Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Monica Tammeorg

Noorukite vaimse tervise abi otsimise kavatsuse seos depressiooni sümptomite ja vaimse tervise teadlikkusega

Uurimistöö

Juhendajad: Kenn Konstabel
Kaia Laidra

Läbiv pealkiri: Noorte valmisolek otsida vaimse tervise abi

Tartu 2025

Noorukite vaimse tervise abi otsimise kavatsuse seos depressiooni sümptomite ja vaimse tervise teadlikkusega

Kokkuvõte

Käesolev uurimistöö uuris, millised tegurid mõjutavad Eesti noorukite valmisolekut otsida vaimse tervise probleemide korral abi. Analüüs põhines Eesti laste vaimse tervise uuringu (LVTU) andmetel. Uuritavad tegurid olid depressiooni sümptomid, teadlikkus vaimse tervise abi võimalustest, usk vaimse tervise abisse ja vaimse tervise probleemide häbimärgistamine. Tulemused näitasid, et kavatsust abi otsida ennustasid kõige rohkem noorte teadlikkus ja usk vaimse tervise abi tõhususesse. Depressiooni sümptomid ei olnud statistiliselt olulised professionaalse abi otsimise ennustajad, kuid noored, kellel oli rohkem sümptomeid, teatasid sagedamini, et nad ei otsiks üldse abi. Uuring toob esile vajaduse tõsta teadlikkust ja kujundada positiivseid hoiakuid vaimse tervise toetuse suhtes.

Märksõnad: depressiooni sümptomid, vaimne tervis, abi otsimine, vaimse tervise teadlikkus, häbimärgistamine, vaimse tervise abisse uskumine

Associations of Adolescents' Mental Health Help-Seeking Intentions with Depressive Symptoms and Mental Health Literacy

Abstract

This study examined the factors that influence Estonian adolescents' willingness to seek help for mental health problems. The analysis was based on data from the Estonian Children's Mental Health Study (LVTU). The investigated factors included depressive symptoms, awareness of available mental health support, belief in the effectiveness of mental health help, and mental health stigma. The results showed that adolescents' awareness and belief in the effectiveness of mental health services were the strongest predictors of their intention to seek help. Depressive symptoms were not statistically significant predictors of seeking professional help, although adolescents with more symptoms often reported that they would not seek help at all. The study highlights the need to raise awareness and foster positive attitudes toward mental health support.

Keywords: depression symptoms, mental health, help-seeking, mental health literacy, stigma of mental health problems, belief in mental health help

Viimastel aastatel on vaimse tervise probleemid ja nende käsitlemine muutunud järjest olulisemaks teemaks nii teadusmaailmas kui ka ühiskonnas laiemalt. Depressioon on üks levinumaid vaimse tervise häireid, kuid paljud inimesed ei otsi sellele õigeaegselt abi. Laste ja noorte seas võib depressiooni äratundmine ja sellele õigeaegse abi otsimine olla eriti keeruline, kuna sümptomid võivad avalduda teistmoodi kui täiskasvanutel ning takistuseks võivad olla nii vähene vaimse tervise teadlikkus (*mental health literacy*) kui ka stigmatiseerimine (Yamaguchi jt., 2023). Depressiooni sümptomite süvenemine võib mõjutada inimese otsustusvõimet ja valmisolekut professionaalset tuge otsida. Käesolev uurimistöö analüüsib vaimse tervise abi otsimise kavatsuse seost depressiooni sümptomite ja vaimse tervise teadlikkuse eri aspektidega Eesti laste vaimse tervise uuringu (LVTU) andmetele tuginedes, et paremini mõista, kuidas need tegurid omavahel seotud on.

Vaimse tervise abi otsimine

Vaimse tervisega seotud häired, sealhulgas depressioon, mõjutavad miljoneid inimesi kogu maailmas ning võivad oluliselt halvendada elukvaliteeti. Üks tähtsamaid tegureid vaimse tervise parandamisel ja säilitamisel on abi otsimine (*help-seeking*). Vaimse tervise kontekstis abi otsimist saab defineerida kui adaptiivset toimetulekuprotsessi, mis on katse saada välist abi vaimse tervisega seotud probleemide lahendamiseks (Rickwood jt., 2012). Abiallikaid on mitut tüüpi ning oluline on neid eristada. Ühe pakutud skeemi kohaselt (Rickwood jt., 2012) võib abi allikaid jagada järgmisel viisil:

1. professionaalsed tervishoiuteenuste osutajad, kellel on konkreetne roll vaimse tervise osutamisel (ametlik/formaalne)
2. teenuseosutajad ja spetsialistid, kellel ei ole vaimse tervise osutamisel kindlat rolli (poolformaalne)
3. mitteametlikud sotsiaalsed toetused (mitteformaalne)
4. eneseabi ressursid (eneseabi)

Vaimse tervise abi otsimise protsess sõltub mitmest tegurist, mille hulgas on indiviidi teadlikkus vaimse tervise probleemidest, sotsiaalsest toetusest, kultuurilistest normidest ning ühiskonnas levinud stigmatiseerimisest (Yamaguchi jt., 2023). Vaimse tervise teadlikkus on üks olulisemaid tegureid, mis mõjutab noorte valmisolekut otsida professionaalset tuge. See teadlikkus hõlmab teadmisi ja uskumusi, mis aitavad ära tunda vaimse tervise probleeme, mõista nende olemust, teada saada, kust abi otsida, ja kujundada vastavaid käitumisotsuseid (Mansfield jt, 2020). Süsteemne ülevaade (Radez jt, 2021) näitab, et kuigi noorte seas kasvab

huvi vaimse tervise vastu, on nende teadlikkus abivõimalustest sageli ebapiisav ning paljud olemasolevad mõõdikud ei arvesta piisavalt noorte arengulisi eripärasid. Ligikaudu pooled ülevaatesse kaasatud uuringud tõid välja, et noored ei tea, kelle poole pöörduda või ei suuda probleemi piisavalt tõsiselt tajuda, et seda seostada vaimse tervise murega. Lisaks tuuakse välja, et teadlikkuse puudumine võib olla seotud ka vähese ootusega, et abi oleks tõhus või kättesaadav. Need leiud rõhutavad, et efektiivne abiotsimine eeldab mitte ainult sümptomite äratundmist, vaid ka ligipääsu usaldusväärsele infole ning usku, et abi on kättesaadav ja toimiv.

Uuringud on näidanud, et kui noorukid kogevad hüpoteetilisi vaimse tervise probleeme, eelistavad nad esialgu pöörduda mitteformaalsete allikate poole, näiteks sõprade, perekonna või õpetajate poole (Sawyer jt., 2012). Kuigi mõned kaaluvad koolinõustaja või internetipõhiste ressursside kasutamist, on ametlikud tervishoiuteenused, nagu psühholoogid või arstid, sageli viimane võimalus, mida kaalutakse.

Selle töö raames kasutatakse abi allikate jagamist kahte tüüpi: formaalne (professionaalne) ja mitteformaalne abi. Formaalne abi otsimine on abi spetsialistidelt, kellel on õigustatud ja tunnustatud ametialane roll asjakohase nõustamise, toe ja/või ravi pakkumisel. Nende hulka kuuluvad spetsialiseerunud ja üldised tervishoiuteenuse osutajad (psühholoogid, psühhiaatrid, terapeudid), aga ka tervishoiutöötajad, nagu õpetajad, kogukonna- ja noorsootöötajad. Mitteformaalne abi otsimine on mitteametlike sotsiaalsete võrgustike, näiteks sõprade ja perekonna abi. See hõlmab abiallikaid, millel on isiklik, mitte professionaalne suhe abiotsijaga.

Depressioon lastel ja noortel

Depressioon on üks levinumaid ja olulisemaid psüühikahäireid, mis mõjutab igas vanuses inimesi. Depressioon on meeleoluhäire, mida iseloomustab ennekõike pidevalt alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine. Laste depressiooni diagnoosimise korral võib siiski tuvastada muid sümptomeid, näiteks tihti esinev vihane või ärrituv meeleolu, nutmine, tunne, et keegi ei armasta sind, enesehaletsus (Stark, 1990). Kognitiivsete sümptomite hulka kuuluvad negatiivne enesehinnang, pidev süütunne ilma põhjuseta, lootuse kaotamine probleemide lahendamisel, keskendumisraskused, otsustamatus, obsessiivsed mõtted surmast. Motivatsiooni kaotusega seotud sümptomid hõlmavad ka sotsiaalset isolatsiooni ja vähenenud akadeemilisi võimeid (Stark, 1990). Viimastel aastatel on laste ja noorukite seas üha enam tähelepanu pööratud depressioonile, kuna see on häire, mis võib oluliselt mõjutada nende arengut, akadeemilisi saavutusi, sotsiaalseid suhteid ja füüsilist tervist. Depressiooni seostatakse sageli ka enesetapukäitumisega, mis võib lõppeda

surmaga. Noores eas kogeb 1 5-st teismelisest vähemalt ühte depressiivset episoodi. Teine peamine surmapõhjus 15-24-aastaste noorte seas on enesetapp, millest enamik on põhjustatud ravimata või diagnoosimata depressioonist (Chokroverty, 2024). Lapsed ja noorukid on depressiivsete sümptomite suhtes haavatavad, kuna nad on arenguliselt tundlikumas eluetapis - nad on sageli emotsionaalselt ebastabiilsemad ja vastuvõtlikud paljudele riskiteguritele. Noorukite vaimsete häirete probleemi uuritakse globaalsel tasandil nii üksikute piirkondade kui ka riikide ja tervete mandrite jaoks. 41 uuringu metaanalüüs, mis viidi läbi aastatel 1985-2012 27 riigis (Polanczyk jt, 2015), hindas kogu maailmas mis tahes psüühikahäirete levimuseks laste ja noorukite seas 13,4%, depressiivsete häirete näitaja oli 2,6%.

Kui vaadata neid näitajaid Eestis, siis laste ja noorukite vaimne tervis tekitab samuti muret. Kooliealiste laste seas läbi viidud uuringu (Samm jt, 2010) kohaselt, milles kasutati andmeid HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children)* uuringust (2005/2006), ligikaudu 40% koolilastest teatas enesetapumõtetest ja/või depressiivsetest tunnetest. Kuigi tegemist ei ole kliinilise diagnoosiga, vaid ühele küsimusele tugineva enesearuandega, viitab leid sellele, et üllatavalt suurel osal Eesti koolilastest puudub igapäevaelus psühholoogiline heaolu. Rahvusvahelise kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (*Health Behaviour in School-aged Children*; HBSC) 2021/2022. õppeaasta küsitluse tulemuste kohaselt esines Eesti kooliõpilastel depressiivseid episoode 23,2% poistest ja 45,1% tüdrukutest (kokku oli depressiivsete sümptomite esinemise sagedus kooliõpilastel 34%) (Oja jt., 2023). Kui võrrelda neid tulemusi 2018. aasta tulemustega (HBSC, 2017/2018), on näha depressiivsete sümptomite esinemises tõusutrendi - depressiivseid episoode koges 2018. aastal 32,8% noortest.

Seos vaimse tervise abi otsimise ja depressiooni vahel

Tihti kardetakse, et vaimse tervise probleemide tunnistamine võib viia negatiivsete hinnangute ja tõrjutuseni, mistõttu paljud inimesed, eriti noorukid, väldivad abi otsimist ka siis, kui nad seda hädasti vajavad (Sawyer jt., 2012). Depressiooni puhul kaasnevad sageli sellised sümptomid, mis võivad vähendada inimese valmisolekut otsida ja võtta vastu vajalikku abi - negatiivsed mõttemustrid, energiapuudus, huvi ja elurõõmu kadumine, madal enesehinnang. Uuringud on kinnitanud, et depressioonis noorukid on oluliselt vähem tõenäolised otsima abi võrreldes nende eakaaslastega, kellel on madalam depressiivsete sümptomite tase (Sawyer jt., 2012).

Lisaks depressiivsete sümptomite raskusele mõjutavad abi otsimise kavatsust ka muud tegurid, mis võivad takistada abivajajaid tegelikult professionaalset abi otsima. Üksikisiku tasandil võib vähese abi otsimise kavatsuste põhjuseks olla suur vajadus

autonoomia järele oma probleemidega toimetulemisel ja hirm konfidentsiaalsuse puudumise ja muude terapeutiliste suhete takistavate arusaamade ees (Baldofski jt., 2024). Peale nende tegurite võivad abi otsimist takistada ka muud, nagu aja- ja ressursipuudus (Singh jt., 2019). Uurimistulemuste kohaselt varieerus kavatsus otsida professionaalset psühholoogilist abi poiste ja tüdrukute vahel, kellest viimased otsisid abi sagedamini (Ando jt., 2018). Asjaolu, et tüdrukud otsivad tõenäolisemalt professionaalset abi, võib olla tingitud sellistest teguritest nagu emotsionaalne avatus, vähem häbimärgistamist (võrreldes juhtumitega, kus abi otsib poiss/mees) ja soolised normid. Uuring abi otsimise kavatsusest varateismelistel (Ando jt., 2018) näitab, et soolised normid probleemide lahendamisel pärssisid kavatsust depressiooni korral abi otsida tugevamalt poistel kui tüdrukutel.

Depressiooni ja abi otsimise vahel on keeruline ja vastastikune seos: tõsisemad depressiooni sümptomid vähendavad inimese soovi ja suutlikkust abi otsida, samas kui vähene abi otsimine ja tugisüsteemi puudumine võivad viia sümptomite süvenemiseni (Yamaguchi jt., 2023). Selline nõiaring toob esile vajaduse tõhusamate teadlikkuse suurendamise ja ennetusmeetmete järele, mis aitaksid kaasa varajasele abi otsimisele ning ennetaksid vaimse tervise probleemide süvenemist.

Eesti laste vaimse tervise uuring

Uuring, mille põhjal see uurimistöö on kirjutatud (LVTU, 2025), andis üksikasjaliku ülevaate eesti laste ja noorukite psühholoogilisest tervisest, sealhulgas depressiooni ja selle riskitegurite kohta. Eesti laste vaimse tervise uuring (LVTU) viidi läbi Tartu Ülikooli, Tervise Arengu Instituudi ja Turu-uuringute AS-i koostöös Sotsiaalministeeriumi tellimusel ajavahemikus 22.06.2023–28.02.2025. Uuringu algatamise tingis suurenev vajadus saada usaldusväärseid andmeid Eesti laste ja noorte vaimse tervise seisundi kohta.Vastavalt saadud tulemustele, üheks depressiooni riskiteguriks oli nooruki vanus. Vanuse kasvades suurenes depressiooni sümptomite esinemine, olles 15+ vanuserühmas rohkem levinud kui 11–14-aastaste seas. Samuti näitavad tulemused, et depressiooni sümptomite kogemine oli negatiivselt seotud eluga rahuloluga, mis tähendab seda, et mida madalam eluga rahulolu skoor noorukil oli, seda rohkem depressiooni sümptomeid ta koges. Depressiooni riskiteguriteks osutusid veel tajutud stressi skoor, konfliktid perekonnas ja eksternaliseeritud probleemide (käitumisprobleemide) esinemine. Lisaks sellele leiti, et kõrgem ärevuse tase oli seotud kõrgema depressiooni sümptomite tasemega. Veel üheks oluliseks tulemuseks oli see, et tahtlik enesevigastamine ennustas suurel määral depressiooni sümptomite kogemist.

Uurimistöö eesmärk

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on LVTU uurimisprojekti andmeid kasutades

analüüsida, kuidas depressiooni sümptomid, teadlikkus vaimse tervise abi võimalustest, usk vaimse tervise abisse ning vaimse tervise probleemide häbimärgistamine on seotud noorukite valmisolekuga otsida vaimse tervise probleemide korral abi. Eristades professionaalset ja mitteformaalset abiotsimist, võimaldab see lähenemine paremini mõista, millised tegurid suurendavad või vähendavad tõenäosust, et noor pöördub spetsialisti poole. Selleks, et uurida noorte valmisolekut vaimse tervise abi otsida, olid püstitatud järgmised hüpoteesid:

1. Noorukid, kellel on rohkem depressiooni sümptomeid, ei kavatse suurema tõenäosusega otsida vaimse tervise abi või otsivad abi mitteformaalsetest allikatest.
2. Noorukid, kes hindavad oma teadlikkust, kust vaimse tervise abi otsida, madalamaks, ei kavatse otsida vaimse tervise abi, eriti professionaalset abi.
3. Noorukitel, kes häbimärgistavad rohkem, on madalam kavatsus vaimse tervise probleemi korral abi otsida, eriti professionaalset abi.
4. Noorukitel, kes usuvad rohkem vaimse tervise abi tõhususesse, on suurem kavatsus otsida vaimse tervise abi.

Meetod

Valim

Uuringu valimisse kuulusid lapsed vanuserühmas 8-17 aastat koolidest, mis olid juhuslikult valitud arvestades kooli suurust, õppekeelt (eesti või vene) ja piirkonda. Valimisse kaasati koolid Tallinnast, Ida-Virumaalt, Harjumaalt (v.a Tallinn), Lääne-, Kesk- ja Lõuna-Eestist ning Tartu linnast. Venekeelsete koolide kihid koostati eraldi üksnes Tallinnas ja Ida-Virumaal. Iga piirkonna koolidest valiti uuringus osalema nii palju klasse, et algvalimi õpilaste koguarv oleks olnud vähemalt 500 ning kõigis piirkondades kokku vähemalt 3000.

Koolides valiti igast kooliastmest (2., 3., 4. klass jne) üks klassikomplekt juhuslikult määratud järjestuse alusel. Koolide madala osalusvalmiduse tõttu asendati keeldunud koolid sama piirkonna teiste koolidega, kuni esmasesse valimisse kaasati 44 kooli (ligikaudu 186 klassi), kust koguti 575 lapsevanema nõusolekut (19,5%). Madala osaluse tõttu moodustati lisavalim, mille raames pöörduti 59 kooli poole, millest uuringus osales 34 kooli (umbes 180 klassikomplekti). Selle kaudu koguti veel 489 nõusolekut (17,4%).

Kokku saadeti küsitluskutse 148 koolile, kellest uuringus osales 77 kooli (ligikaudu 361 klassi). Kokku jõudis kutse 5760 lapse ja lapsevanemani, kellest 1064 lapsevanemat (18,5%) andsid nõusoleku ning 681 last (11,8%) osalesid küsitluses. Valimi täpsemast

moodustamisest on võimalik lugeda LVTU lõpparuandest (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2025).

Kuna vaimse tervise teadlikkusega seotud küsimustele vastasid lapsed alates 11. eluaastast, keskenduti käesolevas uurimistöös kahele vanusegrupile - 11-14 eluaastat ja 15+ eluaastat. Vanuserühmas 11–14 vastas kokku 271 õpilast, sh 136 poissi (50,2%), 134 tüdrukut (49,4%) ning 1 õpilane (0,4%) ei soovinud oma sugu määratleda. Vanuserühmas 15+ vastas kokku 227 õpilast, sh 89 poissi (39,2%), 133 tüdrukut (58,6%), 4 õpilast määratlesid oma soo kui *muu* (1,8%) ning 1 õpilane (0,4%) ei soovinud oma sugu määratleda. Kuna soo küsimusele "muu" või "ei soovi vastata" vastanud lapsi oli väga vähe, siis jäeti nad statistilisest analüüsist välja.

Uuringu disain ja protseduur

Osalejate värbamine algas sellega, et koolidega võeti ühendust koolide direktorite kaudu, kellele saadeti meilile uuringut tutvustav kiri ja küsiti nõusolekut kooli osalemiseks uuringus. Järgmisena saatis kooli kontaktisik õppeinfosüsteemi kaudu osalevate klasside lapsevanematele informeerimise vormi koos lapsevanema/hooldaja nõusoleku vormiga LimeSurvey platvormil. Kui lapsevanem oli nõus, et tema laps osaleb uuringus, oli lapsele genereeritud individuaalne kood, mille sisestamisel laps sai küsimustele vastata ning mille alusel seostati omavahel vanema ja lapse küsimustikke.

Pärast nõusolekute kogumist hakati lapsi küsitlema. Klassijuhatajatega lepiti kokku laste küsitlemiseks sobiv aeg ja koht koolis. Küsitlus toimus ühe koolitunni jooksul. Nendele õpilastele, kes uuringus ei osalenud, oli antud iseseisev töö (eelistatavalt teises ruumis). Küsitluse läbiviimiseks kasutati tahvelarvuteid, mis vähendasid võimalust, et kaasõpilased said näha teiste vastuseid väiksemate ekraanide tõttu. Küsitlus viidi läbi turvaliselt LimeSurvey platvormil. Küsitlus toimus eesti ja vene keeles.

Mõõtmisvahendid

Vaimse tervise probleemide hindamiseks kasutati lastele ja lapsevanematele eraldi koostatud küsimustikke, mille koostamisel eelistati juba olemasolevaid ja rahvusvaheliselt tunnustatud küsimustikke, kuid osa küsimusi koostati ka spetsiaalselt selle uuringu jaoks.

Laste ankeedid olid koostatud kolmes versioonis: vanustele 8–10, 11–14 ning 15 ja vanemad. Laste küsimustik võttis keskmiselt 30 minutit aega vastamiseks, selleks et laps jõuaks vastata koolitunni jooksul. Ankeet kattis nii positiivset vaimset tervist kui ka vaimse tervise probleeme, samuti vaimse tervisega seotud riski- ja kaitsetegureid, hoiakuid ja teadlikkust vaimse tervise teenustest. Käesoleva töö puhul olid olulised küsimustikus sisalduvad küsimused vaimse tervise abi otsimise kavatsuse, depressiooni sümptomite,

vaimse tervise abi võimalustest teadlikkuse, vaimse tervise probleemide häbimärgistamise ja vaimse tervise abisse uskumise kohta.

Vaimse tervise abi otsimise kavatsust hinnati LVTU jaoks loodud küsimusega “Kui Sul oleks vaimse tervise probleem, mida Sa abi saamiseks teeksid või kellega räägiksid?” Vastusevariandid on esitatud lisas A; valida võis mitu vastusevarianti. Küsimusele antud vastustest moodustati kaks binaarset tunnust: vaimse tervise abi otsimise kavatsus ja professionaalse vaimse tervise abi otsimise kavatsus. Vaimse tervise abi otsimise kavatsusele omistati väärtus 0, kui osaleja valis vastusevariandi “mitte midagi/mitte kellegagi”, ja väärtus 1, kui osaleja valis ükskõik millise teise vastusevariandi. Professionaalse vaimse tervise abi otsimise kavatsust käsitleti ainult siis, kui osalejal oli kavatsus vaimse tervise abi otsida. Selle tunnuse loomiseks liigitati vastusevariandid 2–17 professionaalseteks (koolipsühholoog, sotsiaalpedagoog, telefoninõustamine, internetinõustamine, perearst, vaimse tervise õde, psühholoog/nõustaja, psühhiaater ja hingehoidja/vaimulik) ja mitteformaalseteks (täiskasvanud pereliige, õde/vend, sõber, poiss-/tüdruksõber, õpetaja, veebi suhtluskaaslane ja internetist oma probleemi kohta lisainfo otsimine) vaimse tervise abi võimalusteks (LVTU, 2025). Professionaalse abi otsimise kavatsuse tunnusele omistati väärtus 1, kui osaleja oli valinud vähemalt ühe professionaalse abi võimaluse, ja väärtus 0, kui osaleja kavatses otsida ainult mitteformaalset abi.

Depressiooni sümptomite hindamiseks kasutati 25-väitelise *Revised Children’s Anxiety and Depression Scale*’i (RCADS-25; Ebesutani jt, 2012) depressiooni alaskaalat, mis koosneb 10 depressiooni sümptomeid kirjeldavast väitest. Vastuseid anti Likerti skaalal (0 - mitte kunagi, ... 3 - alati). Depressiooni skoor arvutati depressiooni alaskaala väidetele antud vastuste liitmisel.

Vaimse tervisega seotud häbimärgistamise ja vaimse tervise abi tõhususse uskumise hindamiseks olid kasutusel mõned Taani noorukite Mental Health Literacy skaala (MeHLA; Zenas jt., 2020) eeskujul loodud küsimused. MeHLA hindab noorukite vaimse tervisega seotud hoiakuid. Häbimärgistamist hinnati nelja väitega (“Vaimse tervise probleemid on märk inimese nõrkusest”, “Kui mul on võimalik valida, siis ma ei tahaks olla samas grupis kellegagi, kellel on vaimse tervise probleem”, “Kui tunnis minu kõrval istuval klassikaaslasel on vaimse tervise probleem, siis ma istuksin meelsamini mujale”, “Enamik minu klassikaaslastest istuks meelsamini mujale, kui tunnis nende kõrval istuval klassikaaslasel on vaimse tervise probleem”), iga väitega nõustumist hinnati 5-pallisel skaalal (1 - üldse mitte, … 5 - väga palju). Häbimärgistamise skoori arvutamiseks liideti nelja väite vastused kokku. Vaimse tervise abisse uskumist hinnati küsimusega “Mil määral aitab Sinu arvates vaimse

tervise probleemide puhul… 1. …psühholoogiline nõustamine? 2. …lähedaste tugi? 3. …ravimid?" ning vastuseid hinnati samuti 5-pallisel skaalal (1 - üldse mitte, ... 5 - väga palju). Vaimse tervise abisse uskumise skoor arvutati kolme väite vastuste liitmisel.

Selleks, et hinnata teadlikkust vaimse tervise abi võimalustest, kasutati küsimust "Kas Sa tead, mida teha või kelle poole pöörduda, kui Sinul või Sinu lähedasel on vaimse tervise probleem?" Algsed neli vastusevarianti kodeeriti andmeanalüüsi jaoks ümber kaheks kategooriaks: "pigem tean" (sisaldab vastuseid "tean väga hästi" ja "pigem tean") ja "pigem ei tea" (sisaldab vastuseid "pigem ei tea" ja "ei tea üldse").

Eetilised aspektid

Uuringukavand kooskõlastati Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomiteega (TAIEK otsused nr 1270, 02.01.2024 ja 1282, 25.01.2024). Uuringut läbi viies arvestati mitmete eetiliste aspektidega. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning oli võimalik osalemisest loobuda mis tahes etapis. Lapsi ja nende esindajaid informeeriti enne uurimuse algust selle sisust ja osalemise tähendusest ning paluti neilt nõusolekut uuringus osalemiseks. Nii lastel kui ka nende esindajatel oli võimalus küsida uuringu läbiviijatelt uuringu kohta täpsustavaid küsimusi.

Küsimustik oli koostatud sellisel viisil, mis on vastavuses laste vanusele ja arengutasemele. Arvestades seda, et vaimne tervis on tundlik teema ning võib tuua esile negatiivseid emotsioone, lapsed otsustasid ise, kas jätkata vastamist ebamugavatele küsimustele või mitte. Uuringus osalejal säilis kogu uuringu jooksul võimalus küsimustiku täitmisest keelduda või katkestada ilma oma otsuse põhjendamata. Uuringus ei kasutatud invasiivseid protseduure.

Kogu uuringu vältel oli tagatud katseisikute konfidentsiaalsus: kõiki andmeid analüüsiti pseudonüümitult ja vastuseid ei seostatud konkreetsete katseisikutega. Uuringus osalemine oli katseisikutele ohutu, siiski mõnede küsimuste teemad võisid panna lapsi muretsema või ebamugavust tunda. Negatiivsete emotsioonide tekkimise juhul oli lastel võimalus küsida abi kooli tugispetsialistide käest. Lisaks sellele kuvati küsimustiku lõpus teabe tasuta abi saamise võimalustest.

Osalejad ei saanud osalemisest otsest kasu, kuid see kasu võiks olla kaudne. Küsimustikku täites mõtles katseisik oma seisundist ja tervisest, mis võimaldas temal saada inspiratsiooni või ideid oma vaimse tervise hoolitsemisest. Kasulikuks tasub pidada ka seda aspekti, et see uuring võib olla aluseks ennetavate meetodite loomisele vaimse tervise probleemide vastu võitlemiseks.

Statistiline analüüs

Laste küsimustike vastuseid analüüsiti statistilise andmeanalüüsi meetoditega vastavalt konkreetse analüüsi eesmärgile ja analüüsitavate tunnuste tüübile. Andmete analüüsimiseks kasutati statistikaprogrammi JASP (ver. 0.19.3.0).

Uurimistöös kasutati hii-ruut testi selleks, et uurida kategoriaalsete sõltumatute muutujate (sugu, vanuserühm, teadlikkus vaimse tervise abi võimalustest) seoseid vaimse tervise abi otsimise kavatsusega. Selleks, et tuvastada erinevusi erinevates abi otsimise gruppides depressiooni, häbimärgistamise ja abisse uskumise skoori järgi viidi läbi ühesuunaline dispersioonanalüüs (*One-Way ANOVA*). Selleks, et ennustada vaimse tervise abi otsimise kavatsust , samaaegselt mitme sõltumatu muutuja põhjal kasutati logistilist regressioonanalüüsi.

Kõik dispersioonanalüüsi ja logistilise regressiooni eeldused olid täidetud. Depressiooni, häbimärgistamise ja vaimse tervise abisse uskumise skoorid olid normaaljaotuslikud gruppide lõikes – nii järsakuastmed kui asümmeetriakordajad asusid vahemikus [-1; 1]. Olulisuse nivooks sai valitud $p = 0,05$ ning efekti suuruse statistikuna kasutati eta-ruutu η^2.

Autori panus

Käesoleva uurimistöö autori ülesanneteks olid andmete statistiline analüüs, vajaliku kirjanduse lugemine, tulemuste mõtestamine ja selle uurimistöö kirjutamine.

Tulemused

Vaimse abi otsimise kavatsuse seosed valimi tunnustega

Tabelis 1 on esitatud kategoriaalsete sõltumatute muutujate (lapse soo ja vanuserühma, abi võimalustest teadlikkuse) sagedused nii koguvalimis kui vaimse tervise abi otsimise kavatsuse järgi.

Tabel 1.

Sõltumatute muutujate sagedused vaimse tervise abi otsimise kavatsuse järgi

Tunnus	Koguvalim		Ei otsi abi		Ainult mitteformaalne abi		(Ka) professionaalne abi	
	n	Veeru %	n	Rea %	n	Rea %	n	Rea %
Sugu								
Poiss	225	45,1	22	9,8	95	42,2	108	48,0

Tüdruk	267	53,5	23	8,6	96	36,1	147	55,3
Muu/ei soovi vastata	7	1,4	–		–		–	
Vanuserühm								
11–14	271	54,4	27	10,0	109	40,2	135	49,8
15+	227	45,6	20	8,8	84	37,0	123	54,2
Teab, kust vaimse tervise abi otsida								
(Pigem) jah	377	76,2	26	6,9	127	33,7	224	59,4
(Pigem) ei	118	23,8	20	16,9	66	56,0	32	27,1

Selleks, et uurida sõltumatute muutujate seoseid vaimse tervise abi otsimise kavatsusega viisin läbi hii-ruut testid iga kategoriaalse sõltumatu muutujaga. Hii-ruut testide tulemusena leidsin, et abi otsimise kavatsus on statistiliselt oluliselt seotud teadlikkusega vaimse tervise abi võimalustest (χ^2 = 39,31, *df* = 2, p < ,001). Seosed soo ja vanuserühmaga ei osutunud statistiliselt olulisteks.

Tabelis 2 on välja toodud pidevate tunnustena sõltumatute muutujate (depressiooni skoori, häbimärgistamise skoori ja vaimse tervise abisse uskumise skoori) kirjeldavad statistikud koguvalimis ja vaimse tervise abi otsimise kavatsuse järgi.

Tabel 2

Sõltumatute muutujate kirjeldavad statistikud vaimse tervise abi otsimise kavatsuse järgi

	Koguvalim			**Ei otsi abi**			**Ainult mitteformaalne abi**			**(Ka) professionaalne abi**		
	n	**m**	**SD**	**n**	**m**	**SD**	**n**	**m**	**SD**	**n**	**m**	**SD**
Depressiooni skoor	498	8,7	5,8	47	11,9	6,6	193	8,6	5,5	257	8,2	5,6
Häbimärgistamise skoor	488	7,7	3,1	44	8,7	2,8	189	7,7	3,2	255	7,5	3,1
Vaimse tervise abisse uskumise skoor	487	9,9	2,4	45	7,8	2,8	188	9,5	2,2	254	10,7	2,1

Depressiooni skoori erinevused vaimse tervise abi otsimise kavatsuse gruppides

Ühesuunaline dispersioonanalüüs näitas, et keskmine depressiivsuse skoor erines statistiliselt oluliselt erinevates gruppides *(F*(2, 494) = 8,5; $p < 0{,}001$, η^2 =0,03) ja sealjuures kirjeldab gruppi kuuluvus umbes 3,3% depressiivsuse skoorist. Holm'i järeltest (Lisa B) näitas, et grupp, kus vaimse tervise probleemi korral vastajad ei teeks midagi ja ei räägiks kellegagi, sai statistiliselt oluliselt kõrgema keskmise depressiivsuse skoori tulemuse (*M* = 11,92; *SD* = 6,60, *N* = 47) võrreldes grupiga, kus eelistati kasutada ainult mitteformaalset abi (*M* = 8,55; *SD* = 5,48, *N* = 193), ja grupiga, kus vaimse tervise probleemi korral valiti kasutamiseks ka formaalset abi (*M* = 8,23; *SD* = 5,64, *N* = 257).

Häbimärgistamise skoori erinevused abi otsimise kavatsuse gruppides

Sõltumatute gruppide dispersioonanalüüs näitas, et keskmine häbimärgistamise skoor ei erinenud statistiliselt oluliselt kõikides gruppides (*F*(2, 485) = 2,9; $p = 0{,}057$, η^2 =0,012).

Vaimse tervise abisse uskumise skoori erinevused vaimse tervise abi otsimise kavatsuse gruppides

Sõltumatute gruppide dispersioonanalüüs näitas, et keskmine abi saamise võimalikkuse usu skoor erines statistiliselt oluliselt erinevates gruppides (*F*(2, 116) = 31,55; $p < 0{,}001$, $\eta^2 = 0{,}137$) ja sealjuures kirjeldab gruppi kuuluvus umbes 13,7% abi saamise võimalikkuse usu skoorist. Kuna Levene'i homogeensuse test näitas, et dispersioonide hajuvus on statistiliselt oluliselt erinev ($p < 0{,}05$), kasutasin Welch'i korrektsiooni. Holm'i järeltest (Lisa B) näitas, et esimeses grupis, kus vaimse tervise probleemi korral vastajad ei teeks midagi ja ei räägiks kellegagi, sai statistiliselt oluliselt madalama abi saamise võimalikkuse usu skoori tulemuse (*M* = 7,78; *SD* = 2,80, *N* = 45). Teises grupis, kus vaimse tervise probleemi korral eelistati kasutada ainult mitteformaalset abi, oli statistiliselt oluline kõrgem abi saamise võimalikkuse usu skoor (*M* = 9,47; *SD* = 2,22, *N* = 188), ning kolmas grupp, kus vastajad valisid ka formaalset abi, sai statistiliselt olulise kõige kõrgema abi saamise võimalikkuse usu skoori tulemuse (*M* = 10,67; *SD* = 2,14, *N* = 254).

Vaimse tervise abi otsimise kavatsusega seotud tegurid

Logistiline regressioon tehti, et hinnata, kas sugu, vanus, depressiooni skoor, vaimse tervise abi võimalustest teadlikkus, häbimärgistamise skoor ja vaimse tervise abisse uskumine ennustavad seda, kas inimene kavatseb vaimse tervise abi otsida või mitte.

Kohandamata mudelis (Tabel 3) ilmnes, et depressiooni skoor ennustas abi otsimise

kavatsust (OR = 0,91, $p < ,001$) - depressiooni skoori suurenemisel iga palli võrra väheneb abi otsimise šanss statistiliselt oluliselt. Tulemused näitasid ka seda, et kavatsust abi otsida suurendas statistiliselt oluliselt usk vaimse tervise abisse (OR = 1,54, $p < ,001$).

Kohandatud logistilise regressiooni mudel oli statistiliselt oluline, $\chi 2$ (462) = 51,13, $p < ,001$, R^2 = 10-23% (Cox ja Snelli ja Nagelkerke), tundlikkus = 99,3%, spetsiifilisus = 10%.

Kohandatud logistilise regressioonanalüüsi tulemused (Tabel 3) näitasid, et abi otsimise kavatsust ennustas depressiooni skoor (OR = 0,94, p = 0,031) - kui depressiooni skoor oli kõrgem, siis oli suurem tõenäosus, et vastaja kavatses abi otsida. Samuti ennustas seda kavatsust vaimse tervise abisse uskumine (OR = 1,48, $p < ,001$) - kui uskumine oli kõrgem, siis oli suurem tõenäosus, et vastaja kavatses abi otsida.

Tabel 3.

Vaimse tervise abi otsimise kavatsuse ennustamine logistilise regressiooni abil: kohandamata ja kohandatud šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (uv).

	Kohandamata			**Kohandatud**		
Tunnus	**OR**	**95% uv**	**p**	**OR**	**95% uv**	**p**
Sugu: tüdruk	1,15	(0,62 - 2,12)	0,67	0,78	(0,36 - 1,66)	0,512
Vanuserühm: 15+	1,14	(0,62 - 2,13)	0,67	0,79	(0,38 - 1,64)	0,526
Depressiooni skoor	0,91	(0,87 - 0,96)	<0,001	0,94	(0,88 - 0,99)	0,031
On teadlik vaimse tervise abi võimalustest	2,72	(1,44 - 5,14)	0,002	1,75	(0,84 - 3,64)	0,133
Häbimärgistamine	0,91	(0,83 - 1,00)	0,043	0,93	(0,83 - 1,05)	0,239
Usk vaimse tervise abisse	1,54	(1,34 - 1,76)	<0,001	1,48	(1,27 - 1,72)	<0,001

Olen Tabelis 4 välja toonud tulemused logistilisest regressioonianalüüsist, mille eesmärk oli selgitada, millised tegurid ennustavad noorukite valmidust otsida vaimse tervise probleemide korral just professionaalset abi, võrreldes ainult mitteformaalsete abiallikate kasutamisega. Kohandatud logistilise regressiooni mudel oli statistiliselt oluline, $\chi 2$ (422) = 61,78, $p < ,001$, R^2 = 13%-18% (Cox ja Snelli ja Nagelkerke), tundlikkus = 81,8%, spetsiifilisus = 46,2%.

Kohandatud logistilise regressioonanalüüsi tulemused (Tabel 4) näitasid, et noorukite

teadlikkus vaimse tervise abivõimalustest oli statistiliselt oluliselt seotud professionaalse abi otsimise kavatsusega (OR = 3,65, $p < ,001$) - noored, kes teadsid paremini, kust vaimse tervise abi otsida, olid suurema tõenäosusega valmis pöörduma just professionaalse abiallikate poole, võrreldes nendega, kelle teadlikkus oli madalam. Samuti ilmnes, et usk vaimse tervise abisse oli statistiliselt oluliselt seotud professionaalse abi otsimise kavatsusega (OR = 1,30, $p < ,001$). Noored, kes usuvad, et professionaalne abi võib vaimse tervise probleemide korral tõhusalt aidata, olid oluliselt suurema tõenäosusega valmis pöörduma spetsialisti poole, võrreldes nendega, kelle uskumused olid nõrgemad.

Nii kohandamata kui ka kohandatud logistilise regressiooni mudelites (Tabel 4) ilmnes, et teadlikkus vaimse tervise abivõimalustest ja usk vaimse tervise abisse olid statistiliselt olulised ennustajad professionaalse abi otsimise kavatsusele ($p < ,001$). See näitab, et nende tegurite mõju abi otsimisele püsib ka siis, kui kontrollitakse teiste muutujate mõju.

Tabel 4.

Professionaalse (vs. mitteformaalse) vaimse tervise abi otsimise kavatsuse ennustamine logistilise regressiooni abil: kohandamata ja kohandatud šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikega (uv).

	Kohandamata mudel			**Kohandatud mudel**		
Tunnus	**OR**	**95% uv**	**p**	**OR**	**95% uv**	**p**
Sugu: tüdruk	1,35	(0,92 - 1,96)	0,122	1,18	(0,76 - 1,83)	0,470
Vanuserühm: 15+	1,20	(0,82 - 1,75)	0,343	1,07	(0,69 - 1,66)	0,778
Depressiooni skoor	0,99	(0,96 - 1,02)	0,529	1,00	(0,96 - 1,05)	0,834
On teadlik vaimse tervise abi võimalustest	3,56	(2,21 - 5,74)	<0,001	3,65	(2,18 - 6,09)	<0,001
Häbimärgistamine	0,97	(0,92 - 1,04)	0,396	1,04	(0,97 - 1,12)	0,227
Usk vaimse tervise abisse	1,31	(1,19 - 1,44)	<0,001	1,30	(1,17 - 1,44)	<0,001

Arutelu

Käesolev uurimistöö tugines LVTU uurimisprojektile ning selle peamiseks eesmärgiks oli uurida, kuidas depressiooni sümptomid, teadlikkus vaimse tervise abi võimalustest, usk vaimse tervise abisse ning vaimse tervise probleemide häbimärgistamine on seotud noorukite valmisolekuga otsida vaimse tervise probleemide korral abi. Nende seoste uurimiseks püstitasin oma uurimistöös 4 hüpoteesi vaimse tervise abi otsimise kohta.

Esimeseks hüpoteesiks oli see, et noorukid, kellel on rohkem depressiooni sümptomeid, ei kavatse suurema tõenäosusega otsida vaimse tervise abi või otsivad abi pigem mitteformaalsetest allikatest. See hüpotees sai tulemuste põhjal osaliselt kinnituse. Tulemused ei kinnitanud hüpoteesi selle osa kohta, et depressioonisümptomid vähendaksid professionaalse abi otsimise tõenäosust – statistiliselt olulist seost ei ilmnenud. Kuigi depressiooni sümptomite hulk ei ennustanud statistiliselt oluliselt professionaalse abi otsimise kavatsust, ilmnes, et kõrgema depressioonisümptomite tasemega noored kuulusid sagedamini gruppi, kes ei otsiks üldse abi . See viitab sellele, et just enim abi vajavad noored võivad jääda abita, mis kinnitab varasemates uuringutes täheldatud nõiaringi (nt Radez jt, 2021), kus sümptomite süvenemine hoopis vähendab abi otsimise tõenäosust.

Teine hüpotees oli see, et noorukid, kes hindavad oma teadlikkust, kust vaimse tervise abi otsida, madalamaks, ei kavatse otsida vaimse tervise abi, eriti professionaalset abi. Selle hüpoteesi raames viidud logistiline regressioon näitas, et noorukid, kes hindasid oma teadlikkust vaimse tervise abivõimalustest madalaks, olid oluliselt väiksema tõenäosusega valmis otsima professionaalset abi. See seos püsis ka pärast teiste tegurite kontrollimist, mis viitab teadlikkuse olulisele rollile abi otsimise kavatsuse kujundamisel. See tulemus on kooskõlas püstitatud hüpoteesiga, seega hüpotees sai kinnituse. Tulemused on kooskõlas varasemate leidudega (Radez jt, 2021; Mansfield jt, 2020), mille kohaselt noored sageli ei tea, kelle poole pöörduda või ei tunne süsteemi piisavalt hästi, et abiotsimist alustada. Seetõttu võib teadlikkuse tõstmine olla kriitiline sekkumispunkt noorte vaimse tervise toetamisel.

Kolmas hüpotees, mille kohaselt noorukitel, kes häbimärgistavad rohkem, on väiksem valmisolek otsida professionaalset abi, ei leidnud täielikku kinnitust. Hii-ruut test näitas, et häbimärgistamine on statistiliselt seotud professionaalse abi otsimise kavatsusega, kuid see seos ei püsinud kohandatud logistilises regressioonimudelis, kus võeti arvesse ka teisi tegureid. See võib viidata sellele, et häbimärgistamise mõju kaob, kui arvesse võetakse noore teadlikkust abivõimalustest ja uskumusi abi tõhususe kohta. Varasemates uuringutes on siiski

rõhutatud, et häbimärgistamine võib pärssida noorte valmisolekut vaimse tervise probleeme tunnistada ja spetsialisti poole pöörduda (Rickwood ja Bradford, 2012; Radez jt., 2021). Seega ei saa häbimärgistamist kõrvale jätta kui potentsiaalset abi otsimist mõjutavat tegurit ning edasised uuringud võiksid keskenduda selle koosmõjule teiste psühholoogiliste barjääridega.

Neljas hüpotees eeldas, et noorukitel, kes usuvad rohkem vaimse tervise abi tõhususse, on suurem valmisolek seda abi otsida. See hüpotees sai kinnituse. Analüüsi tulemused näitasid, et usk vaimse tervise abisse oli statistiliselt oluline ennustaja professionaalse abi otsimise kavatsusele. Noored, kes uskusid, et vaimse tervise abi on tõhus ja võib aidata vaimse tervise probleemide korral, olid suurema tõenäosusega valmis seda abi otsima. See seos ilmnes nii kirjeldavas statistikas kui ka logistilise regressiooni kohandatud mudelis. Tulemused on kooskõlas varasemate leidudega (nt Radez jt, 2021), mis rõhutavad, et lisaks teadlikkusele mõjutavad abiotsingut ka uskumused teenuste tõhususe ja vajalikkuse kohta.

Kokkuvõttes näitasid tulemused, et abi otsimise valmidust ennustavad kõige kindlamalt noore teadlikkus abivõimalustest ja usk vaimse tervise abi tõhususse, samas kui häbimärgistamine ei olnud iseseisvalt statistiliselt oluline. Depressiooni sümptomite hulk ei ennustanud statistiliselt olulisel määral professionaalse abi otsimise kavatsust, kuid ilmnes, et just raskemate sümptomitega noored olid sagedamini need, kes ei kavatse üldse abi otsida. Need järeldused osutavad, et sekkumised peaksid lisaks psüühiliste sümptomite tuvastamisele keskenduma ka info levitamisele ja positiivsete hoiakute kujundamisele, et toetada noorte abiotsimist.

Kuigi uuringus ilmnesid olulised seosed uuritavate aspektide vahel, tuleb tulemusi tõlgendada lähtudes teatud piirangutest. Esiteks oli küsitlusuuringu valim väiksem kui algselt planeeritud, mis võib kaasa tuua valimi kallutatuse. Küsitluses osales vaid ligikaudu 11,8% algselt kutsutud lastest. See tähendab, et andmestik võib peegeldada eelkõige nende noorte hoiakuid, kelle pered olid valmis osalema vaimse tervise teemalises uuringus. Samas võivad kõige haavatavamad või abivajajad noored olla jäänud valimist välja, mistõttu võivad tulemused nende rühmade osas olla ebatäielikud.

Teiseks põhines andmekogumine eneseraporteerimisel, mis on tundlike teemade puhul (depressioon, häbimärgistamine, abi otsimine) altid sotsiaalselt soovitavale vastamiskäitumisele. Kuigi küsitlus viidi läbi privaatselt tahvelarvutites, võib osa vastajatest siiski olla jätnud osadele küsimustele vastamata või andnud vastuseid, mis sobituvad ühiskondlikult aktsepteeritava kuvandiga.

Kolmandaks tuleb arvestada, et kasutatud küsimused olid piiratud ulatusega. Näiteks hinnati vaimse tervise abisse uskumist ja häbimärgistamist üksikute või lühikeste skaalaelementidega, mis ei pruugi täielikult haarata noorte keerulisi uskumusi või kogemusi seoses vaimse tervise toetuse otsimisega. Laiemate ja valideeritud mõõdikute kasutamine võiks pakkuda põhjalikumat arusaama.

Lisaks võib piiranguks pidada, et muu sooidentiteediga või soo mittemääratlemise valinud noori oli valimis väga vähe, mistõttu ei ole võimalik nende kogemusi eraldi analüüsida ega üldistada. Need tegurid võivad oluliselt mõjutada hoiakuid ja käitumist vaimse tervise küsimustes.

Käesoleva uurimistöö tulemused toovad esile mitmeid uurimissuundi, mida tuleks tulevikus süvendatult käsitleda. Esiteks, kuna tegemist oli ristlõikelise uuringuga, ei võimalda tulemused teha järeldusi põhjuslike seoste kohta. Et paremini mõista, kas depressiooni sümptomid, häbimärgistamine ja vaimse tervise teenustesse uskumine ennustavad või on tagajärg abi otsimise kavatsusest, tuleks edasistes uuringutes rakendada pikisuunalist uurimiskujundust.

Teiseks viitavad tulemused sellele, et usk vaimse tervise abisse on üks tugevamaid ennustajaid professionaalse abi otsimise kavatsusele. Mõistmaks, kuidas selline uskumus kujuneb ning millised kogemused, infoallikad või sotsiaalsed tegurid seda mõjutavad, oleks soovitatav viia läbi kvalitatiivseid uuringuid. Näiteks võiks intervjueerida noori, kellel on erinev kogemus vaimse tervise teenustega, et uurida, kuidas kujunevad hoiakud nende tõhususe kohta.

Kolmandaks tasub edasistes uuringutes kasutada laiemaid ja valideeritumaid mõõdikuid abi uskumise, häbimärgistamise ja teadlikkuse hindamiseks, kuna käesolevas uuringus kasutati üksikuid või lühikesi küsimusi. Samuti võiks lisada avatud küsimusi, mis võimaldavad noortel oma arvamusi ja kogemusi vabamalt väljendada, eriti nende osas, kes väldivad abi otsimist.

Lisaks tõstatavad tulemused küsimuse, miks kõige kõrgema depressiooni skooriga noored abi pigem ei otsi. Tulevikus võiks keskenduda nende noorte gruppide sügavamale mõistmisele – näiteks analüüsida, millised psühholoogilised barjäärid võivad nende abiotsimist takistada. Samuti oleks väärtuslik uurida, kuidas soolised normid, sotsiaalmajanduslik taust või kultuurilised hoiakud kujundavad noorte valmisolekut otsida vaimse tervise tuge.

Uuring käsitles noorukite valmisolekut otsida vaimse tervise abi, uurides seoseid

depressiooni sümptomite, teadlikkuse vaimse tervise abivõimalustest, uskumuse vaimse tervise abi tõhususse ja häbimärgistamise vahel. Tulemused näitasid, et noorte teadlikkus abivõimalustest ja usk vaimse tervise abisse olid kõige tugevamad ennustajad professionaalse abi otsimise kavatsusele. Depressiooni sümptomite raskus ennustas vähest vaimse tervise abi otsimise kavatsust, kuid ei olnud seotud professionaalse abi otsimise kavatsusega. Häbimärgistamine ei osutunud analüüsides olulisteks teguriteks. Uuringu piiranguteks olid väikene valim ja eneseraporteerimine, mis võivad mõjutada tulemuste täpsust. Edasistes uuringutes soovitatakse keskenduda kvalitatiivsetele uuringutele, laiendada mõõdikute valikut ja uurida, kuidas erinevad sotsiaalsed tegurid mõjutavad noorte valmisolekut otsida vaimse tervise tuge.

Kasutatud kirjandus

Ando, S., Nishida, A., Usami, S., Koike, S., Yamasaki, S., Kanata, S., Fujikawa, S., Furukawa, T.A., Fukuda, M., Sawyer, S.M., Hiraiwa-Hasegawa, M. (2018). Help-seeking intention for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences. *Journal of affective disorders*, *238*, 359-365. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.077

Baldofski, S., Scheider, J., Kohls, E., Klemm, S.L., Koenig, J., Bauer, S., Moessner, M., Kaess, M., Eschenbeck, H., Lehner, L., Becker, K. (2024). Intentions and barriers to help-seeking in adolescents and young adults differing in depression severity: cross-sectional results from a school-based mental health project. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *18*(1), 84. https://doi.org/10.1186/s13034-024-00775-3

Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B. J., Chorpita, B. F., Weisz, J. R., ja Research Network on Youth Mental Health. (2010). A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale—parent version in a clinical sample. *Journal of abnormal child psychology*, *38*, 249-260. https://doi.org/10.1007/s10802-009-9363-8

Gratz, K.L., Roemer, L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41 (54). https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Oja, L., Piksoot, J., Haav, A., jt. (2023). *Eesti kooliõpilaste tervise-käitumine. 2021/2022. õppeaasta uuringu raport*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Mansfield, R., Patalay, P., ja Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: Current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health, 20*, Article 607. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., ja Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta‐analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, *56*(3), 345-365. https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12381

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., ja Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies.

European Child ja Adolescent Psychiatry, 30, 183–211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4

Rickwood, D., Thomas, K., Bradford, S. (2012). Help-seeking measures in mental health: a rapid review. *Sax Inst*, *1*, 35.

Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Kõlves, K., Aasvee, K., ja Värnik, A. (2010). Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European child ja adolescent psychiatry*, *19*, 457-468. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0079-7

Sawyer, M. G., Borojevic, N., Ettridge, K. A., Spence, S. H., Sheffield, J., Lynch, J. (2012). Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms?. *Journal of adolescent health*, *50*(3), 236-242. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.06.009

Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N. D. N. (2019). A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of Adolescence*, *74*, 154-172. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.004

Stark, K. (1990). *Childhood Depression: School-Based Intervention.* The Guilford Press.

Yamaguchi, S., Ando, S., Miyashita, M., Usami, S., Yamasaki, S., Endo, K., ... ja Nishida, A. (2023). Longitudinal relationships between help-seeking intentions and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *73*(6), 1061-1067. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.06.033

Lisad

Lisa A. Vaimse tervise abi otsimise kavatsuse küsimus ankeedis

Kui Sul oleks vaimse tervise probleem, mida Sa abi saamiseks teeksid või kellega räägiksid? (Vali kõik sobivad)

1. Mitte midagi/mitte kellegagi
2. Ema, isa või mõni teine täiskasvanud pereliige
3. Õde, vend
4. Sõber
5. Minu poiss-sõber/tüdruksõber
6. Õpetaja
7. Koolipsühholoog
8. Sotsiaalpedagoog
9. Telefoninõustamine (nt vaimse tervise nõustamistelefon, lasteabitelefon)
10. Internetinõustamine (nt peaasi.ee, lahendus.net)
11. Perearst
12. Vaimse tervise õde
13. Psühholoog, nõustaja
14. Psühhiaater
15. Hingehoidja, vaimulik
16. Veebi suhtluskaaslane
17. Internetist oma probleemi kohta lisainfo otsimine
18. Muu. Palun täpsusta!

Lisa B. ANOVA järeltestide tulemused depressiooni ja vaimse tervise abisse uskumise skooride puhul.

Tabel 1.

Depressiooni skoori keskmised: järeltesti tulemus

		Keskmine erinevus	SE	df	t	p_{holm}
1	2	3.370	0.923	494	3.650	< .001
	3	3.695	0.900	494	4.104	< .001
2	3	0.325	0.541	494	0.601	0.548

Märkus. SE - standardviga, t – t-statistiku väärtus, p – statistiline olulisus.

Tabel 2.

Vaimse tervise abisse uskumise keskmised: järeltesti tulemus

		Keskmine erinevus	SE	df	t	p_{holm}
1	2	-1.696	0.372	484	-4.561	< .001
	3	-2.892	0.362	484	-7.981	< .001
2	3	-1.196	0.216	484	-5.549	< .001

Märkus. SE - standardviga, t – t-statistiku väärtus, p – statistiline olulisus

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.
Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis.
Monica Tammeorg