

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Lili Kukk

**TERVISESEISUNDI, MUUTUMISSOOVI JA DEPRESSIIVSUSE VAHELISED SEOSSED
REHABILITATSIOONIKLIENTIDEL**

Magistritöö

Juhendaja: Toivo Aavik, PhD

Läbiv pealkiri: Terviseseisundi, muutumissoovi ja depressiivsuse vahelised seosed

Tartu 2021

Tervise seisundi, muutumissoovi ja depressiivsuse vahelised seosed rehabilitatsiooniklientidel**Kokkuvõte**

Uurimistöö eesmärk on selgitada rehabilitatsioonikeskuse klientidest koosneva valimi (N=56) soodumust depressioonile ning kas teenuse lõppedes esineb depressiooni näitajate osas muutusi, uuriti ka soolist erinevust. Lisaks uuriti korrelatsioonanalüüsi abil, kas kogutud terviseandmed on seotud muutumise sooviga (personaalse arengu initsiatiivi skaala). Rehabilitatsiooniteenuse raames, mis kestis individuaalselt 10-12 kuud (ajavahemikul mai 2018 - detsember 2020), oli uuringus osalejate ette nähtud psühholoogiline nõustamine ning füsioteraapia. Uuringus kasutati RAND-36, PGIS ja EEK2 küsimustikke.

Uurimistulemustest ilmnes, et keskmine depressiooniskoor oli kõrge ($M = 10.45$; $SD = 5.77$), diagnoosimiseks (äralõikepunkt 11) oli kriteerium täidetud 23-l uuritaval, so 41% valimist. Depressiooninäitajad muutusid nõustamisteenuse lõppedes, keskmiste võrdlus näitas, et tulemused kõikide alaskaalade osas skooride langust, sh enam depressiooni, üldistunud ärevushäire, asteenia osas. Statistiliselt oluline erinevus ilmnes sugude lõikes üldistunud ärevushäire ja paanikahäire osas - mõlema alaskaala skoorid olid naistel kõrgemad. Tulemustest ilmneb veel, et suuremad positiivsed korrelatsioonid on küsimustiku PGIS ja RAND36 järgmiste alaskaalade vahel: valmisolek muutusteks, plaanilisus ja eesmärgipärane käitumine. Nimetatud alaskaalad korreleerusid positiivselt RAND36 alaskaalaga -emotsionaalne heaolu.

Märksõnad: rehabilitatsioon, depressioon, ärevus, tervise seisund, valmisolek muutusteks, PGIS II, RAND36, EEK2

Relations between health status, personal growth initiative and depression on the example of rehabilitation clients

Abstract

The aim of this study is to find out on the basis of a sample of rehabilitation center clients (N = 56) whether they are prone to depression and whether there are changes in depression indicators at the end of the counseling; the gender difference was also examined. In addition, the correlation analysis was used to examine whether the collected health data was related to the desire for change (personal growth initiative scale). The rehabilitation service, which lasted 10-12 months individually (between May 2018 and December 2020), provided psychological counseling and physiotherapy to the study participants. RAND-36, PGIS and EEK2 questionnaires were used in the study.

The results of the study showed that the mean depression score was high ($M = 10.45$; $SD = 5.77$). Specifically, 23 of the 56 clients (41%) met the diagnostic criteria of depression (>11). Depression indicators changed at the end of the counseling, a comparison of the averages showed that the results for all subscales decreased in scores, including depression, generalized anxiety disorder and asthenia. There was a statistically significant difference between the generalized anxiety disorder and panic disorder by gender - both subscale scores were higher in women. The results also show that there are greater positive correlations between the following subscales of the PGIS and RAND36 questionnaires: readiness for change, planfulness and intentional behavior. These subscales were positively correlated with the RAND36 subscale - emotional well-being.

Keywords: rehabilitation, depression, anxiety, health status, readiness for change, PGIS II, RAND36, EEK2

Sissejuhatus

Rehabilitatsiooni valdkond on tänapäeval kiiresti arenev valdkond, erinevate vaimsete häiretega või füüsilise puudega inimesed vajavad teenuseid, mis parandaks nende iseseisvat toimetulekut ja aitaks olla ühiskonda enam kaasatud. Rehabilitaerimise üldine eesmärk on parandada ja soodustada inimese iseseisvat toimetulekut, suurendades tema ühiskonda kaasatust, soodustada töötamist, õppimist jne. Eesmärki saab täpsustada, seades ealisi prioriteete või keskendudes eri eluvaldkondades püstitatavatele eesmärkidele. Igal inimesel peab olema tema elukvaliteeti parandav isiklik eesmärk, mida rehabilitaerimise abil saavutada. (Roht, 2008).

Rehabilitatsiooni kohta on kasutusel mitmeid mõiste defineeringuid. Mõistete mitmekesisus on põhjustatud sellest, et terminit rehabilitatsioon on võimalik kasutada erinevates kontekstides. Ka ravimisega seotud teenused, mitmed kohalikul tasandil osutatavad sotsiaalteenused, hariduse omandamist või töötamist toetavad teenused on rehabilitaeriva iseloomuga ning samamoodi nagu rehabilitatsiooniteenuse puhul on nende tegevuste ja teenuste eesmärk toetada ja arendada inimese toimetulekut ja elukvaliteeti. (Hanga, jt 2008).

Nende inimeste hulk, kes vajavad rehabilitatsiooniteenust ning vastavate spetsialistide professionaalset abi ja tuge, tuleb järjest juurde ning vajadus veelgi tõhusama abi järele inimeste elukvaliteedi parendamiseks on kindlasti olemas.

Autor püüdis leida teavet Eestis tehtud uuringute kohta rehabilitatsioonikeskuste klientide osas - kas nt on uuritud kas ja kuidas on mõjunud kliendile teenuse raames psühhoteraapia, kas on omavahel võrreldud tulemusi enne ja pärast teenuse lõppu. Autorile teadaolevalt ei ole rehabilitatsioonikeskuste klientide puhul psühholoogilise nõustamise mõju uuritud, enamik Eestis tehtud uuringutest on keskendunud rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedile ja tagasisidele laiemalt. Näiteks uuris Ööpik-Loks (2019) oma magistr töö raames Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse näitel patsientide rahulolu (Patsientide rahulolu kvalitatiivne uuring, 2019), kuid leiab ka selles mõningaid puudusi, küsimustikud on enamasti koostatud teenusepakkuja poolt ja nt kui uurida seda numbrilise skaala abil, peegeldab see enamasti vastaja hetkelist taju ning pole ka uuringu läbiviijale kuigi informatiivne, iseäranis kui vastaja ei lisa hinnangule mingeid sõnalisi kommentaare (Ööpik-Loks, 2019).

Vaimse või füüsilise tervise probleemiga inivid vajab selles protsessis - elada täisväärtuslikumat ja kvaliteetsemat elu, spetsialistide tuge. Selleks on Eestis üheks võimaluseks EV Sotsiaalkindlustusameti poolt koordineeritud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus, teenus, mis on mõeldud puudega või piiratud töövõimega inimese toetamiseks igapäevaeluga toimetulekul.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kaudu õpivad inimene ja pere, kuidas tervise seisundist tingitud erivajadustega igapäevaselt hakkama saada. Rehabilitatsioon on aktiivne ja dünaamiline protsess, mille käigus piiratud toimetulekuvõimega isikut toetatakse teadmiste ja oskuste omandamisel, et parandada tema füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset toimetulekut (Barnes & Ward, 2005).

Rehabilitatsiooni iseloomustab ajaline piiritletus, see on alguse ja lõpuga protsess, mille tunnusteks on kliendi motivatsiooni olemasolu, soov muuta ennast ja selles protsessis ise aktiivselt osaleda ning selgelt väljendatud eesmärk, mida soovitakse rehabilitatsiooniga saavutada. Võimalikud rehabiliteerimise keskkonnad on elamine, õppimine, töötamine ja sotsialiseerumine. Rehabiliteerimise keskkond on isiku poolt valitud peamine strateegiline valdkond, milles isik soovib muutust läbi viia iseseisva toimetuleku tõhustamiseks. Keskkonna valikul lähtutakse isiku ealisest arengust tingitud põhitegevusest ja isiku toimetuleku tasemest (Hanga, 2008).

Antud uurimistöös raames keskendutakse tööalase rehabilitatsiooni klientide füüsilise ja vaimsele tervisele ja selle muutusele. Tööalane rehabilitatsioon on mõeldud inimestele, kellel on puude või haiguse tõttu mitmeid takistusi ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsioonimeeskonna abi. Tööalast rehabilitatsiooni võib näiteks olla vaja selleks, et parandada liikumisoskusi või kõnet, õppida kasutama abivahendeid, lahendada psühholoogilisi probleeme. Samuti võib vaja olla nõustamist, et leida motivatsiooni ja suurendada enesekindlust, õppida puude või haigusega igapäevaselt toime tulema.

Diagnoositud depressioon on üheks sagedasemaks takistuseks, mis klientidel raskendab tööotsinguid ja töölesaamist. APA (*American Psychological Association*) definitsiooni kohaselt on depressioon meeleoluhäire, mida iseloomustab meeleolu alanemine, huvi ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine. Depressiooniga kaasneb sageli vähenenud aktiivsus ning kiire väsimine ka pärast väikest pingutust, kaasneda võib tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine, alanenud enesehinnang ja eneseusaldus, süü- ja väärtusetuse tunne, pessimistlik suhtumine tulevikku, häiritud uni ja isu alanemine, samuti enesevigastused.

Kliinilise psühholoogia seisukohalt on depressioon väga suure tähtsusega vaimse tervise probleem, mis põhjustab inimestele kannatusi ja sotsiaalse funktsioneerimise langust (Kovacs et al., 2008). Depressioon on tõsine psüühikahäire, mille kujunemine on seotud geneetiliste, isiksusest tulenevate ja keskkondlike faktoritega (Granö et al., 2007).

On leitud, et kui nt sotsiaalärevusega kaasneb depressioon, siis mõjutab see sotsiaalselt ärevate patsientide tähelepanu negatiivselt (LeMoult & Joormann, 2012). Veel on leitud, et depressiooni ja ärevuse komorbiidsus on tunduvalt tõsisem haigusseisund kui ärevus või depressioon üksi

(Bitsika & Sharpley, 2012). Bitsika ja Sharpley (2012) leidsid oma uurimuses, et 32%-l tudengitest esines depressioon ja ärevus koos, mis oli 4 korda kõrgem levimus kui depressioonil või ärevusel üksi. Kliiniliselt diagnoositud ärevus ja depressioon esinevad sageli koos just hilisemas elus, mitte niivõrd esmasel haigestumisel. Nende kahe haigusseisundi koosesinemisel on soodumust just vanemaealistel täiskasvanutel - kannatad mõlema haiguse süveneva kroonilisuse käes (Almeida et al., 2012).

Selleni, et nt üle 6 kuu töötuna olekul ja depressioonil on seos, jõuti näiteks ka ühe Ameerika longituuduuringu raames, mis näitas selgelt, et töötus on vaimse tervise kahjustusel suureks riskifaktoriks (Zuelke, et al 2018). Teadlased tegid veel kindlaks, et depressioonirisk on eriti suur töötutel, kellel on põhiliseks sissetulekuks palk, samas suurenenud riski ei saanud seletada üksnes materiaalsete ja sotsiaalsete ressursside puudumisega. Lisaks tegid nad uue avastuse: leiti, et naised on meestest võrdselt mõjutatud, varem arvati et töötuse ja depressiooni seos mõjutab enim mehi (Zuelke, et al 2018).

Naistel diagnoositakse meestega võrreldes enam depressiooni – seda kinnitavad paljud teadusuuringud üle maailma. Soovin samuti oma uurimistöös tuvastada, kas rehabilitatsiooniklientide seas esineb naistel enam depressiooni. Küsimusele, miks siis ikkagi on naistel suurem soodumus depressioonile, toob Bebbington (1998) välja, et sotsiaalsete, psühholoogiliste ja bioloogiliste mõjude hindamiseks on mitu lähenemist: makrosotsiaalsete muutujate ja vanuseliste mõjude epidemioloogiline aspekt, temperament, isiksus, toimetulekuviisid, psühhosotsiaalsed tegurid, naiste suurenenud vastuvõtlikkus mõningatele stressi vormidele (Bebbington, 1998). Viimased arengud depressiooni psühholoogilise ravi osas on näidanud, et ka esmatasandi arstiabis, sh rehabilitatsiooniteenuse raames saavad kliendid ja patsiendid märkimisväärset abi haigusega paremaks toimetulekuks või tervenevad sellest. Praegusel pandeemia /eriolukorra ajal on kindlasti suurenenud ka abivajajate hulk ning vajaliku abi saamine veebi, telefoni, jms e-teenuste kaudu on kindlasti suurendanud abi saajate koguarvu.

Mitmed madala ja keskmise sissetulekuga riikides läbi viidud uuringud on näidanud, et tervishoiunõustajad ja rehabilitatsiooniteenuse pakkujad saavad sama tõhusalt pakkuda psühholoogilist ravi kui nt eriarstid. On leitud, et esmatasandi ravi / teraapia mitte ainult ei vähenda depressiooni sümptomeid vaid aitab edaspidi ka vältida depressiooni teket. On leitud, et teraapia on efektiivsem just vanemaealistel täiskasvanutel. Kokkuvõttes leidsid uurijad, et psühholoogilised ravimeetodid on esmatasandi , sh rehabilitatsiooniteenuse raames saadav teraapia, on tõhus, sellel on pikaajalisem mõju kui ravimitel, seda eelistavad enamus patsiente ja

seda saab paindlikult rakendada erinevates vormides ja erinevate sihtgruppide vahel (Cuijpers, et al 2019).

Üldistunud ärevuse korral on peamiseks jooneks püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonna-tingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud (s.t. see on vabalt lainetav ärevus). Sagedasteks kaebusteks on püsiv närvilisus, värisemine, lihaspinge, higistamine, peapööritus, südamekloppimine, nõrkustunne. Kartus, et inimene ise või tema sugulased võiksid haigestuda või juhtub mingi õnnetus, on sageli väljendunud koos teiste murede ja halbade eelaimustega. Ärevushäirete ravis kasutatakse medikamente ja psühholoogilisi sekkumisi, tõhusaimaks psühhoteraapiaks peetakse kognitiiv-käitumisteraapiat (Bandelow, et al 2017). Almeida jt (2012) leidsid oma kaheaastase longituuduuringu tulemusena, et ärevus, depressioon ja ärevuse-depressiooni koosinemine on vanematel täiskasvanutel vastavalt 4,7%, 1,4% ja 1,8%-l vastanutest. Sealjuures 57% depressiooni juhtudest olid komorbiidsed ärevusega, kuid vaid 28% kliinilise ärevuse juhtudest olid komorbiidsed depressiooniga. Veelgi enam, leiti, et korduv ärevus on sagedasem naiste ning korduv depressioon meeste seas.

Vaimse tervise häired hõlmavad endas vaimse tervise probleeme, mille negatiivne mõju inimese heaolule ja funktsioneerimisele on kas tagasihoidlik, mõõdukas või ka märkimisväärne, ent mille puhul on kiire ja õigeaegse sekkumise korral – kuid teatud tingimustel ka ilma igasuguse meditsiinilise või terapeutilise sekkumiseta – võimalik häire all kannataja täielik ja püsiv tervistumine või eduka funktsioneerimise tagav adapteerumine ühiskonda ja tööellu.

Rehabilitatsioonimeeskonnad saavad osutada mitte ainult töötamise ja töökoha säilitamisele suunatud teenuseid. Meeskonnad pakuvad paralleelselt tööhõivele suunatud meetmetega ka sellist abi, mis aitab soodustada puudega inimeste toimetulekut igapäevaeluga, vähendades sellega tööturult väljalangemise riski. Selliseid tegevusi nimetab Escorpizo (2011) järjekestvateks teenusteks (Escorpizo, 2011). Rehabilitatsiooniteenust osutavatel spetsialistidel peavad olema kõrgetasemelised teadmised, et tagada rehabilitatsiooni tulemuslikkus - kvaliteet.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamist korraldab riik ja seetõttu on sotsiaalhoolekande seaduses (SHS, RT I 1995, 21, 323) sätestatud nõuded, mida peab rehabilitatsiooniteenuse osutaja järgima, et tagada kvaliteetne tulemus – rehabilitatsiooniteenust võivad osutada ainult erialase haridusega spetsialistid.

Autor soovib antud uurimistöös raames uurida lisaks kuidas hindavad rehabilitatsiooniteenuse kliendid enda muutumissoovi - isikliku arengu initsiatiivi ja kuidas nad hindavad oma elukvaliteeti laiemalt.

Isikliku arengu initsiatiivi (*Personal Growth Initiative*, PGI) peetakse üheks psühholoogilise heaolu dimensiooniks (Ryff & Keyes, 1995). Psühholoogiline heaolu viitab positiivsele või optimaalsele psühholoogilisele toimimisele, mis koosneb järgmistest mõõtmetest: aktsepteerimine, positiivsed suhted teistega, autonoomia, keskkond, elu eesmärk ja isiklik areng (Ryff & Keyes, 1995; Villaceros, jt 2014). Mis puudutab psühholoogilise heaolu dimensiooni, (Ryff & Keyes, 1995), on PGI kui isiklik ressurss, kuna see hõlmab oskuste kogumit, mis aitab kaasa muutustele, mis soodustavad indiviidi positiivset arengut (Weigold & Robitschek, 2011). Oskuste all peetakse silmas isiklike ressursse ja positiivseid hinnanguid nende suhtes, võimet kontrollida ja mõjutada oma keskkonda. Seega viitab PGI kui isiklikule ressursile inimese oskustest, mis omakorda soodustavad teadlikku isiklikku arengut, muutusi, mida inimesed on teadlikult kavandanud (Weigold, jt 2013; Weigold & Robitschek, 2011). PGI indeksitel on positiivne seos positiivse afekti ja negatiivne seos ärevuse, depressiooni ja negatiivsete afektide suhtes (Hardin et al., 2007; Robitschek & Kashubeck, 1999; Robitschek & Keyes, 2009). PGI-oskuste puudumist seostatakse negatiivse mõjuga inimeste elule. On täheldatud, et PGI madal skoor on seotud uues kontekstis kohanemiskustega, inimesed kogevad suuremat stressi ja ärevust ja neil on madalam rahulolu eluga (Weigold & Robitschek, 2011; Yakunina, jt, 2013). Raskuseid võimaluste tuvastamisel isiklikuks arenguks on seostatud ka omandatud ebaefektiivsete toimetulekustrateegiatega, näiteks kasutatakse pigem emotsioonidele keskendunud toimetulekustrategiad kui probleemile keskenduvaid strategiad (Weigold & Robitschek, 2011).

Isikliku arengu initsiatiivi skaala (PGIS) on esimene vastav välja töötatud skaala hindamaks isikliku arengu initsiatiivi (PGI) (Robitschek, 1998, 2003). Algne hindamiskaala koosnes 9 -st ühemõõtmelisest väitest. PGIS-i valiidsust on hinnatud kordusuuringutega, mille tulemused on valiidsust kinnitanud ($\alpha = 0,90$, $p < 0,001$; CFI = 0,95, NFI = 0,93). Psühhomeetrilise testi PGIS-i omadusi hinnati ka erinevate kultuuride lõikes, sh Euroopa-Ameerika kultuuri (s.t. individualistlik) ja Hispaania kultuuri (s.t. kollektivistlik) (Allik, & Realo, 2004) osas. Antud uuringust selgus, et kahefaktoriline PGIS mudel sobib indekseid paranemise osas paremini hispaaniakeelsetele populatsioonidele, võrreldes ühemõõtmelise struktuuriga (Robitschek, 2003). Isikliku arengu initsiatiivi skaala II (PGIS-II) töötati välja PGIS seniste piirangute ületamiseks, hinnates multifaktoriaalset konstrukti läbi ühefaktorilise struktuuri (Robitschek et al, 2012). PGIS-II on kokku 16 väidet, mis jagunevad omakorda 4 alaskaalasse: valmisolek muutusteks, plaanipärasus, ressursside kasutamine ja tahtlik käitumine.

Autor on uurinud ka teiste tuttavate rehabilitatsioonikeskuste spetsialistide käest erinevate elukvaliteeti sh tervisestaatust mõõtvate küsimustike kasutamise kohta. Selgus, et neid ei ole seni väga laialdaselt kasutusele võetud, seega, kuidas rehabilitatsioonikeskuse kliendid on oma terviseseisundiga rahul, oli autori jaoks samuti huvitav uurimise aspektiks.

Taavi Lai on koostanud põhjaliku raporti “Ülevaade peamistest üldist tervisega seotud elukvaliteeti mõõtvatest küsimustikest ja nende kasutamisest Eestist” näol. Viimase 40 ja enama aasta jooksul on tekkinud mitmed inimeste eelistustele põhinevad mõõdikud tervisega seotud elukvaliteedi (*health-related quality-of-life* e HRQoL) mõõtmiseks. Neist mõned on saavutanud ka ülemaailmse tuntuse ja leviku. Teadusringkondades käbi siiani äge vaidlus, milline neist on parim, kas need mõõdavad mida need peaksid mõõtma ning kas need väljendavad adekvaatselt vastajate tegelikku tervislikku seisundit. Sellest lähtuvalt vaieldakse pidevalt ka selle üle, kas vanad mõõdikud tuleks kõrvale jätta ning luua uusi ja paremaid.

Kuna Eestis rõhutatakse üha enam vajadust patsiendikeskse tervishoiu arendamiseks, siis peaks üheks osaks olema just inimeste tervise mõõtmine läbi nende enda hinnangute, et anda kontekst füüsiliste mõõtmiste tulemustele (Lai, 2012).

Maailma terviseorganisatsiooni (WHO) konstitutsiooni eessõna aastast 1948 defineerib tervist kui „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse või nõtruse puudumine“. Selline kontseptuaalne tervise jagamine kolmeks (füüsiliseks, vaimseks ja sotsiaalseks) komponendiks on domineerinud üldisi tervise mõõtmise raamistikke kuni tänaseni. Tervise füüsilist komponenti saab edasi jagada liikuvuse, liikumiskiirangute, igapäevategevuste füüsiliste kiirangute, valu jt alakomponentideks. Tervise vaimse heaolu komponenti saab edasi jagada kognitiivse funktsiooni, emotsionaalse heaolu ning nende häirete poolt igapäevategevustele ja sotsiaalsele toimetulekule avaldatava mõju alakomponentideks. Tervise sotsiaalne komponent võib hõlmata võimet suhelda sõprade ja perega, läheduse olemasolu, vaimsus ja elukeskkonna sotsiaalseid ning füüsilisi omadusi. Elukeskkonda puudutavate ja konkreetsest indiviidist väljapoole jäävate komponentide mõõdikutesse lisamise osas ei ole erinevate autorite seas siiski üksmeelt, kuigi kõik tunnistavad nende komponentide olulisust isiku tervisestaatuse kujunemisel. Nii püüab enamus üldist tervisestaatust mõõtvatest mõõdikutest keskenduda eelkõige konkreetsele indiviidile (Lai, 2012)

Tõenäoliselt maailma tuntuim ja enim kasutatud tervisestaatuse profiil on SF36 (Brazier, 1992). See mõõdik sai alguse kui 250 küsimusega küsimustik, mida kasutati üldise tervisestaatuse kirjeldamiseks RAND Corporation'i poolt läbi viidud uuringus *Health Insurance Experiment*

(HIE) 1970-ndatel aastatel USAs (Lohr, 1986). Uuringus osalejad jagati juhuslikult erinevate tervisekindlustuse skeemidega uuringurühmadesse ning nende tervisestaatust jälgiti mitmete aastate vältel. Uurijad olid eelkõige huvitatud tervishoiukulutustest ja teenuste kasutamisest nende erinevate kindlustusskeemide puhul. Algse uuringu lõppemise järel soovisid RAND Corporation'i ja sellega koostööd tegevad teadlased luua üldistatud mudeli tervishoiu tulemite mõõtmiseks ja hindamiseks (Tarlow, 1989). Lisaks vajasisid uurijad infot kas, kuidas ja kui palju erinesid erinevate uuringurühmade tervisestaatused. Sellest lähtuvalt sündiski pikk, põhjalik ja erinevaid tervise dimensioone mõõtev küsimustik, mis üldjoontes järgis WHO tervise definitsiooni poolt välja toodud tervise komponentide jaotust. Algselt plaaniti kasutada esmase uuringu küsimustikku kuid selle pikkusest tingitud keerukuse tõttu loodi sellest lühendatud versioon. Selles kärbitud versioonis jäi algsest 250 küsimusest alles vaid 36, mis jagunesid 8 skaala vahel. SF36-t kasutatakse maailmas tuhandetes uuringutes ning kliinilistes olukordades. Kahjuks on erinevate uuringute vaheline võrreldavus küsimustiku erinevate versioonide rohkuse tõttu kannatanud. Kõige viimasteks SF36 arendusteks oli 8 temaatilise skaala põhjal kahe summaarskaala loomine, millest üks kajastab füüsilist ja teine vaimset tervist. Summaarskaalade moodustamine põhines faktoranalüüsil, millega uuriti erinevate küsimuste ja skaalade „lähedust“ üksteisele ning sellest lähtuvalt grupeeriti. Nende kahe summaarskaala väärtuste arvutamine on taas autorikaitse all ning nende leidmise algoritmi saab litsentseeritud kasutajajuhendit ostes. Praeguseks on loodud summaarskaalade loomise algoritm ka RAND36 jaoks ning see on litsentsivabalt kättesaadav (Lai, 2012).

Uurimistöö eesmärgid ja hüpoteesid

Seni on Eestis uuritud valdavalt rehabilitatsioonikeskuses teenusel viibinud klientide rahulolu pakutavate teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi osas.

Autori uurimistöö eesmärk on hinnata eestikeelsete valideeritud enesekohaste küsimustike abil, kuidas rehabilitatsioonikeskuse kliendid hindavad oma tervisestaatust, nii vaimse kui füüsilise tervise seisukohast lähtuvalt.

Uurimistöö eesmärk on ka uurida, kui suurel osal klientidest on soodumus depressioonile ja üldärevusele EEK2 küsimustiku põhjal ning kas ja milline on mõju, rehabilitatsiooniteenuse raames saadud nõustamise käigus, kui on saadud ka vastavat teraapiat depressiooni, üldärevuse raviks 10-12 kuu vältel. Lisaks soovib autor teada, kas on statistiliselt olulist erinevust sugude

lõikes erinevate näitajate osas. Samuti tahetakse teada, kas raporteeritud terviseandmed korreleeruvad muutumissooviga.

Uurimistöös püstitati järgmised hüpoteesid:

- 1) rehabilitatsiooniteenuse raames osutatud psühholoogi nõustamisteenuse järgselt paranevad klientide vaimse tervise näitajaid nii depressiooni kui üldärevuse osas (EEK2);
- 2) rehabilitatsioonikeskuse klientidest naistel on algne depressioon(iskoor) kõrgem kui meestel;
- 3) kliendi üldine tervise seisund (RAND36) on seotud isikliku valmisolekuga muutusteks (PGIS);
- 4) kogu valimi puhul kõrgem depressioon(iskoor) on seotud ka madalama muutumissooviga.

Meetod

Valim

Uuringus osales 56 rehabilitatsioonikeskuse klienti vanuses 18 - 62 ($M = 45,7$; $D = 12,48$); kellest mehi oli 15 ($M = 44,80$; $SD = 14,45$) ja naisi 41 ($M = 46,02$; $SD = 11,85$). Uuringu valim koosneb perioodil mai 2018 - september 2020 rehabilitatsiooniteenusel käinud indiviididest, kellele oli rehabilitatsiooniplaani alusel näidustatud nii psühholoogilise nõustamise kui füsioterapeudi teenus. Uuritavatele selgitati uurimistöö eesmärki, kõik uuritavad kinnitasid oma soovi uuringus osalemiseks nõusolekuga. Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid järgmised: a) uuritava rehabilitatsiooniplaan on kestvusega 10-12 kuud; b) uuritava rehabilitatsiooniplaani kuulub psühholoogiline nõustamine kestvusega 10-12 seanssi; c) uuritav on vähemalt 18-aastane.

Uuringust väljajätmise kriteeriumid: valimisse ei kaasatud indiviide, kellel esinesid antud küsimustiku täitmise hetkel tõsised terviseprobleemid (määratud raske füüsilise (nt klient on ratastoolis) või psüühilise häire (nt skisofreenia) tõttu puue eriarsti poolt), samuti jäeti valimist välja indiviidid, kellel ei olnud tagastades täidetud kõik küsimustikud.

Küsimustikud anti osalejatele täitmiseks paber kandjal kohapeal või anti täitmiseks koju kaasa, mille nad järgmisel visiidil tagastasid.

Mõõtevahendid

Uurimistöö viidi läbi erinevate enesekohaste testide abil, mille uuritavad täitsid. Uurimuses kasutati 3 küsimustikku: EEK2, PGIS ja RAND36.

Kliendid hindasid oma emotsionaalset seisundit Eestis välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikuga, EEK2 (Ööpik, jt 2006), mille alaskaalad omavad adekvaatset seesmist kooskõla. On tõestatud, et EEK on sobiv instrument, hindamaks psühhopatoloogilisi seisundeid nagu depressioon, üldine ärevus, kurnatus ja insomnia (Aluoja, jt, 1999). EEK2 on võrreldes EEK-iga mõnevõrra erinev: EEK2 loodi 2002. aastal, sealt on välja jäetud need EEK väited, mis ei sobinud ühtegi alaskaalasse. EEK2 koosneb järgmistest alaskaaladest: depressioon, ärevus, kurnatus, insomnia, agorafobia, paanikahäire. Iga väite hindamiseks on 5-palline skaala alates 0-st kuni 4-ni (0 –üldse mitte; 1–harva; 2–mõnikord; 3–sageli; 4–pidevalt). Väitestikus palutakse hinnata, kui võrd on väites esitatud probleem vastajat häirinud viimase kuu aja jooksul. EEK2 koosneb 28 väitest, nendest 8 väidet kuuluvad depressiooni alaskaalasse, mis hõlmavad depressiooni afektiivseid ja kognitiivseid sümptomeid (Ööpik et al., 2006). Depressiooni alaskaalal on maksimaalne võimalik skoor 32 ja äralõikepunkt 11. Ärevuse alaskaalal on maksimaalne võimalik skoor 24 ja äralõikepunktiks samuti 11.

RAND36 küsimustiku 36 küsimust mõõdavad kaheksat erinevat dimensiooni, millest igaüks koosneb 3- 8 küsimusest. Need 8 tervise komponenti valiti, kuna esinevad kõige sagedamini erinevates terviseuuringutes ning küsimustiku koostajate arvates on need kõige olulisemad saavutamaks piisavalt ühtlast ja laialdast tervise komponentide kaetust (Lai, 2012).

Skoorimine: RAND36 skaalasid skooritakse kasutades Likerti meetodil summeeritud hinnanguid (igal küsimuse vastusevariandil on arvvärtus vastavalt vastusevariantide arvule ja ühes skaalas olevate küsimuste vastusevariantide väärtused summeeritakse). Iga skaala kodeeritud ja summeeritud vastuste väärtus re-kodeeritakse vahemikku 0 (halvim võimalik) kuni 100 (parim võimalik) (Ware jt 1992). Kuigi RAND36 ei olnud algselt loodud ühe summaarse numbriga väljendama terviseseisundit, kuid faktoranalüüsi meetoditega loodi füüsilise ja vaimse tervise summaarskoorid kasutades regressioonanalüüsil saadud erinevate küsimuste suhtelisi kaalusid loodavas summaarskooris. Selline lähenemine jätab siiski lahtiseks küsimuse mis on regressioonil sõltuv ja mis sõltumatu tunnus (Lai, 2012).

Tegemist on kergesti administreeritava, kliendi poolt täidetava küsimustikuga.

RAND36 mõõdab tervise seisundit 8 skaalal (valdkonnas): 1) tajutud tervis (5 küsimust) – subjektiivne hinnang praegusele terviseseisundile, tervise muutusele, haigustele vastuvõtlikkusele; 2) füüsiline funktsioneerimine (10 küsimust) – füüsiline seisund, erinevate füüsiliste ülesannetega toimetulek; 3) emotsionaalne heaolu (5 küsimust) – depressiivsus, positiivne ellusuhtumine; 4) sotsiaalne funktsioneerimine (2 küsimust) – füüsilise või psüühilise haiguse mõju tavalisele sotsiaalsele suhtlemisele pere, sõprade, naabrite ja teistega; 5) energia /väsimus (4 küsimust) – virgus, energia tase; 6) valu (2 küsimust) – valu suurus ja häirivus; 7) rolli funktsioonide täitmine – füüsiline (4 küsimust) – füüsiliste terviseprobleemide poolt põhjustatud tavaliste rollide täitmise piirangud viimase 4 nädala jooksul; 8) rolli funktsioonide täitmine – emotsionaalne (3 küsimust) – vaimsetest või emotsionaalsetest piirangutest põhjustatud tavaliste rollide täitmise piirangud viimase 4 nädala jooksul.

Nagu valdkondadest näha, mõõdab RAND-36 elukvaliteeti läbi erinevate funktsioonide täitmise ja enesehinnangute, keskkonna mõjusid ei arvestata.

PGIS (*Personal Growth Initiative Scale*) küsimustik on kohandatud eesti keelde, nimetusega Isikliku arengu initsiatiivi skaala (Aavik, 2019). Küsimustik PGIS II koosneb 16-st väitest, mida hinnatakse Likerti skaalal. Uuritaval palutakse märkida iga väite juurde - kui palju inimene nõustub või ei nõustu selle väitega: 1 = ei ole üldse nõus... kuni 6 = olen täiesti nõus. PGIS indeksi saamiseks skooritakse skaala tulemused kokku. PGIS-i täitmine võtab aega umbes 5 minutit ja ajalisi piiranguid pole (Robitschek, 1998).

Sõltuvalt kliendi depressiooni, ärevuse raskusastmest valiti kliendile sobiv nõustamise- ja teraapia meetod. Nõustamisel kasutas psühholoog peamiselt motiveeriva intervjuu meetodit ning lahenduskeskse lühiteraapia meetodit.

Uuringu läbiviimine

Uuritavad täitsid esmasel rehabilitatsiooniteenuse psühholoogilise nõustamise vastuvõtu käigus EEK2 küsimustiku, hindamaks teenuse alguses uuritava soodumust depressioonile, üldistunud ärevushäirele, sotsiaalärevusele, paanikahäirele, asteeniale ning insomniale. Kõik uuritavad käisid rehabilitatsiooniteenuse raames 10-12 kuu vältel nii psühholoogilisel nõustamisel (ca 1 kord kuus) kui füsioteraapias (1-2 korda kuus), sõltuvalt rehabilitatsiooni tegevusplaani eesmärkidest. Rehabilitatsiooniteenuse lõppedes, 10-12 kuud hiljem, viimase psühholoogilise nõustamise

vastuvõtu käigus täitsid uuritavad lisaks teist korda EEK2 küsimustiku ning lisaks RAND 36 tervise seisundi ja PGIS isikliku arengu initsiatiivi skaala küsimustiku. Kõik osalejad eelistasid täita küsimustikke käsitsi, paberversioonil.

Uurimuses osalemine oli anonüümne ja vabatahtlik, peale uurimistöö eesmärgi tutvustamist uuringust loobuda soovijaid ei olnud.

Uuring viidi läbi ajavahemikul mai 2018 - detsember 2020.

Andmeanalüüs

Andmete analüüsimisel kasutati tarkvara R (versioon 3.6.3).

Kuna andmed ei olnud normaaljaotuslikud, kasutati testitulemuste võrdluseks soo lõikes mitteparameetrilist Mann-Whitney U testi.

Lisaks võrreldi omavahel I ajahetkel (EEK1) ja II ajahetkel (EEK2) mitteparameetrilise paarisvõrdluse Wilcoxon'i testiga. Tulemusi peeti statistiliselt oluliseks, kui p-väärtus oli väiksem kui 0.05.

EEK tulemused omakorda lahutati nii, et saadi uus muutuja M_EEK. (so lahutati 2.ajapunktil EEK2 ja 1.ajapunktil EEK1 täidetud küsimustiku skoorid) - saadi erinevused iga inimese kohta, tekkisid omakorda uued muutujad iga skaala kohta, tähistusega M_EEK.

Testidevaheliste seoste uurimiseks kasutati Spearmani korrelatsioone, eraldi EEK2 (2.ajapunktil täidetud küsimustik) ning M_EEK (uus muutuja) lõikes.

Korrelatsioonianalüüsiga EEK2 vs PGIS ja RAND36 - saadi omavahelised seosed millised need olid 2. testitäitmise hetkel.

PGIS ja RAND36 tulemusi võrreldi tekkinud muutujaga M_EEK, et teada saada mis seonduv muutustega.

Tulemused

Kõigepealt soovisin teada depressiooniskooride keskmisi väärtusi 1. ja 2. ajapunkti EEK mõõtmistel. Tabelis 1 on välja toodud 1.ajapunktil (EEK1) ja 2. ajapunktil (EEK2) saadud tulemused, lisaks PGIS ning RAND36 saadud tulemuste kirjeldav statistika: keskmised väärtused, standardhälve, mediaan, miinimum- ja maksimumskoorid.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik

Tulemustest selgub, et uuritavatel ei ole soodumust depressioonile (äralõikepunkt 11) kuid keskmine skoor on üsna kõrge: EEK1_DEPR ($M = 10.45$; $SD = 5.77$). Samuti on üsna kõrge üldistunud ärevushäire skoor: EEK1_ÜÄR ($M = 9.07$; $SD = 3.77$) (äralõikepunkt 11). Paanikahäire ja sotsiaalärevuse skoorid olid vastavalt EEK1_PAF ($M = 2.38$; $SD = 2.59$) (äralõikepunkt 6) ja EEK1_SÄR ($M = 2.30$; $SD = 2.22$) (äralõikepunkt 3). Insomnia ja asteenia alaskaalad näitasid mõlemad kõrget keskmist: EEK1_INS ($M = 5.82$; $SD = 3.24$) (äralõikepunkt 5) ja EEK1_AST ($M = 7.41$; $SD = 3.47$) (äralõikepunkt 6) (tabel 1).

PGIS II

Isikliku arengu initsiatiivis skaala küsimustiku tulemustest ilmneb, et kõrgem skoor saadi alaskaalal mis näitab indiviidi valmisolekut muutusteks PGIS_VM ($M = 4.22$; $SD = 0.80$) ning kõige madalam skoor saadi alaskaalal, mis näitab isiklike ressursside kasutamist PGIS_RK ($M = 3.49$; $SD = 0.81$).

Tabel 1

Kirjeldav statistika EEK1/EEK2, PGIS ja RAND36 lõikes

	Keskmine	SD	Mediaan	Miinumum	Maksimum
VANUS	45.7	12.48	48	18	62
EEK1_DEPR	10.45	5.77	10	0	25
EEK1_ÜÄR	9.07	3.77	9	2	17
EEK1_PAF	2.38	2.59	2	0	11
EEK1_SÄR	2.3	2.22	2	0	8
EEK1_AST	7.41	3.47	7	1	16
EEK1_INS	5.82	3.24	5.5	0	12
EEK2_DEPR	8.84	4.71	8	0	23
EEK2_ÜÄR	8.3	3.42	8	2	16
EEK2_PAF	2.23	2.27	2	0	8
EEK2_SÄR	2.14	2.12	2	0	8
EEK2_AST	6.57	3.1	6	1	16
EEK2_INS	5.38	2.63	5	0	11

Tabel 1 jätkub

PGIS_VM	4.22	0.8	4.5	2.5	5.75
PGIS_P	3.84	0.89	4	1.8	5.2
PGIS_RK	3.49	0.81	3.33	1.67	5.33
PGIS_EK	3.66	0.98	3.75	2.25	5.75
PGIS_KOKKU	3.8	0.79	3.89	2.32	5.32
RAND36_1	2.38	0.49	2.4	1.4	3
RAND36_2	1.63	0.39	1.75	1	2
RAND36_3	1.58	0.37	1.67	1	2
RAND36_4	3.93	0.37	4	2.75	4.75
RAND36_5	4.05	0.41	4	2.4	5
RAND36_6	2.82	0.48	3	2	4
RAND36_7	2.67	1.08	2.5	1	5
RAND36_8	3.31	0.38	3.4	2.6	4.2

Märkus. EEK2_DEPR (depressioon); EEK2_ÜÄR (üldistunud ärevushäire) EEK2_PAF (paanikahäire); EEK2_SÄR (sotsiaalärevus); EEK2_AST (asteenia); EEK2_INS (insomnia); PGIS_VM (valmisolek muutusteks); PGIS_P (plaanilisus); PGIS_RK (ressursside kasutamine); PGIS_EK (eesmärgipärane käitumine); PGIS_KOKKU (üldskoor; RAND36_1 (füüsiline funktsioneerimine); RAND36_2 (rolli funktsioonide täitmine/ füüsiline); RAND36_3 (rolli funktsioonide täitmine/ emotsionaalne); RAND36_4 (virgus, energiatase); RAND36_5 (emotsionaalne heaolu); RAND36_6 (sotsiaalne funktsioneerimine); RAND36_7 (valu); RAND36_8 (tajatud tervis). N=56

EEK1 vs EEK2

Antud analüüsiga tahtsin teada, kuidas on muutunud EEK küsimustiku keskmised väärtused 2.ajapunkti mõõtmisega võrreldes.

Võrreldes EEK_1 (1.ajapunktil) ja EEK_2 (2.ajapunktil) saadud keskmisi, näitasid tulemused kõikide alaskaalade osas skooride alanemist, sh enam depressiooni, üldistunud ärevushäire, asteenia osas.

Tabelis 2 toodud keskmiste väärtuste põhjal ilmneb et kõige enam paranesid tulemused depressiooni EEK2_DEPR (M = 8.84; SD = 4.71); üldistunud ärevushäire EE2_ÜÄR (M =8.30; SD = 3.42) ja asteenia EEK2_AST (M = 6.57; SD = 3.10) osas.

Statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenu (tabel 2).

Tabel 2

Mitteparameetriline paarisvõrdlus Wilcoxonitestiga

EEK1 JA EEK2 testitulemuste võrdlus, sh keskmised väärtused, standardhälve, p-väärtus

	EEK1		EEK2		p-väärtus
	Keskmine	SD	Keskmine	SD	
EEK_DEPR	10.45	5.77	8.84	4.71	0.109
EEK_ÜÄR	9.07	3.77	8.30	3.42	0.261
EEK_PAF	2.38	2.59	2.23	2.27	0.757
EEK_SÄR	2.30	2.22	2.14	2.12	0.696
EEK_AST	7.41	3.47	6.57	3.10	0.180
EEK_INS	5.82	3.24	5.38	2.63	0.425

Märkus. EEK_DEPR (depressioon); EEK_ÜÄR (üldistunud ärevushäire) EEK_PAF (paanikahäire); EEK_SÄR (sotsiaalärevus); EEK_AST (asteenia); EEK_INS (insomnia). N=56

M_EEK (EEK2 - EEK1)

Soovisin leida erinevuse sama valimi erinevate võrreldavate andmeridade vahel Wilcoxonitesti abil. Tabelis 3 on toodud uue muutuja M_EEK kirjeldav statistika ning p-väärtused. Lisaks p-väärtusele lisasin Wilcoxonitesti statistiku W (vt märkus).

Tabel 3

M_EEK kirjeldav statistika: keskmised väärtused, standardhälve, mediaan, miinimum- ja maksimumskoorid, w-statistik ning p-väärtus.

	Keskmine	SD	Mediaan	Miinimum	Maksimum	W	p-väärtus
M_EEK_DEPR	-1.61	2.49	-1	-12	5	76	.000*
M_EEK_ÜÄR	-0.77	1.77	0	-4	8	66.5	.0002
M_EEK_PAF	-0.14	1.75	0	-7	8	45	.398
M_EEK_SÄR	-0.16	1.09	0	-3	3	60.5	.275
M_EEK_AST	-0.84	1.51	-1	-7	2	94	.000*
M_EEK_INS	-0.45	1.50	0	-4	3	260.5	.025

Märkus. M_EEK_DEPR (depressioon); M_EEK_ÜÄR (üldistunud ärevushäire) M_EEK_PAF (paanikahäire); M_EEK_SÄR (sotsiaalärevus); M_EEK_AST (asteenia); M_EEK_INS (insomnia) *p<0.001 . N=56
W näitab, et mida suurem absoluutväärtuselt on W, seda erinevamad on kahe rühma tulemused.

Meeste ja naiste tulemuste võrdlus

Et vastata eespool püstitatud hüpoteesi, viisin ma läbi mitteparameetrilise Mann-Whitney U- testi võrdlemaks tulemusi soo lõikes.

Tabelis 4 on toodud mediaanid, IQR (kvartiilide vaheline vahemik) U-statistiku väärtused ning p-väärtused.

Uuringutulemustest ilmnes statistiliselt oluline erinevus (tabel 4) meeste ja naiste tulemuste vahel järgmiselt:

1. ajapunktil saadud skoor üldistunud ärevushäire osas oli naistel meestest kõrgem, naistel vastavalt EEK1_ÜÄR ($Mdn = 10.0$) ja meestel EEK1_ÜÄR ($Mdn = 8.0$), $p < .05$.

Paanikahäire osas ilmnes statistiliselt oluline erinevus vastavalt: naistel kõrgem: EEK1_PAF ($Mdn = 2.00$) ning meestel madalam EEK1_PAF ($Mdn = 0.00$), $p < .01$.

2. ajapunktil saadud skoorid näitasid statistilist erinevust ainult paanikahäire osas, so naistel kõrgem EEK2_PAF ($Mdn = 3.00$) ja meestel madalam: EEK2_PAF ($Mdn = 0.00$), $p < .05$.

PGIS II ja RAND36 küsimustike tulemustes statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud sugude lõikes.

Tabel 4

Mitteparameetriline Mann-Whitney U test. Keskmiste võrdlus, erinevused soo lõikes.

	Mehed (15)		Naised (41)		U	p-väärtus
	Mediaan	[IQR]	Mediaan	[IQR]		
EEK1_DEPR	8.00	[6.50, 12.00]	10.00	[7.00, 13.00]	266	.441
EEK1_ÜÄR	5.00	[4.00, 10.00]	10.00	[7.00, 12.00]	190.5	.030**
EEK1_PAF	0.00	[0.00, 1.50]	2.00	[1.00, 5.00]	153	.003*
EEK1_SÄR	2.00	[0.00, 2.50]	2.00	[0.00, 4.00]	249.5	.274
EEK1_AST	6.00	[4.00, 10.00]	7.00	[6.00, 9.00]	258	.357
EEK1_INS	5.00	[3.50, 7.00]	6.00	[4.00, 9.00]	271	.497
EEK2_DEPR	7.00	[6.00, 9.00]	9.00	[6.00, 11.00]	249.5	.281
EEK2_ÜÄR	5.00	[4.00, 10.00]	8.00	[6.00, 11.00]	218	.096
EEK2_PAF	0.00	[0.00, 2.00]	3.00	[1.00, 4.00]	162.5	.006*
EEK2_SÄR	1.00	[0.00, 2.50]	2.00	[0.00, 4.00]	251.5	.289
EEK2_AST	5.00	[4.00, 8.00]	6.00	[5.00, 8.00]	260	.376
EEK2_INS	4.00	[4.00, 6.00]	5.00	[3.00, 8.00]	274.5	.539
M_EEK_DEPR	-2.00	[-2.00, -1.00]	-1.00	[-2.00, 0.00]	252.5	.292

Tabel 4 jätkub

M_EEK_ÜÄR	0.00 [0.00, 0.00]	-2.00 [-2.00, 0.00]	453	.004*
M_EEK_PAF	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	338.5	.461
M_EEK_SÄR	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	324.5	.704
M_EEK_AST	0.00 [-1.50, 0.00]	-1.00 [-2.00, 0.00]	333.5	.619
M_EEK_INS	-1.00 [-1.00, 0.50]	0.00 [-2.00, 1.00]	311.5	.940
PGIS_VM	4.25 [3.62, 4.75]	4.50 [3.75, 4.75]	300	.889
PGIS_P	4.20 [3.60, 4.40]	3.80 [3.20, 4.40]	354	.388
PGIS_RK	3.67 [3.33, 4.00]	3.33 [3.00, 4.00]	362	.309
PGIS_EK	4.00 [2.88, 4.62]	3.50 [2.75, 4.25]	341	.533
PGIS_KOKKU	3.98 [3.54, 4.35]	3.80 [3.02, 4.25]	350	.432
RAND36_1	2.60 [2.20, 2.85]	2.40 [2.00, 2.70]	360.5	.325
RAND36_2	2.00 [1.25, 2.00]	1.75 [1.25, 2.00]	374	.198
RAND36_3	1.67 [1.67, 2.00]	1.33 [1.33, 2.00]	402	.069
RAND36_4	4.00 [3.75, 4.38]	4.00 [3.75, 4.00]	383.5	.147
RAND36_5	4.20 [4.00, 4.50]	4.00 [3.80, 4.20]	399	.086
RAND36_6	2.50 [2.50, 3.00]	3.00 [2.50, 3.00]	241	.191
RAND36_7	2.50 [1.75, 3.75]	2.50 [1.50, 3.50]	323.5	.765
RAND36_8	3.40 [3.00, 3.60]	3.40 [3.20, 3.40]	334	.617

Märkus. EEK1_DEPR (depressioon); EEK1_ÜÄR (üldistunud ärevushäire) EEK1_PAF (paanikahäire); EEK1_SÄR (sotsiaalärevus); EEK1_AST (asteenia); EEK1_INS (insomnia); PGIS_VM (valmisolek muutusteks); PGIS_P (plaanilisus); PGIS_RK (ressursside kasutamise); PGIS_EK (eesmärgipärane käitumine); PGIS_KOKKU (üldskoor); RAND36_1 (füüsiline funktsioneerimine); RAND36_2 (rolli funktsioonide täitmine/ füüsiline); RAND36_3 (rolli funktsioonide täitmine/ emotsionaalne); RAND36_4 (virgus, energiatase); RAND36_5 (emotsionaalne heaolu); RAND36_6 (sotsiaalne funktsioneerimine); RAND36_7 (valu); RAND36_8 (tajatud tervis). N=56

*p<0,01 **p<0.05.

Muutujate vahelised seosed

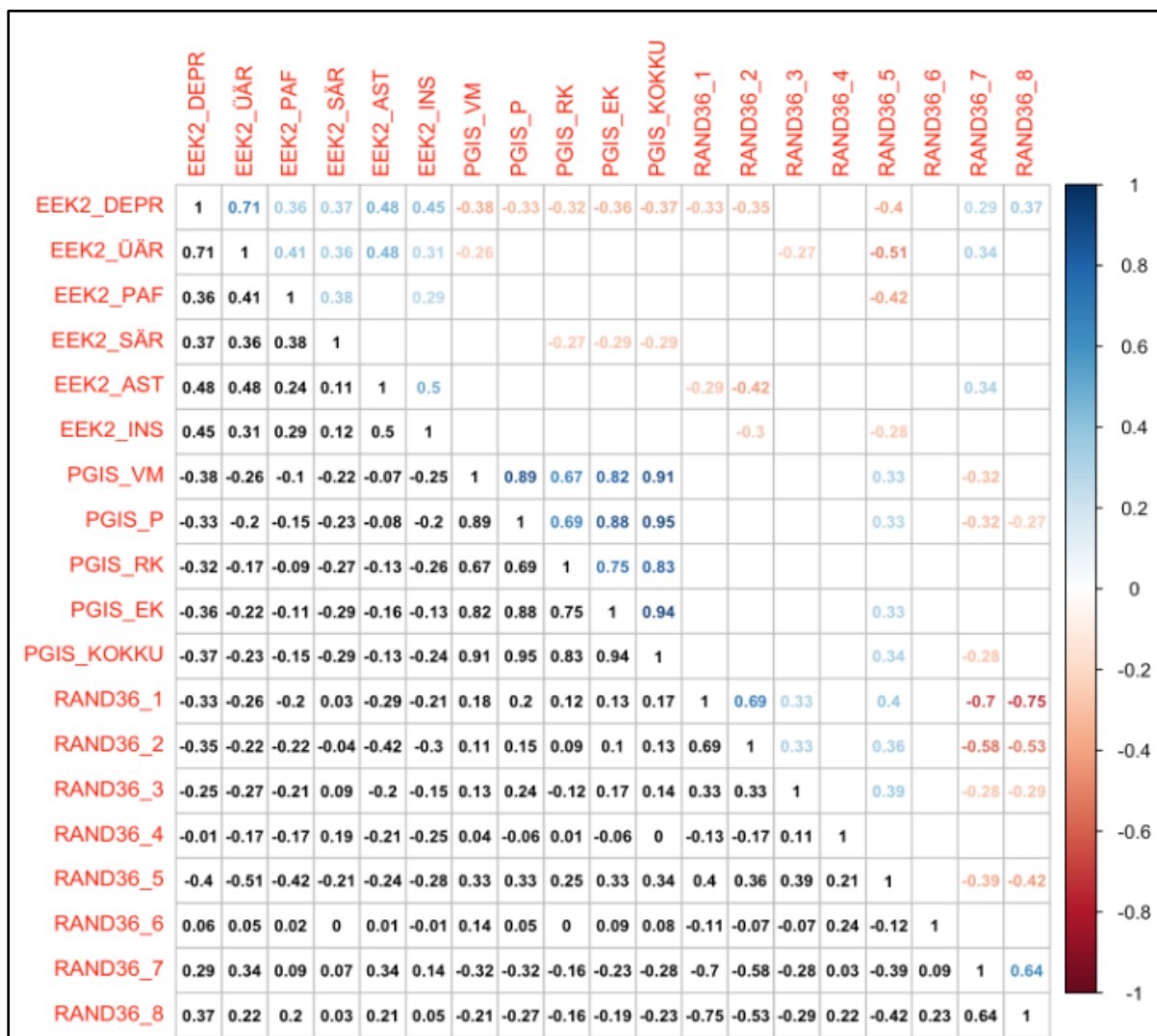
EEK2 korrelatsioonid

EEK2 küsimustiku korrelatsioonimaatriksiga saadud tulemused (tabel 5) näitavad, et suhteliselt kõrge positiivne seos on depressiooni EEK2_DEPR ning RAND36_7 ja RAND36_8 vahel, ($r=0.29$; $r=0.37$). Samuti on üldistunud ärevushäire EEK2_ÜÄR ja astenia EEK2_AST tugevalt seotud RAND36_7 alaskaalaga, korrelatsioonid vastavalt $r=0.34$ ja $r=0.34$. Kõrge positiivne seos on EEK küsimustiku kahe alaskaala: depressiooni EEK2_DEPR ja üldistunud ärevushäire EEK2_ÜÄR vahel: $r=0.71$. Suuremad positiivsed korrelatsioonid on küsimustiku PGIS ja RAND36 järgmiste alaskaalade vahel: PGIS_VM ($r=0.33$), PGIS_P ($r=0.33$) ja PGIS_EK ($r=0.33$) korreleerub positiivselt RAND36_5 alaskaalaga.

Kõrgemad negatiivsed korrelatsioonid on EEK2_ÜÄR (r= -0.51); EEK2_PAF (r= -0.42) ja RAND36_5 vahel , samuti on kõrgem negatiivne korrelatsioon EEK2_AST ja RAND36_2 vahel (r=-0,42). Korrelatsioonitabelist ilmneb, et PGIS küsimustikul on ka seesmiselt kõrge positiivne korrelatsioon, mis näitab et erinevad moodulid on sisuliselt kõik omavahel seotud (tabel 5). Samuti on näha tugevad seesmist korrelatsiooni EEK küsimustiku alaskaalade vahel. Tabelis 5 ülemises diagonaalis on välja toodud kõik statistiliselt olulised korrelatsioonid (p-väärtus < 0.05); alumises diagonaalis - kõik korrelatsioonid.

Tabel 5

Üldise tervise seisundi mõõdiku RAND36, PGIS II ja emotsionaalse enesetunde küsimustiku (2.ajapunkt) EEK2 omavahelised korrelatsioonid



Märkus. EEK2_DEPR (depressioon); EEK2_ÜÄR (üldistunud ärevushäire) EEK2_PAF (paanikahäire); EEK2_SÄR (sotsiaalärevus); EEK2_AST (asteenia); EEK2_INS (insomnia); PGIS_VM (valmisolek muutusteks); PGIS_P (plaanilisus); PGIS_RK (ressursside kasutamine); PGIS_EK (eesmärgipärane käitumine); PGIS_TOTAL (üldskoor); RAND36_1 (füüsiline funktsioneerimine); RAND36_2 (rolli funktsioonide täitmine/füüsiline); RAND36_3 (rolli funktsioonide täitmine/ emotsionaalne); RAND36_4 (virgus, energiatase); RAND36_5 (emotsionaalne heaolu); RAND36_6 (sotsiaalne funktsioneerimine); RAND36_7 (valu); RAND36_8 (tajutud tervis). N=56

M_EEK korrelatsioonid

M_EEK korrelatsioonianalüüsi tulemusena sain kõrged positiivsed korrelatsioonid depressiooni M_EEK_DEPR ja personaalse arengu initsiatiivi küsimustiku PGIS enamuse alaskaalade: valmisolek muutusteks ($r=0.35$) plaanilisus ($r=0.33$); eesmärgipärane käitumine ($r=0.34$) vahel.

Samuti on M_EEK_DEPR tugevalt positiivses seoses RAND36_5 ($r=0.31$) alaskaalaga - emotsionaalne heaolu. Sotsiaalärevuse alaskaalal M_EEK_SÄR on kõrge korrelatsioon RAND36_3 alaskaalaga- emotsionaalne rolli täitmine ($r=0.33$). Enamus PGIS alaskaaladest omakorda korreleeruvad tugevalt RAND36_5 alaskaalaga: korrelatsioonianalüüsi põhjal ilmneb, et valmisolek muutusteks ($r=0.33$); plaanilisus ($r=0.33$) ja eesmärgipärane käitumine ($r=0.33$) on omavahel tugevas positiivses seoses. Paanikahäire M_EEK2_PAF ja PGIS eesmärgipärase käitumise alaskaala omavaheline korrelatsioon näitab tugevat positiivset seost ($r=0.31$).

Regressioonimudel

Regressioonianalüüsi eesmärk antud uurimistöös oli leida üles sellised tunnused, näitajad, mis omavahel sõltumatult prognoosivad uuritavat tunnust, nt depressiooni. Kasutati lineaarset regressiooni. Tulemused näitasid seost nii 2.ajapunkti depressiooni kui asteenia skoori EEK2_AST ning RAND 36_2 (füüsilise rolli täitmine) ja RAND36_4 (virgus, energiatase) tunnuste vahel (tabel 6).

Ennustavatest tunnustest on asteeniaga statistiliselt olulises seoses RAND 36_2 (füüsilise rolli täitmine) ($B=-.3.52$, $p<0.05$) ja RAND36_4 (virgus, energiatase) ($B=-2.24$, $p<0.05$).

Tabel 6

EEK2_AST ja tervisega seotud RAND36 ennustav regressioonimudel

	Beeta	SE	t	p-väärtus
RAND36_2	-3.52	0.97	-3.611	.0007
RAND36_4	-2.24	1.02	-2.205	.0320

Märkus. $F(2, 53) = 7.775$, R^2 -kohandatud = 0.197

Arutelu

Antud uurimistöö keskendus sellele, kuidas rehabilitatsioonikeskuse kliendid hindavad oma tervisestaatust, nii vaimse kui füüsilise tervise seisukohast lähtuvalt ja kuidas on see seotud valmisolekuga muutuda.

Uurimistöö üheks eesmärkidest oli tuvastada, kas rehabilitatsiooni klientidel esineb depressiooni ja üldärevust (EEK2). Tulemustest ilmnes, et uuritavatel oli kõrge keskmine depressiooniskoor 1. ajapunktil mõõdetuna (>10) ning kõrge skoor saadi ka üldistunud ärevushäire osas (>9). EEK2 kohaselt depressiooni ja üldistunud ärevushäire diagnoosimiseks peab mõlema skoor olema >11. Valimi klientidest (N=56) oli 23-l (41%) skoor üle 11.

Esimene hüpotees oli, et rehabilitatsiooniteenuse raames osutatud psühholoogi nõustamisteenuse järgselt paranevad klientide vaimse tervise näitajad nii depressiooni kui üldärevuse osas. Antud hüpotees leidis tulemuste põhjal kinnitust: uuritavate nii depressiooni kui üldärevuse näitajad paranesid peale rehabilitatsiooniteenuse lõppemist, so 10-12 psühholoogilise nõustamiseansi järgselt. Lisaks olid paranenud sotsiaalärevuse, paanikahäire, asteenia, insomnia näitajad.

Minu teada Eestis analoogseid uurimusi rehabilitatsioonikeskustes (kas nt depressiooninäitajad vähenevad rehabilitatsiooniteenuse lõppedes) tehtud ei ole, kuid nagu teiste riikide analoogsetes keskustes läbiviidud uurimuste põhjal on leitud, on esmatasandi- ja rehabilitatsioonikeskustes pakutav psühholoogiline nõustamine tõhus (Cuijpers jt 2019) ja seda kinnitavad ka minu tulemused.

Teine hüpotees oli, et naistel on meestest kõrgem depressiooniskoor. Lisaks analüüsisin, kas on statistiliselt olulist erinevust sugude lõikes teiste EEK2 alaskaalade, RAND36 ning PGIS II alaskaalade osas. Hüpotees, et naistel on meestest kõrgem depressioon, leidis kinnitust, sarnaselt Bebbingtoni (1998) uurimusega, minu tulemused näitasid, et naistel diagnoositakse enam depressiooni. Uuringutulemustest selgus veel, et naistel olid kõikides EEK2 alaskaalade osas kõrgemad skoorid, samas statistiliselt oluline erinevus ilmnes vaid paanikahäire ja üldistunud ärevushäire alaskaalal. PGIS II ja RAND36 võrdluses, nagu märgitud, statistilist erinevust ei soo lõikes ilmnenud.

Kolmas hüpotees, kas kliendi üldine terviseseisund (RAND36 küsimustik) on seotud isikliku valmisolekuga muutusteks (PGIS), leidis kinnitust. Varasemad uuringud on kinnitanud, et PGIS skaala - personaalse arengu initsiatiivi kõrge skoor korreleerub psühholoogilise stressi ja psühholoogilise heaoluga (Weigold jt. 2018). Analoogse järeldotseni jõudsin ka mina oma

uurimistöös- kasutatud mõõtevahendid PGIS, EEK2 ja RAND36 korreleeruvad omavahel positiivselt mitme alaskaala osas. Tulemustest ilmneb, et suuremad positiivsed korrelatsioonid on küsimustiku PGIS ja RAND36 järgmiste alaskaalade vahel: valmisolek muutusteks, plaanilisus ja eesmärgipärane käitumine. Nimetatud alaskaalad korreleerusid positiivselt RAND36 alaskaalaga -emotsionaalne heaolu. Sellest ka loogiline järeldus - kui inimesel on eesmärk, kindel plaan ja valmisolek muutusteks, annab see ühtlasi kõrgema emotsionaalse heaolutunde ning elukvaliteedi. Senised uuringud on näidanud, et inimesed, kellel on kõrged näitajad muutusteks valmisolekuks, plaanipärasuseks, tahtlikuks käitumiseks, ressursside kasutamiseks, neil on suurem potentsiaal tuvastada või luua võimalusi, mis võimaldavad ja parendavad nende positiivset isiklikku arengut (Robitschek & Kashubeck, 1999).

Veel on leitud, et kõrge PGI skoori saanud inimesed kohanevad paremini erinevates olukordades, tulevad toime stressirohkete olukordadega, on eluga rahulolevamad ja otsivad sobivaimat lahendust olukordades (Loo, jt, 2014; Robitschek jt, 2012; Weigold jt, 2013).

Neljas hüpotees: kõrgem depressioon(iskoor) ennustab madalat muutumissoovi, ei leidnud kinnitust. Eeldasin, et kuna kõrge depressiooniskooriga inimesel on põhilisteks sümptomiteks teatavasti alanenud meeleolu, huvi- ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine, siis ei soovi või ei suuda inimene mõelda uute plaanide peale elus ja tegutseda uute eesmärkide nimel. Minu uuring sellist seost ei kinnitanud, kuid kindlasti ei saa nii väikese valimi põhjal tehtud uuringutulemusi adekvaatselt hinnata. Uurimistöös läbiviidud regressioonianalüüsi tulemused näitasid samas selgelt et kõrgem EEK skoor asteenia alaskaalal ennustas RAND36 tervisenäitajatest madalamat füüsilist sooritust ning virguse taset.

Kuna Eestis rõhutatakse üha enam vajadust patsiendikeskse tervishoiu arendamiseks, siis peaks üheks osaks olema just inimeste tervise mõõtmine läbi nende enda hinnangute, et anda kontekst füüsiliste mõõtmiste tulemustele (Lai, 2012). Töö autoril puudub ülevaade, milliseid enesekohaseid küsimustikke kasutavad erinevate rehabilitatsioonikeskuste spetsialistid, kuid leian, et need küsimustikud, mida mina antud uurimistöös ja enda igapäevatöös kasutan, on heaks vahendiks hindamaks rehabilitatsiooniklientide vaimse ja füüsilise tervise hetkeseisu ja ka seda kuidas nad on valmis ennast muutma. Teatavasti on tööalase rehabilitatsiooni peamisi eesmärke piiratud toimetulekuvõimega inimese lõimimine ühiskonda, et saavutada tema võimalikult suur iseseisvus ja sõltumatus ning parandada füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset toimetulekut (Harju, 2018). Minu hinnangul rehabilitatsiooniteenusele pöördujatel on sageli nende enese teadmata probleeme vaimse tervisega ning psühholoogiline nõustamine on neile kindlasti näidustatud. Dwight-Johnson jt (2000) uurisid kui paljud esmatasandi- (ja ka

rehabilitatsioonikeskustesse) pöörduvatest patsientidest vajaksid psühholoogilist nõustamist, ilmnes, et koguni 83% patsientidest vastas, et neile oleks see vajalik (Dwight-Johnson jt 2000). Praxise uuring (Veldre jt 2015) on välja toonud, et rehabilitatsioonikeskuste teenuste mahtu ja kvaliteeti on veel vähe uuritud: keskuste spetsialistid pakuvad klientidele psühholoogilist nõustamist, et toime tulla ebakindluse ja meeleoludega ning samuti arendada oskusi ennast aidata. Samas eeldab vaimse tervise häirega inimeste psühholoogiline nõustamine nõustajalt teatud lähenemisi ja oskuseid, sotsiaalsete oskuste ja kognitiivsete oskuste arendamine aga teistsugust lähenemist (Veldre, 2015).

Kuidas oleks seda kõige efektiivsem teha ja mida saaksid spetsialistid veel paremini teha, selleks ongi taolised uuringud ja nende edasiarendused heaks võimaluseks.

Uuringu kitsaskohad ja tulevikusuunad

Üheks kitsaskohaks on kindlasti klientide valimi väiksus - liiga väike, et teha adekvaatseid ja statistiliselt usaldusväärseid järeldusi. Samas leian, et antud uurimistöö näitas selgelt, et taoliste enesekohaste mõõtmisvahendite kasutamine rehabilitatsioonikeskustes ja nende analüüsimine võiks olla edaspidiselt kindlasti heaks praktiliseks väljundiks – tagasiside näol spetsialistidele ning oma töö efektiivsemaks muutmiseks.

Teine aspekt, mida ei uuritud antud uurimistöös - teadusuuringud on kinnitanud füüsiliste harjutuste mõju vaimsele tervisele, vähendades ärevust, depressiooni ja negatiivset meeleolu ning parandades enesehinnangut ja kognitiivseid funktsioone (Sharma, 2006). Niisiis, kas ja milline võis olla paralleelselt psühhoteraapiaga saadud füsioteraapia roll nt depressiooni ja üldärevuse näitajate paranemises, seda peaks edaspidi analoogseid uuringuid tehes kindlasti arvesse võtma.

Oluline on minu hinnangul ka sotsiaalselt soovitava vastamise aspekt, seda ei kontrollitud. Mõned kliendid olid ehk huvitatud näitamaks, et psühholoogi töö oli mõju (nn uurijale heameele valmistamine). Sotsiaalselt soovitav vastamine (*social desirability responding*) on enesekohasele küsimustikule vastamine viisil, mis näitab vastajat heas valguses, kehtivatele sotsiaalsetele normidele vastavalt. Thomas, jt (2007) toovad välja, et suur osa uurijaid on arvamusel, et sotsiaalselt soovitaval vastamisel on suur roll enesekohaste küsimustike täitmisel, eriti sellistes valdkondades nagu tarbimiskäitumine, psühhopatoloogia, organisatsiooniline käitumine ja hoiakud. Sotsiaalselt soovitav vastamine mõjutab inimesi seda rohkem, mida vähem anonüümseks on vastamisel võimalik jääda ning mida olulisemad on isikule tema poolt antud vastuste tulemused

(Holtgraves, 2004). Paulhus (1991) tõi sotsiaalselt soovitava vastamise tunnuseks välja motivatsiooni endast parema pildi loomiseks.

Kokkuvõtteks leian, et minu uuringutulemustest tehtavad järeldused annavad võimaluse läheneda teemale ühe konkreetse rehabilitatsioonikeskuse klientide hetkeolukorrast lähtuvalt ja tulevikus võiksid sarnaseid uuringuid läbi viia ka teised rehabilitatsioonikeskused. Oleks vaja kaardistada paremini, milliseid enesekohaseid küsimustikke teised keskused kasutavad, millised tegurid avaldavad rohkem, millised vähem mõju kliendi muutumissoovile, et selgitada välja tõhusaimad meetodid, kuidas rehabilitatsiooniteenusele pöördunud klienti paremini aidata, nii vaimse kui füüsilise tervise, laiemalt elukvaliteedi parendamisest lähtuvalt.

Kasutatud kirjandus

- Aldao, A. et al (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30, 217-237.
- Allik, J., Realo, A. (2004). Individualism-Collectivism and Social Capital. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 29-49.
- Almeida, O.P., et al (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24 (10), 1622-1632.
- Aluoja, A., et al (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Ayub, N. (2012). The Relationship of Personal Growth Initiative, Psychological Well-Being and Psychological Distress Among Adolescents. *Journal of Teaching and Education*, CD-ROM. ISSN: 2165-6266 :: 1(6):101–107 (2012)
- Bandelow, B et al. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun; 19(2): 93–107.
- Barnes, M. P., Ward, A. (2005). Approaches to rehabilitation. *Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine*, 1-23. Oxford University Press
- Bebbington, B.E. (1998). Sex and depression. *Psychol Med*. 1998 Jan;28(1):1-8.
- Bitsika, V., Sharpley, C. (2012). Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: implications for student counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40 (4), 385-394.
- Brazier J, et al (1999). A review of the use of health status measures in economic evaluation. *Health Technol Assess* 1999;3(9):i-164
- Brazier J.E, et al (1996). Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Qual Life Res* 1996 Apr;5(2):195-204.
- Brazier J.E, et al (1992) . Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992 Jul 18;305(6846):160-4.
- Cuijpers, P. et al. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Nov 23;21(12):129
- Dwight-Johnson, M. et al. (2000). Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients. *J Gen Intern Med*. 2000 Aug; 15(8): 527–534.

- Escorpizo, R. et al. (2011). A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil.* 2011 Jun; 21(2):134-46.
- Granö, N., Keltikangas-Järvinen, et al. 2007. Impulsivity and a predictor of newly diagnosed depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 173-179.
- Hanga, K. jt. (2008) . Pitra II – Puudega inimene tööturule rehabilitatsiooni-süsteemi arendamisega. *Pitra II. Lõppraport 2008*. Tallinn
- Hardin, E. E., et al (2007). Self-discrepancy and distress: The role of personal growth initiative. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 86–92.
- Harju, A. (2018). Tööalane rehabilitatsioon. *Eesti Arst* 2018; 97(1):52–53
- Holtgraves, T. (2004). Social Desirability and Self-Reports: Testing Models of Socially Desirable Responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (2),161-172
- Kovacs, M., et al. (2008). Emotion (Dys)regulation and Links to Depressive Disorders. *Child Development Perspectives*, 2 (3), 149-155.
- Lai, T. (2012) . Ülevaade peamistest üldist tervisega seotud elukvaliteeti mõõtvatest küsimustikest ja nende kasutamisest Eestist. 2012. Tallinn.
- LeMoult, J., Joormann, J. (2012). Attention and Memory Biases in Social Anxiety Disorder: the Role of Comorbid Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 47-57.
- Lohr K.N, et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986 Sep; 24(9 Suppl): S1-87
- Paulhus, D. L., Reid, D. B. (1991). Enhancement and denial in socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (2), 307-317.
- Robitschek , C. et al. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *J Couns Psychol.* 2012 Apr;59(2):274-87.
- Robitschek, C. (2003). Validity of Personal Growth Initiative Scale scores with a Mexican American college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 496–502.
- Robitschek, C., Kashubeck, S. (1999). A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 159-172.

- Robitschek, C. (1999). Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183-198.
- Robitschek, C. (1998) . Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(4), 183–198.
- Robitschek, C. (1997). Life/Career Renewal: An Intervention for Vocational and Other Life Transitions. *Journal of Career Development*, 24(2), 133-146.
- Roht, K. (2008). ESF projekti PITRA ettepanekud rehabilitatsioonisüsteemi korrastamiseks. *PITRA. Sotsiaaltöö*, lk 26-30.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. 1995. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Sharma, A et al (2006). Exercise for Mental Health. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2006; 8(2): 106
- Zuelke A. et al (2018). The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *J Affect Disord* . 2018 Aug 1;235:399-406.
- Tarlow, AR, et al (1986). The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989 Aug 18;262(7):925-30.
- Thomas, S. L., et al. (2007). The Double-Rating Method: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), 2751-2763
- Veldre, V., et al. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed tööturul. *Uringuaruanne. Poliitikauuringute Keskus Praxis*. Tallinn.
- Veldre, V., et al. (2012). Töövõimetus hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis. *Uringuaruanne. Poliitikauuringute Keskus Praxis*. Tallinn
- Villacieros, M., Serrano, et al. 2014. Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. *Anales de Psicología*, 30(3).
- Ware JE, Jr., Sherbourne C D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 Jun;30(6):473-83.
- Weigold, I et al. (2018). Personal Growth Initiative in the Therapeutic Process: An Exploratory Study. *The Counseling Psychologist* 2018, Vol. 46(4) 481–504
- Weigold, I. K., et al. (2013). Examining tenets of personal growth initiative using the Personal Growth Initiative Scale–II. *Psychological Assessment*, 25(4), 1396–1403

Weigold, I. K., & Robitschek, C. (2011). Agentic personality characteristics and coping:

Their relation to trait anxiety in college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 255–264.

Ööpik, P., Aluoja, et al (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*,

23, 693-698

Ööpik-Loks, M. (2019). Patsientide rahulolu kvalitatiivne uuring. *Keskustelu*.

Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, nr. 17, 1 juuni 2019.

Yakunina, E. S., et al. (2013). Personal growth initiative: Relations with acculturative stress

and international student adjustment. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 2(1), 62–71.

Lihthitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Lili Kukk

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihthitsentsi) minu loodud teose “Tervise seisundi, muutumissoovi ja depressiivsuse vahelised seosed rehabilitatsiooniklientidel”

mille juhendaja on Toivo Aavik,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihthitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Lili Kukk

24.05.2021