- Koguvalimist tundis ennast üksildasena 26% ja keskmiselt üksildasena 19% eakatest.
- Mida vanem on inimene, seda üksildasem ta on, kuid meeste ja naiste lõikes olulised erinevused puuduvad. Kõige rohkem üksildasi on leskede hulgas.
- Üksildasemad on eakad, kes tulevad majanduslikult suurt raskustega toime ning kelle tegevused on sageli rahapuudusel piiratud. Puudega ja püsivalt haiged on kõige üksildasemad.
- Mida kehvemaks eakad oma tervist hindasid, seda üksildasemad nad olid. Üksildased eakad nimetavad sagedamini depressiooni ja suitsidaalseid mõtteid.
- Mõõdukas füüsiline tegevus aitab oluliselt vähendada üksildustunnet. Üksildasemad on eakad, kes ei tegele lastelastega, kellel puudub auto ja kellel puuduvad arvutialased oskused. Eakad, kellel puudub lähedane inimene, kellega oma rõõme ja muresi jagada on üksildasemad.

Võtmesõnad: eakas, heaolu, resilientsus, üksildus, SHARE, R-UCLA

ABSTRACT

Katrin Roosipuu (2019). Characteristics Related to Loneliness Among 50-year-olds and Older in Estonia Based on SHARE Data. Master's Dissertation 71 pages, 3 figures, 10 charts, 114 references, including 84 foreign language sources.

Loneliness as a subjective feeling may be even more disconcerting than living alone. Loneliness is an unpleasant and frustrating experience which affects the course of the ageing process, creates a sense of being disregarded from life and the sense of seclusion, as well as increases vulnerability and mortality.

The purpose of this dissertation is to study the demographic, socio-economic, state of health, social communication and activity characteristics related to loneliness among the elderly. The study relies on the theoretical basis of welfare, resilience and loneliness, using quantitative analysis to examine the extent of loneliness among the elderly in Estonia and to identify the characteristics of loneliness based on the existing 6th wave SHARE database. The SPSS data analysis program is used for the analytical part of the dissertation.

The main findings and conclusions of the study:

- 26% of the entire sample felt loneliness and 19% felt moderate loneliness
- The older a person is, the more loneliness they feel; however, significant differences across men and women are absent. Loneliness is most prevalent among widows.
- Elderly people who are able to overcome economic difficulties and whose activities are limited due to the lack of financial means are the loneliest. However, the disabled and the permanently ill are the most lonely group.
- The data shows a correlation between the state of health and loneliness, with the elderly who assessed their health to be poor being more lonely. The elderly who were more lonely often mentioned depression and suicidal thoughts.
- Moderate physical activity helps to significantly decrease the feeling of loneliness. The elderly who do not spend time with their grandchildren, who do not own a car, and those who lack computer skills experience more loneliness. Moreover, the elderly who do not have someone to share their joys and troubles with experience more loneliness.

Keywords: elderly, welfare, resilience, loneliness, SHARE, R-UCLA

SISUKORD

JOONISTE JA TABELITE LOETELU	6
1. SISSEJUHATUS	7
2. UURIMISTÖÖ KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	10
2.1. Rahvastiku vananemine	10
2.2. Edukas ja aktiivne vananemine	13
2.3. Vanus ja selle erinevad määratlused	15
2.4. Vanusega kaasnev üksildus ja ülevaade temaatilistest uuringutest.....	17
3. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	20
3.1. Heaoluteooria	20
3.2. Resilientsuse teooria.....	23
3.3. Üksilduse teooria.....	26
3.4. Uurimisprobleemi püstitus, uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused	32
4. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....	34
4.1. Uurimisstrateegia valik	34
4.2. SHARE uuring ja andmebaas.....	35
4.3. Uurimistöö valim	36
4.4. Peamised SHARE moodulid ja küsitlusinstrumentariumid	36
4.5. Andmeanalüüsi jaoks SHARE andmebaasist valitud tunnused	37
4.6. UCLA üksilduse skaala.....	39
4.7. Andmete analüüsimeetod	40
4.8. Uurimistöö kvaliteet ja eetika	41
5. UURIMISTÖÖ TULEMUSED JA ANALÜÜS	42
5.1. Tunnuste esinemissagedused meeste ja naiste lõikes.....	42
5.2. Tunnuste seosed UCLA üksilduse skaalaga	48
6. ARUTELU	55
7. KOKKUVÕTE	60
KASUTATUD KIRJANDUS.....	63

JOONISTE JA TABELITE LOETELU

Joonised:

Joonis 1. Eesti rahvastik vanuserühmade järgi 1988.a. ja 2018.a. võrdluses	12
Joonis 2. Eesti Rahvastikupüramiidi muutus soo ja vanuserühma järgi 2013.aasta seisuga ja 2040.aasta prognoosi võrdluses	13
Joonis 3. Heaolu, resilientsuse ja üksilduse vahelistes seoste mudel. Autori koostatud	33

Tabelid:

Tabel 1. Demograafilised tunnused meeste ja naiste lõikes	42
Tabel 2. Sotsiaal-majanduslikud tunnused meeste ja naiste lõikes	43
Tabel 3. Terviseseisundit iseloomustavad tunnused meeste ja naiste lõikes	45
Tabel 4. Vaimse tervisega seonduvad tunnused meeste ja naiste lõikes	46
Tabel 5. Sotsiaalset läbikäimist iseloomustavad tunnused meeste ja naiste lõikes	47
Tabel 6. Demograafilised tunnused üksildusega seoses	49
Tabel 7. Sotsiaal-majanduslikud tunnused üksildusega seoses	50
Tabel 8. Terviseseisundit iseloomustavad tunnused üksildusega seoses	51
Tabel 9. Vaimse tervisega seonduvad tunnused üksildusega seoses	52
Tabel 10. Sotsiaalset läbikäimist iseloomustavad tunnused üksildusega seoses	53

1. SISSEJUHATUS

Vananemine on elu loomulik osa, on see ilus ja väärikas, raske ja kurb, nukker või üksildane, seda ei oska keegi ette näha. Öeldakse küll, et minevikku mäletatakse ja tulevikku ennustatakse, kuid siiski on igal inimesel õigus väärikalt vananeda ja oma heaolu säilitada. Vanasti oli üsna loomulik, et mitu põlvkonda elas koos ühe katuse all ja lapsed hoolitsesid oma vanemate eest. Tänapäevane üldine pilt on aga paljuski erinev, lapsed kasvavad suureks, lahkuvad kodust, loovad oma pere ja püüavad oma igapäevaste murede ja probleemidega hakkama saada. Hea on, kui elatakse samas linnas või riigis ja on võimalus oma vanemaid külastada, abiks ja seltsiks käia, samas lubab tänapäevane maailm minna mujale õppima või tööle, abiellutakse ja luuakse uus pere mujal ja nii jäävadki eakad vanemad pahatihti oma tulevikuga üksi.

Üksildus on muutunud juba oluliseks rahvatervise probleemiks, põhjustades valu, kaotust, hirmu ja kurnatust (Tiwari, 2013). Kui üksindust võib mõnel juhul nimetada ka positiivseks ja meeldivaks kogemuseks, mis soodustab inimese energia taastumist, olla loominguline või lihtsalt puhata ning inimene väljendab ennast tihti peale: „võtab aega mõtlemiseks“, „tahab ennast otsida ja leida,“ (Killen, 1998), siis üksildus on kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete sotsiaalsete suhete puudustest tulenev negatiivsete või ebameeldivate tundmiste tagajärg (Jylhä & Saarenheimo, 2010). Üksildus ja sellega seonduvad tegurid tekitavad elust kõrvalejäetuse tunnet, eraldatust ja suurendavad haavatavust ning suremust (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Käesoleva magistritöö eesmärk on uurida Eesti vanemaealiste üksildusega seonduvaid demograafilisi, sotsiaal-majanduslikke, terviseseisundit ja sotsiaalset läbikäimist iseloomustavaid tegureid ning uurimuse aluseks on võetud heaolu, resilentsuse ja üksilduse teoreetilised lähtekohad ja nende omavahelised seosed.

Uurimus on läbi viidud kvantitatiivsel uurimismeetodil, mis võimaldab uurida erinevate tunnuste vahelisi seoseid ning teha valimi põhjal üldistusi. Töö teostamiseks kasutati olemasolevat SHARE andmebaasi, mis annab ülevaate vanemaealiste hinnangust oma elule. Uurimuses on kasutatud viimaseid avaldatud SHARE Eesti 6.laine andmeid, mis on kogutud 2015.aastal. Valim on moodustatud juhuvalimi alusel, rahvastikuregistri järgi 50-aastastest ja vanematest inimestest. Esindusliku valimi moodustavad 6006 inimest.

SHARE andmete kirjeldamisel ja analüüsimisel on kasutatud SPSS andmeanalüüsi programmi ning peamiselt on kasutatud sagedustabeleid ja risttabeleid.

Magistritöö esimene osa keskendub kirjanduse ülevaatele, milles kirjeldatakse rahvastiku vananemist, vanemaealisusega seonduvat ning vanuse erinevaid määratlusi. Töö teoreetiline raamistik annab ülevaate heaolu, resilientsuse ja üksilduse teooria lähtekohtadest. Uurimise empiirilises osas analüüsitakse 50-aastaseid ja vanemaid inimesi iseloomustavaate tunnuste esinemissagedust ning seoseid UCLA üksilduse skaalaga ja arutelu osas antakse ülevaade saadud tulemustest.

Rahvastiku vananemine esitab riikidele ja ühiskonnale tulevikuks nii poliitilised ja majanduslikud, kui ka tervishoiu ja tööturu alased suuremad väljakutsed ning see, milliseks kujuneb inimeste heaolu vanemas eas, sõltub oluliselt eakate ühiskondlikust aktiivsusest (Sotsiaalministeerium, 2015). Eakate üksildusega seonduvaid tegureid ei ole Eestis varasemates uuringutes analüüsitud, niisiis annab käesolev uurimistöö ülevaate peamistest vanemaealiste üksildusega seonduvatest tunnustest, mis annavad võimaluse selle valdkonna ja uurimisprobleemiga põhjalikumalt edasi tegeleda, teha ettepanekuid ennetustööks ja sekkumiseks, et inimesed saaksid vananemisega kaasnevate muutustega võimalikult hästi kohaneda, iseseisvalt toime tulla ning väärikalt vananeda.

Põhimõisted ja definitsioonid

Eakas (*elderly*) – 50-aastased ja vanemad inimesed. Paljudes riikides loetakse eakaks pensioniealist inimest ning kuigi ei ole kehtestatud üldist numbrilist piiri, kasutab ÜRO (Ühinenud Rahvaste Organisatsioon) 60-aasta piiri (WHO, 2019). Tuginedes SHARE andmetele, on käesolevas töös käsitletud igapäevaelus inimese kehalist, vaimset ja sotsiaalset arengut arvestades vanusejaotust, kus eakate hulka arvatakse 65-eluaastast ning eakad jagatakse omakorda: noor vana (65-74-a), vana (75-84-a) ja väga vana (85-a ja vanemad) (Saks, 2016);

Heaolu (*welfare*) – objektiivne heaolu põhineb vajadustel ehk teisisõnu heaolu tase on määratletud vajaduste rahuldamise astmega, õnnetunde määrab aga subjektiivne ettekujutus ja kogemus ehk mida inimesed tunnevad, kui nad õnnelikud on (Allardt, 1976);

Resilientsus (*resiliency*) - inimese vastupanuvõime, mis avaldub näiteks ebaõnnestumiste, traumade, tragöödiate, erinevate stressiallikate, suhteprobleemide, terviseprobleemide või töökoha kaotuse ja rahaliste raskuste puhul, seega keerulistest olukordadest tagasipöördumiseks väljapääsu ja lahenduste otsimisel (APA, 2019);

Üksildus (*loneliness*)– ärevustunne, mis kaasneb arusaamaga, et ühiskonna sotsiaalsete suhete kogus ning kvaliteet ei vasta sotsiaalsetele vajadustele (Hawkley & Cacioppo, 2010);

SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) - üle-euroopaline longituudne küsitlusuuring, mis uurib individuaalse vananemisprotsessi kulgu ning seda mõjutavaid põhjuseid ja seoseid (SHARE -Eesti, 2019);

R-UCLA (*Revised UCLA Loneliness Scale*) – UCLA üksilduse skaala 3-punktiline lühivorm, mis võimaldab mõõta üksilduse üldisi tundeid (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).

2. UURIMISTÖÖ KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Kirjanduse ülevaade aitab piiritleda uurimisprobleemi ja mõista käesolevas magistritöös vananemise teemat puudutavat informatsiooni, uurimise käigus saadud tulemusi ning toetada analüüsitulemusel saadud seoste loomist.

Käesolev peatükk on jagatud neljaks alapeatükiks, millest esimeses antakse ülevaade rahvastiku vananemisest, kuidas on vananemist nimetatud gerontoloogilises mõistes ja samas alapeatükis antakse ka ülevaade erinevatest rahvastikuproгноosidest, mis puudutavad Eestit. Teises alapeatükis käsitletakse edukat ja aktiivset vananemist „Aktiivse vananemise arengukava 2013-2020“ seisukohast. Kolmandas alapeatükis vaadeldakse inimese vanust ja erinevaid lähenemisi vanuse käsitlemisel ning viimases alapeatükis kirjeldatakse vanusega kaasnevat üksildust ja antakse ülevaade teemakohastest uuringutes.

2.1. Rahvastiku vananemine

Kogu maailma elanikkond vananeb kiiresti, seda ilmestavad ka Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*) hinnangud, mis prognoosivad maailmas aastatel 2015–2050 vanemate inimeste osakaalu peaaegu kahekordistumist, 12%lt umbes 22%-ni, see on 60-aastaste ja vanemate inimeste arvu suurenemine absoluutarvudes oodatavalt 900 miljonilt 2-le miljardile (WHO, 2017).

Rahvastikuvananemise all peetakse silmas ühiskonnas toimuvate erinevate rahvastikuvananemist kujundavate protsesside, nagu sündimus, suremus ning sisse- ja väljaränne, koostoimelise arengu pöördumatut tulemust (Sakkeus, 2016). Inimeste oodatav eluiga ehk vanus, milleni inimene keskmiselt peaks elama, on tänu jätkuvalt paranevatele tervishoiuteenustele, parematele sotsiaalingimustele, terviseteadlikkuse paranemisele ja suurele elatustaseme tõusule hakanud järk-järgult tõusma (Statistikaamet, 2016). Oodatava eluea pikenemine on üks osa demograafilisest üleminekust, mille jooksul riigi arengu käigus kõrge sündimus ja suremus asendub madala sündimuse ja suremusega ehk teisisõnu eluiga pikeneb ja rahvastik vananeb (Statistikaamet, 2016).

Inimese oodatav eluiga tema sünnimomendil on keskmine vanus, milleni vastsündinu eeldatavalt elab ning Statistikaameti (2018) andmetel elavad Eesti elanikud Euroopa Liidu keskmise oodatava elueaga võrreldes keskmiselt 3 aastat vähem. 2017.aastal oli meeste oodatav eluiga sünnimomendil 73,7 aastat ja naistel 82,3 aastat ning „Rahvastikuproгноos

aastani 2040“ andmetel pikeneb eluiga 2040.aastaks meestel 78,2 ja naistel 83,7 aastani (Statistikaamet, 2018).

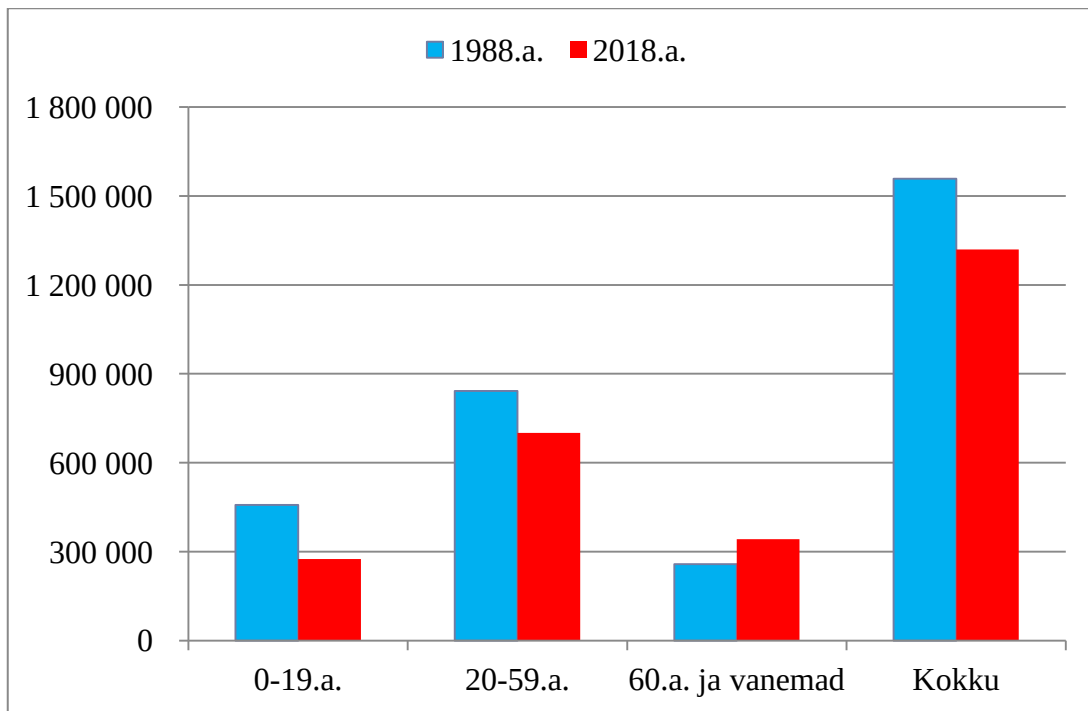
Eurostati prognoosid on veel paljulubavamad, lisades juurde mõne aasta ja jõudes madalama suremuse puhul meeste oodatava elueaga 2040-ndaks aastaks 79,3 ja naistel 86,6 aastani (Eurostat, 2019).

Läbi aegade on rahvastiku koostises olnud eakaid inimesi küllalt vähe, Saksa ja teiste autorite (2016) sõnul on ohvriterohked sõjad, näljahädad, aga ka erinevad surmaga lõppevad haiguste puhangud, epideemiad ja pandeemiad põhjustanud selle, et inimeste elud lõppesid enne, kui nad jõudsid vanaks elada. Viimase sajandi jooksul on aga traditsioonilises rahvastiku koosseisus toimunud olulised muutused ja inimeste eluiga on järjest pikenenud, samal ajal on aga sündimus järjest vähenenud (Saks, et al., 2016).

Maailma rahvastiku andmebaas (*World Population Dashboard*) märgib 2018.aasta ülevaates Eesti rahvastikuks 1,3 miljonit, kellest 20% moodustavad 65-aastased ja vanemad inimesed (UNFPA, 2019). Eesti Statistikaamet konverentsil „Kas Eesti rahvas jääb püsima?“ mainis Luule Sakkeus (2012) oma ettekandes, et rahvastiku vananemine on juba sajanditevanune protsess ning viimase 150 aasta jooksul Eestis toimunud vananemisprotsessi tulemusel on üle 65-aastaste inimeste osatähtsus rahvastikus kasvanud peaaegu 4 korda 4,7%-st 17,2%-ni. Viimase 40 aastaga on kasvanud ka üle 85-aastaste osatähtsus rahvastikus, seda pea 133% ehk neid on 2,3 korda rohkem (Sakkeus, 2012).

Kui vaadelda Statistikaameti (2019) andmeid, siis tõepoolest, viimased 30 aastat on kogu Eesti rahvastik langenud 1,5-lt miljonilt 1,3-le miljonile, samal ajal kui 60-aastaste ja vanemate inimeste arv on 30 aastaga, võrreldes teiste vanuserühmadega ainsana tõusnud (vt Joonis 1, 12). 1988.aastal loendati 60-aastaseid ja vanemaalisi 257 862 tuhat ning 2018.aastaks oli see arv kasvanud juba 342 526 inimesele ning kui veel 1988.aastal oli vanemaaliste osakaal kogu rahvastikust 17% siis 2018.aastaks oli see tõusnud 26%-ni, samas kui teised vanuserühmad on languses, vastavalt 0-19-aastaste puhul 29%-lt 21%-le ja 20-59-aastaste puhul 54%-lt 53%-le rahvastikust (Statistikaamet, 2019).

Erinevate rahvastikuprognooside järgi, mis Eesti puhul on koostatud, on märkimisväärne ka prognoos 2040.aastaks, mille kohaselt on Eestis selleks ajaks iga neljas inimene 65-aastane või vanem (Saks, et al., 2016).



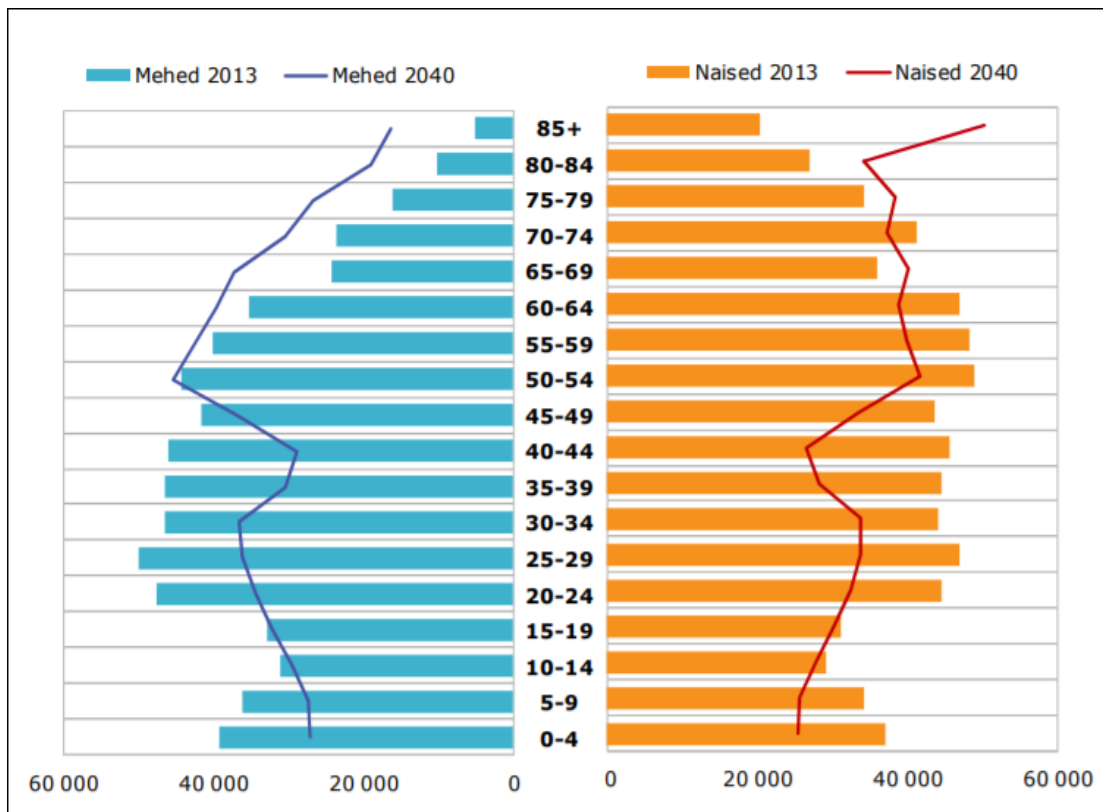
Joonis 1. Eesti rahvastik vanuserühmade järgi 1988.a. ja 2018.a. võrdluses

Allikas: Statistikaamet (2019), Rahvastik soo ja vanuserühma järgi

Rahvastiku vananemist ja muutusi vanuselises koosluses ilmestab ka TNS Emori ja Praxise (2015) uuring „Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015“, kus esitatakse Statistikaameti rahvastikuproгноos ja vanuselise koosseisu rahvastikupüramiid (vt Joonis 2, lk 13), mis iseloomustab väheneva Eesti rahvastiku taustal ka rahvastiku vananemist. Soo lõikes muutub prognooside kohaselt just vanemate naiste osakaal suuremaks ning märgatavalt väheneb tööealiste inimeste hulk, mis omakorda tähendab ülalpeetavate inimeste arvu olulist suurenemist ja ühtlasi esitab ka riigile ning ühiskonnale suuremaid väljakutseid nii poliitilises, majanduslikus kui ka tööturualases plaanis (Sotsiaalministeerium, 2015).

Töötava elanikkonna osatähtsuse nii märkimisväärse languse seab aga kahtluse alla Kristjuhan (2012), põhjendusega, et see, kui kaua vanem inimene töötab, sõltub paljuski tema tervisest ja riigi poliitilistest otsustest. Tegelikult selge piir vananemise ja elueaga kaasnevate haiguste vahel puudub ja kui inimese tervena elatud aastate arv pikeneb, tähendab see ühtlasi ka seda, et pikenevad need aastad, millal inimene on töövõimeline (Kristjuhan, 2012).

Lühidalt öeldes esitab inimeste pikenev oodatav eluiga ühiskonnale erinevaid väljakutseid ning see, kuidas ühiskond suudab vananeva rahvastikuga edukalt toime tulla, sõltub suuresti riigi poliitilistest otsustest ja suundadest.



Joonis 2. Eesti Rahvastikupüramiidi muutus soo ja vanuserühma järgi 2013.aasta seisul ja 2040.aasta prognoosi võrdluses

Allikas: Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015, Sotsiaalministeerium (2015)

2.2. Edukas ja aktiivne vananemine

Inimese elu loomulik osa on vananemine, puudutades sealjuures ühiskonna kõiki valdkondi, alates tööhõivest, meditsiinist, hooldusest, pensionikindlustusest ning lõpetades tarbimise ja keskkonna kujundusega ning seda, miks paljud eakad on oma eluga rahul, samas kui paljud eakad on rahulolematud, uurib gerontoloogia teadusharu (Saks, et al., 2016). Seega viitab vananemisprotsess Little (2014) sõnul bioloogilistele, intellektuaalsetele, sotsiaalsetele, emotsionaalsetele ja vaimsetele muutustele, mis kaasnevad inimese vananemisega. Lisaks eelnevale, kaasnevad vananemisega ka muud väljakutsed, nagu iseseisvuse kaotamine, füüsilise võime vähenemine, majanduslik toimetulek, aga ka näiteks vanuseline diskrimineerimine (Little, 2014), sotsiaalne tõrjutus, eakate väärkohtlemine ja vanusel põhinev negatiivne ja eelarvamuslik suhtumine (Tulva, 2012).

Gerontoloogias palju kõneainet pakkuva eduka vananemise puhul on lisaks geneetilisele faktorile oluline roll ka inimesel endal, nii tema elustiilil, käitumisel kui ka vananemisesse

suhtumisel (Saks, et al., 2016). Rowe ja Kahn (1997) on eduka vananemise puhul nimetanud kolme olulist ja omavahel seotud komponenti: a) haiguste ja puude vältimine; b) kõrge kognitiivne ja füüsiline võimekus ehk mida inimene teha saab; c) aktiivne eluviis, mis hõlmab inimestevahelisi suhteid ja püsivat osalemist sotsiaalses tegevuses. Teisalt võivad olla eduka vananemise puhul takistavateks teguriteks erinevad stressirohked elusündmused: lähedase inimese haigestumine, tema hooldamise vajadus või lähedase kaotus, töölt lahkumine ja pensionile jäämine, majandusliku olukorra halvenemine ja sellest tulenevalt raskused igapäevasel toimetulekul, kuid omades toetavat sotsiaalset võrgustikku, osaledes aktiivselt tegevustes ning saades vajalikku toetust ja abi, on inimene võimeline nendest kaotustest taastuma ja edukal vananema (Saks, et al., 2016).

Vananemist võib kirjeldada mitut moodi, kasutades väljendit „aktiivne vananemine“ või „tervena vananemine“, samas kui vanem inimene ei ole täiesti terve ja aktiivne, ei tähenda see tingimata seda, et ta ei võiks vananeda positiivselt ja hästi (Docking & Stock, 2017). Positiivse vananemise käsiraamatus (2017) on kirjeldatud positiivset vananemist kui inimese püüdlusi elada oma elu erinevate muutuste ja väljakutsetega, nii aktiivselt ja rahuldavalt, millisel viisil nende vanus ja elule lähenemine võimaldavad. Maailma Tervishoiuorganisatsioon (2002) on defineerinud aktiivset vananemist kui protsessi, mis hõlmab erinevaid tegevusi, mis on suunatud inimese vananedes tema tervise, turvatunde, elukvaliteedi ja ühiskonnas osalemise kindlustamisele. Tähelepanu tuleks siinjuures pöörata erinevatele võimalustele ja uuendustele, mis aitavad säilitada inimese jätkuvat heaolu, tervist ning iseseisvust, samuti soodustavad ja võimaldavad aktiivset osalemist ühiskonnas (Docking & Stock, 2017).

Vananemine puudutab meist igaühte ja kogu rahvastiku vananemine ning vanemaealiste osakaalu kasv ühiskonnas kohustab riike kriitiliselt üle vaatama oma sotsiaalpoliitilised ja majanduslikud suunad, et ühiskonnas oleks tagatud jätkusuutlik areng ka tulevikus (Sotsiaalministeerium, 2013). Eestis hakati elanikkonna vananemise probleemidele lahenduste otsimisega tõsisemalt tegelema 2012.aastal, kui alustati „Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020“ koostamist, eesmärgiga kujundada vanusesõbralikum ühiskond ja kindlustada vanemaealistele parem elukvaliteet, pakkuda ühiskonnaelus osalemiseks rohkem võimalusi ning võimaldada ligipääsu erinevatele hüvedele ja ressurssidele, mis aitaks vähendada sotsiaalset tõrjutust (Sotsiaalministeerium, 2013). Eakate toimetulekut hilisemas elus rõhutavad ka sotsiaalpoliitika alused ja sarnaselt aktiivsena vananemise arengukavale (2013) rõhutab ka Eesti vanuripoliitika (1999) oma eesmärkides just eakate toimetuleku probleeme ja vajadust kindlustada eakatele inimestele

eneseväärikust säilitav elatusstandard ja teiste vanuserühmadega võrdne positsioon ühiskonnas. Vanuripoliitika seisukohalt lähevad vanurid seda vähem riigile maksma, mida rohkem on ühiskonnas endaga toime tulevaid eakaid inimesi (Saks, Tulva, & Soots, 1999). Siinjuures näeb ka aktiivsena vananemise arengukava oma tegevuste raamistikus olulist rolli nii riigil, kohalikul omavalitsusel, kui ka mittetulundusühingutel ja erasektoril vanemaealiste suuremal ühiskonda kaasamisel (Sotsiaalministeerium, 2013).

Kokkuvõttes elavad paljud vanemaealised vanaduses üksinda, partnerit või elukaaslast pole ja nende lapsed elavad juba eraldi, siinjuures võimaldab nende väärikat vananemist ja kauem iseseisvalt toimetulemist aktiivse vananemise toetamine ja ühiskonda kaasamine, et suurendada eakate toimetulekut.

2.3. Vanus ja selle erinevad määratlused

Inimese elukaare ehk tema maise elutee, koos kõigi elus ette tulevate sündmustega, saab Saksa (2016) sõnul jagada erinevateks perioodideks, selle määravad ühelt poolt tema elatud aastad ehk inimese kronoloogiline vanus, teisalt aga ka inimese kehaline, vaimne ja sotsiaalne võimekus ja elus hakkama saamine. Vananemine toimub kogu elukaare ulatuses ja tavaliselt seostatakse inimese vanust tema elatud aastatega, mida nimetatakse kronoloogiliseks vanuseks ning siinjuures eristatakse (0-1-a) imikuiga, (1-3-a) väikelaps ehk maimikuiga, (3-7-a) koolieeliku ehk varane lapseiga, (7-12-a) kainikuiga ehk keskmine lapseiga, (12-16-a) murdeiga ehk varane noorukiiga, (16-22-a) hiline noorukiiga, (22-40-a) varane täiskasvanuiga, (40-65-a) keskmine täiskasvanuiga, (üle 65-a) hiline täiskasvanuiga (Saks, 2016). Eraldi vanusega piiritlemata nimetab Lasett (1987) inimese elu: esimene iga (lapsepõlv ja noorus), teine iga (küpsuse etapp), kolmas iga (pensionile jäämine) ja neljas iga ehk vanadus, mil inimene võib jääda sõltuvaks ning vajada kõrvalabi enne surma. Üsna tihti kasutatakse igapäevaelus inimese kehalist, vaimset ja sotsiaalset arengut arvestades ka niisugust vanusejaotust, kus 15.eluaastani on lapseiga, 15.-44.eluaastani on noorusiga, 45-64-aastaseid loetakse keskealisteks ja 65.eluaastast arvatakse eakate hulka ning eakad jagatakse omakorda: noor vana (65-74-a), vana (75-84-a) ja väga vana (85-a ja vanemad) (Saks, 2016). Elu jagatuna etappideks on kirjeldatud ka kogumikus „Pilk hallile alale“, kus on mainitud niinimetatud kolmandat eluetapp ehk iga, kus inimene on veel täies elujõus ja võimeline arenema ning pensionile jäädes võib tal ees olla veel paarkümmend teguderohket aastat ning neljandat eluetappi, kui inimene on tavaliselt juba sõltuv ja jõudnud hapruse faasi (Sakkeus, 2016), mille puhul on inimese

haavatavus erinevatest stressoritest suurenenud ning sellest tulenevalt võivad halveneda ka tervisenäitajad ja kahjuks on juba oluliselt suurem ka surmarisk (Saks, 2016).

Lisaks kronoloogilisele vanusele kasutatakse inimese vanuse määratlemisel veel: bioloogilist vanust ehk tema organite ja elundite olukord võrreldes erinevas vanuses tervete inimeste organitega; sotsiaalset vanust ehk ühiskonnas väljakujunenud ootused erinevas eas inimeste käitumisele ja sotsiaalsetele rollidele; psühholoogilist vanust ehk kui vanana inimene ise ennast tunneb ning funktsionaalne vanus ühendab kõiki eelpool mainitud ja näitab mida inimene tahab, suudab ja on võimeline tegema (Saks, et al., 2016).

Kuidas muutub ja milliseks kujuneb inimese heaolu tema elukaare jooksul sõltub paljuski elukvaliteedist ehk milline on inimese arusaam oma positsioonist elus, kultuuri ja väärtuste kontekstist, eesmärkidest, ootustest ja standarditest millega nad elavad (WHO, 2018). Seega, et inimesel oleks tagatud piisavalt head võimalused kogu vananemise vältel, on oluline, et vananemine toimuks aktiivselt ehk tema tervis, turvatunne, elukvaliteet ja ühiskonnas osalemine oleks kindlustatud (Sotsiaalministeerium, 2013). Tegevuspiirangutega inimeste elukvaliteet langeb oluliselt aga siis, kui riigis puudub toetav tervishoiu- ja hoolduspoliitika, mis inimest igapäevaste vajadustega toimetulekul abistaks ja tugiteenuste osutamisega või abivahenditega toetaks (Sakkeus, 2016).

Ajutreeningu käsiraamatus eakatele (2010) kirjeldatakse eakaid sageli kui kogemuste allikat, kes on andnud oma panuse nii perekonnale, lähedastele kui ka sotsiaalsesse ellu, kuid sageli hakkab tööelus aastatega saavutatud edu hilisemas elus kahanema ja võib kohata seisukohta, et kõrge iga on ühiskonnale pigem koormaks ning pensionile jäävaid inimesi vaadeldakse pahatihti kui ühiskonnale majanduslikult kasutuid. Siinjuures lisanduvad ka võimalikud erinevad raskused, näiteks majandusliku toimetuleku langus kui kaaslase kaotusel üksi jäädakse, sissetuleku vähenemine, tervisega seotud kulutused või sotsiaalne kõrvalejätetus ja isolatsioon, kui kaotatakse lähedane inimene või sõber, kellega ollakse harjunud suhtlema ning erinevad muud põhjused, mis võivad viia üksilduse ja depressioonini (Mindwellness Project, 2010).

Üldjoontes on küll inimese eluiga jaotatud mitmeks etapiks ja vanust nimetatud väga erineval moel nii sõnaliselt kui numbriliselt, kuid need teadmised ja kogemused, mis inimene igast eluperioodist kaasa võtab, aitavad rikastada ja kujundada inimese heaolu vanemas eas ja ühtlasi jagada oma kogemusi omakorda noorematele põlvetele.

2.4. Vanusega kaasnev üksildus ja ülevaade temaatilistest uuringutest

Üksilduse kohta on olemas väga erinevaid definitsioone ja teooriaid, kuid samas jääb piir üksilduse ja üksi olemise vahel esmapilgul hämaraks ehk üksi olles ei pea tingimata üksildane olema ning sageli inimene naudibki üksi olemise vaikust ja rahu (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015).

Üksildane inimene tunneb ennast sageli nõrgana, abituna ja eraldatuna, tal on raskusi koostööks, ta tunneb ennast hüljatuna, mahajäetuna ja sageli ka diskrimineerituna (Tiwari, 2013). Niisiis on üksildus emotsioon, mis on igale inimesele keerukas ja ainulaadne kogemus, millel puudub ühine põhjus ning seetõttu ei tohiks üksi olemist ja üksildust seletada ka sarnasel viisil, leiab Holt-Lunstad koos oma kolleegidega (2015) ning nad toovad näiteks lapse, kellel puuduvad mängukaaslased või eakas, kes kaotas elukaaslase, nende üksildus võib olla sarnane emotsioon, kuid üksilduse põhjused on erinevad.

Eakate üksilduse diagnoosimisel on Tiwari (2013) sõnul erinevaid meetmeid millele tuginetakse, näiteks eraldatuse kogemus, füüsiline ja vaimne tervislik seisund, sotsiaälvõrgustik ja üksilduse ulatus ja sagedus. Inimeste tervise seisukohalt on üksildust ja sotsiaalset isoleeritust väga palju seostatud erinevate haiguste tekkega, samas kui lähedase ja toetava isiku olemasolu, või isegi nende mõtlemine, võib vähendada neid samu reaktsioone stressile (Tiwari, 2013). Inimesel, kellel puuduvad sotsiaalsed suhted ehk ta on nii objektiivses kui ka subjektiivses isolatsioonis, on ka suurem enneaegse suremuse oht ning teisalt, olles sotsiaalselt seotud, ei suurene mitte ainult inimese psühholoogiline ja emotsionaalne heaolu, vaid see mõjub positiivselt ka füüsilisele heaolule ja üldisele pikaajalisusele (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Tiwari (2013) hinnangul võib üksilduse tagajärjel heaolu vähenemine põhjustada depressiooni, suitsidaalset käitumist, une- ja söögiisu häireid ning sellised haiguslikud tagajärjed leiavad aset rohkem nende täiskasvanute hulgas, kellel on ka kohanemishäired, probleemid alkoholi liigtarbimisega, madal enesehinnang, aga ka erinevad ärevuse vormid ja stress. Tervise ja heaolu aspekti tähtsustatakse ka aktiivsena vananemise arengukavas 2013-2020, märkides, et vaimse tervisega seonduvate probleemide riski suurendavad üksildus ja sotsiaalne eraldatus, mistõttu tuleks tähelepanu pöörata sotsiaalsete suhete ja suhtlusvõimaluste säilitamisele (Sotsiaalministeerium, 2013).

Eakate kohta läbiviidud uuringuid võib leida nii suurema mahulisi, kui ka ülikoolide magistritööde hulgas. Näiteks on Kingo (2013) uurinud vananemisprotsessi ja aktiivsena

vananemist oma magistritöös „Uus arusaam vananemise kontseptsioonist Eestis“ ja Tuul (2017) uuris, kuidas tulevad toime eakad mehed vananemisega kaasnevate muutustega, oma magistritöös „Eesti eakate meeste vananemiskogemus eluloonarratiivide põhjal“.

SHARE (2019) kodulehel on loetletud kaitstud magistritööd, mis on teostatud SHARE andmete põhjal ning uuritud on muuhulgas vanemaealiste perekonnaseisu seoseid toimetuleku ja tervisega; südame- ja veresoonehaiguste ning sotsiaalvõrgustike vahelisi seoseid; depressiivsust vanemaealistel; kaardistatud ja analüüsitud rahvapensionäre; tegevuspiirangute seoseid majandusliku deprivatsiooniga; varajast tööturult lahkumist mõjutavaid tegureid; tervise enesehinnangu seoseid tervisekäitumisega; tervise enesehinnangu seoseid lähivõrgustikuga; vanemaealiste sotsiaalset tõrjutust; terviseprobleeme ja töökäitumist; leibkondade toimetulekut; töötamist mõjutavaid tegureid; pensionile siirdumise otsust kujundavaid tegureid; tööturukäitumist ja seda mõjutavaid tegureid; vanemaealiste olukorda ja probleeme tööturul. Kõik need teadusuuringud on avaldatud ka SHARE Eesti publikatsioonide all (SHARE -Eesti, 2019).

Demograafiliste muutuste tagajärjel suureneb iseseisvalt elavate vanemate inimeste arv ja nende halvenev majanduslik olukord võib muutuda riskiks olla rohkemal või vähem määral üksildane, mis võib edasi kujuneda terviseprobleemiks just eakamate hulgas, kes on selles suhtes eriti haavatavad (Niedzwiedz, et al., 2016). Uurimaks, kas sotsiaalne osalemine ühiskonnas võib kompenseerida üksilduse ebavõrdsust, vaatlesid Niedzwiedz ja teised (2016) 65-aastaste ja vanemate inimeste majandusliku olukorra, sotsiaalse osaluse ja üksilduse vahelisi seoseid 14-st Euroopa riigist võttes aluseks SHARE (2019) (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) andmebaasi ja UCLA (1996) (*University of California Los Angeles*) skaala. Uuringu tulemusena selgus, et üksildus oli kõrgem vaesemate inimeste puhul ning madalam jõukamates leibkondades, kes said sagedamini osa ühiskondlikes tegevustes ja tundsid ennast seeläbi vähem üksildasemana (Niedzwiedz, et al., 2016).

Sotsiaalset toetust ja sõprade olemasolu rõhutasid ka Wilson ja Moulton (2010) oma uurimuses, mis sarnaselt tugines UCLA skaalale ja viidi läbi USA elanikkonnas. Uuriti tervise, suhete, sotsiaalse võrgustiku suuruse, usu, hobide, ühiskondliku tegevuse, toimetuleku ja kommunikatsioonitehnoloogia kasutamise seonduvat ning selgus, et sugu, rahvus ja haridus ei ole niivõrd seotud üksildusega, samas kui vanus, sissetulek ja perekonnaseis olid ühed olulisemad mõjutajad (Wilson & Moulton, 2010).

Kokkuvõttes võib öelda, et lähtuvalt uurimisprobleemist aitab kirjanduse ülevaade mõista inimese heaolu ja toimetulekut vanemas eas ning erinevad teadustööd annavad ülevaate 50-aastaste ja vanemate inimeste majanduslikust olukorrast, hinnangust oma tervisele, igapäevasest toimetulekust ja võimalustest tööturul. Mitmete tegurite koostoimel satuvad vanemad inimesed sageli olukorda, kus nende tervislik seisund on halvenenud, sotsiaalmajanduslik toimetulek on raskendatud, sotsiaalne võrgustik on väike või peaaegu olematu, neil puudub lähedane inimene, kellega oma mõtteid ja tundeid jagada ning selle tulemusena tunnebki inimene ennast mahajäetuna, üksildasena ja abituna. Üha enam elavad eakad üksi, nende lapsed on suureks kasvanud ja elavad eraldi, riikidevaheline liikumine ei ole enam takistuseks nii õppima asumisel kui ka töötamisel ning põlvkondadevaheline läbikäimine väheneb, seetõttu jäävad sageli vanemad üksi ja tunnevad ennast lisaks emotsionaalsele üksildusele ka sotsiaalselt isoleerituna, mis omakorda võib mõjutada inimese tervist ja viia edasi stressi ja depressiooni tekkimisele, millele omakorda võivad olla veel drastilisemad tagajärjed.

3. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Teoreetilise raamistiku valikul on lähtutud teooriate olemusest, mis aitaksid organiseerida fakte, esitada ja ilmestada nende tähendust. Käesolevas peatükis antakse ülevaade erinevatele teoreetilistele lähenemistele, millele antud uurimistöös on tuginetud. Peatükk on jagatud kolmeks alapeatükiks, millest esimeses tutvustatakse heaoluteooriat, teises alapeatükis antakse ülevaade resilientsuse teooriast ja kolmandas alapeatükis käsitletakse lähemalt üksilduse teoreetilisi tõlgendusi.

Kvantitatiivse uurimismeetodi puhul on heaks lähtekohaks tugineda enne uurimist teoreetilistele alustele (Õunapuu, 2014) ning tulenevalt uurimistöö eesmärgist - leida tunnuseid, mis seonduvad üksildustunde suurenemisega - on käesolevas töös ülevaate ning seoste leidmiseks tuginetud sobilikele valdkondlikele teoreetilistele seisukohtadele.

3.1. Heaoluteooria

Saksa ja tema kolleegide (2016) sõnul, võib eduka vananemise aluseks pidada inimese füüsilist, vaimset ja sotsiaalset edukat koos toimimist ehk need on tegurid, mis tagavad inimese heaolu vanemas eas. Heaoluga saab siduda erinevaid tundeid nagu rahulolu, õnnetunne, rõõm ning muud tunded, mis vanema inimese puhul aitavad säilitada elukvaliteeti, seetõttu saab rääkida subjektiivsest ehk inimese enesehinnangulisest heaolust, ja objektiivsest heaolust, mis tuleneb inimese majanduslikust olukorrast, haigustest, keskkonnast jne (Saks, et al., 2016).

Juba 20. sajandi alguses hakati pöörama tähelepanu heaolu erinevalt mõjutavatele teguritele ja jõuti järeldusele, et negatiivse seisundi kõrvaldamine ei soodustada tingimata positiivse seisundi tekkimist, kuid annab ausa suhtumise sellest, mida inimesed oma elust mõtlevad ehk siis suurema õnne tunde aluseks on bioloogiliste ja psühholoogiliste vajaduste rahuldamine ja pingete vähendamine (Diener, Oishi, & Lucas, 2009). Niisiis on eaka inimese heaolu tihedalt seotud elukvaliteediga, mõjutades nende igapäevaeluga toimetulekut, haigustevaba elu ja iseseisvat hakkama saamist (Saks, et al., 2016).

Ka heaolu arengukava 2016-2023 kirjeldab heaolu, kui inimeste vajaduste rahuldamist sotsiaalselt, materiaalselt ja kultuuriliselt, mislābi kasvavad võimalused eneseteostuseks ning inimene saab oma eesmäärke paremini realiseerida (Sotsiaalministeerium, 2016).

Inimese heaolu (*welfare*) on objektiivsem kui inimese õnnetunne (*happiness*) ning siinjuures põhineb heaolu vajadustel ehk teisisõnu heaolu tase on määratletud vajaduste

rahuldamise astmega, õnnetunde määrab aga subjektiivne ettekujutus ja kogemus ehk mida inimesed tunnevad, kui nad õnnelikud on (Allardt, 1976). Dieneri ja kolleegide (2003) käsitluses hõlmab subjektiivne heaolu kõike seda, mida inimesed oma elus hindavad: õnn, eneseteostus, eluga rahulolu ehk emotsionaalne ja kognitiivne hinnang oma elule. Erik Allardt (1976) küll nõustub mõneti, et vajadused on seotud heaoluga, samas kui soovid on seotud õnnega, küll aga ei nõustu ta väitega, et õnn oleks pelgalt soovide rahuldamine ehk inimesed võivad küll öelda, mida nad tahavad kohe, kuid harva ollakse võimelised ütlema, mida soovitakse tulevikus olukorra muutudes, seega mida halvemad on elutingimused ja elukorraldus, seda vähem ollakse võimelised ütlema, mida muuta tahetakse. Seega saab oma vajadusi rahuldada näiteks sõltuvalt elatustasemest materiaalsete ressursside omamise kaudu või selle kaudu, kuidas inimesed omavahel suhtlevad ehk armastuse ja sõpruse vajaduse kaudu (Allardt, 1976).

Nordbakke ja Schwanen (2014) käsitlevad heaolu, aga hoopis liikuvuse ehk mobiilsuse kontekstis ja tõstavad esile füüsilise liikuvuse olulisust, mis tagab ja võimaldab juurdepääsu transpordivahenditele ja seeläbi parandab inimese seotust parema elukvaliteediga, vähendab sotsiaalset tõrjutust ning isolatsiooni. Samas ei pea nad silmas mitte ainult kehalist liikuvust, vaid ka virtuaalset liikuvust, mis võimaldab inimesel info-ja kommunikatsiooni maailmas paremini hakkama saada ning seeläbi suurendada heaolu vanemas eas (Nordbakke & Schwanen, 2014).

Erik Allardt (1976) näeb heaolu ja elatustaseme vahelise seosena vajadusi, mille puhul rahuloluga seotud põhivajadused määratletakse:

- omamine (*having*) ehk materiaalsed vajadused, mis on vajalikud toimetulekuks ja elamiseks so sissetulek, eluase, tervis ja haridus;
- armastamine (*loving*) ehk armastuse, sõpruse ja kaaslase vajadus, vajadus teiste inimestega suhelda, olla sotsiaalselt aktiivne ning kuuluvustunne ehk seotus teiste inimestega ja ühiskonnaga, sotsiaalsed suhted perega, sõpradega, naabritega jne;
- olemine (*being*) ehk reputatsiooni ja eneseteostuse vajadus ning olla kaasatud tegevustesse ehk realiseerimine ja vaba aja sisustamine.

Sarnaselt eristavad ka Steptoe, Deaton ja Stone (2015) heaolu põhipunktidenä: eluga rahulolu ehk hindavat heaolu (*evaluative wellbeing*), tundepehne heaolu ehk hedoonilist, nagu näiteks õnn, kurbus, rõõm, stress jms (*hedonic wellbeing*) ja heaolu poole püüdlevat ehk eudaimoonilist heaolu (*eudemonic wellbeing*), keskendudes elu tähenduse ja eesmärgi hindamisele. Heaolu mõõtmise erinevad tasemed on välja pakkunud veel Kahneman (1999) märkides muuhulgas ära objektiivse heaolu ehk tingimused või olukorrad

(sissetulek, eluase jms), subjektiivse heaolu (enesehinnang, rahulolu jms), püsiva meeleolu (optimism või pessimism), otsesed emotsioonid (naudingud, valu, rõõm, viha) ja biokeemilise ehk närvidel baseeruva käitumise.

Heaolu kirjeldamisel on välja pakutud veel mitmeid teoreetilisi lähenemisi ja seisukohti:

- Inimesed on õnnelikud kui nad tegelevad neid huvitavate tegevustega (Csikszentmihalyi, 1975);
- Aktiivses ühiskondlikus elus osalemine tagab vanemas eas suurema rahulolu (Harlow & Cantor, 1997);
- Eesmärkide seadmine ja nende saavutamine on olulised heaolu näitajad, mille tulemusel inimesed kogevad positiivsemaid emotsioone ja tunnevad, et elul on mõtet (McGregor & Little, 1998);
- Õnnelikke ja vähem õnnelikke inimesi eristavad demograafilised näitajad, nagu näiteks vanus, sugu ja sissetulek, mis on seotud subjektiivse heaoluga (Diener & Diener, 1996);
- Subjektiivset heaolu võivad mõjutada erinevad elusündmused, kuid inimesed kohanevad nende muutustega ja on võimelised naasma sündmusele eelnenud tasemele (Headey & Wearing, 1992);
- Subjektiivse heaolu seos abielu ja religiooniga sõltub tõenäoliselt inimese väärtustest ja kultuurist (Diener, Oishi, & Lucas, 2009).

Riikidevahelise teadustöö uurimisinõukogu (2001) hinnangul on oma tervisega rahulolu vanemate inimeste hulgas üldiselt madalam kui nooremate hulgas, samas kui subjektiivne heaolu erinevates vanuserühmades jääb nooremate ja vanemate inimeste seas enam-vähem samale tasemele. Aja möödudes võivad hakata inimese tavapärasest heaolu ohustama mitmed stressirohked sündmused ning nende sündmuste sagedus ja tegurid kombineerituna hilisemas eas võivad mõjutada ka pikaajaliselt, kuid tänu resilientsusele on inimesed võimelised negatiivsetest sündmustest taastuma ja tekkinud olukorraga kohanema (National Research Council, 2001).

Võttes arvesse uurimistöö eesmärgi, milleks on leida ja analüüsida tunnuseid, mis on seotud eakate üksildusega, on teoreetilise raamistiku loomisel tuginetud Allardti (1976) heaoluteooriast tulenevatele inimese põhivajadustele „omamine, armastamine, olemine“ ja vastupidi nendele puudumisele, milleks on ilmajäetus, eraldatus ja isolatsioon, üksildus, kurbus ja võõrandumine.

3.2. Resilientsuse teooria

Oma elu jooksul kogevad inimesed erinevaid sündmusi, mis sageli muudavad nende elu pöördeliselt, on selleks siis raske haigus, töö või lähedase inimese kaotamine või muu traumaatiline sündmus. Need on keerulised elukogemused, millele inimesed erinevalt reageerivad ja sageli kaasnevad sellega ka emotsionaalsed ja ebakindlad tunded, kuid üldiselt inimesed kohanevad aja jooksul muutuvate ja stressirohkete olukordadega tänu vastupanuvõimele (Schoon, 2006).

Resilientsusel ehk inglise keelsel sõnal *resilience* on eesti keeles mitmesuguseid tõlkeid ja väljendusi, näiteks säilenõtkus, vastupanuvõime, vastupidavus või elastsus (Selge, 2008). Kai Saks (2016, lk 41) sõnastab ingliskeelse *resilience theory* aga hoopis paindlikkusteoriana. Antud uurimistöös on edaspidi kasutatud siiski väljendit resilientsus.

Resilientsus ehk niinimetatud inimese vastupanuvõime avaldub näiteks ebaõnnestumiste, traumade, tragöödiate, erinevate stressiallikate, suhteprobleemide, terviseprobleemide või töökoha kaotuse ja rahaliste raskuste puhul, seega keerulistest olukordadest tagasipöördumiseks väljapääsu ja lahenduste otsimisel (APA, 2019).

Resnicki (2014) hinnangul saab resilientsust eristada mitmeti, näiteks tervise resilientsus, psüühiline resilientsus, emotsionaalne resilientsus ja füüsiline resilientsus. Niisiis viitab resilientsus protsessile, mille käigus inimesed on võimelised õnnetustest ja ebaõnnest toibuma ning ideaalis, sellest saadud kogemusest, muutuma ja edasi arenema (Resnick, 2014), keerulistest olukordadest edukalt välja tulema ja tulemuslikult kohanema (Masten, Garmezy, & Best, 1990). Sarnaselt tõlgendab resilientsust ka Kaplan (2005), väites, et resilientsuse olemus tugineb ideele saavutada positiivne ja rahuldustpakkuv tulemus olukorras, kus tavaliselt eeldatakse negatiivseid tulemusi. Stressi või ebaõnnestumise korral mängivad olulist rolli ka inimese omadused ning seetõttu näitavadki mõned inimesed positiivseid tulemusi, hoolimata tagasilöökidest ja ebaõnnestumistest, samal ajal kui teised, kes ei puutu kokku õnnetustega, ei näita mingeid tulemusi (Schoon, 2006). Resilientsust ei saa üheselt hinnata ega arvuliselt mõõta, selle olemasolu eeldab, et kas: a) on praegu või on olnud taastumine ebasoodsast olukorrast või b) inimene saab hakkama (Coatsworth & Masten, 1998).

Sotsiaalses keskkonnas on peamiste resilientsuse ressurssidena rõhk asetatud perekondlikele suhetele, sotsiaalsetele struktuuridele, kultuurile, heaolule, tervisele ja

haridusele (Bottrell, 2009) ning Stine-Morrow ja Chui (2012) lisavad soodustavate teguritena ka vaimse kaasatuse, iseloomu ja temperamendi ning motiveerituse. Resnick (2018) väidab, et motivatsioon tugineb küll rohkem inimese sisemisele soovile ja viitab vajadusele tegutseda teatud viisil mingi eesmärgi saavutamiseks, kuid nii motiveeritud kui resilientsete inimeste omadused on sarnased, neid saab aja jooksul arendada ning mõlemad on oluliselt tähtsad kriitilistest olukordadest taastumiseks ja edukaks vananemiseks. Ta mõtestab resilienttsust, kui võimet hüpata tagasi füüsilistest, emotsionaalsetest, finantsilistest või sotsiaalsetest raskustest ja edasi hakkama saada ehk võimet kohaneda ja tulla toime tragöödiatega, traumade ja muude eluraskustega (Resnick, 2018).

Oluliseks sisuks resilienttsuse teooria puhul võiks nimetada veel:

- kaitsetegurid ehk inimesest endast või keskkonnast tulenevad omadused ja võime sekkuda olukordadesse ja muutustesse ning seeläbi tugevdada vastupanu aidades raskustest paremini välja tulla;
- riskifaktorid ehk muutusi sisaldavad sündmused või olukorrad, mis kahandavad inimese vastupanuvõimet muutusteks;
- haavatavusega seotud faktorid ehk olukorrad, mis tulenevad keskkonnast või bioloogilised puudujäägid, mistõttu on inimesed vastuvõtlikumad (Smith-Osborne, 2007).

Resilienttsuse kaitsefaktoreid mainib nii Greene (2008), nimetades kaitseteguritena erinevaid sündmusi, tegevusi ja tingimusi, mis suurendavad inimese kohanemist ja aitavad vähendada riski, kui ka Windle (2011), kes vaatleb resilienttsust kolmest põhikomponendist koosnevana, milleks on: ebaõnnestumine ja riski olemasolu; positiivne kohanemine ja õnnetuste vältimine; kaitsefaktorid ja kohanemist hõlbustavad vahendid. Lisaks tervise halvenemisele, füüsilisele ja kognitiivsele langusele, seisavad vanemaealised sageli silmitsi ka sotsiaalse toetuse kadumisega ning resilientsus ei eeldagi siinjuures väga häid tulemusi, vaid pigem olukorraga kohanemist ja kohandumist (Windle, 2011).

Paratamatult on vanemas eas inimesed haavatavamad, nende võimalused ja ressursid on piiratumad, seetõttu on ka igapäevaste tegevuste säilitamine vanemaealise resilienttsuse seisukohast väga asjakohane (Hayman, Consedine, & Kerse, 2016). Tuginedes oma uurimustele väidavad Janssen ja teised (2011), et toetavate ressursidena muutustega kohanemisel tõusevad vanemaealiste resilienttsuse puhul esile kolm omavahel haakuvat tasandit. Individuaalsel tasandil toimetulek sõltub inimese suutlikkusest ja usust olukorras hakkama saada ehk vananemisega kaasnevate muutustega toimetulekust, vananemisprotsessi mõtestamisest ning oma nõrkade külgedega leppimisest, mis aitab

vanusega kaasnevate piirangute ja muutustega kohanemisel (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011). See millisel viisil inimene vananemisega kaasnevate muutustega kohaneb ja nendega lebib, suunab ka inimese edasise käitumise ja osaluse iseseisvaks hakkama saamiseks ning aktiivseks osalemiseks elus (Diehl & Wahl, 2010). Ka Schoon (2006) nimetab vanemas eas positiivse kohanemise tähtsust seoses vananemisega ja igapäevaste nõudmistega toimetulekul. Negatiivsed muutused elus, mille tulemusel eakad võivad hakata vajama abi ja toetust, ei pruugi olla just tulemuslikud ning võivad tekitada segaseid tundeid, sest ei taheta olla teistele koormaks, kuid heaolu säilitamisel on olulisemaks aluseks tulevikku vaatamine ja keskendumine sellele, mida veel suudetakse teha (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011). Interaktsiooni tasandit iseloomustab Jansseni ja tema kolleegide (2011) sõnul see, kuidas inimesed suhtlevad ja millised on kogukonnas omavahelised suhted. Kontekstuaalne tasand iseloomustab ühiskondlikku tasandit laiemalt, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavust, sotsiaalsete ja materiaalsete ressursside kättesaadavust ning sotsiaalpoliitilisi käsitusi, eesmärgiga tõsta inimese elukvaliteeti ja ühtlasi soodustada ühiskonnaelus osalemist (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011).

Rahvastiku vananemise, eakate ja resilentsuse vaheliste seoste vastu on huvi oluliselt suurenenud, selle põhjuseks on vanemate inimeste nii keskkonnavalised, ressursilised, kui ka sotsiaalpoliitilised vajadused, mis peaksid pöörama suuremat tähelepanu just vanemaealiste ühiskonda kaasamisele (Wiles, Kerse, Wild, & Allen, 2011).

Käesoleva magistritöö eesmärk on uurida vanemaealiste inimeste üksildust seoses erinevate tunnustega ja tuginedes resilentsuse teooriale, saab käsitleda antud teemat lähenedes eaka inimese toimetulekule seoses vanusega kaasnevate muutustega ja võimega kohaneda erinevate olukordadega ning kaotustega edaspidi, võimaldades oma eluga edukalt edasi minna ja saavutada rahuldust pakkuv tulemus. Lühidalt öeldes sõltub inimese toimetulek tema enesehinnangust ja usust oma toimetulekusse, omavahelistest suhetest sotsiaalsõrgustikuga ja lähedastega, mis aitab paremini kohaneda vananemisega kaasnevate probleemidega ja muutustega ning ühtlasi vähendab üksilduse ja isoleerituse tekke ohtu (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011).

Tulenevalt eelpool öeldust uuritakse resilentsuse teooriale tuginedes neid muutusi ehk riskifaktoreid, kaasa aitavaid omadusi ehk kaitsetegureid ja olukordi, mis seonduvad ja seeläbi mõjutavad või soodustavad eakate inimeste üksilduse tunde tekkimist.

3.3. Üksilduse teooria

Esimesed kirjutised üksilduse teemal arvatakse olevat juba 1938.aastast ja tuginedes isiksuse arendamise teooriale olid 1953.aastal esimesed märged üksildusest kui vajadusest läheduse järele ning sealt edasi on üksilduse teemal ilmunud hulgaliselt artikleid ja uurimusi, kus on püütud üksildust erinevalt hinnata ja uuritud üksildaste inimeste omadusi ning sotsiaalset käitumist (Peplau, 1985).

Ingliskeelne kirjandus hõlmab paljusid omavahel seotud ja osaliselt kattuvaid konseptsioone, sealhulgas on mõned eesti keelde otseselt tõlkimatud, nagu näiteks: „*being alone*“ ehk üksi olemine ei tähenda samaaegselt üksildust ja pole ka tingimata negatiivne kogemus, vaid võib pakkuda aeg-ajalt inimesele hoopis loomingulist kasvu, „*living alone*“ ehk üksi elamine, „*solitude*“ ja „*loneliness*“ üksindus ja kellestki puudust tundmine ning „*feeling lonely*“ üksildane või üksi tundmine ehk inimene võib tunda üksikuna ka teiste kohalolekul (Jylhä & Saarenheimo, 2010). Oluline erinevus seisneb Jylhä ja Saarenheimo (2010) hinnangul sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse kogemuse vahel, mis on äratuntav ainult inimese enda poolt ning teine oluline erinevus puudutab sotsiaalset üksildust ja emotsionaalset üksildust.

Weiss (1973), keda on seoses üksilduse teooriaga enim tsiteeritud, arutleb üksilduse teemal kahest erinevast seisukohast, milleks on sisemised ja välised põhjused. Emotsionaalne üksildus tuleneb Weissi (1973) sõnul usaldusväärse kiindumuse ja lähedaste või intiimsete suhete puudumisest: inimene on endasse tõmbunud, ei suuda ennast avada ega usaldada kedagi teist. Inimesel võivad küll olla sõbrad, kuid ometi puudub tal lähedane inimene, kellega oma isiklikke tundeid ja mõtteid jagada, seega ei ole üksildus mitte ainult soov seltskonna järgi, vaid pigem on see vajadus konkreetses vormis sõprussuhte järgi ning seda tunnet iseloomustab tühjus ja lahendus olukorrale oleks uue lähedase suhte alustamine (Weiss, 1973). Niinimetatud välistest põhjustest tulenev sotsiaalse üksilduse vorm on seotud sõprade ja lähedaste puudumisega (Weiss, 1973) ning samuti laia sotsiaalse võrgustiku puudumise ja isolatsiooniga kogukonnast (Havens & De Jong Gierveld, 2004). Sotsiaalset üksildust tunnevad inimesed sageli siis, kui tutvusring muutub ja suhtlemine jääb vähesemaks, näiteks abielu lahutades, lähedase inimese kaotuse puhul, aga ka kolides uude keskkonda, töö kaotusel või pensionile jäädes, niisiis tunnevad emotsionaalselt üksildased ennast sageli mingil hetkel ka sotsiaalselt üksildase ja eraldatuna (Weiss, 1973).

Üksildus on unikaalne ja subjektiivne iga inimese jaoks ja kuigi inimeste üksildusel võivad olla väga erinevad põhjused, võivad tagajärjed olla vägagi sarnased, mistõttu on seda ka keeruline defineerida (Killen, 1998). Jylhä ja Saarenheimo (2010) sõnastavad üksilduse kui kokkuvõtte negatiivsetest või ebameeldivatest tundmistest, mis tulenevad kvalitatiivsete või kvantitatiivsete sotsiaalsete suhete puudusest. Inimese individuaalne kogemus eeldab vähemalt teadlikkust sellest, mida tähendab suhete olemasolu, kontakt teistega või olla osa kogukonnast ning toetub võrdlusele, kus inimese praegune olukord on seatud vastuollu tema varasema või eeldatava tuleviku olukorraga, aga ka teiste inimeste olukorraga (Jylhä & Saarenheimo, 2010).

Perlman ja Peplau (1981) on sõnastanud üksilduse kui indiviidi soovitud ja saavutatud sotsiaalsete suhete taseme erinevust ning De Jong Gierveld (1987), lisab kirjeldusele ka olukorra, kus läheduse tase pole piisav. Ta sõnastab üksilduse definitsiooni järgmiselt: „Üksildus on üksikisiku olukord, mille puhul esineb ebameeldiv või vastuvõetamatu suhete puudumine. See hõlmab olukordi, kus olemasolevate seoste arv on väiksem kui peetakse soovitavaks või vastuvõetavaks, samuti olukord kus läheduse soov ei ole realiseeritud. Seega on üksildus seotud sellega, kuidas inimene oma eraldatust ja teiste inimestega suhtlemise puudust mõistab, kogeb ja hindab“ (De Jong Gierveld, 1998, lk 73).

Psühholoogilistes väljavaadetes nähakse üksildust sageli kui puudujääki varasematest inimestevahelistest kogemustest või sotsiaalsetest oskustest (Andersson, 1998). Üksildust võib nimetada ka ahastuse tundeks, millega kaasneb arusaam, et sotsiaalse suhtluse kogus ja eriti selle kvaliteet ei vasta sotsiaalsetele vajadustele ehk teiste sõnadega on üksildus soovimatu tühimiku tagajärg, tegelike sotsiaalsete suhete ja soovitu vahel, mistõttu võib üksildust pidada sotsiaalse tõrjutuse märgiks, mis omakorda võib kahjustada inimese tervist eriti vanemas eas (Shiovitz-Ezra, 2015). Killen (1998) seevastu nimetab oma artiklis üksildust tänapäeva ühiskonna epideemiaks ja väidab, et igaüks on teatud määral üksildane, ükskõik kui palju ka ei teeselda, see on osa inimlikkusest. Üksildus on subjektiivne ja väga isiklik tunne, mida sageli häbenetakse ning tavaliselt on seda raske ja piinlik tunnistada, inimesed sageli pigem tunnevad end üksi, kui räägivad kellelegi oma tunnetest (Killen, 1998). Sarnaselt üksildust subjektiivse kogemusena kirjeldab ka Dykstra (2009), lisades juurde sellega kaasneva negatiivse mõju ning märkides, et üksildus on tugevamalt seotud suhete kvalitatiivsete kui kvantitatiivsete omadustega.

Üksilduse klassifitseerimiseks on kaks võimalust, millest üks põhineb üksilduse kestusel ja teine suhete puudusel, ulatudes lühikesest ebamugavustundest tõsiste ja püsivate

kannatusteni (Peplau, 1985). Üksildust võib kirjeldada ka valusa ja piinava enesetundena, kus inimene tunneb ennast üksi, hoolimata sellest, et teda ümbritsevad inimesed ning puudust tuntakse just emotsionaalsest toetusest (Azeredo & Afonso, 2016).

Tulenevalt eelnevast on näha, et üksildust saab määratleda ja mõtestada mitmel viisil, kuid enamasti sisaldavad need kolme peamist punkti:

- üksildus on subjektiivne kogemus ja see ei ole sotsiaalse eraldatuse sünonüüm. Siinkohal tasub eristada, et „üksildus“ väljendab üksioleku valu ja „üksindus“ väljendab üksi olemist;
- üksildus tuleneb inimese sotsiaalsete suhete puudusest. Inimese põhivajadused lähedusest ei ole täidetud ning suhete hulk ja kvaliteet, mida inimene ise tunneb, ei vasta sellele, mida ta omale soovib;
- üksildus on vastupidine kogemus „üksindusega“ kaasnevale arusaamale, et see võib osutuda meeldivaks kogemuseks, pakkudes näiteks isiklikku arengut. Üksildust seostatakse tavaliselt selliste tunnetega nagu depressioon, tühjus, ärevus, igavus, abitus ja meeleheide (Peplau, 1985).

Kolmemõõtmelisena näeb üksildust ka De Jong Gierveld (1998): esiteks nimetab ta lähedaste tunnete puudumist, tühjuse tunnet ja hülgamist; teise komponendina nimetab ta ajafaktori ehk kas inimesed tõlgendavad oma üksildast olukorda lootusetuna või muutuva ja mööduvana ja kas nad süüdistavad selles olukorras ennast või teisi; kolmandaks mõõtmeks nimetab ta erinevaid emotsionaalseid aspekte nagu näiteks kurbus, häbi, süütunne, pettumus ja meeleheide.

Sarnaselt Peplaule (1985) ja De Jong Gierveldile (1998) kirjeldab ka Daniel Perlman (1988) üksildust kolmest põhipunktist koosnevana:

- üksildus tuleneb inimese sotsiaalsete suhete puudusest, kui tegelikud suhted ja vajadused ning soovid on vastuolus;
- üksildus on subjektiivne kogemus, mis ei ole sünonüümiks objektiivse sotsiaalse eraldatusele või isolatsioonile. See tähendab, et inimesed võivad olla ka üksi, ilma et nad oleksid üksildased;
- üksildus on ebameeldiv ja ärritav kogemus.

Erinevalt eelnevatest liigitab Tiwari (2013) üksilduse aga põhjustest tulenevalt:

- situatsiooniline ehk olukorra üksildus, mille puhul sotsiaalmajanduslik ja kultuuriline keskkond soodustab üksilduse teket;

- arengu üksildus ehk vajadus olla seotud teise inimesega. Sotsiaalne marginaalsus, puue, vaesus, elukorraldus jms võivad olla põhjuseks nn arengu üksildusele;
- sisemine üksildus ehk tajumine, et ollakse üksi, madalam enesehinnang, vaimne stress, süütunne, väärtusetuse tunne jne muudavad inimese üksildaseks.

Üksilduse tüübid on samuti erinevalt tuvastatud seoses:

- 1) sotsiaalse puudujäägiga ehk sotsiaalse isolatsiooni üksildus, kui inimesel puudub sotsiaalne side näiteks sõprade või kogukonnaga;
- 2) emotsionaalse isolatsiooni üksildus, mis põhineb lähedase inimese, näiteks laste, vanemate või abikaasa puudumisel (Peplau, 1985).

Kahemõõtmelisusele tuginevad Schirmer ja Michailakis (2016), käsitledes emotsionaalset üksildust kui tuntavat individuaalset kogemust ja sotsiaalset isolatsiooni kui liialt väikest sotsiaalset võrgustikku. Seega on sotsiaalse isolatsiooni puhul tegemist sotsiaalse suhtluse puudumisega, suhted perekonnaga on piiratud või olematud, kontaktid ja suhted puuduvad nii sõprade ja naabritega, kui ka ühiskondlikul tasandil laiemalt (Berg & Cassells, 1992). Inimene võib elada üksi ja tal võib olla suhteliselt vähene sotsiaalsete kontaktide arv, kuid ometi tunneb ta ennast harva üksi, samas vastupidi, inimesel võib olla krooniline üksildus isegi siis, kui ta on rahvahulgas ja teiste poolt ümbritsetud ehk siis sotsiaalne isolatsioon ja emotsionaalne isolatsioon ei ole mingil juhul samaväärsed (Johnson & Mullins, 1987) ja seega on üksildus pigem sünonüüm tajutava sotsiaalse isolatsiooniga, mitte objektiivse sotsiaalse isolatsiooniga (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Erinevate soodustavate teguritena nimetab Perlman (1988) esiteks inimese omadusi ja sotsiaalsete oskuste puudumist, teiseks olukorda ja sotsiaalset eraldatust ning kolmandaks üldisi väärtusi ja individualismi. Olulise tähendusega on näiteks inimese kolimine uude keskkonda ja abielu lagunemine, mis kindlasti mingil määral muudavad inimese ühiskondlikku elukorraldust, aga ka puuduv auto kasutamise võimalus ja piiratud transpordi kättesaadavus võivad olla üheks üksildust suurendavaks teguriks (Perlman, 1988).

Sõltuvalt teoreetilisest fookusest on Jylhä ja Saarenheimo (2010) väitel üksildust vanemas eas uuritud individualistlikest, inimestevahelistest või sotsiaalsetest perspektiividest ning nende mõistmiseks tuleks neid erinevaid viise vaadelda mitte üksteist välistavatena, vaid üksteist täiendavatena. Sotsiaalsed ja demograafilised perspektiivid keskenduvad peamiselt sotsiaalsete ja keskkonnaalaste tegurite rollile, nagu näiteks sotsiaal-demograafiline

positsioon, materiaalne olukord, sotsiaalne ebavõrdsus, tervis ja muud elusündmused, mis võivad vanemat inimest marginaliseerida või isoleerida (Jylhä & Saarenheimo, 2010).

Johnson ja Mullins (1987) toovad välja ka kroonilise üksilduse ehk püsiva üksilduse, mida kogevad inimesed sotsiaalsetes suhetes vähemalt kaks või enam järjestikust aastat, seevastu ajutine üksildus viitab aeg-ajalt üksilduse tunde, mis püsib lühikest aega ning sarnaneb tundega, mis võib tekkida näiteks lähedase inimese kaotusega, aga ka teatud kriisiolukorras. Perlman ja Peplau (1998) annavad veel ühe jaotuse ajalises mõõtmes, mille puhul saab inimesi liigitada lühiajaliselt või olukorrast tingitud üksildasteks ja pikaajaliselt üksildasteks, kus omavahelised erinevused seisnevad peamiselt olukorra spetsiifilisuses ja pikaajalise üksilduse puhul on inimestel puudulikumat sotsiaalseid oskused ja suuremad raskused nende ületamisel.

Kui sotsiaalse üksilduse ehk sotsiaalse võrgustiku puudumise põhjustena saab nimetada füüsilise liikumise puudumine, töö kaotamine, väheseid kontakte lähedastega ning tulemuseks on igavus ja rahutus, siis emotsionaalse üksilduse puhul saab rääkida ärevusest, vihost, vaenulikkusest ja depressioonist ning seetõttu võib pidada emotsionaalse üksilduse tagajärgi sotsiaalse üksilduse tagajärgedest tugevamateks ja ebameeldivamateks (Perlman & Peplau, 1998).

Hawkley ja Cacioppo (2010) hinnangul kogevad vanemad inimesed üksildust sagedamini kui teised vanuserühmad ning üksildustundega elamine ei ole pelgalt probleem, vaid see mõjutab kogu inimese elukvaliteeti, tema üldist vaimset ja füüsilist tervist ning suurendab haigestumust ja suremust. Niisiis saab üksildust seostada isiksushäirete ja psühhoosidega, halvenevate emotsionaalsete ja kognitiivsete protsessidega, märgatavalt väheneb enesekindlus ja optimism, suurenevad hirm, ärevus ja viha, samuti suurenevad depressiivsed sümptomid ja Alzheimeri tõve ja dementsuse risk (Hawkley & Cacioppo, 2010) lisaks võivad esineda unehäired, söögiisu langus, alkoholi liigtarvitamine (De Jong Gierveld, 1998).

Üksilduse suurenemise seost vananemise, madalama elukvaliteedi ning füüsiliste ja vaimsete terviseprobleemide suhtes märgivad ka Lim ja Kua (2011), kuid samas kokkuhoidva perekonna puhul, kus lapsed toetavad oma vanemaid nii rahaliselt, füüsiliselt kui emotsionaalselt, on eakate sotsiaalne kaasatus suurem ja seeläbi tuntakse ka oluliselt vähem üksildust. Cacioppo, Fowler ja Christakis (2009) on seisukohal, et üksildus vanemas eas leiab aset pigem sõprade hulgas kui perekonnas, mis tähendab seda, et eemaldumine toimub pigem nendes ringkondades, mida me valime, mitte nendes, mida me pärimisega saame. Suuremat sotsiaalset isolatsiooni võib täheldada ka piirialadel ja väiksemates

maakohtades, kus kontaktid ja väiksem sotsiaalne võrgustik võivad sotsiaalset üksildust suurendada (Cacioppo, Fowler, & Christakis, 2009).

Chen ja Schulz (2016) on seisukohal, et sotsiaalne eraldatus vanema elanikkonna hulgas on väheste sotsiaalse suhtluse tulemus, kuigi tänapäeval kiiresti arenev info- ja kommunikatsioonitehnoloogia võimaldaks oluliselt ennetada ja vähendada eakate sotsiaalset eraldatust ning suhteliselt taskukohaselt suhelda erinevates vormides (telefon, internet). Infotehnoloogia kasutamine suurendaks vanemaealistel enesekindlust ja aitaks säilitada sotsiaalset aktiivsust, osaleda ühiskondlikus tegevuses ning seeläbi oleks ka erineva teabe ja ressursside kättesaadavus suurem ning ühtlasi vähendaks sõprade ja tuttavatega suhtlemine sotsiaalset üksildust (Chen & Schulz, 2016). Kindlasti ei ole arvuti, interneti ja infotehnoloogia kasutamise võimalused erinevatel põhjustel kättesaadavad kõigile eakatele ja Chen ja Schultz (2016) nõustuvad, et takistuseks võivad osutuda näiteks ruumilised, füüsilised, nägemisest tingitud või sotsialiseerumisest tulenevad põhjused, kuid samas eakatele kohandatud koolitus võib anda väga positiivseid tulemusi sotsiaalse isolatsiooni leevendamisel ja aidata eakatel hoida sidet oma pereliikmetega, lastega ja sõpradega.

Tuginedes läbiviidud uuringutele infotehnoloogia kasutamisest vanemate inimeste hulgas, märkis ka Cotten (2013) koos oma kolleegidega depressiooni taseme langust ja positiivset mõju inimeste elukvaliteedile ning uuringus osalejad mainisid suuremat seotust oma pere ja sõpradega, sotsiaalsete kontaktide suurenemist ja eraldatuse vähenemist. Erinevust interneti kasutajate ja mittekasutajate vahel, märgivad ka Keränen ja teised (2017), täheldades info kättesaadavuse suurenemist näiteks pangandus-, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste, ostude või uudiste, sotsiaalmeedia ja vaba ajaga seotud tegevuste vms, puhul. Kognitiivsuse langus või mõni muu probleem, nagu näiteks füüsiline puue võib piirata aktiivset osalemist sotsiaalses tegevuses, siis interneti kasutamine ja veebipõhine tegevus võivad olla siinjuures heaks võimaluseks tugevdada sotsiaalseid sidemeid ja jätkata või suurendada aktiivset suhtlemist ka vananedes (Myhre, Mehl, & Glisky, 2017).

Peamise sekkumismudelina on oluline, et vanemad inimesed säilitaksid aktiivsuse, isegi siis kui nad teevad oma tegevusi üksi, kuna see toetab ja parandab nende enesehinnangut (Perlman, 1988) ja ühtlasi tuleks suurendada sotsiaalseid oskusi, toetusi ja suhtlust ning tegeleda inimese kohanemisvõimega ja madala sotsiaalse tunnustusega, aidates nii vältida üksilduse tunnet (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Inimese üldine heaolu hõlmab nii objektiivseid kui subjektiivseid näitajaid ning tuginedes heaoluteooriale on käesolevas magistritöös lähtutud inimese enesehinnangust oma emotsionaalsele seisundile ning erinevatele tunnustele, mis võivad seonduda eaka üksilduse tundega. Kui inimesed tunnevad end üksildasena, kipuvad nad olema ärevad, vaenulikud, nendega on ebamugavam suhelda, mistõttu sageli ei ole olukord raske mitte ainult üksildust tundvale inimesele, vaid ka teda ümbritsevatele ja temaga suhtlevatele inimestele. Seega eluga rahulolu ja kohanemine vananemisega on individuaalne ning hoolimata kõrvalekalletest võivad nad tänu resilientsusele edukalt vananemisega kaasnevate muutustega toime tulla ja säilitada oma igapäevase heaolu.

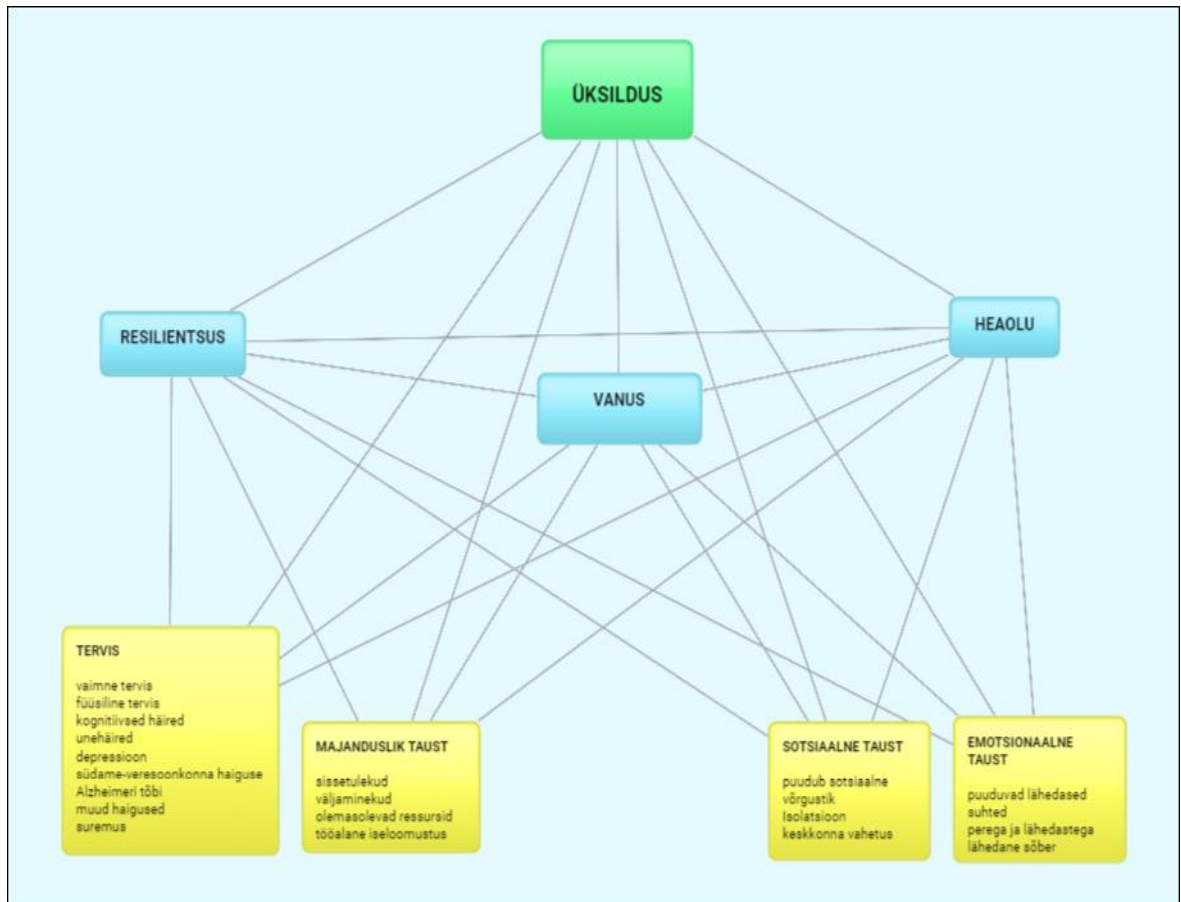
Uurimistöö teoreetilise tausta põhjal on püütud leida ühisosa üksilduse, resilientsuse ja heaolu vahel ja on koostatud mudel omavahelistest seostest, kus märksõnadena on kasutatud nii põhjuseid kui ka tagajärgi.

3.4. Uurimisprobleemi püstitus, uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused

Paljud vanemaealised elavad vanaduses üksinda, nende lapsed on kodust lahkunud ja elavad eraldi, partnerit pole või abielu on lahutatud, vanemad või abikaasa on surnud, vahetatakse elukohta või on muud elumuutused, mis suurendavad üksi elavate inimeste osakaalu. Samas ei pea üksi olles ennast tingimata üksildasena tundma. Seega ei ole probleem see, et eakad elavad üksinda, vaid see, et nad tunnevad ennast üksildasena. Üksildus on igale inimesele ainulaadne emotsioon, see on masendav ja kurnav tunne, mis halvemal juhul võtab ära tegutsemistahte ja eluisu. Vanemaealiste individuaalse vananemisprotsessi kulgu mõjutavad erinevad tegurid muuhulgas sotsiaalne keskkond, füüsiline võimekus, majanduslik olukord, sotsiaalsed suhted, digitaalsed oskused jne. Üksildus ja sellega seonduvad tegurid tekitavad vanemaealistel elust kõrvalejätuse tunnet, eraldatust ning suurendavad haavatavust ja suremust.

Tulenevalt käesolevas töös aluseks võetud kolmest teooriast ja nende omavahelisest seosest ning mõistmaks, kuidas nad on seotud uuritava probleemiga, koostati mudel, mille komponentidena reastati üksildus, resilientsus ja heaolu. Kui vaadelda mudelt joonisel 3, siis on näha, et kõik kolm teooriat on omavahel seotud ning niisama oluline seotud tegur on ka vanus. Märkimisväärsed omavahelised seosed tekivad ka tervise, majandusliku, emotsionaalse ja sotsiaalse taustaga. Kokkuvõttes vajab eakas inimene nii halveneva tervisliku olukorraga kohanemisel ja leppimisel, kui ka vanadusega väheneva sotsiaalse

suhtluse tõttu tekkiva üksildusega toimetulekuks piisavalt resilientsust, et säilitada edasine heaolu ja edukas vananemine.



Joonis 3. Heaolu, resilientsuse ja üksilduse vahelistes seoste mudel. Autori koostatud

Käesoleva uurimistöö eesmärk on analüüsida, olemasoleva SHARE andmebaasi põhjal, kui levinud on üksildus eakate hulgas ja milliste demograafiliste, sotsiaal-majanduslike, tervises seisundit ja sotsiaalset läbikäimist iseloomustavate tunnustega eakate üksildustunne seonduv.

Lähtuvalt töö eesmärgist otsitakse vastuseid järgmistele küsimustele:

1. Kuidas on seotud demograafilised tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?
2. Kuidas on seotud sotsiaal-majanduslikud tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?
3. Kuidas on seotud tervise seisundit iseloomustavad tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?
4. Kuidas on seotud sotsiaalset läbikäimist ja aktiivset tegevust iseloomustavad tunnused üksildustundega vanematel inimestel Eestis?

4. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesolevas peatükis kirjeldatakse täpsemalt uurimismeetodite valikut, mis tulenes magistritöö teemavalikust, uurimisprobleemist ja püstitatud uurimisküsimustest. Erinevates alapeatükkides on kirjeldatud, kuidas andmeid koguti, kuidas valim moodustati ning millistest SHARE andmebaasi moodulitest ja tunnustest lähtuti. Parema ülevaate saamiseks analüüsiti andmeid kvantitatiivse analüüsi jaoks sobiliku andmeanalüüsi-programmiga SPSS, mida kirjeldatakse eraldi alapeatükis ning samas selgitatakse ka tabeleid, mida erinevate seoste leidmiseks koostati.

4.1. Uurimisstrateegia valik

Kvantitatiivne uurimismeetod on seotud peamiselt arvuliste andmete kogumisega mingi konkreetse nähtuse selgitamiseks, statistiliselt analüüsimiseks, võimaldes leida põhjuseid, mõjusid ja omavahelisi seoseid (Muijs, 2004). Ka Õunapuu (2014) nimetab kvantitatiivset uurimismeetodit parimaks seoste leidmise võimaluseks erinevate tunnuste vahel, et saada üldistavaid andmeid ning uurida muutuste seoseid ja kontrollida püstitatud uurimisküsimusi. Selline uurimismeetod võimaldab uurida erinevate meetoditega kogutud suurte populatsioonide üldisi näitajaid, koostada uuritavate nähtuste kirjeldusi ning kasutada üldistava statistika puhul kogutud andmeid järelduste tegemiseks laiema objektide hulga ehk üldkogumi kohta (Õunapuu, 2014).

Käesoleva magistritöö eesmärk on uurida erinevate tunnuste (nt sugu, vanus, üksildus jne) vahelisi seoseid ning teha valimi põhjal üldistusi, kas saadud tulemused on usaldusväärsed ning kas need on statistiliselt olulised. Sel põhjusel sobib kvantitatiivne uurimismeetod kõige paremini antud töö teostamiseks ja Eesti vanemaealiste elanike uurimiseks, et anda ülevaade eakate üksildustunde kohta, teha üldistusi üldkogumile esindusliku valimi põhjal ja määrata olulisuse tase suhetes või erinevustes. Eesmärgist lähtuvalt kasutati töö teostamiseks SHARE uuringuid ja andmebaasi.

Töö süsteemsemaks läbiviimiseks koostati eelnevalt uurimiskava, mis võimaldas saada paremat ülevaadet analüüsimiseks võetavatest omavahelistest seostest ja leida sobivaim andmete esitusviisi. Ülevaated on koostatud viisil, et oleks parem ülevaade, millised on erinevate tunnuste vahelised seosed ning esinemissagedused.

4.2. SHARE uuring ja andmebaas

SHARE ehk *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* on üle-euroopaline longituudne küsitlusuuring, mis uurib individuaalse vananemisprotsessi kulgu ning seda mõjutavaid põhjuseid ja seoseid (SHARE -Eesti, 2019).

SHARE on vanemaealise rahvastiku tervise, vananemise ja tööjätu uuring, mis püüab leida parimaid lahendusi, kuidas tegeleda rahvastiku vananemisega iga riigi konkreetseid olusid silmas pidades (Sakkeus & Leppik, 2016). SHARE uuring võimaldab uurida individuaalse vananemisprotsessi muutusi ajas, jälgides kahe aasta tagant samade inimeste keskkondlike ja eluteest tulenevate tegurite omavahelisi seoseid (Sakkeus, 2017), olles rahvastiku olukorda analüüsides oluliseks allikaks poliitikameetmete jälgimisel ja uute teaduspõhiste meetmete algatamisel (SHARE -Eesti, 2019).

SHARE (2019) uuringud on toimunud alates 2004.aastast ja tänaseks hõlmab uuring 27 Euroopa riiki ja lisaks Iisrael. Uuring viiakse läbi arvutipõhise küsitlusena CAPI (*computer-assisted personal interviewing*) meetodil, mille puhul küsitaja silmast silma intervjuu käigus sisestab vastused koheselt arvutisse. Uuringute lainetele on aasta-aastalt erinevate moodulite põhiküsimustele lisandunud uusi uurimisküsimusi, nagu näiteks lahkunud vastaja intervjuu, sotsiaalne tõrjutus, varajane lapsepõlv ja arvuti kasutamine (SHARE, 2019).

Eesti liitus SHARE uuringusse alates 4.lainest 2010.aastal ja teaduskoordinatsiooni veab TLÜ Eesti Demograafia Keskus ning kõik uudised, küsitlusinstrumendid ja muud SHARE kohta avaldatud andmed on kättesaadavad share-estonia.ee lehel (SHARE -Eesti, 2019). Hetkel viimased avaldatud SHARE (2019) uuringu andmed on 2015.aastal läbi viidud 6.laine küsitluse tulemused, mis avaldati 2017.aastal ning selles küsitluses osalesid 1964.aastal või varem sündinud isikud ja nende partnerid. 2017.aastal toimus 7.laine andmete kogumine juba 28-s riigis ja nende materjalide avaldamine on kavandatud 2019.aasta kevadeks (SHARE, 2019).

Eestis läbiviidud 4. ja 5.laine põhjal koostatud kogumik „Pilk hallile alale“ kajastab erinevaid andmeid Eesti kohta võrdlusena teiste riikidega Euroopas, annab häid soovitusi eakate poliitika kujundamiseks ja vanemaealiste toimetulekut puudutavate ühiskondlike otsuste tegemiseks (Sakkeus & Leppik, 2016).

4.3. Uurimistöö valim

Töös on valimina kasutatud niinimetatud sekundaarandmestikku ehk teiste poolt kogutud materjali, mis on seotud uurimuse eesmärgiga ja välja on valitud sobilikud andmed, mida erinevates seostes kasutada (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara, 2005).

SHARE paneeluuring kaasab valimisse isiku riigi rahvastikust juhuvalimi alusel, 50-aastaste ja vanemate vanuserühmast ning temaga koos elava partneri, sõltumata tema vanusest (Sakkeus & Leppik, 2016). SHARE Eesti puhul kasutati kihistatud süstemaatilist valikut rahvastikuregistri järgi, mille puhul kihid moodustati soo ja vanuse järgi ning valimi jaotamine kihtide vahel on proportsionaalne rahvastikuga (Kask, 2012).

Magistritöö aluseks on SHARE uuringu 6.laine andmed ja kasutatud on andmeid SHARE Waves 6 DOI: 10.6103 / SHARE.w6.6.1.1 seisuga 19.juuni 2018 (Börsch-Supan, 2018). SHARE 6.laine valim koosnes kahest osast, paneeli valim ehk 4. ja 5.laine põhiuuringus osalenud isikud ja nende partnerid ning uued isikud, kes on alates 2010.aastast saanud 50-aastaseks (Abuladze & Bruns, 2015).

Antud uurimistöö tarbeks kasutati olemasolevat SHARE andmestikku ja vastavalt uurimiseesmärgile on välja valitud esinduslikust üldkogumist uurimiseks sobilik valim ehk Eesti elanikud. Esindusliku juhuvalimi moodustas 6006 inimest (edaspidi N=6006), mille kohta sai teha saadud tulemustest üldistusi ja järeldusi üldkogumile, mis hõlmab 50-aastaseid ja vanemaelisi inimesi Eestis. Analüüsis on kajastatud erinevaid tunnuseid nii soo kui ka vanuselises koosseisus. Iga küsimuse puhul on jätnud teatud arv inimesi teadmata põhjusel vastamata, seetõttu on analüüsi peatükis iga tunnuse ja seose puhul eraldi välja toodud antud küsimusele vastanute arv ja märgitud puuduvate vastuste arv.

4.4. Peamised SHARE moodulid ja küsitlusinstrumentaariumid

Erinevate moodulite ja lainete ühendamiseks individuaalsel tasandil on iga indiviidi puhul loodud unikaalne identifikaator, mille vorming Eesti inimeste puhul on koodiga EE ja edasine number on majapidamise tuvastamiseks ja vastaja identifikaator leibkonnas (SHARE, 2018). Küsimustikus tulenevad moodulite nimed inglise keelsetest moodulite nimedes, need on iga tunnuse peamiseks identifitseerijaks ning läbi lainete on küsimused sama numbriga (Sakkeus, 2017).

Käesoleva töö eesmärk oli uurida, kuidas mõjutavad erinevad tegurid ja seosed vanemaealiste üksildust ning lähtuvalt uurimisprobleemist ja uurimisküsimustest valiti tunnused, mille põhjal saaks anda ülevaate Eesti eakate üksildusega seonduvast. Antud töö on läbilõikeline uurimus, kus keskendutakse Eesti eakate üksilduse probleemile ja seostele, seetõttu on SHARE andmebaasist saadud andmeid piiritletud ainult Eesti riigile ja uurimise alla on võetud viimased avaldatud 6.laine andmed.

4.5. Andmeanalüüsi jaoks SHARE andmebaasist valitud tunnused

Demograafilised tunnused

- Sugu (DN042_Gender) on binaarne tunnus ja vastaja sai valida mehe ja naise vahel. Uurimuses tuuakse olulisemad näitajad välja eraldi sugude vahelise võrdlusena
- Vanus (DN003_YearBirth) on vastaja sünniaasta 1900...2010. Uurimuses on parema ülevaate saamiseks loodud uus tunnus - vanus küsitluse läbiviimise ajal ehk 2015.-2016.aastal. Võttes aluseks vanusejaotus, mille järgi on eakad jagatud: noor vana (65-74-a), vana (75-84-a) ja vägavana (85-a ja vanemad) (Saks, 2016), on koostatud uue tunnuse vanusejaotus <64; 65-74; 75-84; 85+
- Vastaja ametlik perekonnaseis (DN014_MaritalStatus), vastuse variantidena: abielus, elab koos partneriga/ abielus, elab abikaasast lahus/ vallaline/ lahutatud/ lesk. Uurimuses on koondatud vastusevariant abielus elab koos ja elab lahus kokku üheks tunnuseks. Vastaja perekonnaseis annab üldist teavet vanemaealise inimese elukorralduse kohta, näiteks üksi elav lesk võib sotsiaalse võrgustiku puudumisel ennast oluliselt üksildasemana tunda ja samas partneri olemasolu parandab leibkonna toimetulekut, mis omakorda võib anda majanduslikult suuremad võimalused ühiskondlikust tegevusest osa saada

Sotsiaal-majanduslikud tunnused

- Tööalane iseloomustus (EP005_CurrentJobSit) on vastajat iseloomustav seisund, valikvastustena st töötamine/ pension/ kodune/ töötu/ muu (käsitletud on ainult töökohalt pensionile jäämist, mitte toitjakaotuspensioni ega töövõimetuspensioni, sh nii tähtaegselt kui ka ennetähtaegselt pensionil)
- Leibkonna toimetulek (CO007_AbleMakeEndsMeet) olenevalt sissetulekust suurte raskustega/ mõningate raskustega/ üsna lihtsalt/ lihtsalt. Tunnus annab ülevaate majapidamisest ning vastuse leibkonna toimetulekust ja hakkama saamisest

- Rahapuudusel (AC019_ShortMon) ei saa teha seda, mida tahaks, valikvastustena sageli/ mõnikord/ harva/ mitte kunagi

Tervise seisundit iseloomustavad tunnused

Inimese enese hinnang oma tervisele või pikaajaline haiguse võivad soodustada või põhjustada üksildustunde tekkimist.

- Hinnang oma tervisele (PH003_HealthGen2) vastaja annab hinnangu oma tervisele suurepärase/ väga hea/ hea/ rahuldav/ halb
- Pikaajalised terviseprobleemid (PH004_LstIll) vastajal on/ ei ole pikaajalised või kroonilised terviseprobleemid
- Tervise tõttu on piiratud tavalised tegevused (PH005_LimAct) vastaja terviseprobleemi tõttu on tavalised tegevused, viimase 6 kuu jooksul: väga piiratud/ mitte väga piiratud/ ei ole piiratud

Vaimse tervisega seonduvad tunnused

Teave inimese vaimse tervise ja emotsionaalse seisundi kohta, mis võivad mõjutada üksildustunde tekkimist.

- Kurbuse või depressiooni tundmine (MH002_Depressioon), vastaja tundis kurbust või masendust viimase 4 nädala jooksul, sh kurbust, õnnetuna, kurvameelsena, tujutuna vms (jah/ ei)
- Soov olla pigem surnud (MH004_wishDeath), vastaja on soovinud, et oleks pigem surnud, viimase 4 nädala jooksul. Vastuse variandis: vastaja mainis enesetapumõtet või soovi/ vastaja ei maini sellist soovi
- Rõõmutunne (MH016_Enjoyment), vastaja on tundnud rõõmu viimasel ajal. Vastusevariandid: vastaja ei oska mainida meeldivaid tegevusi/ vastaja mainib meeldivaid tegevusi
- Eluga rahulolu (AC012_HowSat) vastaja on oma eluga rahul skaalal 0-10 sh 0 ei ole üldse rahul ja 10 täiesti rahul. Uuringus on loodud uus tunnus tertsiaalides ning saadud uus valik: madal/ keskmine /kõrge eluga rahulolu

Sotsiaalset läbikäimist iseloomustavad ja soodustavad tunnused

- Lastelastega tegelemine (SP014_LkAftGrCh)
- Keegi oluline inimene (SN003a_AnyoneElse) vastajal on olemas oluline inimene kellega omavahel rääkida nii headest kui halbade asjadest, muredest ja rõõmudest oma elus näiteks pereliige, sõber, naaber või muu inimene (jah/ ei)

- Füüsilist pingutust nõudvad tegevused (BR016_ModSprtsAct) vastaja teeb mõõdukalt füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi, nt aiatöö, jalutamine jms rohkem kui korra nädalas/ korra nädalas/ mõned korrad kuus/ harva või mitte kunagi
- Auto omamine (AS649_NumCars) on loodud uus tunnus, vastajal on/ ei ole auto. Tunnus lubab analüüsida inimese võimalusi liikumiseks ja seeläbi olla oluliselt aktiivsem
- IT oskused (IT003_PC_skills) vastaja hindas oma arvutikasutamisioskust vastavalt suurepärase/ väga hea/ hea/ rahuldav/ halb/ pole kunagi kasutanud (SHARE, 2015).

4.6. UCLA üksilduse skaala

Originaalversioonis koosneb UCLA (*University of California Los Angeles*) üksilduse skaala Daniel Russelli (1996) poolt väljatöötatuna 20-st punktist ja on oma nimetuse saanud Kalifornia Ülikooli järgi, kus see esialgselt on välja töötatud. Pikast versioonist on välja töötatud lühem 3-punkti lihtsustatud versioon, mis annab üksildusest üsna hea ülevaate (Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004).

Töös on kasutatud üksilduse tuvastamiseks uuringutes laialdaselt levinud R-UCLA (*Revised UCLA Loneliness Scale*) üksilduse skaala 3-punktilist lühivormi, mis võimaldab mõõta üksilduse üldisi tundeid (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Osalejatelt küsiti 3-punktilisel Likerti skaalal, mille ulatus on 1-st (harva või mitte kunagi) kuni 3-ni (sageli), kui tihti nad tunnevad end kõrvalejäetuna, puudust kaaslasest ja isoleeritust ning saadud punktid liideti kokku ja saadi kogupunkt vahemikus 3-9, kus suurem tulemus näitab vastavalt suuremat üksildust (Shiovitz-Ezra, 2015).

SHARE pakub genereeritult üksilduse skaala tunnuse gv_health mooduli osana, kus kolme elemendiga lühikese R-UCLA üksilduse versiooniga (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) on mõõdetud kaudset üksildust, vastustena on skaalal sageli, mõnikord, harva või mitte kunagi ning saadud miinimumarv on 3 väljendab „mitte üksildane“ ja maksimumarv 9 „väga üksildane“ (Mehrbrodt, Gruber, & Wagner, 2017).

R-UCLA üksilduse skaala on esitatud järgmiste tunnuste skooride summana:

- Kui sageli te tunnete puudust seltsilisest (MH034_companionship), vastaja tunneb kaaslasest puudust sageli/mõnikord/harva või mitte kunagi
- Kui tihti te tunnete ennast kõrvalejäetuna (MH035_LeftOut), vastaja tunneb elust kõrvale jäätuna sageli/mõnikord/harva/mitte kunagi

- Kui tihti te tunnete, et olete teistest eraldatud (MH036_Isolated), vastaja tunneb, et on teistest inimestest eraldatud sageli/ mõnikord/harva või mitte kunagi

Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt on loodud üksildusest parema ülevaate saamiseks ja tunnuse vastuste tihendamiseks uus tunnus. Üksilduse UCLA skaalast on moodustatud eraldi tunnus, kus UCLA skaalal 3 punkti saanud inimesed kodeeriti madala tasemega ehk „ei ole üksildane“, 4 punkti saanud inimesed keskmise tasemega ehk „keskmiselt üksildane“ ja 5-9 punkti saanud inimesed kõrgema tasemega ehk „üksildane“.

4.7. Andmete analüüsimeetod

Uurimistöös on püstitatud uurimisküsimused ja kasutades kvantitatiivset uurimisstrateegiat ning tuginedes statistilistele analüüsitulemustele leitakse vastused püstitatud uurimisküsimustele. Uurimuse eesmärk oli leida erinevaid omavahelisi seoseid, seetõttu on lähtutud strateegia valikul kvantitatiivsest meetodist, mille keskseks tunnuseks on muutujate moodustamine erinevate tabelite kujul, kus statistiliselt käsitletud andmed võimaldavad teha järeldusi, esitada protsendilises väljenduses tulemusi ja tõestada nende olulisust (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara, 2005).

Kogutud andmetest ülevaate saamiseks ja tunnuste mõõtmiseks kasutati andmeanalüüsi-programmi SPSS Statistics 25 (*Statistical Package for Social Sciences*), mis võimaldas teha kokkuvõtlikku ülevaadet kirjeldavate statistikute, sagedustabelite ja diagrammide abil. Statistikute arvutamiseks uuriti erinevate tunnuste esinemissagedusi absoluutarvudes ja nende osakaalu sagedustabelitega (*frequencies*) ning tunnuste vaheliste seoste uurimiseks ja üldkogumi kohta järelduste tegemiseks kasutati risttabeleid (*crosstabs*). Mitme valimi jaotuse võrdlemiseks kasutati χ^2 - testi (*Chi-Square*) ning sellele vastavat olulisuse tõenäosust $p < 0,05$. χ^2 -test on oma olemuselt olulisustest ja annab uurimisel ülevaate, kas erinevus antud grupi sagedusjaotustes on statistiliselt oluline või mitte ehk kas erinevus antud valimite proportsioonides lubab väita, et proportsioonid üldkogumites on erinevad (Niglas, 2013). Olulisuse tõenäosuse p -väärtuse põhjal otsustati, kas tulemus oli statistiliselt oluline ja erinevusi sai üldkogumile üldistada ($p < 0,05$) või ei olnud oluline ($p > 0,05$) ja üldistada ei saanud. Kõik uuringus saadud χ^2 -testi väärtused, vabadusastmete arvud (df) ja olulisuse tõenäosused on lisatud vastava tabeli juurde. SPSS programmis loodud tabelite kujundamiseks ja diagrammide visualiseerimiseks on kasutatud Microsoft Excelit.

4.8. Uurimistöö kvaliteet ja eetika

Käesolevas magistritöös on järgitud töö ülesehitusel ja vormistusel Tallinna Ülikooli sotsiaalkaitse suuna „Üliõpilastööde koostamise ja kaitsmise juhendit“ 2016. Uuringus on viidatud kõikidele teiste autorite andmetele ja tekstidele, mida töös on kasutatud ja millele on tuginetud.

SHARE andmed on saadud teadustöö andmekeskuse kaudu ning vastavalt allkirjastatud kasutamise kokkuleppele. Käesolevas töös on nõuetekohaselt viidatud kõikidele SHARE andmetele SHARE Waves 6 DOI: 10.6103 / SHARE.w6.6.1.1 seisuga 19.juuni 2018 (Börsch-Supan, 2018).

Selles töös on kasutatud SHARE andmeid 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4, 5 või 6.lainest (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.610, 10.6103/SHARE.w2.610, 10.6103/SHARE.w3.610, 10.6103/SHARE.w4.610, 10.6103/SHARE.w5.610, 10.6103/SHARE.w6.610), vaata Börsch-Supan jt (2013) metodoloogilise info kohta. SHARE andmete kogumine on peamiselt rahastatud Euroopa Komisjoni 5.raamprogrammi (projekt QLK6-CT-2001-00360 temaatiline programm Elukvaliteet), 6.raamprogrammi (projektid SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 ja SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) ja 7.raamprogrammi kaudu (SHARE-PREP, 211909, SHARE-LEAP, 227822 ja SHARE M4, 261982). Täiendav rahastamine USA Riikliku Vananemise Instituudi poolt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 ja OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) ning samuti on teised erinevad riiklikud allikad tänulikult tunnustatud (täielik nimekiri toetavatest institutsioonidest: www.share-project.org ja www.share-estonia.ee) (SHARE -Eesti, 2019). SHARE (2019) andmete kogumist on toetatud Euroopa Komisjon raamprogrammide kaudu ja lisaks erinevatele Euroopa rahvuslikele toetustele on Eestis küsitluste korraldamist rahaliselt toetanud muuhulgas ka sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium ja Tallinna Ülikool.

Euroopa vanemaealiste 50+ uuringu SHARE 6.laine Eesti uuringuprojekt on saanud kooskõlastuse Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitees 03.09.2013.aastal, otsusega nr 361 (Tervise Arengu Instituut, 2019).

Uurimistöös kasutatud SHARE andmebaasist saadud andmed ei sisalda delikaatseid isikuandmeid ning andmetest ei ole tehtud koopiaid ning on kasutatud ainult teadustöö eesmärgil. Uurimistöö on läbi viidud iseseisvalt ning järgides uurimistöö loogikat. Saadud tulemusi ei ole välja mõeldud ega ilustatud, uuritavasse teemasse on suhtunud erapooletult ja järeldused on tehtud vastavalt saadud tulemustele.

5. UURIMISTÖÖ TULEMUSED JA ANALÜÜS

Käesolevas peatükis kirjeldatakse 50-aastaseid ja vanemaid inimesi iseloomustavaid tunnuseid ning analüüsi aluseks on võetud Eesti vastanute andmed, mis on koondatud olemasolevast SHARE andmebaasi 6.laine erinevatest moodulitest. Esimeses alapeatükis antakse ülevaade tunnuste esinemissagedustest meeste ja naiste lõikes, mida teises alapeatükis UCLA üksilduse skaalaga seoses uuritakse.

Uurimuse valimi moodustasid 6006 inimest, nendest jättis iga küsimuse puhul teatud arv inimesi teadmata põhjusel vastamata, seetõttu ei ole ühelegi küsimusele 100%lt vastatud.

5.1. Tunnuste esinemissagedused meeste ja naiste lõikes

Koguvalimi hulgas oli mehi 39,2% ja naisi 60,8%. Tabelis 1 on esitatud sagedustabelid meeste ja naiste lõikes demograafiliste tunnuste kohta (vanus, perekonnaseis).

Tabel 1. Demograafilised tunnused meeste ja naiste lõikes

		Mees		Naine		Kokku		p
		N	%	N	%	N	%	
Vanus	<64	895	40,5	1245	36,3	2140	38,0	$\chi^2=26,2$ $df=3$ $p<0,001$
	65-74	667	30,2	951	27,8	1618	28,7	
	75-84	487	22,0	923	26,9	1410	25,0	
	85+	162	7,3	308	9,0	470	8,3	
	Kokku	2211	100,0	3427	100,0	5638	100,0	
Perekonnaseis	Abielus	292	66,9	266	46,7	558	55,5	$\chi^2=58,9$ $df=4$ $p<0,001$
	Vallaline	47	10,8	69	12,1	116	11,5	
	Lahutatud	51	11,7	72	12,6	123	12,2	
	Lesk	46	10,6	163	28,6	209	20,8	
	Kokku	436	100,0	570	100,0	1006	100,0	

Koguvalimis oli kõige rohkem vastanuid alla 64-aastaste vanusgrupis (38,0%), sellele järgnesid vanusgrupid 65-74-aastased (28,7%) ning 75-84-aastased (25,0%). Kõige vähem oli vastanuid vanusgrupis 85-aastased ja vanemad (8,3%). Nii meeste kui naiste jaotus vanusgrupiti järgis koguvalimiga sarnast mustrit, kuid meeste ja naiste erinevus oli siiski statistiliselt oluline - meeste hulgas oli nooremate vanusgruppide (<64 ja 65-74) osakaal

suurem, naiste hulgas aga oli meestest suurem vanemate vanusgruppide (75-84 ja 85+) osakaal. Vastanute keskmine vanus küsitluse läbiviimise ajal oli 69-aastat ($SD \pm 10,74$). Kõige enam oli koguvalimis abielus inimesi (55,5%), kusjuures meeste hulgas sagedamini (66,9%) kui naiste hulgas (46,7%). Naiste hulgas torkab silma meestest oluliselt suurem leskede osakaal (28,6% vs 10,6 %). Meeste ja naiste erinevus lähtuvalt perekonnaseisust oli statistiliselt oluline.

Tabelis 2 on esitatud sagedustabelid naiste ja meeste lõikes sotsiaal-majanduslike tunnuste kohta (töölane iseloomustus, leibkonna toimetulek, rahapuudusel ei saa teha seda, mida tahaks).

Tabel 2. Sotsiaal-majanduslikud tunnused meeste ja naiste lõikes

		Mees		Naine		Kokku		p
		N	%	N	%	N	%	
Töölane iseloomustus	Pensionil	1247	56,9	2049	60,5	3296	59,1	$\chi^2=15,6$ df=5 p=0,01
	Töötaja / FIE	756	34,5	1088	32,1	1844	33,1	
	Töötu	46	2,1	40	1,2	86	1,5	
	Puudega või püsivalt haige	115	5,3	157	4,6	272	4,9	
	Kodune	10	0,5	26	0,8	36	0,6	
	Muu	16	0,7	28	0,8	44	0,8	
	Kokku	2190	100,0	3388	100,0	5578	100,0	
Leibkonna toimetulek (olenevalt sissetulekust)	Suurte raskustega	195	17,9	417	15,6	612	16,3	$\chi^2=7,4$ df=3 p=0,06
	Mõningate raskustega	407	37,4	1121	41,9	1528	40,6	
	Üsna lihtsalt	360	33,1	846	31,6	1206	32,0	
	Lihtsalt	127	11,7	290	10,8	417	11,1	
	Kokku	1089	100,0	2674	100,0	3763	100,0	
Rahapuudus	Sageli	670	34,6	1190	36,3	1860	35,7	$\chi^2=8,6$ df=3 p=0,04
	Mõnikord	587	30,3	1064	32,5	1651	31,7	
	Harva	356	18,4	528	16,1	884	17,0	
	Mitte kunagi	324	16,7	494	15,1	818	15,6	
	Kokku	1937	100,0	3276	100,0	5213	100,0	

Kõige rohkem oli koguvalimis pensionil olijaid (59,1%), neile järgnesid töötajad (33,1%). Kui naiste hulgas (60,5) oli rohkem pensionäre kui meeste hulgas (56,9%), siis töötavate eakate puhul oli vastupidi meeste osakaal naistest suurem (34,5% vs 32,1%). Lähtuvalt tööalasest iseloomustusest oli meeste ja naiste erinevus statistiliselt oluline.

Koguvalimis oli kõige rohkem inimesi, kes olenevalt sissetulekust tulid leibkonnas toime mõningate raskustega (40,6%), siinjuures naiste hulgas (41,9) oli raskustega toimetulek suurem kui meeste hulgas (37,4%). Meeste hulgas oli lihtsalt või üsna lihtsalt (11,7% ja 33,1%) toime tulevate osakaal väiksem kui naiste hulgas (10,8% ja 31,6%). Erinevused meeste ja naiste toimetulekul ei olnud statistiliselt olulised.

Enam oli koguvalimis eakaid, kellel esines sageli tegevuspiiranguid seoses rahapuudusega (35,7%), nendest naiste hulgas rohkem (36,3%) kui meeste hulgas (34,6%). Mitte kunagi ei tekkinud olukorda, kus rahapuudusel ei saaks teha seda, mida soovitakse rohkem meeste hulgas (16,7%) ja vähem naiste hulgas (15,1%). Meeste ja naiste erinevus rahapuudusest tulenevate tegevuspiirangute puhul oli statistiliselt oluline.

Tabelis 3 on esitatud sagedustabelid meeste ja naiste lõikes tervises seisundit iseloomustavate tunnuste kohta (hinnang oma tervisele, pikaajaline või krooniline haigus, tervise tõttu on tegevused piiratud viimasel kuuel kuul).

Koguvalimis hindasid eakad oma tervist kõige rohkem rahuldavaks (51,0%), sellele järgnes hea tervise enesehinnang (22,5%), kelle hulgas oli meeste ja naiste osakaal üsna võrdne (22,9% ja 22,3%). Tervise enesehinnangul naiste ja meeste erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Koguvalimis oli eakaid, kellel esines pikaajalisi või kroonilisi haigusi oluliselt rohkem (74,3%), kui neid kellel ei esinenud (25,7%), kusjuures naiste hulgas rohkem (76,1%), kui meeste hulgas (71,6%). Meeste ja naiste erinevus lähtuvalt pikaajalistest haigustest oli statistiliselt oluline.

Eakaid, kelle tegevused ei olnud viimase kuue kuu jooksul tervise tõttu piiratud oli rohkem (38,7%), kui neid eakaid kellel olid tegevused väga piiratud (29,1%). Meeste ja naiste erinevus ei ole statistiliselt oluline lähtuvalt tervisest tulenevast tegevuse piirangutest.

Tabel 3. Tervise seisundit iseloomustavad tunnused meeste ja naiste lõikes

		Mees		Naine		Kokku		p
		N	%	N	%	N	%	
Hinnang oma tervisele	Suurepärane	45	2,0	77	2,3	122	2,2	$\chi^2=3,1$ $df=4$ $p=0,54$
	Väga hea	76	3,4	141	4,1	217	3,9	
	Hea	506	22,9	762	22,3	1268	22,5	
	Rahuldav	1113	50,6	1757	51,3	2870	51,0	
	Kehv	465	21,1	684	20,0	1149	20,4	
	Kokku	2205	100,0	3421	100,0	5626	100,0	
Pikaajaline või krooniline haigus	Jah	1577	71,6	2599	76,1	4176	74,3	$\chi^2=14,4$ $df=1$ $p<0,001$
	Ei	627	28,4	817	23,9	1444	25,7	
	Kokku	2204	100,0	3416	100,0	5620	100,0	
Tervise tõttu on tegevused piiratud (viimane 6 kuud)	Väga piiratud	636	28,8	998	29,2	1634	29,1	$\chi^2=0,2$ $df=2$ $p=0,90$
	Mitte väga piiratud	706	32,0	1104	32,3	1810	32,2	
	Ei ole piiratud	863	39,2	1317	38,5	2180	38,7	
	Kokku	2205	100,0	3419	100,0	5624	100,0	

Tabelis 4 on esitatud sagedustabelid naiste ja meeste lõikes vaimse tervisega seonduvate tunnuste kohta (kurbuse või depressiooni tundmine viimase kuu jooksul, enesetapumõtted või või soov olla pigem surnud, rõõmutunne ja meeldivate tegevuste mainimine ning eluga rahulolu).

Eakate hulgas oli rohkem neid, kes tundsid kurbust või depressiooni (53,3%), kui neid, kes ei tundnud (46,7%). Kusjuures naiste hulgas (51,9%) oli neid, kes tundis kurbust rohkem, kui meeste hulgas (37,9%). Meeste ja naiste erinevus oli statistiliselt oluline.

Vastanute hulgast mainis suitsidaalseid mõtteid (6,6%), kusjuures naiste hulgas oli rohkem enesetapumõttega eakaid (7,7%) kui meeste hulgas (4,8%). Meeste ja naiste erinevus lähtuvalt suitsidaalsest mõtlemisest oli statistiliselt oluline.

Eakaid, kes mainisid rõõmutunnet ja mainisid meeldivaid tegevusi oli rohkem (88,1%) kui neid, kes ei osanud nimetada mingeid meeldivaid tegevusi (11,9%). Naiste hulgas osati

meeldivaid tegevusi nimetada sagedamini (90,5) kui meeste hulgas (84,0%). Meeste ja naiste erinevus oli statistiliselt oluline.

Koguvalimis oli kõige rohkem neid eakaid, kes ei olnud oma eluga rahul (41,0%), järgnesid keskmiselt rahulolevad (39,8%) ja vähem oli väga rahul olevad (19,2%). Meeste ja naiste erinevus lähtuvalt eluga rahulolust ei ole statistiliselt oluline.

Tabel 4. Vaimse tervisega seonduvad tunnused meeste ja naiste lõikes

		Mees		Naine		Kokku		p
		N	%	N	%	N	%	
Kurbus või depressiooni tundmine (viimasel kuul)	Jah	735	37,9	1699	51,9	2434	46,7	$\chi^2=95,4$ df=1 p<0,001
	Ei	1203	62,1	1575	48,1	2778	53,3	
	Kokku	1938	100,0	3274	100,0	5212	100,0	
Soov olla pigem surnud	Enesetapumõtete mainimine	94	4,8	251	7,7	345	6,6	$\chi^2=15,7$ df=1 p<0,001
	Ei ole selliseid mõtteid	1845	95,2	3021	92,3	4866	93,4	
	Kokku	1939	100,0	3272	100,0	5211	100,0	
Rõõmutunne (meeldivate tegevuste mainimine)	Ei oska mainida	310	16,0	311	9,5	621	11,9	$\chi^2=48,7$ df=1 p<0,001
	Mainib tegevusi	1629	84,0	2961	90,5	4590	88,1	
	Kokku	1939	100,0	3272	100,0	5211	100,0	
Eluga rahulolu	madal rahulolu	809	41,8	1326	40,5	2135	41,0	$\chi^2=0,9$ df=2 p=0,64
	keskmise rahulolu	762	39,4	1317	40,2	2079	39,8	
	kõrge rahulolu	365	18,8	634	19,3	999	19,2	
	Kokku	1936	100,0	3277	100,0	5213	100,0	

Tabelis 5 on esitatud sagedustabelid meeste ja naiste lõikes sotsiaalset läbikäimist ja aktiivset tegevust iseloomustavate tunnuste kohta (lastelastega tegelemine, kellegi teise olulise inimese olemasolu, mõõdukas füüsiline tegevus, auto omamine ja IT oskused).

Koguvalimis oli rohkem neid eakaid, kes ei tegelenud lastelastega (61,3%) kui neid eakaid, kes tegelesid (38,7%). Naiste hulgas tegeleti lastelastega sagedamini (41,1%) kui meeste

hulgas (32,1%) ning meeste ja naiste erinevus lastelastega tegelemisel oli statistiliselt oluline.

Rohkem oli koguvalimis neid inimesi (74,0%), kellel puudus keegi teine lähedane inimene, kellega rääkida oma muredest ja rõõmudest. Selline inimene oli olemas rohkem naistel kui meestel (27,6% vs 23,3%) ja erinevus meeste ja naiste vahel oli statistiliselt oluline.

Tabel 5. Sotsiaalselt läbikäimist iseloomustavad tunnused meeste ja naiste lõikes

		Mees		Naine		Kokku		p
		N	%	N	%	N	%	
Lastelastega tegelemine	Jah	253	32,1	875	41,1	1128	38,7	$\chi^2=19,5$ $df=1$ $p<0,001$
	Ei	535	67,9	1255	58,9	1790	61,3	
	Kokku	788	100,0	2130	100,0	2918	100,0	
Keegi teine oluline inimene (kellega rääkida)	Jah	406	23,3	817	27,6	1223	26,0	$\chi^2=10,5$ $df=1$ $p=0,01$
	Ei	1336	76,7	2144	72,4	3480	74,0	
	Kokku	1742	100,0	2961	100,0	4703	100,0	
Teeb mõõdukalt füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi	Rohkem kui üks kord nädalas	1619	73,5	2458	71,9	4077	72,6	$\chi^2=2,9$ $df=3$ $p=0,40$
	Kord nädalas	213	9,7	364	10,6	577	10,3	
	Paar kord kuus	103	4,7	149	4,4	252	4,5	
	Peaaegu kunagi või mitte kunagi	267	12,1	446	13,1	713	12,6	
	Kokku	2202	100,0	3417	100,0	5619	100,0	
Omab autot	Ei	471	41,9	1740	62,8	2211	56,8	$\chi^2=142,2$ $df=1$ $p<0,001$
	Jah	652	58,1	1029	37,2	1681	43,2	
	Kokku	1123	100,0	2769	100,0	3892	100,0	
IT oskused	Suurepärane	46	2,1	71	2,1	117	2,1	$\chi^2=17,6$ $df=5$ $p=0,01$
	Väga hea	84	3,8	150	4,4	234	4,2	
	Hea	342	15,5	580	17,0	922	16,4	
	Rahuldav	586	26,7	866	25,3	1452	25,9	
	Kehv	346	15,7	420	12,3	766	13,6	
	Pole kunagi arvutit kasutanud	796	36,2	1326	38,9	2122	37,8	
	Kokku	2200	100,0	3413	100,0	5613	100,0	

Koguvalimis oli oluliselt rohkem neid eakaid (72,6%), kes tegid mõõdukat füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi rohkem, kui üks kord nädalas, kui neid eakaid kes tegi seda kord nädalas (10,3%) või paar korda kuus (4,5%), kusjuures enam kui kord nädalas tehti meeste hulgas füüsilist tegevust rohkem (73,5%) kui naiste hulgas (71,9%). Meeste ja naiste erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Vähem oli eakate hulgas neid, kellel oli auto olemas (43,2%), kui neid kellel ei olnud autot (56,8%). Meeste hulgas oli autoomanikke rohkem (58,1%) ja naiste hulgas vähem (37,2%) ning meeste ja naiste erinevus oli statistiliselt oluline.

Eakaid, kes pole kunagi arvutit kasutanud (37,8%) oli koguvalimis kõige rohkem, suurepärase ja väga heade arvutialaste oskustega oli naiste hulgas rohkem kui meeste hulgas (38,9% vs 36,2%). Meeste hulgas oli naistest suurem kehvade IT oskustega osakaal (15,7% vs 12,3%) ning meeste ja naiste erinevus lähtuvalt arvuti alastest oskustest oli statistiliselt oluline.

5.2. Tunnuste seosed UCLA üksilduse skaalaga

Järgnevalt on uuritud erinevaid tunnuseid seoses UCLA üksilduse skaalaga ning tabelis 6 on esitatud seosed demograafiliste tunnuste (sugu, vanus, perekonnaseis) ja üksilduse vahel.

Küsitlusele vastanutest ei tundnud ennast üksildasena 55,2%, keskmiselt üksildasena tundis 18,8% ja üksildasena tundis 26,1%, kusjuures meeste ja naiste erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Alljärgnevalt tabelites välja toodud erinevused üksildustunde ja erinevate tunnuste seoste puhul olid kõik statistiliselt olulised ja analüüsil saadud olulisus tõenäosus $p < 0,001$.

Vanusegrupiti võrreldes, oli 85-aastaste ja vanemate hulgas kõige rohkem üksildasi (44,6%), sellele järgnesid 75-84-aastaste vanusegrupp (31,0%) ja 65-74-aastaste vanusegrupp (23,5%). Kõige vähem oli üksildasi kõige nooremas alla 65-aastaste vanusegrupis (20,8%).

Perekonnaseisu puhul oli kõige rohkem üksildasi leskede hulgas (46,7%) ja kõige vähem üksildasi abielus olevate hulgas (20,3%).

Tabel 6. Demograafilised tunnused üksildusega seoses

		Ei ole üksildane		Keskmiselt üksildane		Üksildane		p
		N	%	N	%	N	%	
Sugu	Mees	1081	56,0	362	18,7	489	25,3	$\chi^2=1,1$ df=2 p=0,60
	Naine	1790	54,7	615	18,8	868	26,5	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1357	26,1	
Vanus	<= 64	1181	60,1	375	19,1	408	20,8	$\chi^2=128,9$ df=6 p<0,001
	65 - 74	861	57,4	286	19,1	353	23,5	
	75 - 84	669	50,5	246	18,6	411	31,0	
	85+	160	38,6	70	16,9	185	44,6	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1357	26,1	
Perekonnaseis	Abielus	295	61,2	89	18,5	98	20,3	$\chi^2=73,9$ df=8 p<0,001
	Vallaline	66	61,7	17	15,9	24	22,4	
	Lahutatud	69	61,6	19	17,0	24	21,4	
	Lesk	63	31,7	43	21,6	93	46,7	
	Kokku	493	54,8	168	18,7	239	26,6	

Tabelis 7 on esitatud seosed sotsiaal-majanduslike tunnuste (töölane iseloomustus, leibkonna toimetulek, rahapuudusel ei saa teha seda, mida tahaks) ja üksilduse vahel.

Teistest harvem oli üksildasi eakate hulgas, kes käisid tööl (16,0%) ja rohkem üksildasi oli puudega inimeste hulgas (39,6%) ning pensionil olevate hulgas (30,3%).

Märkimisväärne seos oli sissetulekust oleneva toimetuleku ja üksilduse vahel. Nende eakate hulgas, kes tulid suurte raskustega toime oli kõige rohkem üksildasi (49,2%), samas kui lihtsalt toime tulevate hulgas oli üksildasi oluliselt vähem (15,7%).

Eakad, kellel esines sageli tegevuspiiranguid seoses rahapuudusega olid sagedamini ka üksildased (35,9%), nende hulgas kellel ei tekkinud kunagi rahapuudusest piiranguid, oli üksildasi vähem (19,3%).

Tabel 7. Sotsiaal-majanduslikud tunnused üksildusega seoses

		Ei ole üksildane		Keskmiselt üksildane		Üksildane		
		N	%	N	%	N	%	p
Tööalane iseloomustus	Pensionil	1575	51,1	572	18,6	934	30,3	$\chi^2=147,9$ df=10 $1<0,001$
	Töötaja / FIE	1087	63,9	341	20,1	272	16,0	
	Töötu	44	56,4	16	20,5	18	23,1	
	Puudega							
	/püsivalt haige	115	46,0	36	14,4	99	39,6	
	Kodune	20	60,6	4	12,1	9	27,3	
	Muu	25	58,1	8	18,6	10	23,3	
Kokku		2866	55,3	977	18,8	1342	25,9	
Leibkonna toimetulek (olenevalt sissetulekust)	Suurte raskustega	220	37,2	81	13,7	291	49,2	$\chi^2=198,7$ df=6 $p<0,001$
	Mõningate raskustega	761	51,1	310	20,8	417	28,0	
	Üsna lihtsalt	703	59,2	237	19,9	248	20,9	
	Lihtsalt	265	64,2	83	20,1	65	15,7	
	Kokku	1949	52,9	711	19,3	1021	27,7	
Rahapuudus	Sageli	851	46,0	335	18,1	663	35,9	$\chi^2=168,0$ df=6 $p<0,001$
	Mõnikord	953	58,0	350	21,3	340	20,7	
	Harva	529	60,1	164	18,6	187	21,3	
	Mitte kunagi	529	65,1	126	15,5	157	19,3	
	Kokku	2862	55,20	975	18,8	1347	26,0	

Tabelis 8 on esitatud seosed tervises seisundit iseloomustavate tunnuste (hinnang oma tervisele, pikaajaline või krooniline haigus, tervise tõttu on tegevused piiratus viimasel kuuel kuul) ja üksilduse vahel.

Kõige rohkem oli üksildasi nende eakate hulgas, kes hindasid oma tervise kehvaks (47,1%), järgnesid rahuldava hinnangu andnud (24,7%) ning suurepärase hinnangu oma tervisele andnute hulgas oli üksildasi 8,4%.

Pikaajaliselt või krooniliselt haigete hulga oli üksildasi 29,1%, kuid nende hulgas, kellel haigusi ei esinenud oli üksildasi vähem (17,3%).

Eakate hulgas, kellel viimase kuue kuu jooksul olid tegevused tervise tõttu väga piiratud, oli üksildasi rohkem (43,2%) kui nende hulgas, kellel ei olnud tegevused mitte nii väga piiratud (23,4%). Eakate hulgas, kellel tegevused ei olnud tervise tõttu üldse piiratud, oli üksildasi kõige vähem (16,2%).

Tabel 8. Tervises seisundit iseloomustavad tunnused üksildusega seoses

		Ei ole üksildane		Keskmiselt üksildane		Üksildane		p
		N	%	N	%	N	%	
Hinnang oma tervisele	Suurepärane	87	73,1	22	18,5	10	8,4	$\chi^2=338,5$ df=8 p<0,001
	Väga hea	146	70,9	33	16,0	27	13,1	
	Hea	745	63,0	252	21,3	186	15,7	
	Rahuldav	1514	55,7	530	19,5	672	24,7	
	Kehv	379	38,6	140	14,3	462	47,1	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1357	26,1	
Pikaajaline või krooniline haigus	Jah	2028	52,5	712	18,4	1125	29,1	$\chi^2=74,2$ df=2 p<0,001
	Ei	842	62,9	265	19,8	231	17,3	
	Kokku	2870	55,2	977	18,8	1356	26,1	
Tervise tõttu on tegevused piiratud (viimane 6 kuud)	Väga piiratud	596	41,2	226	15,6	625	43,2	$\chi^2=334,9$ df=4 p<0,001
	Mitte väga piiratud	971	56,5	347	20,2	402	23,4	
	Ei ole piiratud	1304	64,0	404	19,8	330	16,2	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1357	26,1	

Tabelis 9 on esitatud seosed vaimse tervisega seonduvate tunnuste (kurbuse või depressiooni tundmine viimase kuu jooksul, enesetapumõtted või soov olla pigem surnud, rõõmutunne ja meeldivate tegevuste tegevuste mainimine, eluga rahulolu) ja üksilduse vahel.

Üksildustunne oli suurem nende eakate hulgas, kes tundsid viimase kuu jooksul kurbust või depressiooni (37,5%) ja väiksem nende hulgas, kes ei tundnud kurbust (16,1%).

Enesetapumõtetega eakate hulgas oli üksildasi 58,7, kuid nende eakate hulgas kelle puudusid sellised mõtted, oli üksildasi 23,7%.

Eakate hulgas, kes ei osanud mainida ühtegi tegevust, mis neile rõõmu valmistaks, oli rohkem üksildasi (40,8%) võrreldes nendega, kes oskaksid mainida meeldivaid tegevusi (24,1%).

Oma eluga vähem rahulolevate eakate hulgas oli rohkem üksildasi (37,0%), järgnesid keskmiselt rahulolevad (20,5%) ja nende hulgas, kes olid oma eluga rahul, oli ka vähem üksildasi (14,1%).

Tabel 9. Vaimse tervisega seonduvad tunnused üksildusega seoses

		Ei ole		Keskmiselt		Üksildane		p
		üksildane		üksildane		üksildane		
		N	%	N	%	N	%	
Kurbus või depressiooni tundmine (viimasel kuul)	Jah	1044	42,9	476	19,6	911	37,5	$\chi^2=352,7$ df=2 p<0,001
	Ei	1825	65,9	500	18,1	445	16,1	
	Kokku	2869	55,2	976	18,8	1356	26,1	
Soov olla pigem surnud	Enesetapumõtete mainimine	94	27,3	48	14,0	202	58,7	$\chi^2=207,2$ df=2 p<0,001
	Ei ole selliseid mõtteid /soove	2775	57,1	929	19,1	1153	23,7	
	Kokku	2869	55,2	977	18,8	1355	26,1	
Rõõmutunne (meeldivate tegevuste mainimine)	Ei oska mainida	268	43,4	98	15,9	252	40,8	$\chi^2=79,4$ df=2 p<0,001
	Mainib tegevusi	2601	56,8	879	19,2	1102	24,1	
	Kokku	2869	55,2	977	18,8	1354	26,0	
Eluga rahulolu	madal rahulolu	935	44,1	400	18,9	784	37,0	$\chi^2=274,3$ df=4 p<0,001
	keskmise rahulolu	1233	59,5	414	20,0	424	20,5	
	kõrge rahulolu	692	69,8	160	16,1	140	14,1	
	Kokku	2860	55,2	974	18,8	1348	26,0	

Tabelis 10 on esitatud seosed sotsiaalset läbikäimist ja aktiivset tegevust iseloomustavate ja soodustavate tunnuste (lastelastega tegelemine, kellegi teise olulise inimese olemasolu, mõõdukas füüsiline tegevus, auto omamine ja IT iskused) ja üksilduse vahel.

Tabel 10. Sotsiaalset läbikäimist iseloomustavad tunnused üksildusega seoses

		Ei ole üksildane		Keskmiselt üksildane		Üksildane		
		N	%	N	%	N	%	p
Lastelastega tegelemine	Jah	643	57,5	236	21,1	240	21,4	$\chi^2=40,1$ df=2 p<0,001
	Ei	870	50,3	301	17,4	559	32,3	
	Kokku	1513	53,1	537	18,8	799	28,0	
Keegi teine oluline inimene (kellega rääkida)	Jah	660	54,3	274	22,5	282	23,2	$\chi^2=20,6$ df=2 p<0,001
	Ei	1844	54,2	595	17,5	961	28,3	
	Kokku	2504	54,2	869	18,8	1243	26,9	
Teeb mõõdukalt füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi	Rohkem kui üks kord nädalas	2241	58,0	779	20,2	845	21,9	$\chi^2=160,1$ df=6 p<0,001
	Kord nädalas	285	53,2	79	14,7	172	32,1	
	Paar kord kuus	102	45,3	36	16,0	87	38,7	
	Peaaegu kunagi või mitte kunagi	243	42,0	83	14,3	253	43,7	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1357	26,1	
Omab autot	Ei	1024	48,2	389	18,3	711	33,5	$\chi^2=63,9$ df=2 p<0,001
	Jah	957	57,6	344	20,7	361	21,7	
	Kokku	1981	52,3	733	19,4	1072	28,3	
IT oskused	Suurepärase	83	74,1	14	12,5	15	13,4	$\chi^2=156,3$ df=10 p<0,001
	Väga hea	134	62,9	41	19,2	38	17,8	
	Hea	551	64,4	155	18,1	150	17,5	
	Rahuldav	804	58,7	267	19,5	298	21,8	
	Kehv	391	54,8	142	19,9	181	25,4	
	Pole kunagi arvutit kasutanud	908	46,8	358	18,5	674	34,7	
	Kokku	2871	55,2	977	18,8	1356	26,1	

Eakate hulgas, kes ei tegelenud lastelastega, oli rohkem üksildasi (32,3%), kui nende hulgas, kes lastelastega tegelesid (21,4%) ning kui eakal oli keegi oluline inimene, kellega oma muredest ja rõõmudest rääkida, siis nende hulgas oli üksildaste osakaal väiksem

(23,2%), kui aga selline lähedane inimene puudus, siis nende hulgas oli üksildasi rohkem (28,3%). Nende eakate hulgas, kes tegid mõõdukat füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi rohkem kui üks kord nädalas, oli ka vähem üksildasi (21,9%) võrreldes olukorraga, kui füüsilist tegevust tehti kord nädalas (32,1%) või paar korda kuus (38,7%). Nende hulgas aga, kes ei teinud mõõdukat füüsilist aktiivsust nõudvaid tegevusi mitte kunagi, oli ka üksildustunne kõige suurem (43,7%).

Eakate hulgas, kes omasid autot, oli vähem üksildasi (21,7%), kui nende hulgas, kellel ei olnud autot (33,5%). Suurepäraste arvutialaste oskustega eakate hulgas oli üksildaste osakaal väiksem kui kehvade oskustega eakate hulgas (13,4% vs 25,4%) ning mitte kunagi arvutit kasutanute hulgas oli üksildaste osakaal kõige suurem (34,7%).

6. ARUTELU

Käesolevas peatükis arutletakse uurimistulemuste üle tuginedes kirjanduse ülevaatele ja teoreetilistele lähtekohtadele. Peatüki esimeses pooles keskendutakse erinevatele vanemaealisi iseloomustavate tunnuste esinemissagedustele tuginedes heaolu, resilientsuse ja üksilduse teooriale, peatüki teises pooles arutletakse samade tunnuste seoste üle üksildustundega ning lõpetuseks tehakse järeldusi uurimistulemuste põhjal ning tuuakse välja võimalikud tugevused ja nõrgad kohad.

50-aastaste ja vanemate inimeste iseloomustavate tunnustena analüüsiti nii demograafilisi, sotsiaal-majanduslikke, terviseseisundit iseloomustavaid ja sotsiaalse suhtlemisega seonduvaid tunnuseid meeste ja naiste lõikes olemasoleva SHARE andmebaasi põhjal.

Maaelma elanikkonna kiire vananemine ja inimese oodatava eluea tõusmine aasta-aastalt esitab ühiskonnale tõsiseid väljakutseid, kuidas vananeva rahvastikuga toime tulla. Inimese vananemine on elu loomulik osa ning kohanemine sõltub suuresti tema tervislikust seisundist, majanduslikust olukorrast, elukvaliteedist, ühiskonnas osalemisest jne. Saks ja teised (2016) peavad eduka vananemise juures oluliseks füüsilist, vaimset ja sotsiaalset koos toimimist, et tagada inimese heaolu vanemas eas.

Statistikaameti poolt koostatud rahvastikupüramiid iseloomustab väheneva Eesti rahvastiku taustal ka inimeste vananemist ning naiste osakaalu suurenemist (Sotsiaalministeerium, 2015). Käesoleva analüüsi tulemusted kinnitavad sarnast mustrit, et just vanemates vanusegruppides (75-84 ja 85+) on rohkem naisi kui mehi. Sarnaselt on ka Sakkeus ja Leppik (2016) SHARE 5.laine tulemuste põhjal märkinud, et vanemat põlvkonda iseloomustab suur vahe meeste ja naiste elueas. Tulemustest selgub, et eakatest pisut üle poolte on abielus ning perekonnaseisus on märgata naiste hulgas palju rohkem leskesid kui meeste hulgas. Inimese materiaalne toimetulek sõltub suuresti tema tööalasest iseloomust, uuringu tulemustest selgus, et üle poolte eakates on pensionil ning olenevalt sissetulekust oli kõige rohkem neid vastanuid, kelle toimetulekus esineb mõningaid raskusi. Lisaks selgus tulemustest, et pea pooltel eakatel esines sageli olukordi, kus rahapuudusest olid piiratud ka nende tegevused. Sakkeus ja Leppik (2016) on seisukohal, et majanduslikku toimetulekut võib mõjutada perekonnaseis, sest üksi elavatel eakatel on võrreldes suurema leibkonnaga alati ressursse vähem ning seetõttu ka oluliselt raskem majanduslikult toime tulla.

Vaadeldes erinevaid tunnuseid heaolu kontekstis ja tuginedes Erik Allardti (1976) heoluteooria seisukohtadele, on inimese rahuloluga seotud põhivajadused liigitatud:

omamine ehk materiaalne toimetulek ja füüsiline tervis, armastamine ehk kuulumine ja sotsiaalne võrgustik ning olemine ehk emotsionaalne heaolu, tunded ning rõõm. Niisiis heaolu teooria taustal on eakate materjaalsel olukorral oluline tähendus, et iseseisvalt toime tulla ja väärilt vananeda.

Analüüsist tuleb välja, et üle poolte eakatest hindas oma tervist rahuldavaks, samas esines suuremal osal vastanutes ka pikaajalisi või kroonilisi haigusi ning umbes veerandil olid ka tervisest tulenevalt piiratud tegevused. Kuigi meeldivaid tegevusi, mis eakale rõõmu valmistaks, oskas enamus mainida, tundsid siiski üle poolte vastanutest viimase kuu jooksul depressiooni, siinjuures mainisid naised kurbust oluliselt rohkem ning ka suitsidaalseid mõtteid oli rohkem naistel kui meestel. Mõtlemapanev on ka see, et peaaegu pooled vanemad inimesed ei olnud üldse oma eluga rahul. Berg ja Cassell (1992) on väitnud, et depressiivsete haiguste tekke oht on suurem inimesel, kellel puuduvad lähedased suhted ja sotsiaalne võrgustik ning depressiooni all kannatavad eakad on ka haavatavamad ja suurema enesetapuriskiga. Seega on vanemaealise elukvaliteedi seisukohalt olulised nii psühholoogiline heaolu kui ka tervislik seisund (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015).

Sotsiaalse suhtluse tähenduses on oluline, et inimene saaks oma mõtteid ja tundeid kellegagi jagada, analüüsi tulemuste põhjal selgus, et selline lähedane inimene, kellele oma rõõme ja muresi rääkida, puudus rohkem kui pooltel vastanutel. Aktiivset tegevust puudutavatest tunnustest iseloomustas analüüsis ilmekalt vähene lastelastega tegelemine, rohkem kui pooled vastanutest ei tegelenud lastelastega üldse. Tulemustest selgus, et üle poolte eakatel puudus auto, mis aitaks kaasa nende liikuvusele ja sotsiaalsele läbikäimisele. Mõõdukat pingutust nõudvaid tegevusi tegid rohkem kui üks kord nädalas üle poolte eakatest. Üldist suhtlemist soodustava tegurina võib nimetada digitaalsete oskusi, kuid uurimusest selgus, et vastanute hulgas oli kõige rohkem neid eakaid, kes pole kunagi arvutit kasutanudki. Umbes veerand vastanutest nimetas siiski oma arvutialaseid oskusi rahuldavaks, kusjuures oma oskusi kehvaks hindasid rohkem mehed kui naised. Vähene digitaalne oskus on vanemaealiste puhul suuresti tingitud kogu infotehnoloogia kiirest arengust ja hilisemas elus on tehniliste teadmiste omandamine ning kohanemine juba oluliselt raskem.

Tuginedes oma uuringutele väidab Heinsaar (2013), et inimese elukvaliteeti mõjutab sotsiaalse suhtlemise sagedus ning Rowe ja Kahn (1997) lisavad, et sotsiaalne suhtlemine ja üldiselt aktiivne olemine aitavad vältida eakate eraldumist ühiskonnast. Füüsilise liikuvuse ja transpordivahendi seotust elukvaliteediga mainivad ka Nordbakke ja

Schwanen (2014), nimetades liikuvust ja mobiilsust sotsiaalse tõrjutuse vähendamise võimalusena.

Uuringu tulemustest selgusid vananemisprotsessi kulgu enam mõjutavad tunnused, kuid see kuidas eakad vananemisega kaasnevate muutustega toime tulevad sõltub nende resilientisusest ja võimest kohaneda. Headley ja Wearing (1992) on seisukohal, et erinevad elusündmused võivad küll mõjutada subjektiivset heaolu, kuid inimesed on võimelised kohanema nende elumuutustega ja naasma sündmustele eelnenud tasemele. On see siis haigus, majanduslik raskus, perekondlik probleem või mõni muu kaotus, mis muudab eaka elu - oluline on see, kuidas inimene nendest toibub ja milline on tema vastupanuvõime ehk resilientsus. Janssen ja teised (2011) toovad oma uurimustes välja, et heaolu säilitamisel vanemas eas on oluliseks aluseks - rahulolu ja leppimine vananemisega, igapäevane toimetulek, suhted lähedastega ning materiaalsete ressursside kättesaadavus ehk võime keskenduda sellele, mida veel suudetakse teha.

Antud uurimistöö keskseks teemaks oli uurida vanemaealiste üksildust ning tuginedes eelpool uuritud vananemise kulgu iseloomustavatele tunnustele, analüüsiti samade tunnuste seoseid üksildusega. Weissi (1973) kirjelduses on üksildus häiriv tunne ehk teisisõnu emotsionaalne vorm, kui inimene tõmbub endasse ja tal puudub lähedane inimene, keda usaldada ning sotsiaalne vorm, mida tuntakse näiteks abielulahutuse või lähedase inimese kaotuse puhul. Nagu eelnevatest peatükkidest on selgunud, siis saab üksildust ja isoleeritust üha enam pidada vananemise kogemuse osaks. Põlvkondadevahelise elamise vähenemine, suurem sotsiaalne ja geograafiline liikuvus, niinimetatud ühe inimese leibkondade tõus, kõik need muutused võivad tähendada, et eakad võivad muutuda sotsiaalselt isoleeritumaks. Niisiis on üksildus ja sotsiaalne eraldatus erinevad mõisted ehk inimene võib olla üksildane, ilma, et oleks sotsiaalselt isoleeritud või siis kogeda nii üksildust, kui ka eraldatust ja isolatsiooni või olla sotsiaalselt isoleeritud, ilma, et tunneks ennast üksildasena (Valtorta & Hanratty, 2010).

Analüüsi tulemusena selgus, et umbes veerand eakatest nimetas ennast üksildaseks ning kõige rohkem oli üksildasi vanemas vanusegrupis (85+) ja vähem nooremates vanusegruppides. Üksilduse osas olulisi statistilisi erinevusi meeste ja naiste lõikes ei esinenud, samas olid märgatavad erinevused perekonnaseisu ja üksilduse vahelises seoses. Kõige rohkem üksildasi esines leskede hulgas ning mõnevõrra vähem vallaliste ja lahutatute hulgas. Antud analüüsi tulemused leiavad kinnitust Dykstra (2009) väitest, et mida vanem on inimene, seda üksildasem ta on ning üksildus on tavaline pigem väga vanade, st 80-aastaste ja vanemate seas. Sarnaselt toovad üksildust mõjutavate teguritena

välja perekonnaseisu ka Aartsen ja Jylhä (2011), nimetades partneri kaotust üheks peamiseks üksilduse ennustajaks vanemas eas ning Dykstra (2009) lisab ka üksi elavate ja lahutanud inimeste osakaalu suurenemise üksildaste inimeste hulgas.

Sotsiaal-majanduslike tunnuste ja üksilduse vahelise seosena selgus uurimusest, et kõige üksildasemaks nimetavad ennast puudega või püsivalt haiged eakad ning palju oli üksildasi ka pensionil olevate eakate hulgas. Oluliselt harvem olid üksildased eakad, kes käisid tööl. Majandusliku toimetuleku ja üksilduse seoses torkab silma märkimisväärselt suurem üksildaste osakaal eakate hulgas, kes olenevalt sissetulekust tulevad suurte raskustega toime. Sarnane muster oli ka tegevuste puhul, mis olid rahapuudusel piiratud ehk sagedamini olid üksildased need eakad, kellel esines sageli tegevuspiiranguid seoses rahapuudusega. Siinkohal sarnanevad uuringu tulemused nii Peplau (1985) kui ka Dahlberg (2018) uuringu tulemustega, et üksildus on seotud sotsiaal-majandusliku seisundiga ja on suurem madalama sissetulekuga gruppides ning seetõttu võib väiksem olla ka nende sotsiaalne võrgustik.

Terviseseisundit iseloomustavate tunnuste ja üksilduse vahelistest seostest selgus, et ligi pooled eakad, kes hindasid oma tervise kehvaks, olid üksildased ja juhul kui hinnati oma tervist rahuldavaks, oli ka üksildasi juba vähem. Pikaajaliste või krooniliselt haigete eakate hulgas oli üksildasi rohkem ning üksildased olid ka peaaegu pooled eakad, kellel tegevused olid viimase kuue kuu jooksul väga piiratud. Vaimse tervisega seonduvate tunnuste ja üksilduse vaheliste seostena selgus, et üksildastunne on suurem eakate hulgas, kes viimase kuu aja jooksul tundis kurbust või depressiooni. Märkimisväärselt suur oli ka enesetapumõtetega eakate arv üksildaste hulgas, siinjuures mainis üle poolte vastanutest suitsidaalseid mõtteid. Kui eakad ei osanud mainida ühtegi meeldivat tegevust, mis neile rõõmu valmistaks, siis nende hulgas olid ligi pooled üksildased. Sarnaselt rohkem oli üksildasi ka nende eakate hulgas, kes olid oma eluga vähem rahul.

Tuginedes oma uuringutele on nii Dahlbergi (2018), kui ka Aartseni ja Jylhä (2011) hinnangul üksildasi rohkem liikumisraskustega ja madalama füüsilise toimimisega inimeste hulgas. Üksildusega kaasnevate haiguste riskidena on nimetatud lisaks kardiovaskulaarsete haiguste suurenemisele (Barth, Schneider, & von Känel, 2010) kognitiivsuse langust (Bassuk, Berkman, & Glass, 1999) ja suremust (Luo, Hawkey, & Waite, 2012). Suitsidaalsust mainib ka Neto (2014), nimetades üksilduse seoseid füüsilise haiguse, negatiivsete psühholoogiliste tulemuste ja enesehinnangu vahel, mis piisavalt raske kogemuse puhul võib viia enesetapuni.

Sotsiaalse läbikäimise ja üksilduse vahelise seosena analüüsitud tunnustest torkas silma, et aktiivne tegevus ja mõõdukas füüsiline pingutus aitab oluliselt vähendada üksildustunnet ning nende eakate hulgas, kes tegid rohkem kui üks kord nädalas füüsilist pingutust nõudvaid tegevusi, oli ka poole vähem üksildasi, kui nende eakate hulgas, kes ei teinud mitte kunagi füüsilist tegevust. Üksildust aitas vähendada ka lastelastega tegelemine ja auto omamine, mis oluliselt lihtsustab liikuvust. Analüüsist selgus, et üksildasi oli oluliselt rohkem nende eakate hulgas, kes ei tegelenud oma lastelastega, kui nende hulga, kes lastelastega tegelesid. Sama muster oli ka auto omamise puhul - nende hulgas, kellel autot ei olnud, oli rohkem üksildasi kui nende hulgas, kellel auto oli olemas. Üksildustunnet aitab leevendada lähedase inimese olemasolu, kellega oma rõõme ja muresid jagada, nii selgus ka tulemustest, et kui selline lähedane inimene oli olemas, oli ka üksildustunne väiksem kui nendel, kellel lähedane inimene puudus. Tulemuste põhjal leidis kinnitust, et mida kehvemad on arvutialased oskused, seda üksildasemana inimene ennast tunneb ning vastanute hulgas torkas silma ka suur üksildaste osakaal, kes polnud mitte kunagi arvutit kasutanud. Seega saab tulenevalt analüüsist nõustuda Cheni ja Schultzi (2016) väitega, et infotehnoloogia kasutamine aitab suurendada enesekindlust ja säilitada sotsiaalset aktiivsust ning seeläbi vähendada sotsiaalset isolatsiooni. Üksildus on vastuolu inimese sotsiaalsete ja emotsionaalsete vajaduste ja tema sotsiaalse reaalsuse vahel ehk teisisõnu, kui inimese elus puudub sotsiaalne või emotsionaalne sisu tekitab see masendava, ahastama paneva eraldatuse tunde (Killen, 1998). Analüüsi tulemustele leiab kinnituse ka Dahlbergi ja Mckee (2013) uuringutest, et kui sotsiaalne üksildus viitab rahuldava sotsiaalse võrgustiku puudumisele, puuduvad seltskonda pakkuvad sõbrad ja ühtekuuluvustunne, siis emotsionaalne üksildus viitab lähedase inimese puudumisele, kelle poole vajadusel saaks pöörduda.

Käesoleva magistritöö tugevusteks on SHARE andmebaasi esinduslik valim, kus on kaetud kõik eakate vanusegrupid ning on saadud teha järeldusi ka kõige vanemate vanusegruppide kohta. Töös kasutatud andmed on keskendunud ainult Eesti vanemaealiste kohta ning on üks esmaseid teadaolevaid uurimusi, milles uuritakse Eesti vanemaealiste üksildusega seonduvaid tunnuseid süvitsi.

Antud töö nõrkusena võib välja tuua asjaolu, et kuna tegemist on SHARE 6 laine läbilõikelise uuringuga, ei ole võimalik hinnata muutusi ajas ning leida põhjuse ja tagajärje seoseid erinevate tunnuste ja üksilduse vahel, kuid annab siiski olulist teavet Eesti vanemaealiste üksilduse kohta, millega on vananeva elanikkonna puhul vajalik arvestada.

7. KOKKUVÕTE

Teadmised ja kogemused, mis inimene erinevatelt eluetappidelt kaasa võtab, kujundavad tema heaolu vanemas eas. Erinevatel põhjustel satuvad vanemad inimesed olukorda, mille tulemusena nad tunnevad ennast mahajäetuna, abituna ja üksildasena, mis võib otseselt mõjutada nende tervist ja millel võivad olla drastilised tagajärjed. Paljud eakad elavad erinevatel põhjustel vanaduses üksi. Üksi elamine ei tähenda tingimata üksildust, kuid üksinda tundmine tähendab. Üksildus on negatiivne tunne, see on inimesele ainulaadne emotsioon, millega kaasneb kõrvalejätuse tunne. Üksildust saab liigitada sotsiaalseks ja emotsionaalseks üksilduseks ehk see on seotud sotsiaalse võrgustiku puudumise või soovitud kaaslase puudumisega.

Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida erinevate tunnuste vahelisi seoseid üksildustundega ning teha valimi põhjal üldistusi. Analüüsi tarbeks kasutati olemasolevat SHARE andmebaasi, mis uurib individuaalse vananemisprotsessi kulgu ning seda mõjutavaid põhjuseid ja seoseid. Töö teoreetilises osas tugineti heaolu, resilientsuse ja üksilduse teooriatele ja anti ülevaade kuidas erinevad teoreetilised lähtekohad iseloomustavad eakate vananemisega kaasnevaid muutusi ja kohanemist.

Esindusliku valimi moodustavad Eesti rahvastikust juhuvalimi alusel 50-aastased ja vanemad inimesed ning nendega koos elavad partnerid. Antud uurimistöö valimi moodustas 6006 inimest.

Magistritöö eesmärgist lähtuvalt oli uurida eakate üksildusega seonduvaid tunnuseid 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis ning tulenevalt püstitatud uurimisküsimustest saadi järgmised vastused:

Kuidas on seotud demograafilised tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?

Uurimuses osalenutest olid ligi pooled vastanutest üksildased või keskmiselt üksildased. Kõige üksildasemad olid eakad vanemas vanuserühmas (85+) ja soo lõikes olulised erinevused puuduvad. Kõige rohkem üksildasi on leskede hulgas.

Kuidas on seotud sotsiaal-majanduslikud tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?

Kõige üksildasemad on puudega ja püsivalt haiged eakad, palju on üksildasi ka pensionil olevate hulgas. Kõige rohkem on üksildasi eakate hulgas, kes tulevad suurte raskustega toime ning kellel esineb sageli olukordi kus rahapuudusel on tegevused piiratud.

Kuidas on seotud tervise seisundit iseloomustavad tunnused üksildustundega vanemaealistel inimestel Eestis?

Nii füüsiline kui vaimne tervis avaldavad otsest mõju sellele, kuidas inimene ise oma tervist hindab. Eakad, kes hindasid oma tervise kehvaks ja kellel esines pikaajalisi või kroonilisi haigusi ning kelle tegevused olid viimase kuu jooksul väga piiratud olid üksildasemad. Naised nimetavad suitsidaalseid mõtteid tihedamini ning üksildasemad on need eakad, kes viimase kuu jooksul tundsid depressiooni ja mainis enesetapumõtteid. Rohkem üksildased on need eakate, kes ei oska mainida meeldivaid tegevusi ning kes ei ole oma eluga rahul.

Kuidas on seotud sotsiaalset läbikäimist ja aktiivset tegevust iseloomustavad tunnused üksildustundega vanematel inimestel Eestis?

Üksildasemad on eakad, kes ei tegele oma lastelastega ning kellel puudub auto. Mõõdukas füüsiline tegevus rohkem kui üks kord nädalas aitab vähendada olulisel üksilduse tunnet. Mida kehvemad on arvutialased oskused, seda üksildasem inimene on ning eriti suur üksildaste osakaal on nende eakate hulgas, kes pole kunagi arvutit kasutanud. Üksildasemad on eakad, kellel puudub lähedane inimene, kellega omavahel rääkida nii headest kui halbadest asjadest, muredest ja rõõmudest.

Antud magistritöö eesmärk oli uurida vanemaealiste üksildusega seotud tunnuseid ning saadud tulemuste põhjal võib teha alljärgnevad järeldused:

Küsitlusele vastanute hulgas oli rohkem naisi kui mehi (60% vs 39%). Üksildasena tundis ennast 26%, keskmiselt üksildasena 19% ja üldse ei tundnud ennast üksildasena 55% eakatest.

- Demograafilistest tunnustest olid nii vanus, kui ka perekonnaseis üksildusega seotud. Üksildus oli otseselt seotud inimese vanusega, mida vanem on inimene, seda üksildasem ta on, kuid meeste ja naiste lõikes erinevused puuduvad. Perekonnaseisus oli kõige rohkem üksildasi leskede hulgas.
- Sotsiaal-majanduslike tunnuste ja üksildustunde vahelises seoses olid üksildasemad puudega ja püsivalt haiged eakad. Rohkem üksildased olid suurte raskustega toime tulevad eakad ning need eakad, kellel tegevused on sageli rahapuudusel piiratud.
- Tervise seisundist lähtuvalt olid nii füüsilise kui ka vaimse tervise tunnused üksildustundega seotud. Mida kehvemaks eakad oma tervist hindasid, seda üksildasemad nad olid. Pikaajaliste ja krooniliste haigustega eakad ning sagedamini

depressiooni tundvad ja suitsidaalseid mõtteid mainivad eakad olid üksildasemad. Oma eluga vähem rahul olevad eakad tundsid ennast üksildasemana ning eakad, kes ei oska mainida meeldivaid tegevusi, mis neile rõõmu valmistaks olid üksildasemad.

- Sotsiaalne suhtlemine ja aktiivne tegevus oli tihedalt seotud üksildustundega. Need eakad, kes ei tegelenud lastelastega ning kellel puudus auto, olid üksildasemad. Oluliselt vähendas üksilduse tunnet vähemalt üks kord nädalas mõõduka füüsilise tegevuse tegemine. Üksildasemad on eakad, kellel puudub lähedane inimene, kellega oma rõõme ja muresid jagada. Mida kehvemad on arvutialased oskused, seda üksildasemana eakas ennast tunneb. Kõige üksildasemad on need eakad, kes pole mitte kunagi arvutit kasutanud.
- Üksildusega seonduvad tunnused vajavad varajast märkamist ja tähelepanu, sest omavahelised seosed võivad vanema inimese tervisele aja möödudes üha rohkem mõju avaldada ning sellel võivad olla drastilised tagajärjed.

Kindlasti on väga palju eakaid, kes käivad tööl, tegelevad lastelastega ja osalevad aktiivselt sotsiaalses elus, samas on hulgaliselt ka neid, kes ei saa iseseisvalt hakkama ja vajavad toimetulekuks kõrvalist abi. Oluline on innustada vanemaid inimesi iseseisvalt toimetulema, soovi korral kauem töö- ja ühiskondlikus elus osalema, et vältida üksildust ja tõrjutust ning sellega kaasnevaid tagajärgi. Uurimuse tulemusena võib peamiste soovitusena vanemaealiste üksilduse ennetamiseks nimetada perekonna ja lähedaste toetuse suurendamist ning ka ühiskondlikul tasandil rohkem eakate kaasamist aktiivsetesse tegevustesse, et vähendada nende üksi jäämist ja tagada väärikas vananemine.

Kokkuvõttes võimaldas valitud metoodika leida vastused püstitatud uurimisküsimustele ning uurimistöö tulemusena leidis kinnitust, et üksildus on oluliselt suurem probleem eakate hulgas kui esmapilgul paistab. Inimese vananemine sõltub suuresti tema elu mõjutavatest erinevatest teguritest, sealhulgas elukvaliteedist, tervislikust seisundist, suhetest lähedastega ja võimest toime tulla elus ette tulevate muutuste ja raskustega, nendest taastumine ja toibumine aitab inimesel edukamalt ja väarikamalt vananemisega kohaneda. Tulemuste põhjal tehtud järeldused annavad kinnitust, et üksildustunne on olulisel määral seotud erinevate vananemist iseloomustavate ja kujundavate tunnustega ning sobib arutelu jätkamiseks ja edasiseks uurimiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of Loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European journal of Ageing* 8 (1), 31-38.
- Abuladze, L., & Bruns, J. (2015). SHARE-uuring; Valim. Kontakteerumine. *SHARE koolitused 2015*. Tallinn: Tallinna Ülikool. Alla laaditud http://share-estonia.ee/fileadmin/6._laine_kuesitluse_instrumentarium/Share_valim_ja_kontakteerumine_w6.pdf
- Allardt, E. (1976). Dimensions of welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica Volume 19, No 3*, 227-239.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Ageing and Mental Health* 2(4), 264-274.
- APA. (2019). *The Road to resilience*. American Psychological Association. Alla laaditud <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>
- Azeredo, Z. d., & Afonso, M. A. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Vol.19 no. 2*, 313-324.
- Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine* 72 (3), 229-238.
- Bassuk, S. S., Berkman, L. F., & Glass, T. A. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community elderly persons. *Annals of international medicine* 131(3), lk 165-173.
- Berg, R. L., & Cassells, J. S. (1992). Social Isolation Among Older Individuals: The Relationship to Mortality and Morbidity. rmt: *The Second Fifty Years, Promoting Health and Preventing Disability* (lk 202-224). Washington: Institute of Medicine (US).
- Bottrell, D. (2009). Understanding "Marginal" Perspectives: Towards a Social Theory of Resilience. *Qualitative Social Work*, (8)3, 321-339.
- Börsch-Supan, A. (2018). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version:6.1.1. SHARE-ERIC*. DOI: 10.6103/SHARE.w6.611
- Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 977-991.
- Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research Vol 18, No 1*, e18.

- Coatsworth, J., & Masten, A. S. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments. Lesson From Research on Successful Children. *American Psychologist* Vol.53 (2), 205-220.
- Cotten, S. R., Anderson, W. A., & McCullough, B. M. (2013). Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 15 (2), e39.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). Enjoyment and Intrinsic Motivation. rmt: *Beyond Boredom and Anxiety* (lk 1-12). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Dahlberg, L. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics; Volume 75*, lk 96-103.
- Dahlberg, L., & Mckee, K. J. (2013). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Ageing & Mental Health, Volume 18, Issue 4*, 504-514.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and social psychology* 53(1), lk 119-128.
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology* 8, 78-80.
- Diehl, M. K., & Wahl, H.-W. (2010). Awareness of Age-Related Change: Examination of a (Mostly) Unexplored Concept. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 340-350.
- Diener, C., & Diener, E. (1996). Most people are happy. *Psychological Science* Vol. 7 (3), 181-185.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology* 2003:54, lk 403-425.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. rmt: S. J. Lopez, & C. Snyder, *The Oxford Handbook of Positive Psychology (2ed)* (lk 63-73). New York: Oxford University Press.
- Docking, R. E., & Stock, J. (2017). *International Handbook of Positive Ageing*. New York: Routledge International Handbook.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing* 6 (2), 91-100.
- Eurostat. (2019). *Assumptions for life expectancy by age, sex and type of projection*. Eurostat. Alla laaditud 02.02.2019 <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

- Green, R. R. (2008). Risk and Resilience Theory: A Social Work Perspective. rmt: R. R. Green, *Human Behavior Theory and Social Work Practice, Third Edition* (lk 315-342). New York.
- Harlow, R. E., & Cantor, N. (1997). Participation in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology* 71 (6), 1235-1249.
- Havens, B., & De Jong Gierveld, J. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian Journal on Aging (La Revue Canadienne du Vieillissement)* 23 (2), 109-113.
- Hawkley, L., & Cacioppo, J. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 40 (2), 218-227.
- Hayman, K. J., Consedine, N. S., & Kerse, N. M. (2016). Resilience in context: the special case of advanced age. *Ageing and Mental Health* 21(6), 1-9.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). Well-being and distress. rmt: *Understanding happiness. A theory of subjective well-being* (lk 6-19). Melbourne: Longman Cheshire Pty Limited.
- Heinsaar, J. (2013). Vaba aeg ja sotsiaalsed suhted elukvaliteedi näitajana. *Sotsiaaltrendid* 6, 106-126. Eesti Statistikaamet. Alla laaditud https://www.stat.ee/valjaanne-2013_sotsiaaltrendid-6
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2005). *Uuri ja kirjuta*. Helsinki: Kirjastus Medicina.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk. *Perspectives on Psychological Science* Vol.10(2), 227-237.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on ageing* 26(6), 655-672.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing* 8 (3), 145-156.
- Johnson, D., & Mullins, L. C. (1987). Growing old and lonely in different societies: toward comparative perspective. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 2; *International Exchange Center on Gerontology*, 257-275.
- Jylhä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Loneliness and Ageing: Comparative Perspectives. rmt: D. Dannefer, & C. Phillipson, *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (lk 317-328). London: SAGE Publications Ltd.

- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. rmt: D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz, *Well-Being The Foundations of Hedonic Psychology* (lk 3-26). New York: Russell SAGE Foundation.
- Kaplan, H. B. (2005). Understanding the Concept of Resilience. rmt: S. Goldstein, & R. B. Brooks, *Handbook of Resilience in Children* (lk 39-47). Springer, Boston MA.
- Kask, U. (2012). SHARE Eesti tehniline raport ja planeeritav väljund. *Eesti Statistikaamet*. Alla laaditud 14.02.2019 http://share-estonia.ee/fileadmin/Urve_Kask_Statistikaamet_30.11.pdf
- Keränen, N. S., Kangas, M., Immonen, M., Similä, H., Enwald, H., Korpelainen, R., & Jämsä, T. (2017). Use of Information and Communication Technologies Among Older People With and Without Frailty: A Population-Based Survey. *Journal of Medical Internet Research Vol. 19, No (2)*, e29.
- Killen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing* 28(4), lk 762-770.
- Kingo, K. (2013). Uus arusaam vananemise kontseptsioonist Eestis. *[Magistritöö]*. Tartu: Tartu Ülikool. Alla laaditud 28.01.2019 <https://dspace.ut.ee/handle/10062/31671>
- Kristjuhan, Ü. (2012). Vanem inimene: müüdid ja tegelikkus. *Sotsiaaltöö Nr 4*, 15-18.
- Laslett, P. (1987). The Emergence of the Third Age. *Ageing and Society* 7 (02), 133-160.
- Lim, L. L., & Kua, E.-H. (2011). Living Alone, Loneliness, and Psychological Well-Being of Older Persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research Vol. 2011, Article ID 673181*, 9.
- Little, W. (2014). Ageing and the Elderly, Chapter 13. *Introduction to Sociology - 1st Canadian Edition*. Rice University, B.C. Open Textboox Project.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., & Waite, L. J. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social science & medicine* 74(6), lk 907-914.
- Masten, A. S., Garmezy, N., & Best, K. M. (1990). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Development and Psychopathology* 2 (04), lk 425-444.
- McGregor, I., & Little, B. R. (1998). Personal Projects, Happiness, and Meaning: On Doing Well and Being Yourself. *Journal of Personality and Social Psychology Vol. 74, No 2*, 494-512.
- Mehrbrodt, T., Gruber, S., & Wagner, M. (2017). *Scales and Multi-Item Indicators*. Alla laaditud SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Alla laaditud http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_Scales_and_Multi-Item_Indicators.pdf

- Mindwellness Project. (2010). Ajutreeningu käsiraamat eakatele. *MINDWELLNESS PROJECT: Improvement the Learning Capacities and Mental Health of Older People*; N° exp.: 143087LLP120081ESGRUNDTVIGGMP, 9-13. Education and Culture DG, Lifelong Learning Programme.
- Muijs, D. (2004). Introduction to quantitative research. rmt: D. Muijs, *Doing quantitative research in education* (lk 1-12). London: Sage Publications.
- Myhre, J. W., Mehl, M. R., & Glisky, E. L. (2017). Cognitive Benefits of Online Social Networking for Healthy Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 72, Issue 5, 752-760.
- National Research Council. (2001). Well-Being: Concepts and Measures. Chapter 7. rmt: *Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World*. Washington DC: National Academy Press.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European journal of ageing* 11 (4), 313-319.
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 91, 24-31.
- Niglas, K. (2013). Statistiline andmeanalüüs paketi SPSS for Windows 14.0 abil. *SPSS 14.0 for Windows*. Tallinn: Tallinna Ülikool. Alla laaditud http://www.cs.tlu.ee/~katrin/wp/wp-content/uploads/2013/11/SPSS14_pealkirjaga.pdf
- Nordbakke, S., & Schwanen, T. (2014). Well-being and Mobility: A Theoretical Framework and Literature Review Focusing on Older People. *Mobilities Volume 9 Issue 1*, 104-129.
- Peplau, L. A. (1985). Loneliness research: basic concepts findings. rmt: I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Toim-d), *Social Support: Theory, Research and Applications* (lk 269-286). Seattle, USA: University of Washington; Martinus Nijhoff.
- Perlman, D. (1988). Loneliness: A Life-span, Family Perspective. rmt: R. Milardo, *New perspective on family. Families and social networks* (lk 190-220). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. rmt: S. Duck, & R. Gilmour, *Personal Relationships in Disorder* (lk 31-56). London: Academic Press.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. rmt: H. Friedman, *Encyclopedia of mental health Vol.2* (lk 571-581). San Diego: San Diego CA: Academic Press.
- Resnick, B. (2014). Resilience in Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 30(3), lk 155-163.

- Resnick, B. (2018). The Relationship Between Resilience and Motivation. rmt: B. Resnick, L. P. Gwynter, & K. A. Roberto, *Resilience in Ageing. Concepts, Research, and Outcomes* (lk 221-224). Switzerland: Springer Cham.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Ageing. *The Gerontologist* Vol.37, No. 4, lk 433-440.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66, 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 39(3), 472-480.
- Sakkeus, L. (2012). Rahvastiku vananemine- väljakutse ühiskonnale. rmt: E. S. 22, *Kas Eesti rahvas jääb püsima?* (lk 73-86). Tallinn: Eesti Statistikaamet.
- Sakkeus, L. (2016). Rahvastikuvananemine. rmt: K. Saks, T. Maimets, R. Tamm, R. Uiibo, M. Pääsuke, T. Tulviste,... A. Murov, *Gerontoloogia* (lk 188-215). Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Sakkeus, L. (2016). SHARE ehk uuring rahvastikuvananemisest Euroopas. rmt: L. Sakkeus, & L. Leppik, *Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitused eakate poliitika kujundamiseks*. (lk 13-29). Tallinna Ülikool.
- Sakkeus, L. (2017). *SHARE andmed: miks ja millised*. SHARE andmed : miks ja millised. Andmebaasi koolitus. Alla laaditud http://share-estonia.ee/fileadmin/Uudised/SHARE_andmebaasI__Luule.pdf
- Sakkeus, L., & Leppik, L. (2016). Pilk hallile alale. Tallinna Ülikool. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitused eakate poliitika kujundamiseks.
- Saks, K. (2016). Edukas vananemine ja vanaea haprus. rmt: K. Saks, T. Maimets, R. Tamm, R. Uiibo, M. Pääsuke, T. Tulviste,... A. Murov, *Gerontoloogia* (lk 19-37). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Saks, K. (2016). Elukvaliteet. rmt: K. Saks, T. Maimets, R. Tamm, R. Uiibo, M. Pääsuke, T. Tulviste,... A. Murov, *Gerontoloogia* (lk 38-50). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Saks, K. (2016). Inimese elukaar. rmt: K. Saks, T. Maimets, R. Tamm, R. Uiibo, M. Pääsuke, T. Tulviste,... A. Murov, *Gerontoloogia* (lk 11-18). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Saks, K., Maimets, T., Tamm, R., Uiibo, R., Pääsuke, M., Tulviste, T.,... Murov, A. (2016). *Gerontoloogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Saks, K., Tulva, T., & Soots, A. (1999). *Eesti vanuripoliitika alused*. Eesti Vanuripoliitika alused. Alla laaditud <http://raulpage.org/koolitus/vanuripoliitika.html>

- Schirmer, W., & Michailakis, D. (2016). Loneliness among the elderly as a social problem: The perspectives of medicine, religion and economy. *Ageing & Society*, Vol.36 Issue 8,, 1559-1579.
- Schoon, I. (2006). Risk and Resilience:definitions. rmt: I. Schoon, *Risk and Resilience. Adaptations in Changing Times* (lk 5-17). Cambridge University Press.
- Selge, M. (2008). "Jõustamine" ja tugevustel põhinev lähenemine. *Sotsiaaltöö* 3, 19-22.
- SHARE. (2015). *SHARE küsitlusankeet 6.laine*. Alla laaditud SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: http://share-estonia.ee/fileadmin/6._laine_kuesitluse_instrumentarium/Ankeet_est.pdf
- SHARE. (2018). *SHARE release Guid 6.1.1*. Alla laaditud SHARE-Survey of Health Ageing and Retirement in Europe: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_6-1-1.pdf
- SHARE. (2019). *Dates and Facts about SHARE*. Alla laaditud Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: <http://www.share-project.org/organisation/dates-facts.html>
- SHARE. (2019). *SHARE Overview*. Alla laaditud SHARE -Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: <http://www.share-project.org/data-documentation/waves-overview.html>
- SHARE -Eesti. (2019). *SHARE-Eesti*. Alla laaditud SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: <http://share-estonia.ee/index.php?id=21>
- Shiovitz-Ezra, S. (2015). Loneliness in Europe: do perceived neighbourhood characteristics matter? rmt: A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber, *Ageing in Europe - Supporting Policies for Inclusive Society* (lk 169-178). Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co.KG,.
- Smith-Osborne, A. (2007). Life Span and Resilience Theory: A Critical Review. *Advance in Social Work Vol 8 No. 1*, lk 152-168.
- Sotsiaalministeerium. (2013). *Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020*. Sotsiaalministeerium. Alla laaditud 24.08.2018 https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2015). Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015. *Uuringu aruanne*. Tallinn: SA Poliitikauuringute Keskus Praxis; AS Emor. Alla laaditud 20.02.2019 <http://www.praxis.ee/tood/vanemaealiste-ja-eakate-toimetuleku-uuring-2015/>
- Sotsiaalministeerium. (2016). *Heaolu arengukava 2016-2023*. Sotsiaalministeerium. Alla laaditud 17.01.2019 <https://www.sm.ee/et/heaolu-arengukava-2016-2023>

- Statistikaamet. (2016). *Mida räägib statistika elust ja surmast*. Eesti Statistikaamet. Alla laaditud 04.02.2019 <https://blog.stat.ee/tag/oodatav-eluiga/>
- Statistikaamet. (2018). *Eesti meeste ja naiste oodatav eluiga pikeneb; Pressiteade nr. 94*. Eesti Statistikaamet. Alla laaditud 04.02.2019 <https://www.stat.ee/pressiteade-2018-094>
- Statistikaamet. (2019). *RV021:Rahvastik soo ja vanuserühma järgi*. Eesti Statistikaamet. Alla laaditud 05.03.2019 <https://www.stat.ee/>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *The Lancet; Volume 358, Issue 9968*, 640-648.
- Stine-Morrow, E. L., & Chui, H. (2012). Cognitive Resilience in Adulthood. Chapter 5. *Annual review of gerontology & geriatrics 32(1)*, lk 93-114.
- Tervise Arengu Instituut. (2019). *Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee*. Tervise Arengu Instituut. Alla laaditud 26.03.2019 https://www.tai.ee/images/PDF/TMEK_2013.pdf
- Tiwari, S. C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry 55 (4)*, lk 320-322.
- Tulva, T. (2012). Põlvkondadevahelisest sidususest elukulu kontekstis. *Sotsiaaltöö Nr.4*, 24-28.
- Tuul, F. (2017). Eesti eakate meeste vananemiskogemus eluloonarratiivide põhjal. *[Magistritöö]*. Tartu: Tartu Ülikool. Alla laaditud 28.01.2019 <https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/56703/>
- UNFPA. (2019). *World Population Dashboard, Estonia*. Alla laaditud 03.03.2019 United Nations Population Fund: <https://www.unfpa.org/data/world-population/EE>
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2010). Loneliness, isolation and health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine 105(12)*, 518-522.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MA: The MIT Press.
- WHO. (2002). Active Ageing: The Concept and Rationale. *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization WHO/NMH/NPH/02.8.
- WHO. (2017). *Mental health of older adults*. World Health Organization. Alla laaditud 08.04.2019 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- WHO. (2018). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Alla laaditud World Health Organization: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

- WHO. (2019). *Health statistics and information systems*. World Health Organization. Alla laaditud <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Wiles, J. L., Kerse, N. M., Wild, K., & Allen, R. E. (2011). Resilience from the point of view of older people: "There's still life beyond a funny knee". *Social Science Medicine* 74(3), 416-424.
- Wilson, C., & Moulton, B. (2010). Loneliness among Older Adults: A National Survey of Adults 45+. *Knowledge Networks and Insight Policy Research*. Washington, DC. Washington: AARP The Magazine. AARP Research/Issues & Topics Life and Leisure.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Review in Clinical Gerontology* 21(02), 152-169.
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikool.