

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Psühholoogia instituut

Erika Suvi

EESTIS LEVIVAD USKUMUSED PSÜÜHIKAHÄIRETE KOHTA

Magistritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs MSc

Läbiv pealkiri: uskumused psüühikahäirete kohta

Tartu 2016

Kokkuvõte

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida millised on Eesti inimeste uskumused ja hoiakud psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste suhtes ning kas ja kuidas mõjutavad uskumusi kokkupuude psüühikahäiretega inimestega, vanus ja haridustase. Töö kvalitatiivses osas selgus intervjuude käigus, et inimesed teavad psüühikahäirete põhjustena nimetada isiklike läbielamisi ning eelsoodumust, nii psüühikahäiretega kokkupuutunud (N=6) kui mitte kokkupuutunud (N=5) peavad oluliseks taastumisel rääkimist psühholoogi või sõbraga, kuid ravimite olulisust koos toetavate teenustega nimetasid vaid psüühikahäiretega kokkupuutunud isikud. Intervjuudest ei selgunud kindlalt, kas inimesed teevad vahet psüühikahäirel ja vaimupuudel.

Uuringu teises osas vastasid veebipõhisele 30-st väitest koosnevale küsimustikule 171 inimest. Selgus, et psüühikahäiretega sageli või pidevalt kokkupuutuvate inimeste hoiakud olid positiivsemad, 35 aastaste ja vanemate hoiakud negatiivsemad kui nooremate inimeste hoiakud. Uskumus, et psüühikahäires on inimene ise süüdi, ennustab negatiivsemat hoiakut, madalama haridusega inimesed hindavad ravi ja psüühikahäirega toimetuleku võimalusi madalamalt. Uuringu kvalitatiivses osas selgus, et 87,1 % vastajatest eristavad vaimupuuet ja psüühikahäiret.

Kõige negatiivsemad hoiakud ilmnesisid piirangute faktoris ($M = 2,72$), sotsiaalse distantsi ja märgistatuse faktoris olid hoiakud positiivsemad. Üldiselt oli kõigi vastajate hoiak psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste suhtes pigem positiivne ($M = 2,51$).

Märksõnad: uskumused, stigma, psüühikahäired, stigma vähendamine

Abstract

Estonian people's beliefs and attitudes toward mental disorders.

Aim of this master thesis was to investigate Estonian people's beliefs and attitudes toward mental disorders and people with mental disorders, and whether and how beliefs are influenced by contact with people with mental disorders, age and educational level. Qualitative terms revealed, that people know about mental disorders reasons as personal tribulations and the predisposition.

Both groups, people who had contact with mental disorders ($N = 6$) and who had no contact ($n = 5$) named talking with a psychologist or a friend as a significant aspect for recovery from mental disorders, but the importance of the drugs along with support services, was named just by people, who has previous contact with mental disorders. The interviews did not reveal with certainty whether people make the difference about mental disability and mental disorder.

In the second part 171 persons responded to the online questionnaire, consisting of 30 allegations. It turned out that more positive attitudes had people who frequently or continuously having contact with people with mental disorders.

More negative attitudes had 35 years and older people than younger people. The belief that a person with a mental disorder have themselves to blame, predicts more negative attitudes. People with lower education had more negative attitude in labeling factor.

The most negative attitudes revealed in restriction factor ($M = 2.72$).

The qualitative part of the study showed that 87.1% of respondents distinguish mental disability and mental illness.

Keywords: mental illness, beliefs, stigma, reducing stigma

Sissejuhatus

Skisofreenia ja teiste psüühikahäiretega seotud uskumusi ja müüte on uuritud juba eelmise sajandi keskpaigast. Ühes esimestes uuringutes psüühikahäireid puudutavate uskumuste kohta 1961. aastal tõi autor Nunnally välja järelduse, mille kohaselt „nii vanad kui noored, kõrgelt haritud kui väiksema haridustasemega, hindavad vaimuhaiget suhteliselt ohtlikuks, kasimatuks, ettearvamatuks ja ühiskonnale kasutuks“ (viidatud Rabkin, 1974).

Vaimsete häiretega isikud peavad sageli tegelema sümptomitega, mis nende igapäeva- ja tööelu raskeks muudavad. Olenevalt haigusest mõjutavad neid meeleolu kõikumised, ärevus, luulumõtted või hallutsinatsioonid. Lisaks sellele puutuvad nad kokku ühiskonnas vääritimõistmise ja eelarvamustega, mis omakorda takistab haigusest taastumisel tavaellu tagasipöördumist. Paljud, kes isiklike raskustega juba toime tulevad, on vaimsest häirest taastumas ja saavutamas vaimse tervise tasakaalu, kogevad ühiskonnapoolset märgistust. Sageli on nad kaotanud sõbrad ja tavapärase suhtlusringkonna, tööandja, kellel on negatiivne hoiak psüühikahäirega inimeste suhtes, ei võta enam tööle, majaomanik keeldub üürilepingust, sest „parem karta kui kahetseda“, sõbranna, kellel on väike laps, ei kutsu külla, sest „mine tea, mis tal pähe võib lüüa“. Need on näited reaalsete inimeste kogemustest, kelle läbielamised tulenevad ühiskonnas valitsevatest vääruskumustest psüühikahäirete ja psüühikahäirega inimeste suhtes.

Veelgi tõsisem on olukord, kui inimene, kes on omaks võtnud negatiivse hoiaku psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste suhtes, ise haigestudes tunneb seetõttu häbi ja süüd sel määral, et vajalikku ravi ja toetavaid teenuseid ei otsi ning sellest kõrvale jääb.

Käesoleval ajal on Eestis aktuaalne puuetega inimeste tööhõivereformi elluviimine. Tööhõivereformi eesmärk on kaasata aktiivselt ühiskonda inimesed, kes praegu on eemal igapäevasesest tööelust, neile on määratud töövõimekaotus ning vastavalt sellele pension, igakuine regulaarne sissetulek. Reformi tulemusena peaks hinnatama iga puudega inimese tegelik töövõime tase, kas see puudub täielikult või on osaline ning vastavalt sellele leida inimestele võimetekohane rakendus.

Praegusel ajal on Sotsiaalkindlustusameti andmetel tööga mittehaaratud inimestest enam kui 33 % psüühika- ja käitumishäiretega.

Inimesed ei taotle töövõimekaotust, sest kardavad tööandjate suhtumist töövõimetuspensionäridesse. Nagu selgub fookusgrupi uuringust (Töövõimetoetuse seaduse mõjuanalüüs – eelhindamine, 2014), kus osalesid Töötukassa, Sotsiaalkindlustusameti, Tööinspektsiooni ja Haigekassa spetsialistid ning Põhja-Eesti piirkonna kohaliku omavalitsuse töötajad, hirmust kaotada töö ei julge töötajad sageli tööandjale öelda, et neil on töövõimekadu määratud. Eriti tavapäraseks peetakse varjamist psüühikahäirete puhul. Lisaks ei ole näiteks kõigile psüühikahäirega inimestele määratud puue ja töövõimekaotus kuigi neil oleks seda väga vaja.

Kõige suurem teadmatus tööandjate seas puuetega inimeste värbamisega seoses valitseb psüühikahäirete osas, kuna erinevaid häireid on palju ning nende avaldumine on samuti erinev. Tööandjate arvates on psüühikahäirega (näiteks skisofreenia) inimesed nii ebastabiilsed, et tööandjad ei taha neid tänastes tingimustes palgata. (Töövõimetoetuse seaduse mõjuanalüüs – eelhindamine, 2014)

Eelneva taustal on oluline mõista millised võivad olla takistavad tegurid tööellu naasmisel. Seda nii psüühikahäiretega inimestel endil kui neid potentsiaalselt töölevõtvatel tööandjatel.

Selleks, et valida efektiivseim viis hoiakute ja uskumuste positiivsemaks muutmiseks, on oluline teada, millist tüüpi uskumused ühiskonnas on levinud ning millised on need tegurid, mis düsfunktsionaalseid uskumusi aitaksid vähendada.

Viimasel 15 aasta jooksul on stigma vähendamine olnud suure tähelepanu all nii uurimustes, rahvatervise kampaaniates, kliinilises töös, juriidikas ja poliitseis. Üle maailma on loodud programme vähendamaks stigmat psüühiliste häiretega inimeste suhtes (WHO 2001).

WHO on osutanud sotsiaalkultuurilisele mõjule, mille kohaselt uskumused, eelarvamused ja hoiakud mõjutavad seda, kuidas ühiskond suhtub vaimse tervise teemasse ja vaimsete häiretega inimestesse. Uskumused ja eelarvamused selle kohta, millised on vaimsete häirete tekkepõhjused, kujundavad inimeste käitumise. Sellega seostuvad ka inimõigused, sh. diskrimineerimine, hülgamine, väärkohtlemine, jääb väheseks sotsiaalne toetus ja solidaarsus.

Vaimsete häiretega isikud koos peredega saavad sageli stigma, diskrimineerimise ja ohvri saatuse osaliseks. Korralikult sõnastatud ja selgelt väljendatud poliitika, vastavad seadused, mis on otseselt seotud inimõigustega, aitavad ennetada väärkohtlemist ja kaitsta psüühikahäiretega inimeste õigusi (WHO 2013).

Vajalike tegevustena toob WHO välja parema informeerituse, teadlikkuse ja hariduse parendamise vaimse tervise ja – häirete kohta. Ülesandeks pole mitte ainult vaimsete häirete ravi vaid ka stigma vähendamine ühiskonnas tervikuna.

Uskumused psüühikahäiretega inimeste kohta

Uskumusi psüühikahäirete kohta uuritud laiemalt ning on leitud kolm peamist faktorit, mille alla psüühikahäiretekohtased uskumused paigutuvad (Corrigan, 1999):

1. Hirm ja eraldamine - psüühikahäiretega inimesi peab kartma ja seetõttu teistest eraldama
2. Autoritaarsus - inimesed, kes põevad psüühikahäireid on vastutusvõimetud ning nende elu puudutavad otsused tuleb teha teistel.
3. Hoolitsemine - vaimuhaiged on lapsikud ja saamatud, kelle eest tuleb hoolt kanda.

On leitud, et avalikkus ei tee vahet psüühikahäirel ja vaimupuudel, mille tulemusena peetakse psüühikahäirega inimest vähevõimekaks, rumalaks, kellel ei ole võimekust enese eest hoolitsemiseks, õppimiseks, töötamiseks, kes on ebakompetentsed ja vastutusvõimetud. Avalike hoiakute kohaselt koheldakse psüühikahäirega inimest kui “hullu, vastutustundetu käitumisega, mitte usaldusväärse, mitte tõsiseltvõetavana.” Psüühikahäirega inimesi, eriti skisofreeniat põdevaid, peetakse ohtlikuks ja vägivaldseks ning psühhiaatriahaiglat kujutatakse kui „trellitatud akendega hullumaja, kus määratsevad patsiendid on voodite külge seotud või tammuvad tuimalt tühjusesse vahtides“ (Schulze jt, 2003).

Erinevalt füüsilisest haigusest peetakse vaimse häirega inimest ise enda olukorra eest vastutavaks, kes pole tahtnud võtta kontrolli enda üle, talle tuntakse vähem kaasa ja peetakse mitte vääriliseks abi saama. Erinevate meediauuringute kohaselt kujutatakse vaimselt häirunud inimest kui maniakaalset kurjategijat, keda tuleb karta, või siis vabahingelist mässajat, kes ei hooli ühiskonna reeglitest (Corrigan, 1999) või on neil lapsikud ettekujutused maailmast ning et neid peaks imetlema (Rüsch jt.2005). Lisaks on selgunud, et psüühiliste puuetega inimesi aktsepteeritakse vähem kui füüsiliste haigustega inimesi.

Viimase paarikümne aasta jooksul on oluliselt paranenud vaimse tervise ravi võimalused ja efektiivsus, tõusnud teenuste kvaliteet ning see on muutnud positiivsemaks hoiakuid

psühhiaatria ja vaimse tervise teenusepakkujate suhtes. Ometi ei ole paranenud hoiakud psüühikahäiretega inimeste suhtes (Schomerus jt, 2012). Erinevad uuringud USA-s, Austraalias ja mõnes Euroopa riigis ei ole tuvastanud hoiakute olulisi muutusi positiivsuse poole, pigem leiab uuringute tulemusi, mille kohaselt on suurenenud hirm skisofreeniapatsientide suhtes, mida kinnitab avalikkuses suurem nõustumine sundravi kohaldamiseks paranoiliste luulude esinemisel või avaliku ühiselu reeglite rikkumiste puhul. On süvenemas uskumus, mille kohaselt psühhiaatriahaiglad on vajalikud kaitsmaks ühiskonda psüühikahäiretega inimeste eest (Schomerus jt. 2006).

Kreekas leiti skisofreenia haigete suhtes negatiivsemad hoiakud kui kriminaalkurjategijate suhtes. Kolmandik vastajatest kardaksid alustada vestlust ega suudaks sõbruneda skisofreeniahaigega, pooled oleksid häiritud, kui peaksid koos töötama ning kolm neljast vastanust olukorrast, kus peaks skisofreeniahaigega tuba jagama. Üheksa inimest kümnest ei abielluks skisofreeniat põdeva inimesega (Economou, jt.2005).

Kuigi vaimseid häireid tuntakse päris hästi ära, mõistetakse nende neurobioloogilisi põhjuseid ning ravi vajalikkust ja võimalikkust, on eelarvamused, mis puudutavad lähedasi suhteid (perekond), haavatavaid gruppe (lapsed) ning enese turvalisust ühtlaselt tugevad, seda isegi maades, kus üldised stigmanäitajad on madalad. Samuti ei soovita näha vaimsete häiretega inimesi ametikohtadel, mis nõuavad vastutust või autoriteeti (töölased superviisorid või avalikud teenistujad) ning ollakse ärevad seoses võimaliku vägivaldsusega (Pescosolido jt. 2013).

Rumeenia üliõpilaste seas läbiviidud uuringus ilmnisid erinevused hoiakutes tulenevalt vastajate õpitavast erialast. Nii olid kõige negatiivsemad hoiakud autoritaarsuse faktoris teoloogiatudengitel võrreldes majandus- ja sotsiaalala tudengitega. Hoolitsuse/kaastunde faktoris olid kõigil kolmel grupil ühtlaselt positiivsemad arvamused, kõige positiivsemad olid teoloogia üliõpilastel. Vaimse tervise etioloogia faktoris olid negatiivseimad arvamused majandustudengitel. Kõik grupid olid arvamusel, et vaimse häirega inimesed tuleks pigem eraldada institutsioonidesse, kusjuures veidi positiivsemad olid majandusüliõpilased. Uuringu tulemused viitavad võimalusele, et hoiakud on sõltuvuses sotsiaalsest kontekstist ning selle kaudu on võimalik paremini suunata anti-stigma programme (Todor , 2012)

Vanemate inimeste positiivsem suhtumine psüühikahäiretesse on leitud mitmes uuringus ning seda on seostatud nende parema hariduse ja suuremate teadmistega. Samas on ilmnenu vanemaealiste soovimatus avaldada vaimse tervise häirega seotud probleeme ning seotud seda

uskumusega nende ohtlikkuse või ettearvamatusena. (Siu jt. 2012, Yap jt. 2014). Nii näiteks Kanadas vanemate kui 65 aastaste hulgas läbiviidud uurimuses leiti, et 83% eakatest kardaksid tunnista psüühikahäiret, 72,3% nõustusid väitega, et psüühikahäirega inimesed on ettearvamatud ning 76,3 % nõustusid väitega, et enamus tööandjaid ei palkaks psüühikahäirega inimest (Preville jt. 2015).

Horvaatias läbi viidud uuring tuvastas psühhiaatriaalaste teadmisteta vastajate negatiivsed hoiakud psühhiaatriapatsientide suhtes olenemata vastajate soost või vanusest. 42% vastanutest kardavad psühhiaatriapatsiente, 60% ei võtaks neid tööle, 70% ei abielluks nendega ning 40 % ei looks üldse mingisuguseid suhteid (Filipic jt, 2002).

Madalama haridustasemega inimeste hoiakud on enamasti leitud olevat negatiivsemad (Vezzoli jt, 2001, Filipic jt, 2002).

Stigma olemus

Stigma on defineeritud stereotüüpide (nt. uskumus, et vaimsete häiretega inimesed on ohtlikud või süüdi oma seisundis), eelarvamuste (nõustumine stereotüüpidega viib emotsionaalse reaktsioonini „nii ongi, kõik vaimsete häiretega inimesed on ohtlikud ja ma kardan neid“) ja diskrimineerimise (kuna vaimsete häiretega inimene on ohtlik, ei rendi ma talle elamispinda) kaudu (Corrigan, 2012). Lisaks on kirjeldatud stigma teadmiste puudumise ning sotsiaalse tõrjutuse ja hülgamise läbi (Pescosolido jt. 2013) .

Stigma jaguneb kaheks: avalik, kus kinnistunud stereotüüpe hoiab endas ühiskond ning isiklik, kui isik, olles omaks võtnud avalikud hoiakud, tekitab enesediskrimineerimise. Enesestigma on omane psüühikahäiretega inimestele, kes on teadlikud avalikest hoiakutest ja stereotüüpidest (nt. vaimse häirega inimesed on ise süüdi oma seisundis ja nad on nõrgad), nõustuvad nendega (just nii, nad on ise süüdi), omistavad need ka endale (olen ise süüdi, et mul on vaimne häire ja ma olen nõrk) ning seetõttu on madaldunud enesehinnanguga (ma ei saa millegagi hakkama, sest ma olen nõrk) (Corrigan, 2012).

Stigma mõju inimestele

Vaimsed häired, olenemata diagnoosist, on enim stigmatiseeritud seisundid ühiskonnas. Stigma tekitab barjäärid vaimsete häiretega inimestele nii, et neil on raskendatud nende teiste eesmärkide saavutamine. See mõjutab elamist, õppimist töötamist ja sotsialiseerumist.

Eelarvamuste mõju kohta võib välja tuua erinevaid tahke: (Pescosolido jt.2013)

- Sotsiaalse distantsi tekkimine- soovimatus suhelda teatud grupi inimesega
- Võrdsete võimaluste välistamine – soov mitte võimaldada võrdseid kodanikuõigusi
- Negatiivne mõju- levinud arvamus, et vaimse häirega inimestega on raske suhelda
- Ohtlikkuse tajumine – hirm et vaimse häirega inimesed on ohtlikud endale ja teistele
- Ravi mõju – uskumus, et teadasaamine psühhiaatrilisest ravist mõjutab pikaajaliselt inimese edasist elu
- Suletuse tekkimine – negatiivsed tagajärjed vaimse häire avalikuks tulemisel

Stigma mõjutab inimest nii seesmiselt kui väliselt. Väline mõju seisneb selles, et eelarvamustest tulenevalt ei soovita inimestele rentida soovitud elamispiinda, palgata tööle või suhelda, sest kardetakse vägivaldsust, ettearvamatut käitumist, ebausaldusväärset ja vastutustundetust. Inimesel, kes kogeb tõrjutust, usaldamatust ja halvaksapanu, suureneb stressitase ja ängistus, süveneb madal enesehinnang, halveneb psühhosotsiaalne toimetulek. See omakorda võib esile tuua viha ja kurbuse ning koostöövalmiduse pärssimise. Hirm diskrimineerimise ees ei luba otsida vajalikku abi vaimse tervise teenusepakkujalt. Erinevate uuringute kohaselt pea pooled vaimse tervise probleemidega isikud ei pöördu abi saamiseks. Neil aga, kes on psühhiaatri poole pöördunud, takistab stigma aktsepteerimast diagnoosi ning selle tõttu vajaliku ravi ja toetuse vastuvõtmist (Spagnolo, jt.2008). On leitud, et paljud inimesed, kellel võiks abi olla vaimse tervise teenustest, ei lähe abi saama või siis ei jää teenuseid kasutama neile vajalikul määral ning katkestavad teenusel osalemise. Ühe põhjusena teenusest loobumisel tuuakse välja stigma, peamiselt soov vältida vaimuhaige silti, mis nende teenustega kaasneb (Corrigan jt.2001; Lysaker jt.2012, Wright, jt.2011).

Mõjutatuna eelarvamustest jõuab vajaliku ja tõhusa ravi ning teenusteni vaid 30-40% psüühikahäiretega inimestest. Kuna vaimset häiret peetakse inimese enese poolt põhjustatuks, siis sellest tulenevalt peetakse tema abivajadust väiksemaks. Kui inimene või tema perekond on sellise eelarvamuse omaks võtnud, siis takistab häbi ja süütunne ka abi otsimast (Corrigan,

2004). Patsiendid ei soovi psüühikahäire diagnoosi, sest usuvad teiste inimeste reaktsioonide ja suhtumise muutumist nendesse. Samal ajal kardetakse ka seda, kuidas muutub inimeste endi enesehinnang ning see, millisena ennast nähakse. Patsiendid usuvad, et tänu psüühikahäire diagnoosile koheldakse neid teisiti, nad tunnetavad negatiivset hoiakut ning ignoreerimist isegi tervishoiutöötajate poolt (Liggins jt.2005). Negatiivne uskumus viib läbi emotsionaalsete reaktsioonide diskrimineerimiseni. Nii näiteks, kui usutakse, et psüühikahäirega inimene on agressiivne, tekitab see hirmu ja viib vältimiseni – ei võeta tööle, ei kustuta külla. Ohtlikkuse stereotüübi toetamisel on mõju inimeste emotsionaalsetele reaktsioonidele vaimse häirega inimese suhtes ning need süvendavad sotsiaalset distantsi. Sarnane mõju on ka „ohvri“ stereotüübil, mille kohaselt vaimse häirega inimene vajab abi ja toetust, ometi tekitab see teistes segaseid tundeid ning taas sotsiaalse distantsi soovi (Angermeyer, jt.2003).

Modifitseeritud sildistamise teooria (*modified labeling theory*) kohaselt võib sildistamisel olla tohutu negatiivne efekt ning et see võib tekitada psühhiaatriapatsientide eemaldumise ühiskonnast ning drastiliselt mõjutada inimeste enesehinnangut. Negatiivsed reaktsioonid nende suhtes mõjutavad tõsiselt patsientide elukvaliteeti. Modifitseeritud sildistamise teooriat võib kirjeldada kui sotsiaal-psühholoogilist mudelit sellest, miks ja kuidas sildistamine mõjub (Link jt. 1989). Praegusel ajal on aktuaalne deinstitutionaliseerimine, mille eesmärgiks on viia psühhiaatriapatsiendid suurtest asutustest, haiglatest ja hooldekodudest välja, pakkudes neile vajalikku ambulatoorset ravi ning erinevaid sotsiaalteenuseid aitamaks haigusest taastumisel ning igapäevaellu naasmisel. Inimesed teevad pidevalt pingutusi, et toime tulla sildistamisega. Sildistamise kartuses ei räägita oma haigusest kellelegi, välditakse võimalikke stigmatiseerivaid olukordi, mis omakorda võib viia isolatsiooni ning süvendada negatiivset enesehinnangut ning tekitada väärtusetuse tunnet, mille kohaselt ei olda väärilised ja võrdsed ühiskonna liikmed. Vaimse tervise ala töötajad on kinnitanud, et sageli on peamiseks konsultatsioonide sisuks strateegiad varjamaks haigust teiste eest (Schulze jt. 2003). Nii on paljud patsiendid omaks võtnud negatiivse enesehinnangu ning igapäevaelus ettetulevad tõrjumised ainult süvendavad seda. Madal enesehinnang omakorda mõjutab patsientide vaimse tervise staatust ning seda, kuivõrd edukad nad on (Wright jt. 2000).

Stigma mõjutab negatiivselt ka inimese tööelu, töösooritust, tööga seotud eesmärgi. Sageli on haigestumisele eelnenu pinged töökohas ning peale haigestumist ollakse töö kaotatud. Tagasipöördumine tööturule mitmeid aastaid hiljem aga takerdub peamiselt inimese madala

enesehinnangu taha mis viib olukorrani, kus inimesel tekib „milleks püüda?“ efekt – „milleks püüda tööle minna, kui ma ei ole seda väärt ega saa tööga niikuinii hakkama“ (Corrigan, jt. 2012). Samas on tööga haaratus vahendiks, mille kaudu on võimalik tõsta haigestunu enesehinnangut ning vähendada kogetavat distressi (Lysaker jt.2012).

Töösituatsioonis on oluline roll stigmal ka selles osas, kuidas tööandja suhtub psüühikahäirega töötajasse. Uskudes, et psüühikahäirega inimesed on vastutavad oma haiguse eest, viib pahameeleni ning tahtmatusele teda aidata- „ise on ta süüdi, et selline on ja ma ei taha oma aega ja energiat sellise peale raisata“. Ja vastupidiselt – kui usutakse, et inimesed ise ei ole süüdi ning on pigem ohvrid, viib see kaastundlikkusele ja suuremale toetusele. Ohtlikkus on ilmselt kõige tõsisem stereotüüp, mis toob endaga kaasa hirmu ja tugevad reaktsioonid sooviga eraldada ja kontrolli all hoida (Corrigan, jt. 2012).

Harvad ei ole juhud, kus töötaja varjab tööandja eest oma tervislikku seisundit. Sellega kaasneb oht üle pingutada kuna pakutavad ülesanded ei pruugi olla jõukohased, kuid teadmatusest ei saa ka tööandja midagi töötaja heaks ära teha. Stigmast tulenenud varjamine võib viia olukorrani, kus tööpingete kuhjumisest võib vaimne tervis taas halveneda.

Psüühikahäiretega inimeste sildistamine on tõsine barjäär nende inimeste ühiskonda tagasipöördumiseks. Avaliku stigma omaks võtnud või meediast ebaadekvaatse info saanud haigestunud ei suuda tunnistada diagnoosi või kardavad juba iseennast, et ükskord avastavad end kedagi ründamas, ning eelistavad olla pigem haiglas valve all (Schulze jt, 2003).

Stigma esinemise vähendamist mõjutavad tegurid

1. Kontakt psüühikahäirega inimestega

Paljudes uuringutes on välja toodud, et olulisimaks teguriks vääruskumuste ja müütide vähendamiseks on kokkupuude psüühikahäirega inimestega (Corrigan, 1999). Itaalias läbi viidud uuringu tulemuste kohaselt annab kokkupuude psüühikahäiretega inimestega positiivsema hoiaku nende suhtes, mis tähendab vähem hirmu, rohkem prosotsiaalset käitumist, kaasamist ja paremaid võimalusi tööle saada (Vezzoli jt, 2001). Inimestel, kes kunagi ei ole rääkinud psüühikahäirega inimesega ega neid kohanud, on negatiivsemad hoiakud, nad pakuksid vähem tööd ning enamus neist peab psüühikahäirega inimese parimaks elukohaks psühhiaatriaiglat või turvatud elukohta (erihooldekande asutust). Nii personaalne

kui professionaalne kontakt psüühikahäirega inimestega mõjutab mitmete uuringute kohaselt positiivsema hoiaku kujunemist (Schulze jt, 2003). Teisalt on leitud, et positiivse muutuse hoiakus tekitab kontakt sellise haigega, kelle käitumine ja tervislik seisund ei kinnita olemasolevat negatiivset stereotüüpi (Corrigan jt. 2001, Reinke jt. 2004). Kõige enam mõjub vahetu kokkupuude psüühikahäirega inimesega, kus kontakti kaudu saadakse tuttavamaks, saadakse selgitusi häire olemusest. Oluline on seejuures, et inimene, kellega kohtutakse, ei kinnitaks oma hetkeseisundiga varasemat eelarvamust. Ägedas psüühilises seisundis inimese nägemine ei muuda hoiakut positiivsemaks. See võib põhjendada psüühikahäiretega kokkupuutuvate professionaalide negatiivseid hoiakuid ja olla põhjuseks, mis neid alles hoiab. Tervishoiutöötajad tegelevad inimesega, kelle häire on ägedas staadiumis, paljud neist kirjutatakse haiglast välja enne täielikku taastumist ning töötajatel puudub võrdlus patsiendi teistsuguse seisundiga, mis võimaldaks stereotüübile vastanduda (Reinke jt. 2004). Eelnevaga võib olla ka seletatavad Lauberi jt. (2004) uuringu tulemused, kus psüühiaatrite hoiakud psüühikahäiretega inimeste suhtes olid küll mõnevõrra positiivsemad kui populatsioonis üldiselt, kuid sotsiaalse distantsi osas erinevust ei ole. Hirmutunne on leitud olevat vastastikune – patsiendid kardavad seda, kuidas professionaalid nendesse suhtuvad ning töötajad kardavad, et nad ei suuda ennustada patsientide reaktsioone või käitumist (Liggins, 2005). Erinevad autorid toovad välja, et psüühiaatrid ja teised vaimse tervise teenuste osutajad peavad olema teadlikud, et nende hoiakud ei erine teistest (Rüsch jt.2005), et ka professionaalidele on vajalik korraldada koolitusi stigmast ja diskrimineerimisest (Lauber jt. 2004), sest just teadmiste puudumisega on selgitatav hirmu ja ebakindluse tundmine psüühikahäirega patsientide suhtes (Liggins, 2005).

2. Harimine

Teine viis vähendamaks stereotüüpide ja eelarvamuste mõju on adekvaatse ja tõese informatsiooni jagamine nii raamatute ja audiovisuaalsete vahendite ning auditoorse diskussiooni abil. Lisaks vahetule kontaktile aitab video taastunud isikust, kes räägib oma lugu, stereotüüpide ja hoiakute muutumisele kaasa. Siinjuures on oluline, et erinevus stereotüübist peaks muutuse esiletoomiseks olema piisavalt suur, kuid mitte äärmuslik. Näitena on siinkohal Reinke toonud John Nashi, kelle elulugu peetakse tema geniaalsusest tulenevaks ning pigem mitte kõigi jaoks kehtivaks reegliks (Reinke jt. 2004).

Inimeste hoiakud muutuvad tõenäoliselt kui nad saavad neid arutada õpetajate või teiste inimestega. Inimesed, kes on saanud osaleda vaimse tervise teemalistes

koolitusprogrammides, ei võta omaks stigma ja diskrimineerivaid hoiakuid psüühikahäiretega inimeste suhtes. Siinkohal on oluline panna tähele, et vastavad koolitused ei piirduks vaid psüühikahäirete sümptomite kirjeldamisega, sest ilma ravi ja taastumiskavade tutvustamiseta negatiivsed hoiakud vaid süvenevad (Corrigan, 1999).

3. Protesteerimine

Üks viis stereotüüpide ja stigma mõju vähendamiseks on protesteerida situatsioonides, kus diskrimineerivad olukorrad ette tulevad. Kus keegi ütleb selgelt ja otsekoheselt välja, et tegemist on kohatu, diskrimineeriva, halvustava, ebaõige olukorra või käitumisega. Sellistel puhkudel on reeglina tegemist ühekordsete protestidega näiteks filmireklaamile („Olge valmis, hullud tulevad!“) või kohatule reklaamikampaaniale („Vaba sissepääs, kui tõestad, et oled hull“) ning kestvamale mõjule hoiaku muutumisele puuduvad seni tõestused (Corrigan, 1999). Rüsç jt. (2005) osutavad aga selle juures asjaolule, et protesteerimine võib viia stereotüüpsete hinnangute ja diskrimineeriva käitumise allasurumisele selle asemel, et võtta vastu tõest informatsiooni, mis võimaldaks stereotüüpse mõtlemise sisulist muutust.

Näitena harimise ja protesteerimise kohta võiks tuua ka vaimse tervise teemalised internetiportaalid, kus enamikel on ära toodud levinud müüdid psüühikahäirete kohta. Ka Eesti vaimse tervise teemadega tegelevate asutuste ja organisatsioonide kodulehtedel nt. www.vaimnetervis.ee , www.peaasi.ee nimetatakse müüte seoses psüühikahäiretega ning esitatakse neile vastulaused, selgitused, miks need väited tõe ei vasta.

Käesolev uurimus

Käesoleva uurimustöö eesmärk on selgitada, millised uskumused psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste kohta on Eestis levinud ning millistest teguritest sõltub düsfunktsionaalsete uskumuste iseloom ja intensiivsus.

Varasemate uuringute tulemused on olnud sarnased hariduse ja kokkupuute seoses (Vezolli jt. 2001, Lauber jt.2004, Corrigan jt.2001). Nii on reeglina kõrgem haridustase ning kokkupuute olemasolu seostunud positiivsema suhtumisega psüühikahäiretesse. Vastajate vanuse seos hoiakutega on olnud mitte nii püsiv ning tulemused on erinevates uuringutes kõikuvad, kuid enam on leitud seos kõrgema vanuse ja positiivsema hoiaku vahel (Siu, jt.2012). Tulenevalt varasematest uuringutest püstitasin hüpoteesid kontrollimaks, kas sarnased tendentsid kehtivad ka Eestis.

Hüpoteesid:

1. Vanemate inimeste hoiakud psüühikahäirete ja neid põdevate inimeste kohta on positiivsemad.
2. Psüühikahäiretega isiklikult või lähedaste kaudu kokkupuutunute hoiakud on positiivsemad
3. Kõrgema haridusega inimeste hoiakud on positiivsemad.
4. Uskumus, et psüühikahäire on inimese enese põhjustatud ennustab negatiivsemat hoiakut psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste suhtes.
5. Inimesed ei tee vahet vaimupuudel ja psüühikahäirel.

Meetod

Uuring koosneb kahest etapist.

Esimese etapi eesmärgiks on intervjuude käigus saada ettekujutus kuidas nii psüühikahäiretega isiklikult kokkupuutunud kui mitte kokkupuutunud inimesed defineerivad psüühikahäiret, selle tekkepõhjuseid ning olemust. Kuidas kujutatakse ette psüühikahäirega inimest ning kas ja milliseid võimalusi teatakse psüühikahäirete raviks. Sellest, kuidas inimesed kirjeldavad psüühikahäirega inimest peaks selguma uskumused psüühikahäirete sümptomite, häirega inimeste käitumise ja võimaliku ohtlikkuse, vägivaldsuse või hoopis eraldatuse kohta. Vastuste põhjal koostada täiendavaid küsimusi II etapi uuringu tarbeks.

I etapi valim

Esimese etapi valimi koostas in uuritavatest, kellel on olnud psüühikahäiretega varem kokkupuude ning varasemalt psüühikahäiretega mitte kokkupuutunud. Kummaski grupis isikud vanuses 20- 30 aastat ning vanemad kui 55 aastat, kesk- ja kõrgharidusega.

Uuritava valimi moodustasid 11 isikut, kes vastasid järgmistele kriteeriumitele:

Tabel 1 Uuringu esimese etapi valim

Vanus	20-30 aastat		55 ja enam aastat	
	kesk	kõrgem	Kesk	Kõrgem
kokkupuude psüühikahäiretega		2 isikut	2 isikut	2 isikut
ei ole kokkupuudet psüühikahäiretega	2 isikut	1 isik	1 isik	1 isik

Psüühikahäiretega kokkupuutumisenä arvestasin nii isiku enese haigestumist kui pereliikmel (laps, vanem, õde/vend) diagnoositud psüühikahäiret. Kutsusin uuringus osalema koos inimest Tallinna Vaimse Tervise Keskuse klientide hulgast, kes vastasid eelpooltoodud kriteeriumitele. Kõik kutsutud olid nõus uuringus osalema

Psüühikahäiretega mitte kokkupuutunud intervjueritavad kutsusin oma tutvusringkonnast. Psüühikahäiretega mitte kokkupuutumist kinnitas küsitletav vastates eitavalt küsimusele: „Kas Teil või Teie lähedasel on varasemalt diagnoositud psüühikahäire või olete kokku puutunud psüühikahäirega inimestega?“

Uurimuse läbiviimine

Iga osaleja kutsusin uuringusse individuaalselt ning isiklikult. Osalejatele selgitasin uuringu eesmärgi ning andsin allkirjastamiseks informeeritud nõusoleku uuringus osalemise kohta. Iga osalejaga viisin läbi intervjuu kuni 1 tunni ulatuses. Intervjuu psüühikahäiretega kokkupuutunud isikutega viisin läbi Tallinna Vaimse Tervise Keskuse tegevuskeskuse nõustamisruumis, kus viibisime intervjueritavaga kahekesi, kõrvalisi isikuid juures ei viibinud. Psüühikahäiretega mitte kokkupuutunudega viisime intervjuud läbi vastavalt intervjueritavate soovile ka nende kodus või uurija kodus. Intervjuu ajal oli tagatud privaatsus. Iga intervjueritavale esitasin kolm küsimust:

1. Mis on psüühikahäire?
2. Kirjelda psüühikahäirega inimest!
3. Mis aitab psüühikahäirega toime tulla?

Vestluse aktiveerimiseks kasutasin täpsustavaid küsimusi. Nt. kas soovid veel midagi lisada?, Mis võib olla psüühikahäire tekkimise põhjuseks?, Mis on Sind kõige paremini aidanud?, Millistest ravimeetoditest oled kuulnud?, Millest võib aru saada, et inimesel on psüühikahäire?

Intervjuud salvestasin intervjuueeritavate nõusolekul diktofoniga. Intervjuud kirjutasin diktofonilt maha isiklikult, salvestasin isiklikus arvutis krüpteeritult ning kustutasin peale intervjuude analüüsimist. Uuringule on väljastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba nr. 232/T-18, 16. detsember 2013

Tulemused

1. Mis on psüühikahäire?

Kaks vastajat psüühikahäirega kokkupuutunute hulgast vastasid, et **nad ei tea, mis see on ja kust ta tuleb.**

See on haigus, aga millised on tekkepõhjused või kust ta tuleb, sellele vastuseid ma leidnud ei ole“. [+M55 Kõ]

„Ma ei tea mis see on ja miks ta tuli.“ [+N55 Kõ]

Teised neli tõid välja, et see on **kõrvalekalle normaalsest psüühikast** ning nimetasid ka isiklikest kogemustest **võimalikke põhjuseid varasemasest läbielamistest lapsepõlves, pingelisi suhteid kodus, töö- ja koolipingete kuhjumist.**

„... kolm aastat tagasi tulid tööle kogu aeg uued ülesanded, muutused olid järjest ja tööd nii palju, ma tundsin, et enam ei jõua, väsisin väga kiiresti. Selline olukord, kus enam ei tule toime.“ [+ N 55 Ke]

„...Enne psüühikahäire avaldumist olid isiklikud psüühilised läbielamised“. [+N55Kõ]

„... väga pingeline lapsepõlv oli mul. Ilmselt kuskilt sellest ajast sai ka minu haigus alguse, kuigi esimene psüühhoos tuli mul palju aastaid hiljem“. [+N30 Kõ]

„Ülikoolis oli palju aineid, oli tunne, et enam ei jõua valmis. Raha ei olnud eraka jaoks, ühiselamus aga oli palju rahvast. Hakkasin tundma, et teised vaatavad mind kui lollakat.“ [+M30 Kõ]

Varasemaid läbielamisi tõid põhjustena välja nii nooremad kui vanemad vastajad, samuti kõrgema kui madalama haridusega inimesed.

Psüühikahäiretega mitte kokkupuutunute hulgast vastas üks, et **ei tea**, mis see on. Teine vastaja arvas, et ilmselt on see **kaasasündinud** „ ... inimene sünnib teistsugusena“, kaks vastajat kirjeldasid **psüühikahäiret inimese käitumise kaudu**:

„Ma ei oska öelda, mis on psüühikahäire. Olen sellele isegi mõelnud, aga, see on midagi sellist, et inimene käitub ebanormaalselt. [-M30 Ke]

„Psüühikahäire häirib kõige rohkem inimestevahelist suhtlemist. Inimene ise ei saa aru, et tal on psüühikahäire, tal ei ole midagi häda, siis see teda ennast ei häiri vaid tema kaaskondlasi.“ [-N55 Kõ]

Põhjustest toodi välja võimalikke **traumasid ja bioloogilisi eeldusi**:

„Mingisugusest nõrkusest tuleb, ajukeemia on nõrgem, mingi looduslik eeldus ikka peab olema. Mõni teeb autoõnnetuse läbi ja ei lähe segi, teisel aga ei juhtu midagi. Mingi bioloogiline eeldus peaks olema, aga mingi sündmus vallandab“.[-M55 Ke]

„Kõrvalekalle normaalsusest, katus läheb sõitma. Nt, inimene oli noorest peast täitsa tore, sai kolm korda vastu pead, läks segi“.[-M55 Ke]

Olulisi erinevusi vastuses vanuse ja hariduse osas ei ilmnenud. Noorem keskharidusega vastaja nimetas põhjuseks kaasasündinud häire.

Kokkuvõtte küsimusele „mis on psüühikahäire?“

Kaks psüühikahäirega kokkupuutunud, üks mitte kokkupuutunu vastasid, et **ei tea**.

Varasemaid läbielamisi tõid põhjustena välja 4 psüühikahäirega kokkupuutunut (pere- töö- ja kooliga seotud) ning 3 psüühikahäirega mitte kokkupuutunut (trauma).

Kaks psüühikahäirega mitte kokkupuutunud vastajad nimetasid psüühikahäire avaldumise põhjustena **bioloogilisi eeldusi** ning kaks psüühikahäirega mitte kokkupuutunud kirjeldasid psüühikahäiret kui **ebanormaalsed käitumist**.

2. Kirjelda psüühikahäirega inimest.

Psüühikahäiretega kokkupuutunud vastajad eristasid **selgelt häire ägedas episoodis olevat ja taastunud inimest**. Samuti kirjeldati erinevate häiretega kaasnevaid **seisundeid**.

„...segaduses, hirmunud, ei tule enam oma ülesannetega toime. Aeglane, väsinud, vahel ei taha midagi teha, ma näiteks ei teinud enam endale süüa kodus, sõin ainult võileibu ja purgisuppi. Praegu käin tööl ja ega teised ei saa arugi, et mul midagi teisti on“ [+N55 Ke]

„Skisofreeniat tean, siis inimene läheb totaalselt segi, räägib jutte, mida normaalne inimene ei räägi, sellega oli kokkupuude haiglas. Ühist joont välja tuua ei ole võimalik, et saaks öelda, et sellel on skisofreenia. Depressioonis inimene on muserdatud, teda on võimalik silmade järgi ära tunda, pilk on hajevil, ei ole teravat silmavaadet, aga kui terveneb, siis pilk muutub“ [+N55 Kõ]

„Äng, hirmutunded, paanikahood, ärevus. Silmavaatest võib psüühikahäirega inimest ära tunda, silmadest on ära näha. Silmad on hajevil, ei fokusseeri. Käitumine- kui on paanikahood, inimene tõmbleb ringi, ja kui on äng, on väga kehv olla. Seda on raske seletada, see on niivõrd mattev tunne, et ei oska kuidagi olla. On erinevad seisundid. Unehäired, mil ei saa magada, unetus.“ [+N55 Kõ]

„Praegu diagnoos on paigas, aga praegu mind ravitakse. Ja mitte mingit tunnist sellest, et mul häire on mina ei tunne, ei mina ise ega ka teised inimesed, kes ei tea sellest mitte midagi. Teine jutt on inimestest, kellega olen olnud koos haiglas ja elasin kohas, mis on mõeldud psüühikahäiretega inimeste rehabilitatsiooniks. Ja minu isiklik seisukoht on, et kõik psüühikahäirega inimesed jaotuvad kahte gruppi. Üks on sellised nagu mina, haiged, ja nende haigus võib ägeneda või mitte ja teine, keda ravi ei aita ja iga inimene kohe märkab ja kohe saab aru, nad on tavamõistes ebaadekvaatse käitumisega ja neid on minu kogemusega rohkem. [+M55 Kõ]

„Oi, see on täitsa uskumatu, mida ma psühhoosis tein! Kusjuures ma olin täiesti veendunud, et see, mida ma mõtlen, on tõsi ja mu elu ongi ohus. Ja siis ma vastavalt sellele tegutsesin. Eks segase käitumise järgi ongi võimalik aru saada, et kõik ei ole

korras. Ja muidugi, kui saab kuulata, mida inimene räägib ja millised mõtted tal on.“
[+N30Kõ]

Psüühikahäiretega mitte kokkupuutunud vastajad kirjeldasid psüühikahäirega inimesi, kes **käituvad tavanormidele mittevastavalt**. Samas tõdeti ka seda, et **lähemalt suhtlemata ei pruugi psüühikahäirega inimest teistest eristada**.

„Olenevalt häirest, autism on ju ka psüühikahäire? Kes need on, keda tunned kohe näost ära, nt. Downi sündroom. Kui on ikka aru saada, et on psüühikahäire, siis ta käitub nii, et paned teda tähele. Võimalik, et ei saagi aru, et on psüühikahäire, kui temaga ei suhtle. Aga vahel ei saa ka siis aru, kui suhtled“ [-M 30 Ke]

„Täiesti ebaadekvaatne, ettearvamatu, normidele mittevastav käitumine. Üks inimene läks justkui titeks tagasi. Või inimene vilistab omaette, laul peas. Liiklushuligaanid, kes ei hooli teistest liiklejatest“ [-M 55 Ke]

„Inimene reageerib teisiti kui mina temalt ootaksin, reageerib teisiti kui tavaliselt, erutus ja pidurdus ei toimi enam nii. Kehakeel- vaatab maha, pilku ei tõsta, vaatab maha, küürus. Justkui üritab ennast peita. Eriliselt uimased, nagu vati sees, see ei pruugi olla psüühikahäire, aga selline hämarasolekus olemine.“ [-N 55 Kõ]

„Inimene muutub aeglasemaks, see, mida varem tegi, iseseisvalt ei tee, eneseinitsiatiiv on null. Aeg-ajalt tuleb mingi tuur peale, hakkab organiseerima erilisi, kummalisi asju“ [-N 30 Kõ]

Kokkuvõtte küsimusele „Kirjelda psüühikahäirega inimest“: Psüühikahäirega kokkupuutunud inimesed kirjeldasid peamiselt isiklike kogemusi, kirjeldasid **seisundeid nii ägedas kui stabiilses faasis**. Üks nimetas, et psüühikahäirega inimest on võimalik **silmade järgi** ära tunda, kuid teised märkisid, et lähemalt suhtlemata ei saa aru, et inimene haige on. Psüühikahäirega mitte kokkupuutunud kirjeldasid **ebaadekvaatset või mõistetamatut käitumist**. Üks vastaja nimetas **Downi sündroomile iseloomulikku välimust**.

3. Mis aitab psüühikahäirega toime tulla?

Erandidult kõik psüühikahäirega kokkupuutunud vastajad nimetasid **ravimite tähtsust** ning **erinevaid toetavaid tegevusi** nagu füüsiline tegutsemine, psühholoogi teenus, suhtlemine, erinevad vaimse tervise toetamise teenused. Rõhutati **stabiilset elukorraldust ja toetavaid suhteid, eriti koduste poolt**.

" Mul on vedanud, leidsime kohe ravimi, mis sobis ja mul ei ole remissiooni olnud üle 10 aasta. Suhe arstiga, raviskeemi jälgimine ja stabiilne elu on see, mis aitab toime tulla. Rahulik, eluolu nii kodus, tööjuures, mõistlik suhtumine inimeste poolt, kes on teadlikud.“ [+M 55 Kõ]

„Mind on aidanud jooga, käin regulaarselt psühhiaatri juures, võtan korralikult ravimeid, aktiivne ellusuhtumine tegutsemine aitab. Käisin psühholoogi juures, mul on tugiisik, kellega ma räägin. Tööl käin poole kohaga, sest oluline, et koormus oleks paras.“ [+N55 Kõ]

„Mis aitab? Muidugi käin arsti juures, ravimid on pidevalt peal, neid tuleb võtta korralikult. Ei tohi üle pingutada, hea oleks, kui ei peaks muretsema kuidas rahaga toime tulla jms. Mind aitas ka päevakeskus, oli põhjust kodunt välja tulla, see sundis tegutsema. Psühholoog ja mina-arengu grupp, kus ennast saab analüüsida. Ja head suhted perega, üldse suhtlemine.“ [+N55 Ke]

„Ennekõike tuleb korralikult ravimeid võtta, see on asi, millega mängida ei tohi. Käin regulaarselt psühholoogi juures. Mind on aidanud oma mõtete kirjapanek, see võtab justkui mõtetel kiiruse maha, saab rahulikult sõnastada ja selle üle mõelda. Ja muidugi suhtlemine sõpradega, on hea, kui sõbrad teavad mind ja saavad oma mõistmisega toeks olla. Peresuhted peaksid ka korras olema, kui pere ei mõista minu haigust, on väga halb“. [+ N 30 Kõ]

Psüühikahäiretega mitte kokkupuutunud vastajad tõid **esimese toena välja rääkimise-psühholoogiga, hea sõber**. Ravimeid ei nimetanud ükski enne, kui sellekohase küsimuse esitasin. Üks vastaja arutles, **kas psüühikahäireid üldse ravida saab?** Nimetati ka filmides nähtud ravimeetodeid.

„ Abi saab psühholoogilt, rääkida psühholoogiga. Suhelda inimestega, kellel ei ole psüühikahäiret, häirega leppima. Kui palju on psüühikahäired ravitavad, vist ei olegi? Mingi ravi ikka on vist. Kas nad ise saavad aru, et on haiged?“ [-M 55 Ke]

„Mingit ravi ju saab, aga kas see aitab. Lähedased aitavad, viivad arsti juurde. Filmides olen näinud, et elektriravi ja lobotoomiat tehakse☺, veekahurit “mehed ei nuta“, filmist nägin.“ [-M 30 Ke]

„Probleemi teadvustamine on kõige olulisem. Keegi ei tunnista, et on hull, ei lähe ju perearstile rääkima, et näen värvilisi palle, itsitan omaette. Psühholoogide abi, ravimid. Depressiooni puhul psühholoogiga juturääkimine ikka aitab ka päris palju. Rääkimine on väga oluline“. [- N 55 Kõ]

Kokkuvõtte küsimusele “Mis aitab psüühikahäirega toime tulla?”: Kõik psüühikahäirega kokkupuutunud inimesed nimetasid **ravimeid ja raviskeemist kinnipidamist**, millele lisanduvad **täiendavad toetavad teenused**. Psüühikahäirega mitte kokkupuutunud nimetasid esimesena **rääkimist sõbra, psühholoogi või arstiga**. Esines ka kahtlusi, **kas psüühikahäired üldse ravitavad on ning kas inimesed ise saavad aru, et nad haiged on**.

Esimese etapi intervjuude tulemuste alusel leidsin esile tulnud müüdid: 1. Psüühikahäirega inimesed on teiste hulgas äratuntavad kas silmavaate või käitumise tõttu. 2. Psüühikahäirega inimene ei saa ise aru, et ta haige on. 3. Psüühikahäiret ja vaimupuuet ei eristata. 4. Kas ja milliste vahenditega on psüühikahäired ravitavad?

Samas leiti, et ravi ja abi otsimine on vajalik, et psüühikahäire võib välja kujuneda igaühel, kui eelsoodumusele lisanduvad isiklikud traumaatilised läbielamised.

Neli vastajat kirjeldasid psüühikahäirega inimest otseselt stigmatiseerivate väljendite kaudu: „käitub ebanormaalselt“, „läks segi“, „räägib jutte, mida normaalne inimene ei räägi“, „mingi tuur tuleb peale“.

Intervjuude tulemuste põhjal lisasin küsimustikule väited: „Psüühikahäirega inimese tunneb teiste hulgast kohe ära.“, „Psüühikahäirega inimene ise ei saa aru, et ta on haige“ ning saamaks teada, kas eristatakse psüühikahäiret ja vaimupuuet, väite „Vaimupuue ja psüühikahäire on kaks ise asja“.

Teine etapp

Uuringu teise etapi eesmärgiks on veebipõhise küsitluse kaudu leida, mil määral nõustuvad vastajad etteantud väidetega, mis peegeldavad suhtumist psüühikahäiretega inimestesse.

Valim

Uuringul osalemiseks saatsin e-kirja teel kutse Tartu Ülikooli üliõpilaste, Tallinna Vaimse Tervise Keskuse töötajate ning Tallinna Tervishoiukõrgkooli üliõpilaste meililisti. Samuti levitasin palvet uuringus osalemiseks oma tutvusringkonnas.

Küsimustik

Küsimustik koosnes kahest osast.

Esimeses osas koguti demograafilised andmed: sugu, vanus, haridus (põhi-, kesk-, kõrgharidus), kokkupuude psüühikahäirega inimestega (mitte kunagi, mõned korrad, sageli-mitu korda aastas, pidevalt- iganädalaselt), peres esinenud psüühikahäire (jah/ei).>

Küsimustiku teine osa koosnes väidetest, millega nõustumise määra paluti vastajal hinnata 5-palli skaalal, kus 1 on „ei nõustu üldse“ kuni 5 „nõustun täielikult“.

Uuringus kasutatud küsimustiku aluseks on kaks varem sarnaste uuringute läbiviimiseks kasutatud küsimustikku. Esimene küsimustik (Covarrubias; Han. 2011) koosnes viiest väitest sotsiaalse distantse ja viiest väitest piirangute alaskaalal. Teine küsimustik (Siu BW jt. 2012) oli autorite poolt kokku pandud 14-st väitest, mis peegeldavad stigma ja diskrimineerimist psüühikahäirete inimeste suhtes. Oma uuringu jaoks tõlkisin mõlemad küsimustikud ning täiendasin esimeses etapi vastuste põhjal koostatud kolme väitega ning kahe müütiliste uskumustega psüühikahäirete kohta vaimse tervise teemalistelt veebilehtedelt. Seoses hiljutiste juhtumitega, mil ööpäevaringselt hooldusteenuselt lahkusid kliendid ning mis said Eesti ajakirjanduses aktiivselt kajastatud, lisasin küsimustikku väite „Psüühikahäirega inimesed peaksid elama tugeva valvega hooldekodus“. Selliselt moodustus 30-st väitest koosnev küsimustik.

Uuritavatele anti ülesanne:

„Palun vastake, kui võrd olete nõus esitatud väitega: nõustun täielikult, pigem nõustun, ei tea, pigem ei nõustu, ei nõustu üldse. Soovi korral saate lisada oma kommentaarid selgitamaks oma nõustumist/mittenõustumist.“

Kogutud andmed analüüsisin kasutades statistilist tarkvara (SPSS 21). Kirjeldavaid statistikaid kasutasin analüüsimaks demograafilisi andmeid, faktoranalüüsi uurimaks millistesse faktoritesse jaotub minu uurimuse tarbeks koostatud küsimustik, t-testi selgitamaks välja vanuse, haridustaseme ning varasema psüühikahäirega kokkupuutumise seost hoiakute tugevusega,

Tulemused.

Küsimustikule vastas 171 inimest. 24 meest (14%) ja 147 naist (86%). Vastajatest 69,6% (n=119) olid kõrgharidusega, 28,7 % (n=49) keskharidusega ning 1,8% (n=3) põhiharidusega. Kokkupuudet psüühikahäirega inimestega märkisid 33,3% (n=57) pidevalt, igapäraselt; 25,1% (n=43) sageli, mitu korda aastas; 38% (n=65) mõned korrad ning 3,5% (n=6) mitte kunagi. Peres esinenud psüühikahäire kohta vastasid jaatavalt 26,9% (n=46) ning eitavalt 73,1% (n=125) inimest.

Vastajate keskmine vanus oli 36 a. (SD = 11,062) , noorim vastaja 19, vanim 62 aastat.

Tabel 2 Uuringu teise etapi valim (n= 171)

	n	%
Sugu		
mees	24	14
naine	147	86
Vanus		
< 35	87	50,8
> 35	84	49,1
Haridus		
põhi	3	1,8
kesk	49	28,7
kõrgem	119	69,6
Kokkupuude psüühikahäirega inimestega		
mitte kunagi	6	3,5
mõned korrad	65	38
sageli, mitu korda aastas	43	25,1
pidevalt, igapäraselt	57	33,3
Peres esinenud psüühikahäire		
jah	46	26,9
ei	125	73,1

Tulemuste hindamiseks kasutasin vastuste keskmist, kus 1 näitab positiivset suhtumist ning 5 negatiivset. Mida suurem number, seda negatiivsem hoiak. Analüüsisin eraldi küsimust „Vaimupuue ja psüühikahäire on kaks ise asja“ ning seda küsimust edasistesse uuringutesse ei kaasanud.

Kõigi vastajate keskmine 29-le küsimusele on 2,51, mida võib hinnata pigem positiivseks kui negatiivseks hoiakuks. Uuringus osalejatest ülekaalukalt suurem enamus (96%) ei nõustu väitega, et teenuste suurendamine psüühikahäiretega inimestele on raha raiskamine ega nähta psüühikahäire põhjust inimese enese süüs või nõrkuses. Enam kui 85 % vastajatest ei kardaks rääkida või välja minna psüühikahäirega inimesega ega usu, et psüühikahäirega inimese võiks teiste hulgast kohe ära tunda. 86% vastajatest pigem nõustus või täielikult nõus väitega, et psüühikahäire diagnoosiga on võimalik elada normaalset elu ning vaid 7,6 % vastajatest pidas vajalikuks psüühikahäiretega inimeste elukohaks tugevdatud valvega hooldekodu.

Samas on vaid 7% vastajatest nõus või pigem nõus palkama oma lapse hoidjaks psüühikahäirega inimese, vanemliku hoolitsuseta laste hooldajaks oleks nõus psüühikahäirega inimesi lubama 21,6% vastajatest. Enam kui pooled vastajatest nõustusid väidetega, et psüühikahäiretega inimestega on raske suhelda ning et nende käitumist ja meeleolu on raske ette ennustada.

Samuti on 34% vastajatest vastu oma lapse abiellumisele psüühikahäirega inimesega (35,1% vastasid ei tea), ning riiklikku järelevalvet psüühikahäiretega inimestele peaksid vajalikuks 38,6% vastajatest (25,7% ei tea).

Vastused väitele „Vaimupuue ja psüühikahäire on kaks ise asja“ näitasid, et 87,1% vastajatest olid väitega pigem nõus või täiesti nõus, seega antud valimi puhul käesoleva uurimuse raames võib väita, et inimesed teevad selgelt vahet vaimupuudel ja psüühikahäirel.

Kõigile 30-le väitele antud vastuste keskmised ja vastajate protsent, kes olid väidetega nõus või pigem nõus ning ei ole nõus või pigem ei ole nõus, on esitatud lisas 1.

Faktoranalüüs

Uurimuse väidete kogumiku koostamise aluseks olnud küsimustike taustast lähtuvalt valisin **faktoranalüüsi** kolme faktoriga mudeli. Otsustasin kolme faktori kasuks tuginedes Corriganil esitatud peamistele kolmele faktorile, kuidas hinnangud psüühikahäiretega inimeste kohta on varasemalt jaotunud: hirm ja eraldamine, autoritaarsus ning hoolitsemine. (Corrigan, 1999).

Oma küsimustiku koostamise aluseks olnud esimeses uuringus oli 10 väidet jaotatud viie kaupa kui piirangud (*restriction*) ja sotsiaalne distant (social distance) (Covarrubias, 2011). Siu jt. (2012) oma uuringus kasutatud 14-t väidet faktoritena eristanud ei olnud, kuid minu hinnangul laiendasid need küsimused vaatenurka ning võiksid paigutada eraldi faktorisse.

Kasutasin peakomponentide meetodit ning Varimax pööramist. (KMO = 0,874, Bartlett's Test of Sphericity: $df= 406$, $p < 0,001$). Kolme faktori kumulatiivne seletusprotsent on 40,407%. Faktorlaadungite tabel on esitatud lisas 2.

Faktoranalüüs andis suurema kui 1 omaväärtuse korral faktorite arvuks 7, seletusprotsendiga 57,7 %, Esimene faktor oli peaaegu identne kolmefaktorilise mudeli esimese faktoriga, erandiks vaid kaks väidet. Teine ja kolmas faktor moodustusid peamisest kolmefaktorilise mudeli teise faktori väidetest, ülejäänud väited hajusid nelja faktori vahel, kuid et neli seitsmest faktorist sisaldasid vaid 1-4 küsimust, ei pidanud ma otstarbekaks neid eraldi faktoritena käsitleda.

Seega jaotusid väited kolme faktorisse, mille nimetasin järgnevalt:

1.faktor **„Piirangud“** . Selle faktori alla paigutusid kõik 10 väidet Covarrubiase (2011) uuringus kasutatud küsimustikust, lisaks Siu jt. (2012) küsimustikust väide „Psüühikahäirega inimeste käitumist ja meeleolu on raske ette ennustada.“. Väited puudutasid psüühikahäirega inimeste palkamist erinevatesse ametitesse, õiguste piiramise vajadust, lähisuhtlemist koduses või töökeskkonnas. 11-st väitest koosneva alaskaala Cronbach alfa on 0,851. Kõigi vastajate keskmine selles faktoris oli 2,72, mis on negatiivsem kui kõigi 29 väite keskmine ($t= 12,182$, $p < 0,01$).

Teise faktori alla paigutus 12 väidet, millest 10 väidet Siu jt. (2012) uuringu küsimustikust ning 2 minu lisatud väidet: „Psüühikahäirega inimesed peaksid elama tugevdatud valvega hooldekodus“ ning „Psüühikahäirega inimene ei saa ise aru, et ta on haige“. Väited puudutasid isiklikku suhtlemist, teenuste pakkumist, elukeskkonda ning elukvaliteeti. Nimetasin faktori sotsiaalse distant (social distance) , distantseerituse faktoriks. Cronbachi alfa 12-st väitest koosnevale alaskaalale on 0,844. Kõigi vastajate keskmine selles faktoris on 2,25, mis on positiivsem kui 29 väite keskmine ($t = 11,078$, $p < 0,01$).

Kolmanda faktori moodustasid 6 väidet, millest 4 olid Siu jt.(2012) küsimustikus ning 2 minu koostatud väited: „Psüühikahäirega inimese tunneb teiste hulgas kohe ära.“ ja „Ravimid muudavad inimese zombiks ja tekitavad sõltuvust.“. Väited puudutasid ravi, psüühikahäirega

inimeste äratundmist ning suhtumisest psüühikahäiretega inimestesse. Nimetasin faktori **Märgistatuseks**. Kuue väitega alaskaala Cronbach'i alfa on 0,572. Kõigi vastajate keskmine selles faktoris on 2,39, mis on positiivsem, kui kõigi 29 väite keskmine ($t = -3,501$, $p < 0,01$).

Demograafiliste näitajate seos hoiakute tugevusega

Kokkupuude psüühikahäirega inimestega

Võrdlemaks, kas kokkupuude psüühikahäiretega inimestega eristab hoiakut psüühikahäiretega inimeste suhtes, viisin läbi t-testi. Analüüsil eristasin kaks gruppi, millest esimesse kuuluvad vastajad, kes märkisid kokkupuudet psüühikahäiretega inimestega kas mitte kunagi või mõned korrad, teise gruppi vastajad, kelle kokkupuude psüühikahäiretega inimestega on sage või iganädalane. Vastajatest 58,3% ($n = 100$) puutuvad psüühikahäiretega inimestega kokku sageli või pidevalt, 41,7 % ($n = 71$) mitte kunagi või on kokku puutunud mõned korrad. Sageli või pidevalt psüühikahäiretega kokkupuutunud vastajate keskmine hinnang küsimustiku kõigi küsimuste kohta oli 2,38 ning see on positiivsem kui vastajatel, kes psüühikahäiretega on kokku puutunud mõned korrad või ei ole üldse kokku puutunud, kelle keskmine on 2,69 ($t = -4,134$, $p < 0,01$)

Mind huvitas, kas erinevused ilmnevad ka erinevate väidete gruppide kohta. Selle tarbeks tegin t-testid eristatud kolme faktori kohta. T-test näitas, et psüühikahäiretega sageli või pidevalt kokku puutuvatel vastajatel oli positiivsem hoiak (keskmine 2,65) kui mõnel korral või mitte kunagi kokkupuutunudel (keskmine 2,87) ($t = -3,066$, $p < 0,01$) nii **piirangute faktoris** kui ka **sotsiaalse distantsi faktoris**, keskmised vastavalt 2,1 ja 2,63 ($t = -5,848$, $p < 0,01$). Kolmandas, **märgistatuse**, faktoris kokkupuute sagedus vastuste erinevust statistiliselt olulisel määral ei mõjutanud (keskmised 2,35 ja 2,45), ($t = -1,099$, $p > 0,05$).

Vanus

Tegin t-testi vanusegruppide kohta. Kuni 35. aastased ($N = 87$) ja vanemad kui 35. aastat ($N = 84$). Kõigi küsimuste keskmine erines vanusegrupiti ning vanemate kui 35 aastat tulemus oli negatiivsem, keskmised 2,63 ja 2,39 ($t = 3,129$, $p < 0,01$).

Faktorite osas ilmned erinevused **piirangute** (keskmised 2,89 ja 2,55) ($p < 0,01$) ja **märgistatuse** faktoris (keskmised 2,49 ja 2,28) ($p < 0,05$), kus mõlemal juhul oli vanemate kui 35 aastat tulemus negatiivsem, **sotsiaalse distantsi** faktoris statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenu ($p > 0,05$), keskmised 2,38 ja 2,26.

Haridus

Uuringus osalejatest 69,6% on kõrgharidusega (N=119) ning 30,4% kesk- või põhiharidusega (N = 52). Hariduse osas kogu küsimustiku kõigi väidete keskmises statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenu, keskmine kõrgema haridusega vastajatel 2,46 ja põhi- ja keskharidusega 2,62 ($t = -1,904$, $p > 0,05$).

Samuti olid vastused piirangute ja sotsiaalse distantsi faktorites sarnased ning statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenu. ($p > 0,05$)

Erinevused vastuses tulid välja vaid kolmandas, **märgistatuse** faktoris, kus kesk- ja põhiharidusega vastajate hinnangud olid negatiivsemad (keskmine 2,65) kui kõrgharidusega vastajate hinnangud (keskmine 2,27) ($t = 4,175$, $p < 0,01$).

Peres esinev psüühikahäire

Peres esinenud psüühikahäiret märkisid 46 vastajat (26,9%), 125-l vastajal peres psüühikahäiret ei ole. Kogu küsimustiku keskmine olid neil, kelle peres psüühikahäiret esines, positiivsem ($t = -2,365$, $p < 0,05$). Keskmised vastavalt 2,36 ja 2,56.

Faktorite lõikes olid peres esinenud psüühikahäirega vastajate hinnangud positiivsemad **piirangute** (keskmised 2,55 ja 2,78) ja **sotsiaalse distantsi** faktoris (keskmised 2,04 ja 2,33) ($p < 0,05$). **Märgistatuse** faktoris statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenu, keskmine peres esineva psüühikahäirega vastajatel 2,38 ja peres mitte esineva häirega vastajatel 2,39 ($p > 0,05$).

Ise süüdi

Väitega „Psüühikahäirega inimesed on nõrgad ja ise süüdi oma haiguses“ olid pigem nõus või täiesti nõus või vastasid ei tea vaid 6 vastajat. Ometi oli nende keskmine kõigi väidete

kohta negatiivsem kui neil, kes väitega ei nõustunud üldse või pigem ei nõustunud. Keskmised vastavalt 2,93 ja 2,49 ($t = 2,083$, $p < 0,05$).

Faktorite lõikes vaadatuna, kuigi väitega nõustunute keskmised olid kõigis kolmes faktoris negatiivsemad, ilmses statistiliselt oluline erinevus vaid sotsiaalse distantssi faktoris. (keskmised 2,78 ja 2,24, $t = 2,033$, $p < 0,05$)

Arutelu

Käesoleva uurimuse eesmärgiks oli selgitada kuidas Eesti inimesed mõistavad psüühikahäireid ning kuidas suhtuvad psüühikahäiretega inimestesse. Samuti saada kinnitust, kas kokkupuude psüühikahäiretega inimestega, peres esinev psüühikahäire, haridustase ja vanus on seotud hoiaku tugevusega.

Uuringu kvalitatiivses osas selgus intervjuude käigus, et enamus vastajaid teab nimetada psüühikahäirete tekkimise võimalike põhjustena varasemaid läbielamisi, erinevate pingete kuhjumist, traumasid ning võimalikke eelsoodumusi. Samas nimetati ka kaasasündinud häiret ja Downi sündroomi, mida otseselt psüühikahäireks kitsamas tähenduses pidada ei saa ning viitab võimalikkusele, et psüühikahäirel ja vaimupuudel ei tehta vahet. Uuringu kvalitatiivses osas aga vastasid 87,1 %, et ollakse pigem või täiesti nõus väitega „Vaimupuue ja psüühikahäire on kaks ise asja“. Siinkohal tuleb arvestada, et enam kui pooled vastajatest puutuvad sageli või igapäevaselt kokku psüühikahäiretega inimestega ning uuringus osalenud üliõpilased on saanud vastavat koolitust eristamaks vaimupuuet ja psüühikahäiret. Sellest tulenevalt võib tulemus olla kallutatud ega peegelda üldpopulatsiooni nägemust. Samuti võib väite sõnastus olla suunav. Püstitatud hüpotees: „Inimesed ei tee vahet vaimupuudel ja psüühikahäirel“ ei leidnud käesoleva uuringu raames ühest kinnitust.

Vestlustel osalenud psüühikahäirega intervjuueeritavad tulevad hetkel kõik oma häirega hästi toime. Nad aktsepteerivad oma diagnoosi, järgivad raviskeemi, saavad igapäevaelu toetamise teenusel olles tuge tegevusjuhendajalt ning erinevatest gruppidegevustest. Kõik psüühikahäirega kokkupuutunud intervjuueeritavad hindasid kõrgelt ravimite tähtsust ja toetavate teenuste vajadust. Ka psüühikahäiretega mitte kokkupuutunud pidasid oluliseks häirest rääkimise selleks, et vajalikku abi saada. Samas ei osanud nimetada ükski

psüühikahäirega mitte kokkupuutunud vastaja häirest taastumise esmase võimalusena ravimite kasutamist.

Intervjuudest selgus, et psüühikahäirega inimest võib olla võimalik eripärase, kummalise või mõistetamatu käitumise tõttu teiste hulgast ära tunda, ka võib psüühikahäirele viidata teistmoodi silmavaade. Käitumise eripäradele viitasid esmajoones psüühikahäiretega inimestega mitte kokkupuutunud, seega ollakse arvamusel, et mõistetamatu ja mitte ootuspärane käitumine on psüühikahäiretega inimestele iseloomulik.

Samas tõdeti, et psüühikahäire äratundmine ei ole alati võimalik ka siis, kui inimesega lähemalt suhtled, sest tema ideid ja tegelikke mõtteid ei ole võimalik näha.

Faktoranalüüsil eristunud kolme faktorit võib tinglikult pidada sarnasteks Corrigan (1999) poolt väljatoodud faktoritega. Nii on Corrigan faktori „Hirm ja eraldamine“ selgituseks toodud mõtted, et psüühikahäirega inimesi peab kartma ja seetõttu teistest eraldama. Testi teises faktoris, mille nimetasin sotsiaalse distantsi faktoriks, olid esindatud väited, mis puudutasid võimalikku keerukat suhtlemist psüühikahäirega inimestega, teenuste vajadust psüühikahäiretega inimestele, nende hooldekodudesse paigutamist ja hooldekodude ehitamist vastajate elukohtade lähedusse, ning väited, mis puudutasid psüühikahäirega inimeste haiguse mõistmist, vägivaldsusele kalduvat käitumist või normaalse elu võimalikkust psüühikahäire diagnoosiga.

Corrigan „autoritaarsuse“ faktor on sarnane faktoriga, mille nimetasin piirangute faktoriks. Corrigan selgitab faktori sisu sellega, et psüühikahäirega inimesi peetakse vastutusvõimetuteks, kelle eest peaksid otsused langetama teised. Piirangute faktori 11 väidet puudutasid valimis- ja autojuhtimisõigust, erinevatesse ametitesse palkamist ning koos töötamist, elupinna üürimist ning riiklikku järelevalvet laste kasvatamisel. Näen neis väidetes samuti vajadust kontrollida, piirata, teha otsused psüühikahäirega inimese eest.

Kolmandasse faktorisse koondusid ravi võimaluste ja ravimite toime kohased väited ning väited, mis puudutasid psüühikahäiretega inimeste äratundmist, nendesse suhtumist, julgust psüühikahäirest teistele rääkida. Nimetasin faktori märgistatuse faktoriks, kuid tinglikult võib see olla sarnane ka hoolitsuse faktoriga, nagu selle on nimetanud Corrigan, sest märgistatus võib mõnes mõttes tähendada vajadust hoolitsuse, ravi, kaastunde järgi.

Kogu küsimustiku ja üksikute küsimuste vastuste analüüs.

Kahekümne üheksast väitest koosneva küsimustiku keskmine skoor oli viie palli skaalal 2,51, mis peegeldab suhteliselt positiivset hoiakut psüühikahäiretesse ja psüühikahäirega inimestesse. Kõige positiivsemad tulemused olid väidetele, kus rohkem kui 80 % vastajatest nõustusid pööratud väidetega või ei nõustunud stigmatiseerivate väidetega. Nii ei arva 96% vastajatest, et teenuste suurendamine psüühikahäiretega inimestele oleks raharaiskamine, enam kui 85% et psüühikahäirega inimese tunneb kohe teiste hulgas ära või et psüühikahäirega inimesega oleks piinlik koos välja minna. Positiivseks võib lugeda ka tulemust, et 86% vastanutest usuvad, et psüühikahäire diagnoosiga on võimalik elada normaalset elu ega peeta vajalikuks psüühikahäirega inimeste paigutamist hooldekodudesse. 96,6% vastajatest ei nõustu väitega, et psüühikahäirega inimene on nõrk ja ise süüdi oma haiguses.

Kõige negatiivsemad vastused sai väide „Ma palkaksin oma lapsele hoidjaks psüühikahäirega inimese“, millega pigem ei nõustunud või üldse ei nõustunud 72% vastajatest, 20,5% vastas „ei tea“, mis on ligikaudne Covarrubiase jt. (2011) tulemusega, kus mittenõustujaid oli 78,9% vastajatest.

Enam kui pooled vastajatest (56,2%) olid nõus või pigem nõus väidetega, et psüühikahäirega inimestega on raske suhelda ning 49,1 % nõustusid või pigem nõustusid, et psüühikahäirega inimeste käitumist ka meeleolu on raske ette ennustada. Suhteliselt kõrge keskmisega olid väited: „Oleksin vastu oma lapse abiellumisele psüühikahäirega inimesega“, „Psüühikahäirega inimesed võiksid olla kasuvanemateks vanemliku hoolituseta lastele“ ning „Psüühikahäirega inimestel peaks olema riiklik järelevalve laste kasvatamisel“. Nendele väidetele oli nõustumise või vastavalt mittenõustumise protsent 40 ringis, kuid vastuse „ei tea“ märkisid samuti 25-38 % vastajatest. Võrreldes Covarrubiase (2011) uuringu tulemustega, on need hinnangud samas suurusjärgus, kuid riikliku järelevalve küsimuses pea poole võrra negatiivsemad (Covarrubias: 26,8%).

Paljudel väidetest oli valitud vastusevariant „ei tea“ 25 – 36 % vastajatel, mis tähendab, et ei ole võetud kindlat seisukohta. Sellel võib olla mitmeid põhjuseid - kas küsimus polnud selgesti sõnastatud, puudusid vastavad teadmised või reaalne situatsioon või kogemus, mille toel otsus teha. Kui näiteks väited, et psüühikahäirega inimene võiks olla kasuvanemaks, peaks omama riiklikku järelevalvet laste kasvatamisel või võiks töötada vaimse tervisega seotud töökohal, siis neil juhtudel võib mõista, et vastajad ei ole kindlad psüühikahäirega

inimese võimetes. Samas vastasid väitele “Kui mul oleks psüühikahäire, siis ma ei räägiks sellest teistele“ 29,8% pigem või täiesti nõus, ning 27,5% vastajatest „ei tea“, mis teeb enam kui pool valimist, kes ei sooviks, et võimalikust psüühikahäirest teised teada saaksid.

Kõige kõrgemate keskmistega väited on piirangute faktoris, mida võib tõlgendada siiski teatud sooviga kontrollida, juhendada või takistada, et ettearvamatu meeleolu või käitumisega inimene ei oleks laste, masinate või otsustusõiguse juures.

Demograafiliste andmete mõju

Lähtusin hüpoteesi „Vanemate inimeste hoiakud psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste kohta on positiivsemad“ püstitamisel uuringutes toodud selgitusest, mille kohaselt vanemaealiste positiivsem suhtumine psüühikahäiretesse on selgitatav paremate teadmiste ja kõrgema haridustasemega (Siu, jt.2012). Minu uuringu tulemusena aga selgus, et 35-62 aastaste vastajate hoiak oli negatiivsem kui 19-35 aastaste oma. Näen siin võimaliku põhjusena Eesti ajaloolist tausta ning nõukogudeaegset „mälu“. Senini leidub inimesi, kes usuvad, et psühhiaatri külastamine jätab märgi ning inimene jääb „arvele“, mille tulemusena võivad tema võimalused ühiskonnas piiratud saada. Psühhiaatria haiglat nimetatakse endiselt „hullumajaks“ ning suhtutakse kahtlustavalt psühhiaatrilistesse ravimitesse. Samuti on võimalik et mäletatakse nn. karistusmeditsiini, mida kasutati teisitimõtlejate, usklike ja avalikult nõukogude korra vastaste suhtes (Kaasik, 2012).

Hüpotees “Psüühikahäiretega isiklikult või lähedaste kaudu kokkupuutunute hoiakud on positiivsemad“ leidis kinnitust nii kogu küsimustiku kui erinevate faktorite lõikes. Seega võib väita, et isiklik kogemus suhtlemises psüühikahäiretega inimestega mõjub positiivselt suhtumisesse psüühikahäiretesse ja psüühikahäiretega inimestesse. Sageli või pidevalt kokkupuutumist saab esineda neil, kelle peres on psüühikahäirega inimene või kes töötab psüühikahäiretega inimestega seotud töökohal. Et uuringusse sai kutsutud Tallinna Vaimse Tervise Keskuse töötajaid, kes töötavad suhteliselt heas seisus klientidega, kellel ei ole akuutset psüühhoosi ning raskesti mõistetava käitumise korral toimub süsteemne meeskonnatöö käitumise juhendamiseks, võib kokkuvõtvalt öelda, et piisavad teadmised, normaliseerivad ning positiivsed kogemused kokkupuutes psüühikahäiretega inimestega, ennustavad positiivsemaid hoiakuid psüühikahäiretega inimeste suhtes.

Haridustase mõjutab hoiakuid vaid märgistatuse faktoris, mis tähendab, et madalama haridusega inimesed hindavad madalamaks ravi- ning taastumisvõimalusi ning on kõhklevamad võimalikust psüühikahäirest teistele rääkima, kuna kardetakse halvustavat suhtumist.

Kuid üheselt väita, et kõrgem haridustase ennustab positiivsemat hoiakut psüühikahäiretega inimestesse, käesoleva uuringu raames ei saa.

Püstitatud uurimushüpotees „Uskumus, et psüühikahäire on inimese enese põhjustatud ennustab negatiivsemat hoiakut psüühikahäirete ja psüühikahäiretega inimeste suhtes“, sai kinnituse. Kuigi väitega „Psüühikahäirega inimesed on nõrgad ja ise oma haiguses süüdi“ nõustus, pigem nõustus või vastas „ei tea“ vaid 3,5% vastajatest, oli nende hoiak võrreldes nendega, kes väitega ei nõustunud, negatiivsem kogu küsimustiku osas ning sotsiaalse distantse faktoris. Võrreldes Siu, jt.(2012) tulemusega, kelle uuringus oli selle väitega nõustujate hulk 8 protsenti, on nii väike nõustujate hulk ehk seletatav käesoleva uurimuse kallutatud valimiga, kus enam kui pooled vastajatest on sagedase või igapäevase kokkupuute kaudu psüühikahäiretega paremini kursis.

Käesoleva uuringu piirangutena tooksin välja kvantitatiivse uuringuosa valimi. Üldistatavamate tulemuste saamiseks peaks valim olema suurem ning laiem. Uuringusse kutsutute hulgas oli psüühikahäiretega inimestega 58,4% pidevalt või sageli kokkupuutuvad, mis ilmselt ei ole üldpopulatsioonis analoogne. Uuringu tulemusena saadud suhteliselt positiivsed hoiakud võivad tuleneda vastajate parematest teadmistest psüühikahäirete laiemast spektrist samal ajal kui psüühikahäiretega mitte kokkupuutunudel võib mõiste „psüühikahäire“ seostuda peamiselt psühhoosiliste häiretega.

Küsimustikus esitatud väidete sõnastus oli kohati ebaselge või mitmeti mõistetav, mis võis mõjutada vastusevariantide valimist. Samuti oleks uuringule kasuks tulnud selgitada vastajatele psüühikahäire määratlust, mille osas ma vastuseid ootas. On ju ka RHK-10-s V. peatükk „Psüühika- ja käitumishäired“, mis sisaldavad haiguste kõrval ka vaimupuuet. Samuti ei ole ühetaoliselt käsitletavad erinevate ainete tarvitamise tulemusena tekkinud psüühikahäired ja orgaanilised psüühikahäired. Nii võib piiranguks käesolevas uurimuses olla asjaolu, et uuritud on hoiakuid psüühikahäiretesse üldiselt ning täpsustamata on erinevad häired, millede suhtes võivad olla ka hoiakud erinevad.

Edasised uurimisvajadused

Üldsuse ja käesoleval ajal seoses töövõimereformiga ka tööandjate harimine vaimupuude ja erinevate psüühikahäirete olemusest ja erinevusest muutub üha olulisemaks, sest erinevatele gruppidele sobiva ameti ja töökeskkonna kujundamine sõltub teadmistest, mida iga grupp edukaks töötamiseks vajab. Kindlasti oleks vaja uurida, kas ja kuidas inimesed eristavad kirjelduse järgi psüühikahäireid ning teavad, millist tuge, ravi või keskkonda erinevate häiretega inimesed vajavad.

Samuti peaks uurima lähemalt kuidas ja milles nähakse psüühiliste haiguste põhjusi. Mitmetes uuringutes erinevates maades on leitud, et kui psüühikahäirete põhjustena tunnistatakse meditsiinilisi ja bioloogilisi faktoreid, siis tuntakse ka häireid paremini (Olafsdottir jt. 2011) ning ollakse valmis ka rohkem abi otsima ja seeläbi vähendama enesestigma ulatust (Lund; Boggero 2014).

Angermeyer jt. (2014) läbiviidud uuringu tulemused näitasid stigma skooride vähenemist Saksamaal viimase 20 aasta jooksul. See annab kindlust jätkata antistigma programmidega nii harimise kui kontaktide loomise kaudu. Angermeyer toob näiteks tuntud inimesed, kes oma isiklike lugude kaudu on näidanud, kuidas nad on stigмага seotud probleemidest üle saanud.

Uuringu pigem positiivsed tulemused julgustavad psüühikahäirega inimesi oma näo ja nimega välja tulema näitamaks, et nad on tavalised inimesed, keda ei ole vaja karta ning et nad on suutelised tegema tööd ning on täisväärtuslikud ühiskonna liikmed. Küll on aga tähtis teada, kas ja kui, siis millised piirangud on neil töötamisel, et võimalikud tööandjad saaksid nendega arvestada.

Tänuavaldused

Suur tänu oma juhendajale Kaia Kastepõld-Tõrsile sõbraliku, asjaliku ja toetava juhendamise eest!

Aitäh Andu Rämmerile andmeanalüüsile õige suuna andmise eest!

Tänan Merle Purret sisukate märkuste ja tähelepanekute eest!

Kirjandus

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 304-309.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29, 390-395

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 7, 614-625.

Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., Penn, D.L. (2001). Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 219-225.

Corrigan, P.W., River, L., Lundin, P., Penn, R.K., Uphoff-Wasowski, D.L., Campion, K., Mathisen, J., Gagnon, J., Bergman, C., Goldstein, M., Kubiak, H. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.

Corrigan, P.W., Penn, D.L. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54, 9, 765-776.

Corrigan, P.W., Powell, K.J., Rüsç, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35,5, 381-384.

Corrigan, P.W., Rüsç, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35,5, 381-384.

Covarrubias, I., Han, M. (2011). Mental health stigma about serious mental illness among MSW students: social contact and attitude. *Social Work*, 56,4, 317 - 325

- Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry Stigma Supplement.pdf*, sept. 2005.
- Filipcic, I., Marcinko, D., Grubisin, J., Hotujac, L. (2002). *European Psychiatry*, 17,1, 176-176.
- Yap, M. B.H., Mackinnon, A., Reavley, N., Jorm, A.F. (2014). The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 23(1): 49-61.
- Kaasik, P. (2012) Psühhiaatrilise sundravi kuritarvitamisest Nõukogude Liidus, [www]http://www.mnemosyne.ee/wordpress/wp-content/uploads/2012/02/Peeter_Kaasik_-_Eripsyhhiaatria.pdf (15.01.2016)
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, M., Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423-427.
- Liggins, J., Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27, 359-364.
- Link, Bruce G.; Cullen, Francis T.; Struening, Elmer; Shrout, Patrick E.; Dohrenwend, Bruce P. (1989). "A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment". *American Sociological Review* 54 (3): 400–423
- Lysaker, P.H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E.M, (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services*, 9, 3, 240 -247.
- Lund, E.M., Boggero, I. (2014). Sick in the head? Pathogen concerns bias implicit perceptions of mental illness. *Evolutionary Psychology*, 12(4): 706 – 718
- Olafsdottir, S., Pescosolido, B.A. (2011). Constructing illness: how the public in eight Western nations respond to a clinical description of "schizophrenia". *Social Science & Medicine*, 73, 929-938.

Pescosolido, B., Medina, T.R., Martin, J.K., Long, J.S. (2013). The „backbone“ of stigma: identifying the lobar core of publik prejudice associated with mental illness. *American Journal of Publik Health*, Publisher online ahead of print March 14, 2013

Rabkin, J. (1974). Publik attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Scizophrenia Bulletin*, 10, fall 1974.

Reinke, R.R., Corrigan, P.W., Leonhard, C., Lundin, R., Kubiak, M. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mentalnillness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 377-389.

Rüsch, N., Angermeyer, M.C., Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.

Siu BW., Chow KK., Lam LC., Chan WC., Tang VW., Chui WW. (2012). A questionnaire survey on attitudes and understanding towards mental disorders. *East Asian Archives Of Psychiatry: Official Journal Of The Hong Kong College Of Psychiatrists*, 22 (1), 18-24.

Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P., Angermeyer, M.C. (2006). Public attitudes toward mental patiens: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *European Psychiatry*, 21, 436-441.

Schomerus, G., Schwann, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G. (2012). Evolution of publik atitudes about mental illness. A systematic review and meta analysis. *Acta Psyhiatr. Scand*, 125.

Schulze, B., Angermeier, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenia patients, relatives and mental healt professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.

Spagnolo, A.B., Murphy, A.A., Librera, L.A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 186-193.

Todor, I. (2012). Opinions about mental illness. *Procedia – Social and Behavioral sciences*, 82, 209-214

Töövõimetoetuse seaduse mõjuanalüüs – eelhindamine, 2014. Tellija: Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, teostaja: Saar Poll OÜ, (2014) [www]

http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/tvk_semojuanalyys_eessonaga.pdf (12.01.2016)

Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *Eur Psychiatry*, 16, 451-8

Wright, A., Jorm, A.F., Mackinnon, A.J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science & Medicine*, 73, 498-506.

Wright, E. R.; Gronfein, W. P.; Owens, T. J. (2000). "Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients". *Journal of Health and Social Behavior* 41 (1): 68–90.

World Health Organisation. (2001). Mental health: New understanding, new hope. World Health Report, Geneva:WHO.

World Health Organisation. (2013). Investing in mental health: evidence for action. WHO, 2013

Lisad

Lisa 1 Vastajate vastused 30-le väitele psüühikahäirete kohta (n= 171)

Väide	keskmine	ei nõustu üldse või pigem ei nõustu (%)	nõustun täielikult või pigem nõustun (%)	ei tea (%)
Palkaksin oma lapsele hoidjaks psüühikahäirega inimese*	4,05	72,5	7	20,5
Psüühikahäirega inimeste käitumist ja meeleolu on raske ette ennustada	3,39	29,2	49,1	11,7
Psüühikahäirega inimesed võiksid olla kasu vanemateks vanemliku hoolitsuseta lastele*	3,32	42,7	21,6	35,7
Võtaksin üüriliseks psüühikahäirega inimese*	3,23	38,6	23,4	38
Psüühikahäirega inimesega on raske suhelda	3,20	38	56,2	5,8
Enamus psüühikahäirega inimesi taastub*	3,20	44,4	29,2	26,3
Oleksin vastu oma lapse abiellumisele psüühikahäirega inimesega	3,08	31	34	35
Psüühikahäirega lapsevanematel peaks olema riiklik järelevalve laste kasvatamisel	3,03	35,7	38,6	25,7
Psüühikahäirega inimesed ei tohiks omada juhilube	2,82	44,5	29,9	25,7
Kui mul oleks psüühikahäire, siis ma ei räägiks sellest teistele	2,79	42,7	29,8	27,5
Tunneksin end normaalselt, kui mul oleks psüühikahäirega töökaaslane*	2,78	22,2	41	36,8
Psüühikahäirega inimesed võiksid töötada vaimse tervisega seotud töökohal*	2,71	22,8	46,8	30,4
Ma ei võtaks tööle psüühikahäirega inimest	2,67	46,2	35,1	18,7
Psüühikahäirega inimene ei saa ise aru, et ta on haige	2,56	53,8	20,5	25,7
Inimestesse, kelle sugulasel on psüühikahäire, suhtutakse halvasti	2,55	56,8	26,9	16,4
Ravimid muudavad inimese zombiks ja tekitavad sõltuvust	2,46	59,6	19,3	21,1
Mul on raske sõbruneda psüühikahäirega inimesega	2,46	55	15,2	29,8
Psüühikahäirega inimestel on kalduvus vägivaldsele käitumisele	2,34	66,7	16,9	16,4
Ma oleksin vastu psüühikahäirega inimeste hooldekodu ehitamisele minu elukoha lähedusse	2,31	58,5	16,4	25,1
Psüühikahäirete raviks puuduvad ravimid ning psüühikahäiretest taastumiseks on väga madalad võimalused	2,19	64,9	14	21,1
Igaühel võib välja kujuneda psüühikahäire*	2,03	9,4	77,8	12,8
Psüühikahäirega inimestel peaks piirama valimisõigust	1,98	72	6,4	21,6

Psüühikahäire diagnoosiga on võimalik elada normaalset elu*	1,88	4,7	86	9,4
Psüühikahäirega inimesed peaksid elama tugeva valvega hooldekodus	1,85	83,6	7,6	8,8
Psüühikahäirega inimese tunneb teiste hulgas kohe ära	1,79	85,4	6,5	8,1
Ma kardan rääkida inimesega, kellel on psüühikahäire	1,73	84,2	10,5	5,3
Mul oleks piinlik välja minna koos sugulasega, kellel on diagnoositud psüühikahäire	1,70	86,6	4,7	8,8
Psüühikahäirega inimesed on nõrgad ja ise süüdi oma haiguses	1,36	96,5	1,2	2,3
Teenuste suurendamine psüühikahäiretega inimestele on raha raiskamine	1,33	96	1,2	2,8
Vaimupuue ja psüühikahäire on kaks ise asja	1,55	5,3	87,1	7,6
<i>*pööratud väide</i>				

Lisa 2 Faktorlaadungid 3-faktorilises mudelis

Rotated Component Matrix ^a			
	Component		
	1	2	3
Võtaksin tüürliseks psüühikahäirega inimese	,753	,113	,077
Psüühikahäirega inimesed ei tohiks omada juhilube	,741	,144	,164
Psüühikahäirega inimesed võiksid olla kasuvanemateks vanemliku hoolitsuseta lastele	,701	,213	,051
Palkaksin oma lapsele hoidjaks psüühikahäirega inimese	,639	,040	,204
Oleksin vastu oma lapse abiellumisele psüühikahäirega inimesega	,635	,230	-,061
Psüühikahäirega inimestel peaks piirama valimisõigust	,610	,180	,075
Tunneksin end normaalselt, kui mul oleks psüühikahäirega töökaaslane	,609	,285	-,068
Psüühikahäirega lapsevanematel peaks olema riiklik järelevalve laste kasvatamisel	,434	,076	,153
Psüühikahäirega inimeste käitumist ja meeleolu on raske ette ennustada	,429	,371	,239
Ma ei võtaks tööle psüühikahäirega inimest	,418	,377	-,158
Psüühikahäirega inimesed võiksid töötada vaimse tervisega seotud töökohal	,415	,372	,106
Ma kardan rääkida inimesega, kellel on psüühikahäire	,152	,720	,224
Teenuste suurendamine psüühikahäiretega inimestele on raha raiskamine	,036	,621	-,228
Psüühikahäirega inimesed on nõrgad ja ise süüdi oma haiguses	-,049	,614	,070
Mul oleks piinlik välja minna koos sugulasega, kellel on diagnoositud psüühikahäire	,114	,598	,263
Psüühikahäirega inimesed peaksid elama tugeva valvega hooldekodus	,388	,558	,210
Mul on raske sõbruneda psüühikahäirega inimesega	,317	,520	,134
Ma oleksin vastu psüühikahäirega inimeste hooldekodu ehitamisele minu elukoha lähedusse	,419	,511	-,052
Psüühikahäirega inimesega on raske suhelda	,370	,511	,210
Psüühikahäirega inimestel on kalduvus vägivaldsele käitumisele	,408	,509	,282
Psüühikahäirega inimene ei saa ise aru, et ta on haige	,171	,489	,215
Psüühikahäire diagnoosiga on võimalik elada normaalset elu	,250	,393	,380
Igähel võib välja kujuneda psüühikahäire	,241	,332	,045
Ravimid muudavad inimese zombiks ja tekitavad sõltuvust	,272	,032	,587
Kui mul oleks psüühikahäire, siis ma ei räägiks sellest teistele	-,072	,048	,527
Psüühikahäirega inimese tunneb teiste hulgas kohe ära	,210	,286	,496
Psüühikahäirete raviks puuduvad ravimid ning psüühikahäiretest taastumiseks on väga madalad võimalused	,178	,345	,495
Inimestesse, kelle sugulasel on psüühikahäire, suhtutakse halvasti	-,097	,036	,493
Enamus psüühikahäirega inimesi taastub	,335	,037	,369

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 5 iterations.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Erika Suvi,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Eestis levivad uskumused psüühikahäirete kohta“

mille juhendaja on Kaia Kastepõld - Tõrs,

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, **19.01.2016**