

Tartu Ülikool  
Psühholoogia instituut

Marii-Heleen Asula

STRESSIGA TOIMETULEKUT MÕJUTAVAD TEGURID EESTI KROONILISELT  
HAIGETE LASTE EMADE NÄITEL

Magistritöö

Juhendaja: Mairi Männamaa, PhD

Kaasjuhendaja: René Mõttus, PhD

Läbiv pealkiri: Stressiga toimetulek krooniliselt haigete laste emadel

Tartu 2014

## SISUKORD

<b>KOKKUVÕTE</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>SISSEJUHATUS</b> .....	<b>5</b>
<b>Krooniliselt haige lapse mõju perekonnale</b> .....	<b>5</b>
Pervasiivne arenguhäire .....	<b>6</b>
Esimest tüüpi diabeet .....	<b>6</b>
Lapseeas esinev astma.....	<b>7</b>
<b>Stressiga toimetulek</b> .....	<b>8</b>
Toimetulekustrateegiate käsitleused .....	<b>8</b>
Krooniliselt haigete laste vanemate toimetulekustrateegiad .....	<b>9</b>
<b>Psühholoogiline heaolu</b> .....	<b>10</b>
Krooniliselt haige laps ja vanema emotsionaalne enesetunne .....	<b>10</b>
Toimetulekustrateegiate seos psühholoogilise heaoluga.....	<b>10</b>
<b>Toimetulekustrateegiate seos isiksuseomadustega</b> .....	<b>12</b>
<b>Sotsiaaldemograafiliste ja peresuhete näitajate seos toimetulekustrateegiate ja</b> <b>heaoluga</b> .....	<b>13</b>
Uurimuse eesmärk, olulisus ja hüpoteesid .....	<b>14</b>
<b>MEETOD</b> .....	<b>16</b>
<b>Uuringu käik</b> .....	<b>16</b>
<b>Uurimuses osalejad</b> .....	<b>16</b>
<b>Mõõtevahendid</b> .....	<b>17</b>
Toimetulekustrateegiad .....	<b>17</b>
Depressioon .....	<b>17</b>
Isiksuseomadused .....	<b>17</b>
Olulised taustafaktorid ja sotsiaaldemograafilised andmed .....	<b>18</b>
<b>Andmetöötlus</b> .....	<b>18</b>
<b>TULEMUSED</b> .....	<b>19</b>
<b>Gruppidevahelised erinevused toimetulekustrateegiate kasutamises</b> .....	<b>19</b>
<b>Gruppidevahelised erinevused depressiooniskooris</b> .....	<b>20</b>
<b>Toimetulekustrateegiate kasutamise seos depressiooniskooriga</b> .....	<b>21</b>
<b>Isiksuseomaduste seos toimetulekustrateegiate ja depressiooniga</b> .....	<b>22</b>
<b>ARUTELU</b> .....	<b>23</b>
<b>Toimetulekustrateegiate kasutamine – erinevused grupiti</b> .....	<b>23</b>
<b>Depressiooniskoori erinevused grupiti ja seos toimetulekustrateegiatega</b> .....	<b>24</b>
<b>Isiksuseomaduste seosed depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiatega</b> .....	<b>27</b>
<b>Uurimuse piirangud</b> .....	<b>29</b>
<b>Kokkuvõte</b> .....	<b>30</b>
<b>VIITED</b> .....	<b>32</b>

## KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida tegureid, mis mõjutavad Eesti krooniliselt haigete laste emade toimetulekut. Teema on oluline, kuna haigete laste arv Eestis kasvab, vanema füüsiline ja vaimne tervis mõjutavad lapse ravirežiimi järgimist ning hetkel on Eesti sotsiaalsüsteemi poolt vanematele pakutav abi ebaregulaarne ja -efektiivne. Uuringusse kaasati 156 ema (31 pervasiivse arenguhäire, 41 diabeedi, 36 astma diagnoosi ja 48 terve lapsega), kes täitsid 4 küsimustikku – toimetulekustrateegiate küsimustiku COPE ( $N=146$ ), Beck'i depressiooniküsimustiku ( $N=124$ ), isiksuseküsimustiku EE.PIP-NEO ( $N=124$ ) ja autori poolt koostatud taustaküsimustiku ( $N=156$ ), mis hindas sotsiaaldemograafilisi ja lapse haigusega seotud tegureid. Tulemused näitasid, et depressiooniskoor oli oluliselt kõrgem krooniliselt haigete laste emadel ( $M = 12.96$ ,  $SD = 10.03$ ), võrreldes tervete laste emadega ( $M = 7.59$ ,  $SD = 6.57$ ). Krooniliselt haigete laste emadel oli depressiooniskoor positiivselt korreleeritud tegevusetuse ja tunnete väljaelamise/-näitamise strateegiatega ning negatiivselt aktiivse toimetulekuga ja probleemi lahendamise faktoriga. Kogu valimil ilmnas, et toimetulekustrategia valikut mõjutavad haridustase ja sissetulek ning krooniliselt haigete laste emadel lapse seisund ja haigusega seotud tugigrupis osalemine. Kõigil viiel isiksuseomadusel olid statistiliselt olulised ja tõlgendatavad seosed toimetulekustrateegiatega, näiteks ilmnasid olulised positiivsed korrelatsioonid neurootilisusel vältimise faktori ja tunnete väljaelamise/-näitamise strateegiatega ning meelekindlusel probleemi lahendamise faktoriga. Saadud tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega ning näitavad, et on oluline pakkuda krooniliselt haigete laste emadele psühholoogilist toetust, hinnata nende toimetulekustrateegiate repertuaari ning vajadusel õpetada probleemi lahendamisele suunatud strateegiate kasutamist.

*Märksõnad:* toimetulek, isiksuseomadused, depressioon, Lapseea autism, Aspergeri sündroom, diabeet, astma

**ABSTRACT**

How mothers of chronically ill children cope with stress

The aim of this study was to investigate the factors that influence how mothers of chronically ill children cope with stress. It is an important subject because the number of chronically ill children is rising and parent's physical and emotional health influences how well the child's treatment is conducted. Also at the moment support offered by Estonian's social system is irregular and inefficient and does not support mothers of chronically ill children sufficiently. Altogether 156 mothers (who had a child with autism spectrum disorder (31), diabetes (41), asthma (36) or a healthy child (48)) filled 4 questionnaires - COPE ( $N=146$ ), Beck depression inventory ( $N=124$ ; BDI), EE.PIP-NEO ( $N=124$ ) and background questionnaire that was conducted by author of this work. Results showed that mothers of chronically ill children had much higher BDI score ( $M = 12.96$ ,  $SD = 10.03$ ) than mothers of healthy children ( $M = 7.59$ ,  $SD = 6.57$ ). BDI score of mothers of chronically ill children had positive correlations with behavioral disengagement and focus on and venting of emotions and negative correlation with Task factor. Results showed that mother's education, family's income, condition of the child (stable or not) and attending support group influenced which coping strategy parent used. All five personality factors had significant and meaningful correlation with coping strategies, for example Neuroticism was positively correlated with avoidance factor and focus on and venting of emotions and Conscientiousness positively with task factor. These results are in accordant with previous researches and it shows that it is important to support mothers of chronically ill children, assess their repertoire of coping strategies and when needed teach them problem solving strategies.

*Keywords:* coping, personality, depression, autism, Asperger syndrome, diabetes, asthma

## SISSEJUHATUS

Puudega laste arv on Eestis alates 2005. aastast pea kahekordistunud ning 2012. aasta seisuga oli puudega kuni 17-aastaseid inimesi umbes 4% (9400) samaealisest rahvastikust (Kreitzberg, 2012). Meditsiinialaste teadmiste pidev arenemine võimaldab haigusi avastada efektiivsemalt ja varasemas staadiumis, samuti lisandub uusi ravi- ja sekkumismeetodeid, kuid puudega lapse eest hoolitsemine ning ravi eest vastutamine on siiski eelkõige vanema kohustus.

Laste kasvatamisel tuleb paratamatult ette stressi tekitavaid situatsioone, millega peavad kõik vanemad toime tulema. Vanematel, kelle laps on krooniliselt haige, esineb lisaks tavapärasele stressitekitavatele olukordadele ka haigusest tulenevaid väljakutseid. Näiteks on vajalik lapse haiguse iseärasustega kohanemine, abivahendite kasutama õppimine ja võimalike raviviisidega kursis olemine. Lisaks esineb ka raskusi, mis on haigusspetsiifilised ning tihti etteaimamatud. Eelnev nõuab vanematelt kiiret kohanemist ning asjakohaseid oskusi probleemidega toimetulekuks.

Lapse krooniline haigus võib olla stressoriks, mis mõjutab nii lapse kui perekonna füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu. Kuna praegu Eestis kehtiv sotsiaalsüsteem ei suuda pakkuda piisavat toetust kõigile vanematele (nt. Reilson, 2001), on oluline teada ja toetada vanemate endi ressursse, mis võimaldavad neil igapäevaselt toime tulla. Üheks vanema poolt kasutatavaks ressursiks, probleemse situatsiooniga hakkama saamisel, on toimetulekustrateegiad ning nende efektiivsusest võib sõltuda vanema psühholoogiline heaolu. Samuti võib strateegia valik olla seotud vanema isiksuseomadustega. Käesolevas magistritöös uuriti, kuidas kasutatavad toimetulekustrateegiad mõjutavad krooniliselt haigete laste vanemate psühholoogilist heaolu ning isiksuseomaduste seost toimetulekustrategia valikuga. Uuringus keskenduti pervasiivse arenguhäire (Lapseea autismi või Aspergeri sündroom), esimest tüüpi diabeedi ja astma diagnoosiga laste vanematele ning nende tulemusi võrreldi tervete laste vanematega.

### **Krooniliselt haige lapse mõju perekonnale**

Pervasiivne arenguhäire, esimest tüüpi diabeet ja astma on väga erinevad haigused. Erinevused on sümptomaatikas, raskusastme varieerumises, levimuses, ravi olemasolus ja efektiivsuses ning seeläbi ka mõjul perekonnale.

### **Pervasiivne arenguhäire**

Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi mõistetakse pervasiivsete arenguhäirete all vastastikuse sotsiaalse mõjutamise ja suhtlemise kvalitatiivset kahjustust, millega kaasneb huvide ning tegevusaktiivsuse piiratus, stereotüüpsus ja monotoonne korduvus (WHO, 1992). Pervasiivse arenguhäire diagnoosiga laste grupp on heterogeenne – varieerub nii haiguse raskusaste kui ka väljendusviis. Kui eeldada, et levimus ei erine Eestis ülejäänud Euroopast, siis on antud diagnoosiga laste arv Eestis umbes 1600 (0,6%) ning poistel diagnoositakse seda haigust umbes neli korda sagedamini kui tüdrukutel (Wittchen jt., 2011).

Pervasiivse arenguhäirega lapse kasvatamisega seotud stress mõjutab pereelu erinevaid aspekte: vaba aja veetmine; koduse majapidamise eest hoolitsemine; majanduslik toimetulek; lapsevanemate ja teiste perekonnaliikmete emotsionaalne, vaimne ja füüsiline tervis; vanemate ja õdede-vendade vahelised suhted ning suhteid inimestega väljaspool perekonda (Higgins, Bailey & Pearce, 2005). Pervasiivse arenguhäirega lapse kasvatamisest tulenev stress on põhjustatud eelkõige kolmest tegurist: 1) häire püsivus, 2) autistliku käitumise mitteaktsepteerimine ühiskonna ja perekonnaliikmete poolt ning 3) vähene toetus tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemilt (Sharpley, Bitsika & Efremidis, 1997). Autismi või Aspergeri sündroomi diagnoosi saamine ei tähenda automaatselt lapsele või perele vajaliku toetuse – näiteks psühholoogiline nõustamine, toimetulekuoskuste treening, hoiuteenus – saamist. Vanematele pakutav abi ei vasta tihti reaalsele vajadusele, kuna on ebaregulaarne ja – efektiivne.

### **Esimest tüüpi diabeet**

Rahvusvaheliste häirete klassifikatsiooni kohaselt on suhkrutõbi ehk diabeet krooniline energiaainevahetushäire, mis tekib olukorras, kus kõhunäärme poolt toodetava insuliini kogus on ebapiisav või organism ei suuda seda efektiivselt kasutada (WHO, 1992). Esimest tüüpi diabeet on üheks enam levinud lapseea krooniliseks haiguseks maailmas. Diabeedijuhtude arv on alaealiste seas aastate jooksul kasvanud ning suurenenud on alla 5 aastaste laste diagnoosi saamise sagedus, näitasid aastatel 1983–2006 läbi viidud diabeeti esmahaigestumise uuringud Eesti alla 15-aastaste laste seas (Lutsar, Heilman, Simre & Kiivet, 2013). Seetõttu on oluline antud gruppi ja nendega seotud inimesi uurida.

Diabeedi diagnoosiga lapsed peavad järgima komplektset meditsiinilist režiimi – pidev veresuhkru mõõtmine, range dieet, piisav füüsiline koormus ning igapäevaselt kaks kuni kolm insuliinisüsti (Lutsar jt., 2013). Ravikorraldustest kinnipidamist jälgivad igapäevaselt eelkõige vanemad, mistõttu sõltub edukas ravirežiimi järgimine perekonna funktsioneerimisest ja vanemate aktiivsusest (Krulik jt., 1999) ning vanemate olulisus haiguse kontrollimisel püsib varase täiskasvanueani (Laffel jt., 2003). Kuigi tänapäevaste meetmetega on võimalik veresuhkru taset edukamalt kontrollida, võrreldes varasemaga, jääb diabeet siiski eluohtlikuks krooniliseks haiguseks. Vanemad peavad toime tulema praeguste ja tulevikus esineda võivate komplikatsioonide, hospitaliseerimiste ja faktiga, et lapse eluiga võib olla lühem ja elukvaliteet madalam.

### **Lapseas esinev astma**

Astma on kliiniline sündroom, mida kirjeldatakse kui korduvaid hingamisteede obstruktsiooni episoode ja periooditi tekkivat bronhide hüperreaktiivsust, mille vallandavad füüsiline koormus, kokkupuude allergeenidega ja/või viirusinfektsioonid (Bacharier jt., 2008). Lapseea astmat on tänapäeval enamasti võimalik raviga väga hästi kontrolli all hoida (Annus jt., 2009). Samas kaasneb astmaga sage viirushaiguste põdemine, mistõttu võib laps mõnikord vajada ka hospitaliseerimist. Eestis läbiviidud sõeluuringu andmetel on kooliealistest lastest viiel kuni kümnel protsendil astma (Vasar, Julge, Kivivare ja Otter, 2006).

Tegu on stressitundliku haigusega, mis tuleneb geneetiliste ja keskkondlike tegurite interaktsioonist (Howard, Meyers & Bleecker, 2003). Esineb positiivne seos lapse internaliseeritud probleemide (nt. depressioon, ärevus) ja astma aktiivsuse vahel (McQuaid, Kopel & Nassau, 2001). Stress ei mõjuta seega mitte üksnes laste psühholoogilist heaolu (Lim, Wood & Miller, 2008) vaid ka füüsilist seisundit (Miller & Wood, 2003). Ema depressioon ennustab lapse internaliseeritud probleemide teket (Weissman jt., 2006), mis viitab sellele, et vanema depressiivsus võib oluliselt mõjutada lapse astma kulgu ja psühholoogilisi sümptomeid. Perekonnal on oluline roll haiguse kontrollimisel (Weinstein, Chenkin & Faust, 1997). Enamasti põhjustab lapse astma diagnoos sotsiaalse isolatsiooni, majanduslike piirangute ja lapse psühholoogilise heaolu mõjutamise kaudu perele sotsiaalset, psühholoogilist ja majandusliku koormat (Lenney, Wells & O'Neill, 1994).

## Stressiga toimetulek

### Toimetulekustrateegiate käsitlused

Stressiga toimetulekut on aktiivselt uuritud alates 20. sajandist. Alguse sai see psühhoanalüütilise koolkonna kaitsemehhanismide uuringutest (näiteks Freud, 1946; Sharpe, 1930 viidatud Parker & Endler, 1996). Uurijad Haan, Lazarus, Speisman, Lebovits alustasid 1960ndatel oma teadustöödega, mis uurisid stressiga toime tulemist laiemalt ning koondusid mõiste toimetulek (ingl. k. *coping*) alla (Parker & Endler, 1996). Toimetulekut võib kirjeldada kui käitumuslikku ja kognitiivset pingutust, mida inimesed teevad, et stressitekitava situatsiooniga toime tulla (Lazarus & Folkman, 1984 viidatud Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Inimese poolt valitud toimetulekustrateegia kasutamist võib vaadata kui ühte viisi, kuidas tulla toime stressist tuleneva ohuga. Kasutatavate toimetulekustrateegiate mõõtmiseks on loodud mitmeid küsimustike ning strateegiatele antavad nimetused on nende lõikes erinevad. Toimetulekustrateegiale antud nimetusest on aga olulisem selle sisu ning see on küsimustike lõikes sarnane. Antud magistritöös lähtutakse Carver'i jt. (1989) poolt loodud küsimustikus COPE kasutatud strateegiate nimetustest, mille on tõlkinud eesti keelde Kallasmaa (2003).

Enamasti on kirjanduses, lähtudes Lazaruse ja Folkmani (1984 viidatud Carver jt., 1989) käsitlusest, toimetulekustrateegiad jaotatud kahte gruppi sõltuvalt sellest, kas tegevus on suunatud probleemile või kaasuvale emotsioonile (Tabel 1). Probleemile suunatud toimetulekustrateegiad on näiteks planeerimine, teiste tegevuste allasurumine ja instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine. Emotsioonikesksed toimetulekuviisid on näiteks emotsioonide väljaelamine, leppimine ja lõõgastustehnikad. Carver jt. (1989) leidsid, et sellise taksonoomia kasutamine on liiga lihtsustatud ja lisasid toimetulekustrateegiate kasutamist mõõtvasse küsimustiku ka kolmanda grupi – vältimine. See sisaldab selliseid toimetulekuviise nagu eitamine, mittemõtlemine, tegevusetus ja narkoainete kasutamine.

Lisaks jaotatakse (Roth & Cohen, 1986) toimetulekustrateegiaid lähtuvalt käitumise eesmärgist tegutsemiseks (ingl. k. *engagement* või *approach coping*) või vältimiseks (ingl. k. *disengagement* või *avoidance coping*) (Tabel 1). Tegutsemine sisaldab nii probleemile kui ka emotsioonile suunatud strateegiaid, mille eesmärgiks on stressori või tunnetega tegelemine. Vältimise peamiseks eesmärgiks on põgeneda ohu või kaasnevate tunnete eest ning see sisaldab nii vältimise kui ka osasid emotsioonikeskseid strateegiaid.



Tabel 1. Toimetulekustrateegiatega kategoriseerimine – kahe võimaluse võrdlus

Esindajad	Lazarus ja Folkman, 1984		Roth & Cohen, 1986	
Mille järgi strateegiad jaotatakse?	Millele on strateegia suunatud?		Mida soovitakse käitumisega saavutada?	
Kategooriad	Probleemile suunatud	Emotsioonikeskne	Tegutsemine ( <i>engagement</i> )	Vältimine ( <i>disengagement</i> )
Eesmärk	Eemaldada või vähendada stressori mõju	Vähendada düstressi, mida stressor põhjustab	Tegeleda stressori või tekkinud emotsiooniga	Põgeneda ohu või kaasnevate emotsioonide eest
Strateegiad	- planeerimine - instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine - teiste tegevuste allasurumine	- emotsionaalse sotsiaalse toetuse otsimine - leppimine - emotsioonide väljaelamine	- planeerimine - teiste tegevuste allasurumine - toetuse otsimine - leppimine	- tegevusetus - mittemõtlemine - sotsiaalne eemaldumine - enesekriitilisus
Milliseid teise jaotuse strateegiaid sisaldab?	Tegutsemise	Nii tegutsemise kui vältimise	Nii probleemile kui emotsioonile suunatud	Emotsioonile suunatud <sup>a</sup>

*Märkused:* <sup>a</sup>küsimustikus COPE puuduvad siia kategooria alla kuuluvad emotsioonikesksed strateegiad

Inimesed ei lähene igale stressitekitavale olukorrale kui uuele vaid pigem kasutavad juba harjumuspäraseid toimetulekustrateegiaid erinevates situatsioonides ja aegadel (Carver jt., 1989). Seetõttu uuritakse rohkem üldiselt kasutatavaid toimetulekustrateegiaid mitte situatsioonispetsiifilisi. Lisaks on, inimese toimetulekustrateegiatega repertuaarist parema ülevaate saamiseks, oluline uurida üldistele kategooriatele lisaks ka konkreetseid strateegiaid (Carver & Connor-Smith, 2010).

### **Krooniliselt haigete laste vanemate toimetulekustrateegiad**

Senistest uurimustest ilmneb, et erinevate krooniliste haigustega laste vanemad kasutavad küllaltki sarnaseid toimetulekustrateegiaid – näiteks sotsiaalse toetuse otsimist ja positiivset ümbersõnastamist. Samas esineb ka haigusspetsiifikast lähtuvaid erisusi. Diabeedi diagnoosiga laste emad kasutavad keskmiselt rohkem positiivset ümbersõnastamist ja sotsiaalse toetuse otsimist, kuid ka planeerimist (Azar & Solomon, 2001). Autismi diagnoosiga laste vanemad kasutavad kõige sagedamini just sotsiaalse toetuse otsimist (nii emotsionaalse kui instrumentaalse) ja ümbersõnastamist (Paster, Brandwein & Walsh, 2009;

Wang, Michaels & Day, 2010), kuid ka vältimist, probleemile keskendumist ning eitamist (Hastings jt., 2005).

Vähe on võrreldud tervete ja krooniliselt haigete laste vanemate toimetulekustrateegiatega kasutamist. Üldiselt on leitud, et krooniliselt haigete laste vanemad kasutavad enamikku toimetulekustrateegiatest sagedamini kui tervete laste vanemad – nende toimetulekustrateegiatega repertuaar on laiem ning nad kasutavad erinevaid strateegiaid rohkem (Paster jt., 2009). Lisaks leidis Lee (2009), et Aspergeri sündroomiga laste vanemad kasutasid rohkem aktiivseid toimetulekuviise kui tervete laste vanemad, kes keskendusid tähenduse otsimisele ja olukorrast positiivse leidmisele

## **Psühholoogiline heaolu**

### **Krooniliselt haige laps ja vanema emotsionaalne enesetunne**

Varasemalt on uuritud kroonilise haiguse mõju vanema emotsionaalsele enesetundele, kuna ema depressioon mõjutab negatiivselt lapse psühholoogilist funktsioneerimist (Weinstein jt., 1997) ning lapse füüsilist tervist (McQuaid jt., 2001). Üldiselt on uuringutega leitud, et krooniliselt haigete laste vanematel on rohkem stressi ja psühholoogilisi probleeme, kuid sõltuvalt lapse diagnoosist ilmnevad erinevused. Vanemad, kellel on pervasiivse arenguhäirega laps, kogevad rohkem raskusi ja frustratsiooni lapse eest hoolitsemisel, võrreldes teiste haigustega ja tervete laste vanematega (Schieve, Blumberg, Rice, Visser & Boyle, 2007). Seetõttu esineb neil rohkem depressioonisümptomeid ja on kõrgem kliinilise depressiooni esinemissagedus (Bailey, Golden, Roberts & Ford, 2007), kõrgem ärevuse tase (Hastings, 2003; Hastings jt., 2005) ning rohkem terviseprobleeme (Pakenham, Sofronoff & Samios, 2004). Diabeedi diagnoosiga lapse eest hoolitsemine on seotud vanemate - eelkõige emade - kõrge stressitaseme (Streisand, Mackey & Herge, 2009), sagedasema depressiooni (Jaser, Whitemore, Ambrosino, Lindeman & Grey, 2008) ja ärevuse (Streisand jt., 2009) esinemisega. Astma diagnoosiga laste vanemad on välja toonud kurbust, ärevust ja jõuetust, kuid samuti ka lootuse, usalduse ja aktsepteerimise tunnet (Englund, Rydstorm & Norberg, 2001).

### **Toimetulekustrateegiatega seos psühholoogilise heaoluga**

Erinevaid sihtrühmi uurides (Blankfeld & Holahan, 1996; Cappe, Wolff, Bobet & Adrien, 2011) on välja toodud toimetulekuviise, mis toetavad hakkama saamist (eelkõige probleemile suunatud ja tegutsemise strateegiad) või mis ei ole tõhusad (eelkõige

emotsioonile suunatud ja vältimise strateegiad). Emotsioonikesksed strateegiad on positiivselt ja probleemile suunatud toimetulekustrateegiad negatiivselt korreleeritud terviseprobleemide (depressioon, ärevus ja somaatilised häired) ja negatiivsete emotsioonidega (Carver & Connor-Smith, 2010).

Toimetulekustrateegia võib psühholoogilist heaolu mõjutada kolmel viisil (Aldwin & Revenson, 1987). Esiteks võib valitud toimetulekustrateegia avaldada otseselt mõju healule, sõltumata spetsiifilisest stressorist ja hinnangust sellele. Teiseks võib kehtida stressi puhvri mudel, mille järgi toimetulekustrateegia vahendab seost stressori ja psühholoogilise heaolu vahel. Kolmandaks võib stressor mõjutada toimetulekustrateegia valimist, mis omakorda mõjutab psühholoogilist heaolu. Kirjandusest võib leida toetust kõigile mudelitele (näiteks Tein, Sandler & Zautra, 2000), kuid krooniliselt haigete laste vanemate toimetuleku uurimisel, on leidnud kinnitust, et valitud toimetulekustrateegia mõjutab otseselt vanema psühholoogilist heaolu.

Valitud toimetulekustrateegia mõjutab toimetulekut stressiga ning seetõttu on uuritud erinevate strateegiate kasutamise mõju ka krooniliselt haigete laste vanemate healule (Kim, Greenberg, Seltzer & Krauss, 2003; Glidden, Billings & Jobe, 2006) ja tervisele (Murphy, Christian, Caplin & Young, 2006) ning nende seost stressiga (Hassal, Rose & McDonald, 2005) ja eduka hakkama saamisega (Taanila, Syrjälä, Kokkonen & Järvelin, 2001). Üldiselt võib öelda, et paremini kohanevad stressi tekitava situatsiooniga vanemad, kes kasutavad probleemile keskenduvat ja sotsiaalsele toetusele suunatud toimetulekustrateegiaid. Samas tulevad halvemini stressiga toime vanemad, kes kasutavad strateegiatena eitamist, põgenemist ja vältimist. Näiteks diabeedi diagnoosiga laste vanemad, kes kasutasid toime tulemiseks internaliseerimist ja tunnete välja elamist, kogesid rohkem psühholoogilisi probleeme (Bhadada, Grover, Kumar, Bhansali & Jaggi, 2011), kui vanemad, kes neid strateegiaid vähem kasutasid. Lisaks on eelnevas grupis depressioonisümptomite esinemissagedus negatiivselt seotud sotsiaalse toetuse ja informatsiooni otsimisega (Blankfeld & Holahan, 1996). Pervasiivse arenguhäire puhul on samuti välja toodud sotsiaalse toetuse otsimise (Taanila jt., 2009) ning probleemile keskendumise positiivne mõju vanema psühholoogilisele healule (Lyons, Leon, Phelps & Dunleavy, 2009; Kim jt., 2003). Samas autistlike laste vanemate puhul sõltub strateegia mõju vanema healule häire raskusastmest (Lyons jt., 2009). Vanemad, kes hindasid oma lapse haiguse sümptome raskeks ja kasutasid rohkem emotsioonidele suunatud toimetulekustrateegiaid, olid pessimistlikud. Vastukaaluks tundsid vähem nii vanemliku kui ka perekondliku stressi vanemad, kes andsid samasuguse hinnangu

lapse haiguse raskusastmele, kuid kasutasid toimetulekuks vältimise strateegiat. See võib näidata, et teatud olukordades on pervasiivse arenguhäirega lapse vanema psühholoogilisele heaolule kasulikum eemaldumine ning kõrvaliste asjadega tegelemine selle asemel, et otsida lahendusi, mida ei pruugi antud situatsioonis olla. Samasugune seos võib kehtida ka teiste häirete puhul, mille raskusaste on varieeruv ning kindel raviplaan puudub.

### **Toimetulekustrateegiatega seos isiksuseomadustega**

Viie faktori isiksusemudeli kohaselt jaotuvad isiksuseomadused viieks seadumuseks: neurootilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus ja meelekindlus (McCrae & Costa, 1997). Neurootilisus on seadumus negatiivsete emotsioonide (hirm, kurbus, süü, viha jne.) kogemiseks. Ekstravertsus on seadumus kogeda positiivseid emotsioone, eelistada rahvarohkeid kogunemisi, olla aktiivne, enesekindel ja jutukas. Avatus on seadumus, mis paneb inimese tundma huvi ümbritseva maailma ja oma siseelu vastu. Sotsiaalsus on seadumus usaldada teisi inimesi, olla omakasupüüdmatu ja leplik. Meelekindlus on seadumus kontrollida oma soove ja impulsse. (Allik, 2003) Psühholoogilise heaoluga on isiksuseomadustest kõige enam seotud negatiivselt neurootilisus ja positiivselt meelekindlus ja ekstravertsus (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010).

Varasemates uuringutes on leitud seoseid toimetulekustrateegiatega ja isiksuseomaduste vahel (Suls, David & Harvey, 1996; Watson & Hubbard, 1996; Ferguson, 2001). Nende korrelatsioonide põhjustena on välja toodud kolm võimalust. Esiteks võivad isiksuseomadused ennustada toimetulekustrateegia valikut, mis omakorda võib mõjutada hakkama saamist situatsioonis. Teiseks võivad isiksuseomadused olla seotud sellega, kui hästi valitud strateegia toimib antud inimese puhul. Kolmandaks võivad isiksuseomadused olla seotud nii toimetulekustrateegiatega valiku kui ka nende sobivusega inimesele (Carver & Connor-Smith, 2010).

Costa, Somerfield ja McCrae (1996) leiavad, et isiksuseomaduste taksonoomia võib pakkuda teoreetilist raamistikku toimetulekustrateegiatega uurimisele. See tähendab, et toimetulekustrateegiaid võiks jaotada isiksuseomaduste põhjal. Costa jt. (1996) järeldasid varasemate uuringute põhjal, et kõik viis isiksuseomadust – neurootilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus ja meelekindlus – on seotud erinevate toimetulekustrateegiatega. Viimase aja meta-analüüsid (nt. Connor-Smith & Flachsbar, 2007) on aga näidanud üksnes mõõdukaid seoseid toimetulekustrateegiatega ja isiksuseomaduste vahel. Samuti on leitud, et

need seosed ilmnevad eeskätt kõrgema stressitasemega inimeste hulgas (nt. vähiga, kroonilise valu käes kannatavatel või lahtusega seotud inimestel) ning korreleerides isiksuseomadusi spetsiifiliste strateegiatega mitte kategooriatega (Carver & Connor-Smith, 2010). Eelnevate meta-analüüside põhjal (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Solberg Nes & Segerstrom, 2006) võib välja tuua järgnevad seosed:

- 1) neurootilisus on positiivselt korreleeritud vältimise strateegiatega,
- 2) ekstravertsus on positiivselt seotud tegutsemise strateegiatega,
- 3) avatus on positiivselt korreleeritud aktiivse toimetulekuga
- 4) sotsiaalsus on negatiivselt seotud narkoainete tarvitamisega,
- 5) meelegindlus on positiivselt korreleeritud tegutsemise ning negatiivselt vältimise strateegiatega.

Välja toodud korrelatsioonide tugevus jääb .14-.40 vahele. Sarnased tulemused on saadud ka Eesti valimil toimetulekustrateegiatega ja isiksuseomaduste vahelisi seoseid uurides, kuid tulemused olid erinevad sõltuvalt sihtgrupist (tavapopulatsioon vs *Sclerosis Multiplex*'i patsiendid) (Kallasmaa & Pulver, 2000; Rätsep, Kallasmaa, Pulver & Gross-Paju, 2000).

Glidden jt. (2006) näitasid oma uurimuses arenguhäirega laste vanematega (k.a. pervasiivne arenguhäire), et kolm isiksuseomadust – neurootilisus, ekstravertsus ja meelegindlus - viiest on seotud toimetulekustrateegiatega valikuga. Neurootilisus oli positiivses seoses vastandumise, positiivse ümbersõnastamise, vastutuse võtmise ja vältimise strateegiatega. Ekstravertsus oli positiivselt seotud probleemilahenduse, positiivse ümbersõnastamise ja vältimise toimetulekustrateegiatega. Meelegindlus oli negatiivses seoses vältimise strateegiaga. Glidden ja Natcher'i (2009) kuueaastane piki-uuring näitas, et leitud seosed isiksuse ja toimetulekustrateegiatega vahel on ajas püsivad.

### **Sotsiaaldemograafiliste ja peresuhete näitajate seos toimetulekustrateegiatega ja heaoluga**

Toimetulekustrateegiatega ja depressiooni uurimisel on tähelepanu pööratud ka sotsiaaldemograafiliste näitajate seostele strateegiatega valikuga. Põhiliselt on uuritud haridustaseme, sissetuleku ja perekonnaliikmete vaheliste suhete mõju.

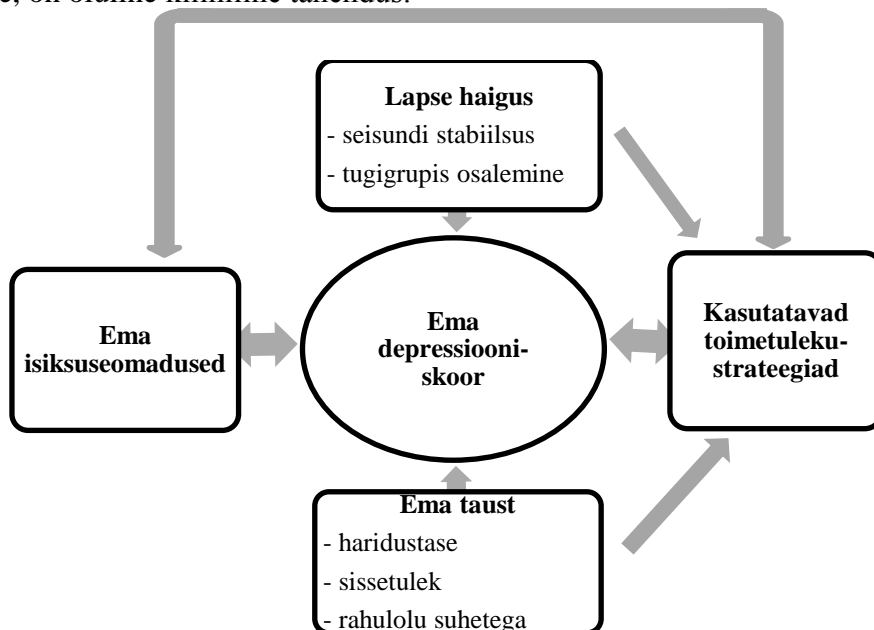
Depressioonil on negatiivne seos haridustaseme ja sissetulekuga (Gilmer jt., 2005). Toimetulekustrateegiatega puhul on samuti leitud, et haridustase mõjutab strateegia valikut: vanema haridustase on positiivses seoses planeerimise ja aktiivsete strateegiatega kasutamise.

Lisaks leidsid nad, et pere sissetulekul puudub seos strateegiatega valikuga (Gage-Bouchard, Devine & Heckler, 2013).

Uuritud on ka krooniliselt haigete laste vanemate omavahelisi suhteid, täpsemalt rahulolu ning lahutuste sagedust. Üldiselt on arusaam, et näiteks pervasiivse arenguhäirega laste vanemad lahutavad suurema tõenäosusega kui tervete laste vanemad. Eelnevat ei kinnita populatsiooniuringud (Freedman, Kalb, Zablotzky & Stuart, 2012). Viimased näitavad sarnast lahutuste või üksikvanemaga perekondade arvu, kui populatsioonis üldiselt, mida on kinnitanud ka piki-uuring (Baeza-Velasco, Michelon, Rattaz, Pernon & Baghdadli, 2013). Samas on haigete laste vanemad vähem rahul peresiseste suhetega (Moreira, Frontiri, Bullinger & Canavarro, 2013).

### Uurimuse eesmärk, olulisus ja hüpoteesid

Käesoleva magistr töö eesmärk on uurida toimetulekustrateegiatega kasutamist, depressiivsust, isiksuseomadusi ning nendevahelisi seoseid krooniliselt haigete laste emade hulgas, võrdluses tervete laste vanematega (Joonis 1). Teadmistel selles osas, kuidas vanemad säilitavad vaimse tervise ja võivad muuta oma käitumist vastavaks krooniliselt haige lapse vajadustele, on oluline kliiniline tähendus.



Joonis 1. EMA psühholoogilist heaolu mõjutada võivad tegurid, mida uuritakse antud magistr töö

Varasemalt on Eestis uuritud puuetega laste vanemate depressioonisümptomeid (Veisson, 1999), kuid toimetuleku, depressiooni ja isiksuseomaduste seoseid pole krooniliselt

haigete laste vanematel Eestis uuritud. Ka teistes riikides on harva uuritud nii toimetulekut, depressiooni kui ka isiksuseomadusi koos, seda nii tavapopulatsioonis kui krooniliselt haigete laste vanematel (nt. Rassart jt., 2014). Samas on see oluline, kuna haigete laste arv Eestis kasvab, vanema füüsiline ja vaimne tervis mõjutavad lapse ravirežiimi järgimist ning hetkel on Eesti sotsiaalsüsteemi poolt vanematele pakutav abi ebaregulaarne ja –efektiivne. Lisaks on näidatud, et vanema heaolu ja kasvatusoskused mõjutavad lapse arengut (Pettit & Arsiwalla).

Lähtudes käesoleva uurimuse eesmärkidest ning tuginedes kirjeldatud teoreetilistele seisukohtadele ja varasematele uurimustele, püstitati järgnevad hüpoteesid:

H1: Krooniliselt haigete laste ja tervete laste vanemate grupid kasutavad erinevaid toimetulekustrateegiaid. Nende kasutamist mõjutavad sotsiaaldemograafilised (haridustase ja sissetulek) ja lapse haigusega seotud näitajad (tugigrupis osalemine ja seisundi stabiilsus).

H2: Krooniliselt haigete laste vanemate depressiooniskoor on kõrgem, võrreldes tervete laste vanematega. Seda mõjutavad sotsiaaldemograafilised (haridustase, sissetulek ja peresisene rahulolu) ja lapse haigusega seotud (tugigrupis osalemine ja seisundi stabiilsus) näitajad.

H3: Depressiooniskoor on positiivses seoses vältimise strateegiatega ning negatiivselt korreleeritud probleemi lahendamise strateegiatega.

H4: Isiksuseomadused on seotud vanema depressiooniskooriga - neurootilisus positiivselt ning meelegiindlus ja ekstravertsus negatiivselt. Isiksuseomadustel on järgmised seosed toimetulekustrateegiatega:

- 1) neurootilisus on positiivselt korreleeritud vältimise strateegiatega
- 2) ekstravertsus on positiivselt seotud sotsiaalse toetuse otsimisega ning probleemi lahendamise strateegiatega
- 3) avatus on positiivselt korreleeritud probleemi lahendamise strateegiatega
- 4) sotsiaalsus on negatiivselt seotud vältimise ning positiivselt sotsiaalse toetuse otsimisega
- 5) meelegiindlus on positiivselt seotud probleemi lahendamise ning negatiivselt vältimise strateegiatega.

## MEETOD

### Uuringu käik

Uuring viidi läbi perioodil 2012 sügis kuni 2014 talv. Antud uurimuse läbiviimine kooskõlastati eelnevalt Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (luba nr 227/M-16). Kõik uuritavad andsid osalemiseks informeeritud nõusoleku. Uuritavate kaasamiseks pöördui esmalt ühingute, seltside ja koolide poole, kes edastasid vanematele uuringu tutvustuse ning uuringu läbiviijate kontaktandmed (Lisa 1). Vanemad said küsimustikud täita kas kirjalikult või internetikeskkonnas (<https://kaemus.psych.ut.ee/>), kuhu pidid end eelnevalt registreerima kasutajaks. Interneti teel vastas 77 (49.36%) vanemat. Kokku täitsid vanemad 4 küsimustikku: COPE (Carver jt., 1989), Beck'i depressiooniküsimustik (Beck jt., 1961), EE.PIP-NEO (Mõttus, Pullmann ja Allik, 2006) ja magistritöö autori poolt koostatud taustaküsimustik (Lisa 2). Paberil küsimustikud edastasid vanematele kas uuringu läbiviijad või seltside, ühingute, koolide esindajad. Lisaks kaasati vanemad SA TÜ Kliinikumi lastekliiniku töötajate abiga, kes tutvustasid vanematele uuringut ja edastasid kirjalikud küsimustikud. Paberil täidetud küsimustikud tagastati kas posti teel või otse uurijatele. Seejärel sisestati andmed arvutisse ning viidi läbi statistiline analüüs.

### Uurimuses osalejad

Uurimuses osales kokku 156 ema, kellel oli laps vanuses 6-18 aastat. Algselt koguti andmeid ka krooniliselt haigete laste isadelt, kuid vähese ( $N=9$ ) osalemisprotsendi tõttu jäeti nad analüüsist välja. Haiguse diagnoosimisest pidi olema möödas vähemalt aasta, et krooniliselt haige lapse ema uuringusse kaasata. Uuringus osalenud lapsevanemad kuuluvad nelja gruppi:

- 1) pervasiivse arenguhäire (Lapseea autism või Aspergeri sündroom) diagnoosiga laste vanemad (vastavalt 14 ja 17 vastanut)
- 2) diabeedi diagnoosiga laste vanemad (kokku 41 vastanut)
- 3) astma diagnoosiga laste vanemad (kokku 36 vastanut)
- 4) kontrollgrupp – tervete laste vanemad (kokku 48 vastanut)

Tähtsamad sotsiaaldemograafilised andmed on toodud Lisa 3. Emade keskmine vanus oli 37.65 ( $SD(155) = 6.23$ ) ja laste keskmine vanus 10.74 ( $SD(156) = 3.22$ ). Lapse diagnoos oli keskmiselt saadud 5.38 ( $SD(73) = 3.91$ ) aastat tagasi.



## Mõõtevahendid

### Toimetulekstrateegiad

Vanemate toimetulekstrateegiate uurimiseks kasutati küsimustiku COPE (Carver jt., 1989), mille on eesti keelde kohandanud Kallasmaa ja Pulver (2000). See koosneb 60 küsimusest, millele vastatakse 4-punktilisel skaalal – 1 (“tavaliselt ei kasuta üldse”) kuni 4 (“tavaliselt kasutan väga palju”). Vastajad peavad märkima, mis on neile rohkem iseloomulik, mida nad teevad, mõtlevad ja tunnevad erinevates stressi tekitavates olukordades ehk mil määral kasutavad üht või teist toimetulekuviisi.

60 küsimusest moodustub 15 alaskaalat ehk strateegiat, mis saadakse nelja küsimuse vastuseid kokku liites: 1) planeerimine, 2) aktiivne toimetulek, 3) keskendumine positiivsele, 4) konkureerivate tegevuste allasurumine, 5) huumor, 6) tegevusetus, 7) eitamine, 8) mittemõtlemine, 9) tagasihoidmine (ingl. k. *restraint*), 10) leppimine, 11) emotsionaalse sotsiaalne toetuse otsimine, 12) instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine, 13) tunnete väljaelamine/-näitamine, 14) narkoainete tarvitamine (ka alkoholi tarvitamine) ja 15) religioon. Toimetulekstrateegia skoor varieerub 0-16. Eesti keelses COPE versioonis eristub alaskaaladest (13 esimesest) sarnaselt originaalversiooniga 3 faktorit: probleemi lahendamine (ülesanne; alaskaalad 1-5), vältimine (alaskaalad 6-10), emotsioonide ja suhete regulatsioon (sotsiaal/emotsionaalne; alaskaalad 10-13). Kahe esimese faktori skoor varieerub 0-80 ja viimasel 0-48.

### Depressioon

Vanemate psühholoogilist heaolu mõõdeti Beck'i depressiooniloendiga (Beck jt., 1961). Küsimustikus on kokku 21 neljast lausest koosnevat gruppi, mis annavad 0-3 punkti. Igast grupist peab vastaja valima ühe lause, mis kõige enam iseloomustab tema meeleolu ja mõtteid viimase nädala jooksul. Saadav depressiooniskoor varieerub vahemikus 0-63, mis jaguneb neljaks raskusastmeks: minimaalne (0-13), kerge (14-19), mõõdukas (20-28) ja raske (29-63).

### Isiksuseomadused

Vanemate isiksuseomaduste uurimiseks kasutati küsimustiku EE.PIP-NEO (Mõttus jt., 2006), mis koosneb 240 küsimusest. Tegemist on NEO Isiksuse Küsimustiku (NEO PI-R) „klooniga”. NEO PI-R on üks enam levinum viie-faktori mudeli isiksuseküsimustik. EE.PIP-

NEO sisaldab lühikesi ja keeleliselt lihtsaid küsimusi, kuid omab samasuguseid psühhomeetrilisi omadusi nagu NEO-PI-R. Igale küsimusele tuleb vastata 5-punktilisel skaalal - 0 (“vale/ei ole nõus”) kuni 4 (“õige/täiesti nõus”). Vastajad peavad hindama, kas esitatud väide kehtib tema kohta või ta ei ole sellega nõus. Antud küsimustik lähtub Suurest Viisikust (McCrae & Costa, 1996) ning mõõdab viit isiksuseomadust – neurootilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus ja meelekindlus ning ka nende alaskaalaid. Antud töös kasutatakse ainult viie-faktori põhiskoore, kuna alaskaalade tasandil seoste vaatlemine tõstaks analüüsitava seoste hulka eksponentsiaalselt ning see pole antud valimi suuruse ning muude tunnuste arvu juures mõistlik.

### **Olulised taustafaktorid ja sotsiaaldemograafilised andmed**

Uuringu jaoks koostatud taustaküsimustik sisaldas küsimusi vanemat ja peret puudutavate demograafiliste andmete kohta ning perega, (haige) lapsega ja sotsiaalse toetusega seotud faktorite ning rahulolu kohta (Lisas 2 on toodud analüüsis kasutatud küsimused). Haridustasemest lähtuvalt moodustati neli rühma: põhi-, kesk-, kutse- (koos põhikooli ja keskkooli baasil) ja kõrgharidus (koos bakalaureus, magister ja doktor).

### **Andmetöötlus**

Andmete statistiliseks töötamiseks kasutati andmeanalüüsi programmi SPSS 20. Kogutud andmed ei vastanud normaaljaotusele, mistõttu kasutati andmete statistiliseks töötamiseks mitteparameetrilisi analüüsimeetodeid. Kuigi mitteparameetriliste testidega ei hinnata keskmiste erinevust, on need tabelites välja toodud, lähtudes varasemate uuringute andmeesitlusest. Statistilise olulisuse määraks kõikide testide puhul on  $p < .01$ . Nelja grupi vahelisi erinevusi testitulemustes võrreldi Kruskal-Wallise testiga. Kahe grupi vaheliste testitulemuste erinevuste analüüsimiseks viidi läbi Mann-Whitney U test. Kategoriaalsete tunnuste võrdlemiseks kasutati hii-ruut testi, kuid viiest väiksema esinemissageduse korral, kasutati Fisher'i testi (*exact test*). Testitulemuste vaheliste korrelatsioonide hindamiseks kasutati Spearmani astak-korrelatsioonikordajat (kahepoolne test).

## TULEMUSED

## Gruppidevahelised erinevused toimetulekustrateegiate kasutamises

Toimetulekustrateegiaid mõõtvast küsimustiku COPE täitnute arv grupiti, keskmised ja standardhälbed toimetulekustrateegiate kasutamises on toodud Tabelis 2. Kõik grupid kasutasid kõige rohkem planeerimist ning kõige vähem narkoainete tarvitamist. Joonised toimetulekustrateegiate kasutamise keskmiste ja usaldusvahemikega on iga grupi kohta toodud Lisas 4 Joonisel 2. Kõige enam kasutasid kõik grupid strateegiaid, mis kuuluvad ülesande ning kõige vähem vältimise faktori alla.

Tabel 2. Toimetulekustrateegiate kasutamine grupiti – keskmised ja standardhälbed

	Toimetulekustrateegiad			
	Pervasiivne <i>n</i> =30	Diabeet <i>n</i> =35	Astma <i>n</i> =33	Kontroll <i>n</i> =48
COPE alaskaalad				
Ü: Planeerimine	10.80 (3.67)	11.54 (2.62)	11.61 (2.86)	11.71 (2.90)
Ü: Aktiivne toimetulek	9.77 (3.28)	11.43 (2.78)	11.12 (2.58)	10.77 (2.54)
Ü: Keskendumine positiivsele	10.17 (2.94)	10.51 (2.68)	10.27 (2.52)	10.17 (2.64)
Ü: Konkureerivate tegevuste allasurumine	8.4 (3.16)	9.37 (2.24)	8.73 (2.17)	9.19 (2.44)
Ü: Huumor	7.43 (3.95)	8.03 (2.81)	7.88 (2.65)	7.92 (2.86)
V: Tegevusetus	5.90 (2.75)	6.74 (2.05)	7.39 (2.47)	6.58 (2.37)
V: Eitamine	4.43 (2.87)	6.17 (2.05)	6.64 (2.80)	5.67 (2.58)
V: Mittemõtlemine	7.17 (2.56)	8.26 (2.08)	9.24 (2.65)	8.13 (2.50)
V: Tagasihoidmine	7.80 (2.88)	8.51 (1.82)	8.61 (2.21)	8.58 (2.28)
V: Leppimine	10.20 (3.01)	10.20 (2.91)	9.64 (2.79)	9.69 (2.52)
S: Emotsionaalse sotsiaalse toetuse otsimine	8.63 (3.81)	9.66 (3.07)	9.18 (2.48)	9.00 (2.91)
S: Instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine	9.69 (3.57)	10.47 (3.08)	10.52 (2.64)	10.09 (3.06)
S: Tunnete väljajelamine/ näitamine	7.30 (3.03)	9.03 (3.10)	8.82 (2.94)	7.94 (2.68)
Narkoainete tarvitamine*	3.17 (2.36)	5.23 (2.51)	4.36 (0.94)	4.10 (1.95)
Religioon	5.83 (4.46)	6.09 (3.10)	5.48 (2.51)	5.35 (2.79)
COPE faktorid				
Ülesanne (Ü)	46.57 (13.38)	50.89 (9.84)	49.61 (10.53)	49.75 (10.83)
Vältimine (V)	35.45 (11.25)	39.89 (7.32)	41.52 (9.71)	38.65 (9.47)
Sotsiaal/emotsionaalne (S)	25.90 (9.39)	29.47 (6.24)	29.16 (5.42)	27.41 (7.31)
Kokku COPE	117.29 (33.82)	133.15 (18.23)	133.52 (15.98)	127.43 (22.32)

Märkused. Sulgudes on toodud standardhälbed. Suur täht enne COPE alaskaalasisid näitab, millise faktori alla see kuulub.

\* statistiliselt oluline erinevus keskmistes gruppides vahel  $p < .01$

Esmalt võrreldi tervete ja krooniliselt haigete laste emade (koos pervasiivne arenguhäire, diabeet ja astma) toimetulekustrateegiate kasutamist. Analüüsi tulemused näitasid, et kaks rühma ei erine üksteisest ühegi strateegia kasutamise puhul. Nelja gruppi võrreldes (Tabel 2) ilmnesid statistiliselt olulised erinevused narkoainete tarvitamises pervasiivse arenguhäirega laste emadel, võrreldes diabeedi ( $U(65) = 316.5, p < .001$ ) ja astmaga ( $U(62) = 310.0, p = .003$ ) laste emadega.

Kogu valimit analüüsid ilmnes haridustasemeti erinevus konkureerivate tegevuste allasurumises ( $X^2(3, 140) = 12.73, p = .01$ ). Kõrgharidusega emad ( $M = 9.57, SD = 2.75$ ) kasutavad antud strateegiat keskmiselt rohkem, võrreldes kesk ( $M = 8.05, SD = 2.43$ )- ja kutseharidusega ( $M = 8.72, SD = 1.91$ ) vastanutega.

Toimetulekustrateegiade kasutamise erinevus sissetulekute lõikes ilmnes kogu valimit analüüsid tegevusetuse ( $X^2(3, 132) = 11.0, p = .01$ ) ja eitamise ( $X^2(3, 132) = 17.03, p = .001$ ) strateegiade kasutamises. Üldiselt võib öelda, et suurema sissetulekuga vastanud kasutavad välja toodud strateegiaid vähem, võrreldes madalama sissetulekuga emadega (Lisa 4 Joonis 3).

Krooniliselt haige lapse seisundi puhul on erinevused aktiivse toimetuleku ( $U(64) = 315.5, p = .01$ ) kasutamises. Stabiilse seisundi puhul kasutavad emad antud strateegiat vähem ( $M = 9.46, SD = 3.05$ ), võrreldes varieeruvaga ( $M = 11.19, SD = 2.46$ ). Tugigrupis osalemise puhul ilmnevad erinevused mittemõtlemise ( $U(82) = 546.5, p = .01$ ) ja narkoainete tarvitamise ( $U(82) = 641.5, p = .01$ ) strateegiade kasutamises. Tugigrupi liikmed kasutavad neid strateegiaid vähem (Lisa 4 Joonis 4).

### Gruppidevahelised erinevused depressiooniskooris

Tabelis 3 on toodud Beck'i depressiooniküsimustiku täitnute arv grupiti, keskmised skoorid ja standardhälbed. Krooniliselt haigete laste emadel ( $M = 12.96, SD = 10.03$ ) on keskmine tulemus oluliselt kõrgem kui tervete laste ( $M = 7.59, SD = 6.57$ ) emadel ( $U(124) = 1093.5, p = .002$ ).

Tabel 3. Depressiooniskooride võrdlus grupiti

	Depressiooniskoor				
	Pervasiivne <i>n</i> =28	Diabeet <i>n</i> =27	Astma <i>n</i> =30	Haiged <i>n</i> =85	Kontroll <i>n</i> =39
<i>M</i>	16.29	11.96	10.77	12.96	7.59
<i>SD</i>	12.18	9.87	7.04	10.03	6.57
Vahemik	0-39	0-43	0-27	0-43	0-28

Depressiooniskoori erinevused kogu valimit vaadates ilmnesid sissetuleku lõikes ( $X^2(3,115) = 11.35, p = .01$ ). Statistiliselt olulised erinevused ei ilmnenud haridustaset ( $X^2(3,124) = 8.47, p = .04$ ) ja peresisest rahulolu analüüsid ( $X^2(2,118) = 7.75, p = .02$ ). Depressiooniskooride erinevused sotsiaaldemograafiliste näitajate lõikes on toodud lisa 5.

Lapsega seotud tegurite puhul ilmnesid krooniliselt haigete laste emade grupis erinevused depressiooniskooris (Lisa 5) ainult lapse seisundist lähtuvalt ( $U(62) = 279.5, p =$

.01) - stabiilse ( $M(23)=15.61$ ,  $SD = 11.00$ ) korral oli depressiooniskoor kõrgem, võrreldes varieeruvaga ( $M(39) = 9.79$ ,  $SD = 10.29$ ). Statistiliselt olulist erinevust depressiooniskooris ei ilmnenud tugigrupis osalemise või mitteosalemise vahel ( $U(109) = 949.5$ ,  $p = .11$ ).

### Toimetulekustrateegiatega kasutamise seos depressiooniskooriga

Esmalt analüüsiti depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiatega vahelisi seoseid kogu valimil - korrelatsioonid on toodud Tabelis 4. Depressiooniskooril oli positiivne korrelatsioon tegevusetusega ning negatiivsed seosed kahe ülesande strateegiaga – aktiivne toimetulek ja positiivsele keskendumine – ja faktori endaga. Lisaks ilmnes oluline positiivne seos tunnete väljaelamise/-näitamise strateegiaga.

Tabel 4. Toimetulekustrateegiatega ja depressiooniskoori vahelised seosed erinevates gruppides

	Depressiooniskoor					
	Pervasiivne <i>n</i> =27	Diabeet <i>n</i> =26	Astma <i>n</i> =29	Haiged <i>n</i> =82	Kontroll <i>n</i> =39	Kogu valim <i>N</i> =121
COPE alaskaalad						
Ü: Planeerimine	.03	-.35	-.16	-.21	-.20	-.23**
Ü: Aktiivne toimetulek	-.09	-.65**	-.26	-.37**	-.03	-.27**
Ü: Keskendumine positiivsele	-.18	-.27	-.33	-.27*	-.07	-.20*
Ü: Konkureerivate tegevuste allasurumine	.32	-.19	.06	.03	.07	.00
Ü: Huumor	.10	-.01	-.26	-.08	-.23	-.13
V: Tegevusetus	.44*	.40*	.36*	.34**	.14	.30**
V: Eitamine	.22	.18	.37*	.18	.27	.20*
V: Mittemõtlemine	.12	.11	-.19	-.09	.14	-.01
V: Tagasihoidmine	.23	-.15	-.23	-.09	.08	-.05
V: Leppimine	.34	-.04	-.15	.03	.16	.09
S: Emotsionaalne sotsiaalne toetus	-.02	-.33	-.06	-.18	-.11	-.15
S: Instrumentaalne sotsiaalne toetus	.17	-.44*	-.22	-.19	-.13	-.16
S: Tunnete väljaelamine/-näitamine	.42*	.41*	.56**	.34**	-.01	.25**
Narkoainete tarvitamine	.04	.14	.04	-.05	-.18	-.08
Religioon	.04	-.07	.14	-.01	.02	.02
COPE faktorid						
Ülesanne (Ü)	.07	-.38*	-.26	-.25*	-.06	-.23**
Vältimine (V)	.37	.16	.10	.16	.24	.19*
Sotsiaal/emotsionaalne (S)	.16	-.14	.16	.01	-.07	-.02

Märkused. Suur täht enne COPE alaskaalasid näitab, millise faktori alla see kuulub.

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Krooniliselt haigete laste emadel (Tabel 4) ilmnesid depressiooniskooril positiivsed korrelatsioonid tegevusetuse ja tunnete väljaelamise/-näitamisega ning negatiivne aktiivse toimetulekuga. Tervete laste emadel ei tulnud ühtegi statistiliselt olulist seost toimetulekustrateegiatega ja depressiooniskoori vahel. Kõiki gruppe eraldi vaadates (Tabel 4) ilmnesid, statistiliselt olulised seosed diabeedi ja astma gruppides. Diabeedi diagnoosiga laste

emadel oli negatiivne seos depressiooniskooril aktiivse toimetulekuga ning astma grupis positiivne korrelatsioon tunnete väljajaelamisega.

### Isiksuseomaduste seos toimetulekustrateegiatega ja depressiooniga

Toimetulekustrateegiatega ja isiksuseomaduste vahelisi seoseid analüüsiti esmalt kogu valimil (Tabel 5). Neurootilisus oli positiivselt seotud kolme vältimise strateegiaga (tegevusetus, eitamine ja tunnete väljajaelamine/-näitamine) ja vältimise faktori endaga, avatus positiivselt korreleeritud keskendumisega positiivsele ja ülesande faktoriga ning meelegindlus positiivselt korreleeritud ülesande faktori ja mitme selle strateegiaga. Lisaks ilmned olulised seosed ekstravertsuse ja tegevusetuse vahel ning meelegindluse ja instrumentaalse sotsiaalse toetuse vahel. Oodatud statistiliselt olulist seost sotsiaalsuse ja toimetulekutstrateegiatega ei ilmnud, välja arvatud negatiivne seos tegevusetusega.

Tabel 5. Korrelatsioonid toimetulekustrateegiatega ja EE.PIP-NEO faktorite vahel kogu valimis

	EE.PIP NEO faktorid				
	Neurootilisus	Ekstravertsus	Avatus	Sotsiaalsus	Meelegindlus
COPE alaskaalad					
Ü: Planeerimine	-.19*	.14	.21*	.06	.39**
Ü: Aktiivne toimetulek	-.13	.08	.16	.05	.29**
Ü: Keskendumine positiivsele	-.06	.12	.23**	.02	.28**
Ü: Konkureerivate tegevuste allasurumine	.04	-.01	.15	-.03	.15
Ü: Huumor	-.06	.02	.19*	-.17	.03
V: Tegevusetus	.40**	-.32**	-.18*	-.19*	-.14
V: Eitamine	.30**	-.17	-.20*	-.17	-.08
V: Mitte mõtlemine	.00	-.02	.03	-.05	.15
V: Tagasihoidmine	-.06	-.06	.01	.03	.18*
V: Leppimine	.05	.05	.12	-.16	.17*
S: Emotsionaalne sotsiaalne toetus	.01	.12	.16	-.01	.15
S: Instrumentaalne sotsiaalne toetus	-.08	.18	.17	-.01	.21**
S: Tunnete väljajaelamine/- näitamine	.42**	-.01	.12	-.13	.10
Narkoainete tarvitamine	.06	.08	-.02	-.10	-.08
Religioon	.11	.06	.06	-.03	.05
COPE faktorid					
Ülesanne (Ü)	-.12	.14	.28**	-.03	.27**
Vältimine (V)	.24**	-.12	-.04	-.15	.02
Sotsiaal/emotsionaalne (S)	.14	.12	.18*	-.04	.12

Märkused. N=124. Suur täht enne COPE alaskaalasisid näitab, millise faktori alla see kuulub.

\*p < .05 \*\*p < .01

Kõiki gruppe eraldi analüüsides vaadati ainult seoseid COPE'i faktorite ja isiksuseomaduste vahel (Tabel 6). Tervete laste vanemate grupis tuli oluline positiivne seos neurootilisuse ja vältimise faktori vahel ning diabeedi grupis negatiivne seos sotsiaalsuse ja vältimise vahel.

Tabel 6. Korrelatsioonid EE.PIP-NEO isiksuseomaduste ja COPE faktorite vahel grupiti

	COPE faktorid											
	Ülesanne				Vältimine				Sotsiaal/emotsionaalne			
	P	D	A	T	P	D	A	T	P	D	A	T
EE.PIP NEO faktorid												
Neurootilisus	-.06	-.23	-.20	.11	-.04	.13	.40*	.41**	.17	.05	.05	.31*
Ekstravertsus	.27	.19	.03	.00	.02	.04	-.27	-.27	.28	.12	.12	.03
Avatus	.44*	.28	.40*	.18	.18	.01	-.12	-.07	.31	.20	.29	.09
Sotsiaalsus	-.06	-.07	-.17	.20	.01	-.60**	-.17	.00	-.04	-.18	.03	.02
Meelekindlus	.20	.26	.29	.29*	.23	-.07	-.05	-.10	.09	.05	.13	.20

Märkused. P – pervasiivse arenguhäirega laste vanemad (n=27), D – diabeediga laste vanemad (n=28), A – astma diagnoosiga laste vanemad (n=29), T – tervete laste vanemad (n=40)

\*p < .05 \*\*p < .01

Isiksuseomadustel oli depressiooniskooriga statistiliselt oluline positiivne korrelatsioon neurootilisusega ( $\rho(113) = .65, p < .001$ ) ning negatiivne ekstravertsuse ( $\rho(113) = -.35, p = .01$ ) ja meelekindlusega ( $\rho(124) = -.37, p < .001$ ).

## ARUTELU

Käesolevas magistritöös uuriti pervasiivse arenguhäire, diabeedi ja astma diagnoosiga ning tervete laste emade toimetulekustrateegiate kasutamist ja depressiooniskoori erinevusi. Lisaks uuriti, kuidas on omavahel korreleeritud toimetulekustrateegiad, isiksuseomadused ja depressiooniskoor. Analüüsi ka, millised on erinevused toimetulekustrateegiate valikus ja depressiooniskooris lähtuvalt sotsiaaldemograafilistest ja lapse haigusega seotud teguritest.

### Toimetulekustrateegiate kasutamine – erinevused grupiti

Esimene hüpotees – gruppide vahel ilmnevad statistiliselt olulised erinevused toimetulekustrateegiate kasutamises – sai kinnitust nelja grupi eraldi vaadates. Pervasiivse arenguhäirega laste emad kasutasid narkoainete tarvitamise strateegiat vähem, võrreldes diabeedi ja astma gruppidega. Varasemalt on samuti leitud (Lee, 2009; Paster jt., 2009), et Aspergeri sündroomiga laste vanemad kasutavad vähem vältimisele suunatud toimetulekustrateegiaid võrreldes tervete laste vanematega. Antud uuringus ilmnes seos pervasiivse arenguhäire ning diabeedi ja astmaga grupi puhul, mis võib tuleneda haigusspetsiifikast. Diabeet ja astma on raviga kontrolli all hoitavad, kuid pervasiivsetel arenguhäiretel ühtne toimiv ravi puudub. Sellises olukorras puudub vanemal võimalus stressi tekitavat situatsiooni vältida ja ta peab otsima lahendusi.

Sotsiaaldemograafilistest andmetest ilmnes kogu valimit analüüsides erinevus toimetulekustrateegiate kasutamises haridustaseme ja sissetuleku lõikes. Kõrgema

haridustasemega emad kasutasid rohkem konkureerivate tegevuste allasurumist, mis on adaptiivne probleemile suunatud toimetulekustrateegia. Gage-Bouchard jt. (2013) leidsid samuti, et haridustase on positiivses seoses probleemi lahendamisele suunatud strateegiatega. Kõrgema haridustasemega inimene on tihti paremini informeeritud, teab erinevaid võimalusi ja tal on oskused info kasutamiseks.

Suurema sissetuleku korral kasutasid antud uuringus osalenud emad keskmiselt vähem vältimise strateegiaid – eitamist ja tegevusetust. Väiksema sissetulekuga inimestel on tihti vähem võimalusi ja ressursse (nii majanduslike kui ka näiteks ajalisi), et probleemiga tegeleda, mistõttu nad võivad pigem vältida stressi tekitavat olukorda.

Lapse haigusega seotud teguritest ilmnisid toimetulekustrateegiade kasutamises erinevused nii lapse seisundi kui ka tugigruppi kuulumises. Lapse stabiilse seisundi puhul kasutasid emad vähem aktiivse toimetuleku strateegiat, võrreldes varieeruva seisundiga. Aktiivse toimetuleku strateegia kasutamine tähendab, et vanem tegutseb järjekindlalt ja koheselt, et leida probleemile lahendusi. Kuigi uuringus otseselt ei küsitud emadelt toimetulekustrateegiade kasutamise kohta lähtuvalt krooniliselt haigest lapsest, võib oletada, et lapse seisund võis siiski mõjutada vanema vastuseid. Sellisel juhul võiks antud tulemust tõlgendada sellega, et vanemal pole põhjust aktiivset toimetulekustrateegiat kasutada, kui lapse seisund on stabiilne, kuna need on ressursse nõudvad, kuid lapse stabiilse seisundi puhul pole vajalik otsida uusi lahendusi.

Sõltuvalt ema tugigruppi kuulumisest tulid erinevused mittemõtlemise ja narkoainete tarvitamises krooniliselt haigete laste emasid uurides - tugigrupis osalejad kasutasid antud strateegiaid vähem. Mõlemad väljatoodud strateegiad kuuluvad vältimise kategooriasse (Roth & Cohen, 1986), mille eesmärgiks on põgeneda ohu või kaasnevate emotsioonide eest, mida stressi tekitav olukord põhjustab. Vanema tugigrupiga liitumine näitab, et ta on valmis probleemiga tegelema ning seetõttu on antud tulemus kooskõlaline – tugigrupis osalejad kasutavad vähem vältimisega (mittemõtlemine ja narkoainete tarvitamine) seotud strateegiaid. Seetõttu peaksid krooniliselt haigete laste vanematega kokkupuutuvad spetsialistid tutvustama ja soovutama vanemale haigusega seotud tugigruppi.

### **Depressiooniskoori erinevused grupiti ja seos toimetulekustrateegiatega**

Krooniliselt haigete laste emadel ( $M = 12.96$ ,  $SD = 10.03$ ) on oluliselt kõrgem depressiooniskoor, võrreldes tervete laste ( $M = 7.59$ ,  $SD = 6.57$ ) emadega. Saadud tulemus on



kooskõlas püstitatud teise hüpoteesiga ning varasemate uuringutega (Benson, 2006; Englund jt., 2001; Jaser jt., 2008). Krooniliselt haige laps on vanemale stressiallikaks ning ohustab vanema psühholoogilist heaolu. See näitab, et krooniliselt haigete laste vanemaid on vaja toetada ja leida ressursse, mis toetaksid nende toimetulekut stressi tekitava olukorraga.

Kogu valimit analüüsidest ilmnemised olulised erinevused depressiooniskooris lähtuvalt pere sissetulekust. Kõrgema sissetuleku korral oli emal madalam depressiooniskoor, mida on leitud ka varasemate uuringutega (Gilmer jt., 2005). Kõrgema sissetulekuga vanematel on rohkem majanduslike ressursse, mis võimaldavad stressitekitava olukorraga toimetulemiseks kasutada raha nõudvaid võimalusi – näiteks abi palkamine, tasulise psühholoogilise nõustamise või raviprotseduuride kasutamine. See võib vähendada stressi tekitava olukorra mõju vanema psühholoogilisele heaolule ja seeläbi ka depressiooniskoori.

Lapsega seotud tegurite puhul ilmnes erinevus krooniliselt haigete laste emade depressiooniskooris ainult lapse seisundist lähtuvalt - stabiilse korral oli depressiooniskoor kõrgem, võrreldes varieeruvaga. Toimetulekustrateegiate kasutamises ilmnemised samuti erinevus lapse seisundist lähtuvalt – stabiilse seisundi korral kasutasid vanemad vähem aktiivset toimetulekut. Varasemate uuringute kohaselt on probleemi lahendamisele suunatud strateegiad seotud positiivselt vanema psühholoogilise heaoluga (Carver & Connor-Smith, 2010; Lyons jt., 2009; Kim jt., 2003). Lapse stabiilse seisundi korral kasutasid vanemad vähem antud strateegiaid, mis võib olla üheks põhjuseks, miks antud uuringus tuli lapse stabiilse seisundi korral vanemal kõrgem depressiooniskoor. Lisaks võib lapse stabiilne seisund tähendada ka haiguse paranemisenähtude puudumist näiteks pervasiivse arenguhäire korral. See võib aga vähendada vanema optimismi ja tekitada lootusetuse tunde tuleviku ees, mis on depressiooni lisasümptomiteks ning Beck'i depressiooniloend hindab neid.

Kolmas hüpotees - depressiooniskoor on positiivses seoses vältimise strateegiatega ning negatiivselt korreleeritud probleemi lahendamise strateegiatega - sai kinnitust kogu valimit ja krooniliselt haigete laste emade gruppi analüüsidest. Antud tulemused on kooskõlas varasemate leidudega, mis on toonud välja vältimise strateegiate negatiivse ja probleemi lahendamisele suunatud toimetulekustrateegiate positiivse seose depressiooninäitajatega (Carver & Connor-Smith, 2010). Seos võib tuleneda nii nende strateegiate kasutamise vastavalt negatiivsest või positiivsest mõjust vanema psühholoogilisele heaolule, kuid ka depressiooni sümptomitest, mida antud uuringus mõõdeti Beck'i depressiooniküsimustikuga. Depressiooni üheks põhisümptomiks on energia vähenemine (WHO, 1992), mistõttu ei pruugi

vanemal olla kõrgema depressiooniskoori korral ressursi aktiivselt stressi tekitava olukorraga tegeleda ning seetõttu kasutab vältimise strateegiaid olukorra lahendamiseks.

Samas on huvitav, et kolmandas hüpoteesis sõnastatud seos ei kehtinud tervete laste emadel. Depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiate vaheliste korrelatsioonide suunad olid siiski hüpoteesi sõnastusega kooskõlalised, kuid seosed polnud statistiliselt olulised. Üheks põhjuseks, seose puudumise taga, võib olla mõni kolmas tegur (näiteks vanema isiksus, sotsiaaldemograafilised näitajad), mis mõjutab seost depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiate vahel antud valimis.

Lisaks ilmnes depressiooniskooril oluline positiivne seos tunnete väljajaelamise/-näitamise vahel nii kogu ja haigete laste emade valimil kui ka astma grupis. Pervasiivse arenguhäire ja diabeedi grupis oli antud seos oluline  $p < .05$  korral. Tegu on emotsioonile suunatud toimetulekustiiliga, mis ka varasemate uuringute kohaselt on positiivselt korreleeritud depressiooni ja negatiivsete emotsioonidega (Carver & Connor-Smith, 2010), mida on näidatud ka krooniliselt haigete laste valimil (Bhadada jt., 2011; Lyons jt., 2009; Kim jt., 2003). Tunnete väljajaelamise/-näitamise strateegia kasutamine tähendab, et vanem ei kontrolli oma tunnete väljendamist ning tajub emotsionaalset pinget. Viimane võib olla otseselt seotud vanema psühholoogilise heaolu tasemega, mis väljendub kõrgemas depressiooniskooris.

Vaadates pervasiivse arenguhäire grupi seoseid depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiate vahel, paistab olulisena silma negatiivne seos ( $\rho = -.18$ ) depressiooniskooril aktiivse toimetulekuga, mis polnud aga statistiliselt oluline. See on vastupidine teiste gruppide tulemustele ja ka uuringutega (Lyons jt., 2009; Kim jt., 2003), mis on näidanud positiivset seost probleemi lahendamisele suunatud strateegiate ja depressiooni vahel. Samas leidsid Lyons jt. (2009), et autistlike laste vanematel mõjutab toimetulekustrateegia adaptiivsust häire raskusaste. See võib olla üheks põhjuseks, miks antud valimi puhul ilmneb vastandlik seos. Lisaks tuleb arvestada, et pervasiivse arenguhäire grupp oli heterogeenne, koos nii Aspergeri sündroomi kui ka autismi diagnoosiga laste emad, mis võib olla ka üheks põhjuseks, miks vastupidised seosed ei tulnud välja statistiliselt olulisel määral. See näitab, et antud grupi puhul tuleb arvestada lapse hetkeseisundiga vanemale suunatud sekkumise planeerimisel ning edaspidised uuringud peaksid autismi ja Aspergeri sündroomiga laste vanemaid eraldi uurima.

Tähendust omav negatiivne seos ( $\rho = -.44$ ), mis polnud statistiliselt oluline ( $p = .02$ ), tuli diabeediga laste emade grupis depressiooniskoori ja instrumentaalse sotsiaalse toetuse vahel. See tähendab, et depressiooniskoor on väiksem, kui lapsevanem loob kontakti sarnase probleemiga inimestega, otsib infot või küsib nõu ning otsib ka emotsionaalset tuge, et probleemiga toime tulla. Sarnase tulemuse antud sihtgrupiga on saanud ka Blankfeld ja Holahan (1996). Diabeedi diagnoosi puhul on oluline roll meditsiinilisel sekkumisel ning eelkõige vastutab vanem ravirežiimi järgimise eest (Krulik jt., 1999). Seetõttu on vanemal kasulik otsida lisainfot ja nõu teistelt inimestelt (ka arstidelt) ning jagada kogemust sarnases olukorras olevate inimestega, kes saavad pakkuda vajalike teadmisi ja tuge.

Antud tulemused näitavad, et üldiselt on emade psühholoogiline heaolu positiivselt korreleeritud planeerimise ja aktiivse toimetuleku ehk probleemi lahendamisele suunatud strateegiatega kasutamise. Suurem depressiooniskoor on aga seotud tunnete väljaelamise/-näitamise ning eitamise ja tegevusetuse ehk vältimisele suunatud strateegiatega kasutamise. See näitab, et krooniliselt haigete laste vanemate toetamisel peaks arvestama ka vanema poolt kasutatavate toimetulekustrateegiatega, neid uurima ja vajadusel õpetama probleemi lahendamisele suunatud strateegiaid, et aidata vanemal paremini toime tulla stressi tekitava olukorraga.

### **Isiksuseomaduste seosed depressiooniskoori ja toimetulekustrateegiatega**

Depressiooniskooril tuli hüpoteesis sõnastatud seos isiksuseomadustega – positiivne neurootilisusega ja negatiivne meelegindluse ja ekstravertsusega. Neurootilisus on positiivselt seotud negatiivsete emotsioonide kogemisega (Allik, 2003) ning lisaks leiab kõrge neurootilisusega inimeste elus aset rohkem potentsiaalselt stressi tekitavaid sündmuseid (nt. konfliktid abikaasaga, töölt vallandamine, abielulahutus) (Bolger & Schilling, 1991), mis seletab positiivset seost depressiooniskooriga. Ekstravertsed on aga rõõmsameelsed, aktiivsed ja seltsivad ning meelegindlad eesmärgipärased ja tahtejõulised (Allik, 2003), mis põhjendab nende omaduste negatiivset korrelatsiooni depressiooniskooriga.

Toimetulekustrateegiatega ja isiksuseomadustega vahel ilmnemised seosed ning tekkinud korrelatsioonid on tõlgendatavad lähtuvalt varasematest teooriatest. Neurootilisusel olid kogu valimit ja kontrollgruppi analüüsides positiivsed seosed vältimise faktoriga, mis on kooskõlas seatud hüpoteesiga. Astma grupis oli antud seos oluline  $p < .05$  korral. Kogu valimit analüüsides oli neurootilisusel negatiivsed seosed ka kahe vältimise strateegiaga: tegevusetus

ja eitamine. Lisaks oli neurootilisusel statistiliselt oluline positiivne seos tunnete väljaelamise/-näitamise. Tekkinud seosed on seletatavad neurootilisusele omase vältimiskäitumise ning negatiivsete emotsioonide kogemisega (McCrae & John, 1992). Lisaks võib vältimine pakkuda lühiajalist leevendust düstressile (Lengua, Sandler, West, Wolchik & Curran, 1999) ning seeläbi vähendada veelgi motivatsiooni stressoriga tegelemiseks. Neurootilisuse seoseid toimetulekustrateegiatega lähemalt uurides paistab silma negatiivne korrelatsioon planeerimise strateegiaga ( $\rho = -.19, p = .03$ ). Seda võib seletada sellega, et tugevad negatiivsed tunded takistavad probleemile suunatud strateegiate kasutamist – planeerimist, positiivset mõtlemist ja kognitiivset ümberstruktureerimist (Carver & Connor-Smith, 2010).

Ekstravertsusel puudusid hüpoteesis sõnastatud positiivsed seosed sotsiaalse toetuse (emotsionaalse ja instrumentaalse) strateegiatega ning probleemi lahendamisele suunatud faktoriga nii kogu valimit kui ka gruppe eraldi analüüsid. Rätsep jt. (2000) uuringus Eesti *Sclerosis Multiplex*'i patsientide ja tervete inimestega, näitas samuti, et haigetel puudus seos ekstravertsusel COPE faktoritega, samas kui tervetel ilmnis seos probleemi lahendamisele suunatud faktoriga. Viimase seose puudumine antud uuringu tervete laste vanematel võib näidata mõne kolmanda mõjuteguri (nt. depressioon) seost kahe konstrukti vahel. Ekstravertsusel ilmnis aga kogu valimit analüüsid negatiivne korrelatsioon tegevusetusega. Antud strateegia kasutamine näitab, et kõrge ekstravertsusega inimene ei loobu eesmärgi saavutamisest ning ei anna alla. Ekstravert on aktiivne, enesekindel ning naudib inimestega koosolemist ja suhtlemist (Allik, 2003). Seetõttu on saadud tulemus eelnevate teadmistega kooskõlaline – ekstravert on probleemi korral pigem aktiivne ning ei loobu lahenduste otsimisest.

Avatusel ilmnis hüpoteesi kohaselt positiivne korrelatsioon probleemi lahendamise faktori ja ühe selle strateegiaga (keskendumine positiivsele). Avatusel oli ülesande faktoriga positiivne seos ka pervasiivse arenguhäire ( $\rho = .43, p = .02$ ) ja astma ( $\rho = .40, p = .03$ ) grupis, mis ei olnud aga statistiliselt oluline. Kõrge avatus näitab, et inimene tunneb huvi ümbritseva maailma ja oma siseelu vastu. Lisaks on nad ebakonventsionaalsemad ja võtavad hõlpsasti omaks uusi ideid ja mittetraditsioonilisi väärtusi – ollakse valmis proovima uusi tegevusi ja tutvuma uute mõtteviisidega (McCrae & John, 1992). Antud uuringu tulemused näitasid, et kõrge avatusega inimene kasutab stressiga toimetulekuks eelkõige probleemi lahendamisele suunatud strateegiaid, mille eesmärgiks on eemaldada või vähendada stressori mõju.

Sotsiaalsusel oli hüpoteesiga kohane negatiivne korrelatsioon vältimisega ainult diabeedi gruppi analüüsides, kuid puudus positiivne seos sotsiaalse toetusega seotud strateegiatega. Varasemad uuringud on raporteerinud negatiivset tendentsi sotsiaalsuse ja vältimise toimetulekustrateegiatega vahel, kuid samuti on saadud vähe statistiliselt olulisi seoseid (Carver ja Connor-Smith., 2010). Sotsiaalsus on seotud usaldamise, leplikkuse ja teiste eest hoolitsemisega (Allik, 2003) ning kõrge sotsiaalsusega inimestel on tihti tugev sotsiaalvõrgustik (Bowling, Behr & Swader, 2005). Seetõttu on huvitav, et ei tekkinud ühtegi statistiliselt olulist seost emotsionaalse või sotsiaalse toetuse otsimisega kogu valimit analüüsides. See võib olla seletatav lapse diagnoosi või muude taustategurite mõjuga. Lisaks ei ilmnenud sotsiaalsusel seost ka emotsioonide ja suhete regulatsiooni faktoriga gruppe eraldi analüüsides. See võib olla tingitud toimetulekustrateegiatest, mida antud faktor sisaldab: lisaks sotsiaalse toetuse otsimise strateegiatele ka tunnete väljaelamise/-näitamise strateegiat. Kallasmaa ja Pulveri (2000) uuringus oli tunnete väljaelamise/-näitamise strateegial hoopis negatiivne seos sotsiaalsusega. See näitab, et korrelatsiooni puudumine emotsioonide ja suhete regulatsiooni faktoriga võib tuleneda strateegiatega, millest antud faktor koosneb, erineva suunaga seostest sotsiaalsusega.

Meelekindlusel ilmnes neljanda hüpoteesiga kooskõlaline positiivne seos probleemi lahendamisele suunatud faktoriga kogu valimit analüüsides ja kontrollgrupis, kuid ei tulnud negatiivset seost vältimise faktoriga nagu neljandas hüpoteesis eeldati. Kontrollgrupil oli statistilise olulisuse määraga  $p = .05$  samuti positiivne korrelatsioon meelekindlusel probleemi lahendamise faktoriga. Lisaks oli meelekindlus positiivselt seotud kolme probleemi lahendamise strateegiaga – planeerimise, aktiivse toimetuleku ja positiivsele keskendumisega. Meelekindlus viitab järjekindlusele, enesedistsipliinile, organiseeritusele ja saavutusele orienteeritusele (McCrae & John, 1992), mis on kooskõlas just probleemile suunatud strateegiatega kasutamise. Eelnevatele seostele lisaks ilmnes kogu valimit analüüsides meelekindlusel positiivne seos instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimisega. See näitab, et kõrgema meelekindlusega inimene otsib rohkem infot ja nõu teistelt inimestelt, kes on saranase probleemiga kokku puutunud või oskavad pakkuda vajaliku tuge.

### **Uurimuse piirangud**

Antud uuringus osalesid vanemad, kes ise selleks soovi avaldasid. Seetõttu ei ole tegu juhuvalimiga vaid osalesid just rohkem motiveeritud ja võimalik, et ka paremini toime tulevad vanemad. Edaspidi peaks püüdma uuringusse kaasata ka vanemaid, kes on vähem

aktiivsed: tugigruppides osalemises või arstlikus kontrollis käimises. Üheks võimaluseks nende kaasamisel on pakkuda vanemale uuringus osalemise eest lisaressursse, näiteks hoiuteenust, majandusliku toetust või psühholoogilist sekkumist, mis motiveeriks osalema.

Saadud tulemusi tuleks uuringu madala statistilise jõu tõttu tõlgendada ettevaatlikult, seda eriti gruppide vaheliste võrdluste osas. Madal statistiline jõud on tingitud väikesest valimist, mille põhjused on ilmsed: uuritav populatsioon ei ole suur ning sellele ligi pääsemine on keeruline. Madal statistiline jõud on seega sedalaadi uuringute puhul pea vältimatu. Kuna aga antud uurimusse õnnestus kaasata väga erinevate krooniliste haigustega laste vanemad, oli mõttekas kogu olemasolevat informatsiooni ära kasutada ning võrrelda erinevat tüüpi haigustega laste vanemaid uuritud näitajate osas. Statistilise jõu suurendamiseks kasutati statistilise olulisuse kriteeriumina tavapärase määra ( $p = .05$ ) asemel rangemat kriteeriumi ( $p = .01$ ) ning gruppide vahelisi erinevusi analüüsiti üksnes põhiliste seoste puhul. Lisaks olid saadud tulemused kooskõlalised varasemate uuringutega või tõlgendatavad lähtuvalt haigusspetsiifikast. Siiski oleksid vajalikud edasised uuringud suurema valimiga, et saadud tulemusi kinnitada.

### **Kokkuvõte**

Saadud tulemused kinnitavad käesolevas uurimuses püstitatud hüpoteese täielikult või osaliselt. Olulise tulemusena kinnitati varasemaid leide depressiooniskoori ja erinevate toimetulekustrateegiatega vahel, mis annab suuna krooniliselt haigete laste vanematele mõeldud sekkumiste kavandamiseks. Oluline on eelnevalt hinnata nende toimetulekustrateegiatega repertuaari ning vajadusel õpetada kasutama probleemi lahendamisele suunatud strateegiad.

Lisaks ilmnes haiguste lõikes erinevusi toimetulekustrateegiatega ja depressiooniskoori seostes. Näiteks oli diabeedi grupil negatiivne seos instrumentaalse sotsiaalse toetuse ja depressiooniskoori vahel, mis on seletatav häire spetsiifikaga – oluline roll on meditsiinilisel sekkumisel ja vanema teadmistel. Lisaks oli pervasiivse arenguhäire grupil negatiivne seos, aktiivse toimetulekuga, mis on vastupidine teiste gruppide ja varasemate uuringute tulemustega. Seda seost on aga võimalik seletada pervasiivse arenguhäire raskusastme varieerumisega ning konkreetse ravi puudumisega, mistõttu võib aktiivse toimetuleku kasutamine mõnes olukorras osutada ebaefektiivseks. Eelnev näitab, et krooniliselt haigete laste vanematele sekkumise kavandamisel on oluline arvestada haigusspetsiifikaga ning ka lapse seisundiga.

Kogu valimit analüüsid olid ema haridustasemest ja pere sissetulekust lähtuvalt erinevused toimetulekustrateegiate kasutamises ning krooniliselt haigete laste emadel ka lapse seisundist ja tugigrupis osalemisest lähtuvalt. Depressiooniskoori puhul tulid erinevused välja sissetuleku ja lapse seisundi puhul. See näitab, et ka sotsiaaldemograafilised ja lapse haigusega seotud faktorid mõjutavad vanema stressiga toimetulekut, mis on oluline info, millega tuleks edaspidi nii uuringutes kui toetuse pakkumisel arvestada.

Isiksuseomadustel ilmsid statistiliselt olulised seosed nii depressiooniskoori kui ka toimetulekustrateegiatega. Depressiooniskooril olid hüpoteesiga kooskõlalised seosed – negatiivne neurotilisusega ning positiivne meeolek ja ekstraversusega. Toimetulekustrateegiate ja isiksuseomaduste vahelised seosed olid keerulisemad ning esines erinevusi gruppide vahel. Isiksuseomaduste ja toimetulekustrateegiate vaheliste statistiliselt oluliste seoste puudumine, mida varasemate uuringutega on näidatud, võivad olla seletatavad väikse valimimahuga, mistõttu ei pruukinud seosed välja tulla. Samas võib erinevus tulla ka uuritavate gruppide iseärasustest.

Järgnevad uuringud krooniliselt haigete laste vanematega peaksid täpsemalt uurima lapse haigusega seotud sümptomeid ja nende mõju toimetulekustrateegiate kasutamisele ning vanema psühholoogilisele heaolule. Oluline on eristada pervasiivse arenguhäire alla kuuluvad grupid – eraldi tuleks uurida autismi ja Aspergeri sündroomiga vanemaid, kuna tegu on erinevalt avalduvate häiretega. Lisaks depressioonisümpomitele peaks hindama ka teisi vanema psühholoogilise heaoluga seotud aspekte (nt. ärevus, rahulolu erinevad näitajad). Oluline oleks edaspidi kaasata uuringusse ka suurem valim, et parandada statistilist jõudu. Edasised uuringud peaksid kaasama ka krooniliselt haigete laste isad, et hinnata võimalike sugudevahelisi erinevusi toimetulekustrateegiate kasutamises ja krooniliselt haige lapsega toimetulekus.

Kokkuvõtteks võib öelda, et vanema stressiga toimetulek, mida hinnati depressiooniskoorist lähtuvalt, on seotud toimetulekustrateegiate kasutamisega. Isiksuseomadustel on olulised seosed nii depressiooniskoori kui ka toimetulekustrateegiatega. Lisaks tulevad depressiooniskoori erinevused välja lähtuvalt vanema sotsiaaldemograafilistest ja lapse haigusega seotud teguritest, mille puhul ilmnevad erinevused ka toimetulekustrateegiate valikus.

## VIITED

- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health [Abstrakt]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Allik, J. (2003). Isiksus ja seadumused. In Allik, J., Realo, A. & Konstabel, K. (Eds). *Isiksusepsühholoogia* (25-65). Eesti: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Annus, T., Julge, K., Kivivare, M., Putnik, U., Ress, K., Vasar, M. & Veidrik, K. (2009). Astma lapseas. *Eesti ravijuhis*. Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Selts.
- Azar, R. & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 6.
- Bacharier, L. B., Boner, A., Carlsen, K. H., jt. (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: PRACTALL consensus report. *Allergy*, 63, 5-34.
- Baeza-Velasco, C., Michelon, C., Rattaz, C., Pernon, E. & Baghdadli, A. (2013). Separation of parents raising children with autism spectrum disorders. *Journal of Physical Disabilities*, 25, 613-624.
- Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J. & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Families of Children with Developmental Disabilities*, 13 (4), 321-329.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4 (6), 561-71.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 217-228.
- Bhadada, S., Grover, S., Kumar, S., Bhansali, A. & Jaggi, S. (2011). Psychological impact of type-1 diabetes mellitus on parents: an exploratory study from North India. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31(3), 174-179.
- Blankfeld, D. F. & Holahan, C. J. (1996). Family support, coping strategies, and depressive symptoms among mothers of children with diabetes. *Journal of Family Psychology*, 10 (2), 173-179.
- Bolger, N. & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The roel of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors [Abstrakt]. *Journal of Personality*, 59, 355-386.
- Bowling, N., Beehr, T. & Swader, W. (2005). Giving and receiving social support at work: the roles of personality and reciprocity. *Journal of Vocational Behaviour*, 67, 476-89.
- Cappe, E, Wolff, M., Bobet, R. & Adrien, J.-L. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 2, 1279-1294.
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping Strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Connor-Smith, J. K. & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.). *Handbook of Coping* (44-65). USA: JohnWiley & Sons Inc.
- Englund, A. C., Rydstorm, I. & Norberg, A. (2001). Being the parent of a child with asthma. *Pediatric nursing*, 27 (4), 365-373.



- Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: A joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 311-325.
- Freedman, B. H., Kalb, L. G., Zablotsky, B. & Stuart, E. A. (2012). Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: a population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 539-548.
- Gage-Bouchard, E. A., Devine, K. A. & Heckler, C. E. (2013). The relationship between socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2, 478-487.
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., Yohanna, D., Khan, A. & Alpert, J. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 425-433.
- Glidden, L. M., Billings, F. J. & Jobe, B. M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 949-962.
- Glidden, L. M. & Natcher, A. L. (2009). Coping strategy use, personality, and adjustment of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (12), 998-1013.
- Hassal, R., Rose, J. & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 405-418.
- Hastings, R. P. (2003). Behavioral adjustment of siblings of children with autism engaged in applied behavior analysis early intervention programs: The moderating role of social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (2), 141-150.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J., Espinosa, F. D. & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9 (4), 377-91.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R. & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9 (2), 125-137.
- Howard, T. D., Meyers, D. A. & Bleecker, E. R. (2003). Mapping susceptibility genes for allergic diseases. *Chest*, 123(3), 363-368.
- Jaser, S. S., Whittemore, R., Ambrosino, J. M., Lindeman, E. & Grey, M. (2008). Mediators of depressive symptoms in children type I diabetes and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (5), 509-519.
- Kallasmaa, T. (2003). Isiksus ja kohanemine. In Allik, J., Realo, A. & Konstabel, K. (Eds). *Isiksusepsühholoogia* (141-168). Eesti: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29 (5), 881-894.
- Kim, H. W., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. & Krauss, M. W. (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (4/5), 313-327.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking "Big" Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.
- Kreitzberg, M. (2012). Kehtiva puude raskusastmega lapsed. Allikas pärineb: <http://www.sm.ee/tegevus/lapsed-ja-pere/puudega-laps.html?key=0> (4.05.2014)
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J. & Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: a cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (2), 130-140.
- Laffel, L., M., Vangsness, L., Connell, A., Goebel-Fabbri, A., Butler, D. & Anderson, B.J. (2003) Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatrics*, 142 (4), 409-16.

- Lee, G. K. (2009). Parents of children with high functioning autism: how well do they cope and adjust? *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21, 93-114.
- Lengua, L. J., Sandler, I. N., West, S. G., Wolchik, S. A. & Curran, P. J. (1999). Emotionality and self-regulation, threat appraisal, and coping in children of divorce. *Developmental Psychopathology*, 11, 15–37.
- Lenney, W., Wells, N. E. J. & O'Neill, B. A. (1994). The burden of paediatric asthma [Abstrakt]. *European Respiratory Review*, 4, 49-62.
- Lim, J., Wood, B. L. & Miller, B. D. (2008). Maternal depression and parenting in relation to child internalizing symptoms and asthma disease activity. *Journal of Family Psychology*, 22 (2), 264-273.
- Lutsar, K., Heilman K., Simre, K. & Kiivet, R.-A. (2013). Insuliinipumpade kasutamine laste 1. tüüpi diabeedi ravis. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R. & Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: the moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 516-524.
- McCrae, R. R. & John O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215.
- McCrae, R. & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52 (5), 509-516.
- McQuaid, E. L., Kopel, S. & Nassau, J.H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis [Abstrakt]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22 (6), 430-439.
- Miller, B. D. & Wood, B. L. (2003). Emotions and family factors in childhood asthma: Psychobiologic mechanisms and pathways of effect [Abstrakt]. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 24, 131–160.
- Moreira, H., Frontini, R., Bullinger, M. & Canavarro, M. C. (2013). Caring for a child with type 1 diabetes: links between family cohesion, perceived impact, and parental adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27 (5), 731-742.
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A. & Young, P. C. (2006). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33 (2), 180-187.
- Mõttus, R., Pullmann, H., & Allik, J. (2006). Toward more readable Big Five personality inventories. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3),149–157
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K. & Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: Correlates of sense making and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 245–264.
- Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1996). Coping and Defence: A historical Overview. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.). *Handbook of Coping* (3-24), USA: JohnWiley & Sons Inc.
- Paster, A., Brandwein D. & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 3, 1337-1342.
- Pettit, G. S., & Arsiwalla, D. D. (2008). Commentary on special section on “Bidirectional parent-child relationships”: The continuing evolution of dynamic, transactional models of parenting and youth behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 711–718.
- Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T. A., Moons, P., Groven, C. & Weets, I. (2014). Personality and illness adaptation in adults with type 1 diabetes: the intervening role of illness coping and perceptions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21 (1), 41-55.
- Reilson, M. (2001). Tartu linna erivajadustega laste perede toimetulek, informeeritus ja probleemid. Võetud 20.01.2014,  
[http://www.tartu.ee/?pro\\_id=3&page\\_id=58&lang\\_id=1&menu\\_id=6&lotus\\_url=/uurimused.nsf/Web/teemad/3FF34727508F850442256B28004B7252](http://www.tartu.ee/?pro_id=3&page_id=58&lang_id=1&menu_id=6&lotus_url=/uurimused.nsf/Web/teemad/3FF34727508F850442256B28004B7252)

- Roth S. & Cohen L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress [Abstrakt]. *American Psychologist*, 41, 813–819.
- Rätsep, T. Kallasmaa, T., Pulver, A. & Gross-Paju, K. (2000). Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 6 (6), 397-402.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle. C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119 (1), 114-121.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V. & Efremidis, B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 19–28.
- Solberg Nes, L. & Segerstrom, S. C. 2006. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review [Abstrakt]. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235–51.
- Streisand, R., Mackey, E. R. & Herge. W. (2010). Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: examination of data from national sample. *Maternal Child Health Journal*, 14, 612-617.
- Suls, J., David, J. P. & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: The generations of research [Abstrakt]. *Journal of Personality*, 64, 711–735.
- Taanila, A., Syrjäälä, L., Kokkonen, J. & Järvelin, M.-R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child: Care, Health and Development*, 28, 73–86.
- Tein, J.-Y., Sandler, I. N. & Zautra, A. J. (2000). Stressful Life Events, Psychological Distress, Coping, and Parenting of Divorced Mothers: A Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology*, 14 (1), 27-41.
- Vasar, M., Julge, K., Kivivare, M. & Otter K. (2006). Astma ja teiste allergiahaiguste sõeluuring Eesti kooliõpilastel. *Eesti Arst*, 85, 488-493.
- Veisson, M. (1999). Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality*, 27 (1), 87-98.
- Wang, P., Michaels, C. A. & Day, M. S. (2011). Stresses and coping strategies of Chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 783-795.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model [Abstrakt]. *Journal of Personality*, 64, 737-774.
- Weinstein, A.G., Chenkin, C. & Faust, D. (1997). Caring for the severely asthmatic child and family. The rationale for family systems integrated medical/psychological treatment [Abstrakt]. *Journal of Asthma*, 34, 345-352.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001–1008.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson. B, jt. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Maaailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO). (1992). Rahvusvaheline häirete klassifikatsioon. Vöetud 20.01.2014, <http://rhk.sm.ee/>

## LISAD

### Lisa 1. Uuringu ülevaade uuringus osalejatele

#### Ülevaade uuringust

Stressiga toimetulekut mõjutavad tegurid Eesti krooniliselt haigete laste emade näitel

Antud uuringu eesmärgiks on välja selgitada, milliseid toimetulekustrateegiaid kasutavad vanemad, kelle lapsel on diagnoositud pervasiivne arenguhäire, diabeet või astma. Lisaks uuritakse, milliseid toimetulekustrateegiaid kasutavad tervete laste vanemad. Toimetulekustrateegiateks on näiteks probleemile lahenduste, sotsiaalse toetuse (sugulased, sõbrad, tugigrupid jne) otsimine või emotsioonide väljaelamine.

Valitud toimetulekustrateegia mõjutab vanema toimetulekut olukorraga ja kogetavat stressi hulka. Seetõttu on oluline teada, milliseid strateegiaid vanemad kasutavad ning millised on efektiivsed ja hakkamasaamist toetavad, kui peres on puudega, psüühikahäirega või terve laps. See võimaldaks õpetada lastevanematele strateegiaid, mis suurendab edukat toimetulekut ning on seotud väiksema stressitasemega.

Lisaks soovime teada, milliseid seoseid on isiksuse ja toimetulekustrateegiate vahel. Varasemad uurimused on näidanud nende vahel püsivaid seoseid.

Uuringu raames palume vanematel täita 4 küsimustikku – toimetulekustrateegiate, isiksuse ja depressiooninäitajate kohta ning lisaks taustaküsimustiku. Taustaküsimustik sisaldab küsimusi demograafiliste andmete, perega, (haige) lapsega ning sotsiaalse toetusega seotud näitajate kohta. Küsimustike on võimalik täita paberil, soovi korral ka internetis. Küsimustike täitmine on vabatahtlik ning nende täitmisest võib igal hetkel loobuda. Küsimustele vastamine on anonüümne – vastuseid ja vastanud inimest (nimi) ei viida vastuseid sisestades ega analüüsid kokku. Täidetud küsimustikele on juurdepääs üksnes uuringu läbiviijatel. Täidetud küsimustike hoitakse lukustatud kapis SA TÜK Lastekliinikus ruumis A216.

Saadud vastuseid ja nende põhjal tehtud analüüse kasutatakse magistritöö raames. Tulemustega on võimalik kõigil osalejatel tutvuda, kes seda soovivad.

Lisainformatsiooni saamiseks või uuringuga seonduvate mõtete väljendamiseks, võib igal ajal uuringu läbiviija poole pöörduda – kas e-maili või telefoni teel.

Marii-Heleen Asula  
Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudi magistrant  
Aadress: Ploomi 16, Tartu, 50110  
Telefon: +372 58145 134  
E-mail: mhasula@gmail.com

Lisa 2. Taustaküsimustiku küsimused, mida kasutati analüüsid

**Lapsevanema andmed**

*Vanus:* .....

*Sugu:* a) Mees b) Naine

*Perekonnaseis:*

a) Vallaline b) Abielus c) Vabaabielus d) Lahutatud e) Lesk

*Haridustase* (märkige kõrgeim omandatud tase):

a) Põhiharidus b) Kutseharidus (põhikooli baasil)  
c) Keskkooli haridus d) Kutseharidus (keskkooli baasil)  
e) Kõrgharidus (bakalaureus) f) Kõrgharidus (magister) g) Doktorikraad

*Sissetulek pereliikme kohta ühes kuus:*

a) 70 EUR/kuus või vähem b) 70-140 EUR  
c) 140-280 EUR d) 281-..... EUR

**Perega seotud küsimused**

*Kas Teie laps(ed) põevad kroonilist haigust?*

a) Jah b) Ei

*Kui jah, siis millist haigust?.....*

*Kuidas olete rahul pereliikmete omavaheliste suhetega?*

a) Väga rahul b) Enamasti rahul c) Rahulolematu e) Väga rahulolematu

**Haige lapsega seotud küsimused**

*Kui vana on Teie krooniliselt haige laps? .....aastat.*

*Sugu:*.....

(järgnevad küsimused pole sees kontrollgrupi küsimustikus)

*Mis krooniline haigus on Teie lapsel?.....*

*Mitu aastat tagasi sai ta diagnoosi?.....*

*Kas lapse seisund on hetkel:*

a) Stabiilne b) Varieeruv

**Sotsiaalne toetus**

*Kas olete mõne lapse haigusega seotud organisatsiooni liige?*

a) Jah b) Ei

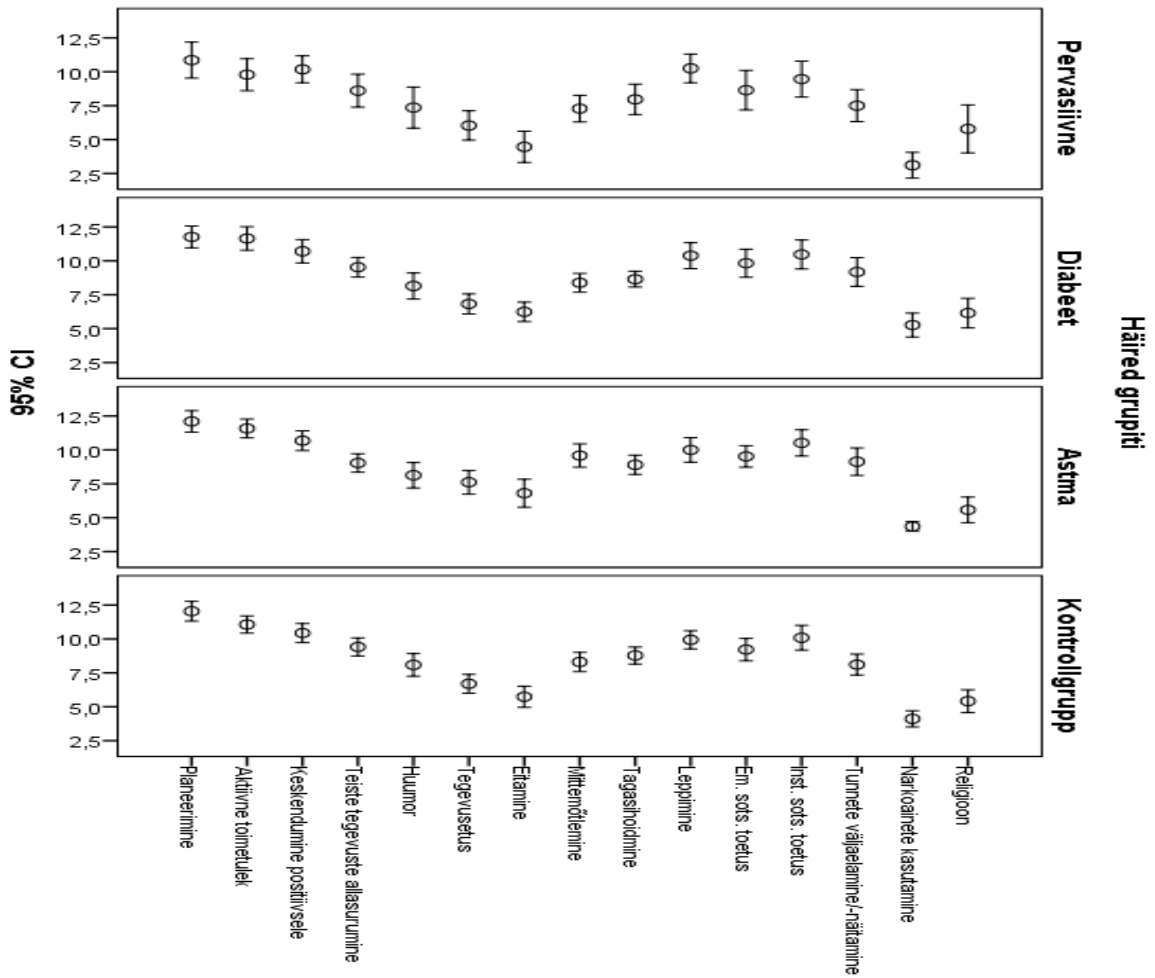
Lisa 3. Gruppide võrdlus sotsiaaldemograafilistes, peresisese suhete rahulolu ja lapse haigusega seotud andmetes

	<b>Pervasiivne arenguhäire</b>	<b>Diabeet</b>	<b>Astma</b>	<b>Kontroll</b>
<b>Emavanus (N=155)</b>				
<i>M</i>	40.2	36.3	38.1	36.9
<i>SD</i>	6.91	5.82	6.08	5.87
<b>Lapsevanus (N=156)*</b>				
<i>M</i>	11.4	9.4	11.2	11.0
<i>SD</i>	3.54	3.02	2.69	3.23
<b>Lapse sugu (N=156)</b>				
Poiss	24 (77.4%)	23 (56.1%)	21 (58.3%)	28 (58.3%)
Tüdruk	7 (22.6%)	18 (43.9%)	15 (41.7%)	20 (41.7%)
<b>Haridus* (N=156)</b>				
Põhi	1 (3.2%)	1 (2.4%)	3 (8.3%)	-
Kesk	13 (41.9%)	7 (17.1%)	12 (33.3%)	9 (18.8%)
Kutse	3 (9.7%)	15 (36.6%)	12 (33.3%)	12 (25.0%)
Kõrgem	14 (45.2%)	18 (43.9%)	9 (25.0%)	27 (56.2%)
<b>Sissetulek<sup>a</sup>* (N=147)</b>				
...-70	1 (3.6%)	1 (2.7%)	4 (11.8%)	-
70-140	5 (17.9%)	7 (18.9%)	9 (26.5%)	2 (4.2%)
140-280	12 (42.9%)	15 (4.9%)	8 (23.5%)	8 (16.7%)
281-...	10 (35.7%)	14 (37.8%)	13 (38.2%)	38 (79.2%)
<b>Rahulolu peresiseste suhetega (N=150)</b>				
Väga rahul	8 (27.6%)	10 (26.3%)	15 (41.7%)	17 (36.2%)
Enamasti rahul	18 (62.1%)	26 (68.4%)	21 (58.3%)	30 (63.8%)
Rahulolematu	3 (10.3%)	5 (5.3%)	-	-
<b>Seisund (N=72)</b>				
Varieeruv	14 (6.9%)	16 (59.3%)	15 (68.2%)	-
Stabiilne	9 (39.1%)	11 (4.7%)	7 (31.8%)	-
<b>Tugigrupis osalemine* (N=90)</b>				
Jah	17 (65.4%)	14 (43.8%)	5 (15.6%)	-
Ei	9 (34.6%)	18 (56.2%)	27 (84.4%)	-

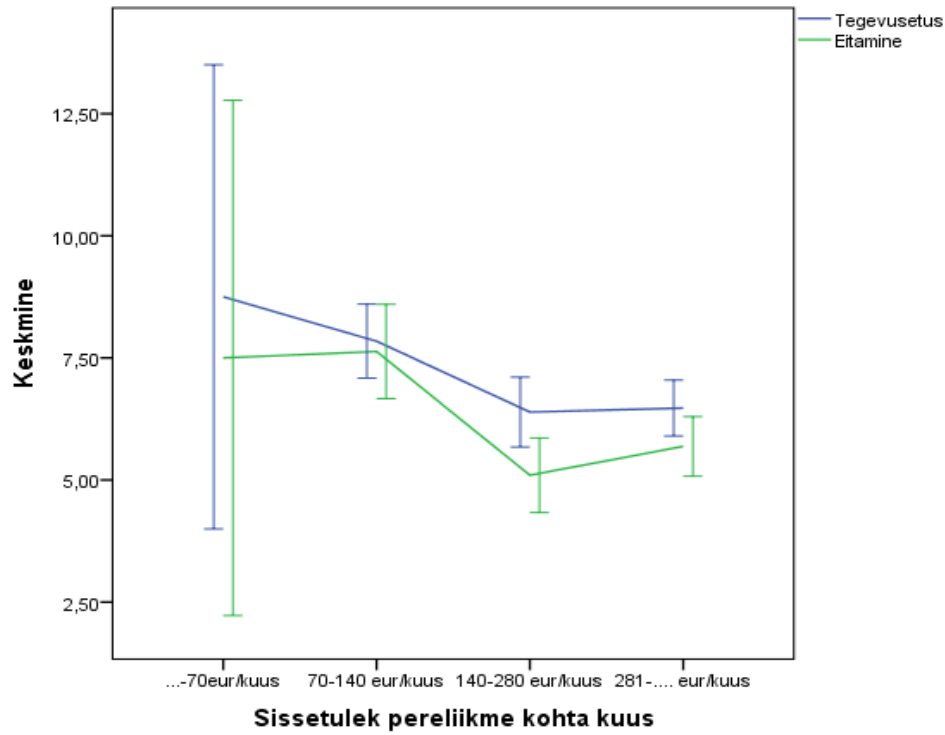
*Märkused.* <sup>a</sup>euodes kuus pereliikme kohta

\* statistiliselt oluline erinevus gruppide vahel  $p < .01$

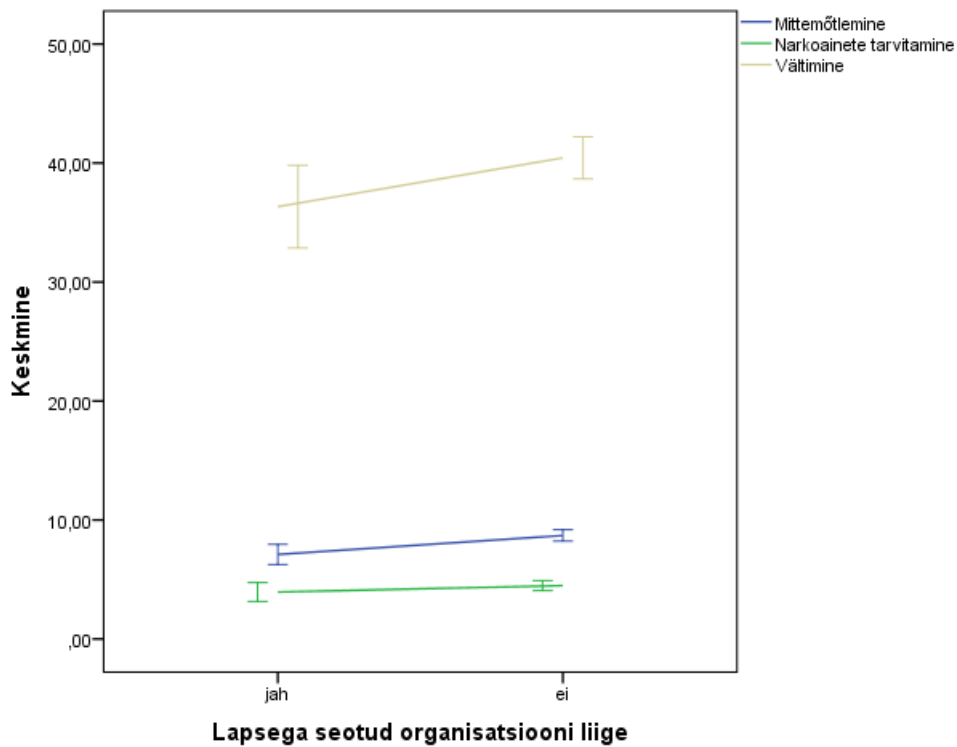
Lisa 4. Toimetulekustrateegiate kasutamise erinevused



Joonis 2. Toimetulekustrateegiate kasutamise keskmised koos usaldusvahemikega (CI = 95%) neljas grupis



Joonis 3. Tegevusetuse ja eitamise kasutamise erinevused sissetulekute lõikes kogu valimil – keskmised ja usaldusvahemikud ( $CI = 95\%$ )



Joonis 4. Toimetulekustrateegiade kasutamise erinevused tugigrupis osalemise järgi krooniliselt haigete laste vanematel – keskmised koos usaldusvahemikega ( $CI = 95\%$ )



Lisa 5. Depressiooniskoori võrdlus sotsiaaldemograafiliste ja lapse haigusega seotud tegurite järgi kõik koos ja grupiti

	Kokku		Pervasiivne		Diabeet		Astma		Kontroll	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Haridus (N=85)</b>										
Põhi	17.00	10.30	1.00		23.00		20.33	7.02		
Kesk	14.55	11.41	17.75	12.73	20.80	14.74	9.13	7.95	11.25	7.83
Kutse	10.30	5.45	12.33	7.57	8.60	4.58	11.82	6.63	9.67	4.12
Kõrg	9.30	9.38	17.08	12.77	10.00	8.98	7.38	2.83	5.41	6.27
<b>Sissetulek<sup>a*</sup></b> (N=115)										
...-70	12.75	9.14	5.00		10.00		18.00	11.31	11.50	3.54
70-140	15.69	10.96	22.20	16.21	16.75	11.59	12.75	7.34	12.50	8.96
140-280	12.47	9.80	16.64	12.51	9.90	7.33	9.57	8.18	6.39	5.80
281-...	8.96	8.44	14.75	11.59	12.63	13.83	7.91	4.35	7.59	6.57
<b>Rahulolu peresiseste suhetega (N=150)</b>										
Väga rahul	7.74	16.51	8.80	8.41	13.40	12.40	8.17	8.01	8.80	7.00
Enamasti rahul	12.70	9.82	18.39	12.51	12.61	9.85	12.50	4.39	4.77	4.97
Rahulolematu	13.00	7.05	17.00	17.69	1.00	-	-	-	-	-
<b>Seisund (N=72)*</b>										
Varieeruv	11.24	10.62	14.62	13.64	6.57	6.56	10.43	-	-	-
Stabiilne	16.32	10.70	16.56	11.61	18.75	11.42	-	-	-	-
<b>Tugigrupis osalemine* (N=90)</b>										
Jah	14.59	11.45	18.12	13.31	8.57	5.26	11.00	5.29	-	-
Ei	13.37	9.70	17.57	11.27	14.50	11.47	11.30	7.55	-	-

Märkused. <sup>a</sup>eurodes kuus pereliikme kohta

\*p &lt; 0.01 .

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Marii-Heleen Asula,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Stressiga toimetulekut mõjutavad tegurid Eesti krooniliselt haigete laste vanemate näitel“,

mille juhendajad on Mairi Männamaa ja René Mõttus

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 20.05.2014