

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Heidy Jänes

Vaimse tervisega seotud hoiakud Eesti lastel

Uurimistöö

Psühholoogia, Sessioonõpe

Juhendajad: Iris Tuvi, *PhD*

Kaia Laidra, *PhD*

Hedvig Sultson, *PhD*

Läbiv pealkiri: Vaimse tervisega seotud hoiakud

2025

Vaimse tervisega seotud hoiakud Eesti lastel

Kokkuvõte

Uuring keskendus Eesti laste vaimse tervisega seotud hoiakutele ja uskumustele, eriti abi saamise võimalikkusesse uskumisele ja häbimärgistamisele. Meetodiks oli „Eesti laste vaimse tervise uuringu (LVTU)“ raames läbiviidud elektrooniline küsitlusuuring, mille valimist kasutati 11–17-aastaste laste ja nende vanemate vastuseid. Peamised tulemused olid:

(1) Tüdrukud ja vanemad lapsed (15–17-aastased) stigmatiseerisid vaimse tervise probleeme vähem ja uskusid abi saamise võimalikkusesse rohkem kui poisid ja nooremad lapsed (11–14-aastased), (2) Samuti stigmatiseerisid vähem lapsed, kelle sõbrad olid kogunud vaimse tervise probleeme, (3) Vanemad uskusid abi saamise võimalikkusesse rohkem ja stigmatiseerisid vähem kui lapsed ning (4) Madalama haridustasemega vanemate lapsed stigmatiseerisid rohkem.

Uuringu tulemustest lähtuvalt on ilmnenud vajadus suurendada Eesti laste teadlikkust vaimse tervise teemadel haridusprogrammide ja peresisese suhtluse kaudu.

Märksõnad: Eesti lapsed, vaimne tervis, hoiakud, abisaamise uskumus, stigma

Estonian children's attitudes towards mental health problems

Abstract

The research examined Estonian children's attitudes and beliefs towards mental health, focusing on help-seeking and stigma. An electronic survey was conducted as part of the "Estonian Children's Mental Health Study (LVTU)," gathering responses from 11–17-year-olds and their parents on mental health and related factors. Key findings:

(1) Girls and older children (15-17 years) stigmatized less and believed more in help than boys and younger children (11-14 years), (2) Children with friends who had mental health issues stigmatized less, (3) Parents showed more belief in help and less stigma than children and (4) Lower parental education correlated with higher child stigma.

The study highlights the need for mental health awareness through educational programs and improved family communication.

Keywords: Estonian children, mental health, attitudes, belief in receiving help, stigma

Vaimse tervise häired

Vaimse tervise häireid põhjustavad geneetilised, neurobioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid, mis võivad omavahel ka kombineeruda (Terviseinfo, 2022). Vaimse tervise häired ilmnevad enamasti esmakordselt lapsepõlves ja noorukieas (Kessler jt., 2025) ning lapse- ja noorukiea stressirohketest sündmustest põhjustatud psühhotraumad võivad ohustada vaimset tervist ka hilisemas elueas (Terviseinfo, 2022). Terviseinfo kodulehel toodud andmete põhjal on laste seas (5-14 eluaastat) valdavalt käitumishäired, tähelepanu- ja hüperaktiivsushäired ja ärevushäired ning noorukite seas (15–19 eluaastat) ärevushäired, käitumishäired ja meeleoluhäired.

Vaimse tervise kirjaoskus

Vaimse tervise häiretega kaasnevate hoiakutega on seostatav selline termin nagu vaimse tervise kirjaoskus (*Mental Health Literacy*). Selle võtsid kasutusele Jorm ja tema kolleegid aastal 1997 ning algselt keskendus vaimse tervise kirjaoskuse kontseptsioon peamiselt teadmiste ja uskumuste vaimse tervise häirete kohta. See mõiste arenes ajas edasi laiemale kontseptualiseerimisele, mis hõlmab endas teadmisi nii psüühikahäiretest kui ka vaimsest tervisest üldisemalt (Kutcher jt., 2016a). Vaimse tervise kirjaoskust on defineeritud läbi nelja komponendi: 1. arusaamine, kuidas saavutada ja säilitada head vaimset tervist; 2. vaimse tervise häirete ja nende ravi mõistmine; 3. vaimse tervise häiretega seotud häbimärgistamise vähendamine ja 4. abi otsimise tõhususe suurendamine (ehk teadmised, millal, kus ja kuidas saada tõhusat vaimse tervise abi ja mil moel arendada enesehooleks vajalikke oskusi) (Kutcher jt., 2016b). Kokkuvõtvalt võib öelda, et vaimse tervise kirjaoskuse näol on tegemist olulise oskusega, mis aitab säilitada vaimset tervist ja vajadusel otsida efektiivset abi olemasolevate vaimse tervise alaste teadmiste baasil.

Varasemad uuringud on näidanud, et vaimse tervise kirjaoskus mängib olulist rolli vaimse tervise probleemide ennetamisel ja vaimse tervise edendamisel (Zenas jt., 2020). On leitud, et vaimse tervise kirjaoskuse parandamine võib leevendada noorukite vaimse tervise probleemide tekke sagenemist, vähendada häbimärgistamist ja aidata noorukitel mõista, millal, miks ja kuidas otsida abi (Bale jt., 2018), ehkki vaimse tervisega seotud teadlikkuse mõju mehhanismid ei ole veel lõpuni mõistetavad (Zenas jt., 2020). Kuna noorukid ei oska oma terviseseisundit seostada vaimse tervise häiretega, siis on nendega regulaarselt suhtlevate täiskasvanute vaimse tervise kirjaoskuse täiendamine ja neile abistavate sekkumisstrateegiatega õpetamine oluline tegur vaimsete häirete ennetamisel ja ravil (Aakre jt., 2016). Algkooliealistel lastel on juba välja kujunenud hoiakud vaimse tervise häirete suhtes, mistõttu tuleks häbimärgistamise vähendamiseks alustada sekkumist juba varakult (Fox, 2020). Seega on noorukid sobilik sihtrühm vaimse tervise kirjaoskuse tõstmiseks, kuna saavad teadmised ja oskused aitavad neil varajaselt tuvastada vaimse tervise

häireid, otsida abi ja sekkuda võimalikult varakult, et ära hoida elukestvad vaimse tervise häirete tagajärjed (Kågström jt., 2023). Õpilased, kellel on õpiraskused, depressioon või aktiivsus- ja tähelepanuhäire, võivad oma häire tõttu kogeda probleeme suhtlemisel eakaaslastega, kuna see võib olla mõjutatud häbimärgistamisest, mille tagajärjel võivad vaimse tervise häiretega seotud probleemid süveneda (Bellanca ja Pote, 2013).

Stigma ehk häbimärgistamine

Vaimse tervisega häiretega võivad kaasneda negatiivsed hoiakud ehk häbimärgistamine, mida võib defineerida kui ühiskonnas või kogukonnas eksisteerivaid stereotüüpe ja eelarvamusi psüühikahäirete kohta (*„vaimuhaigusega inimesed on ohtlikud ja ebausaldusväärsed“*) (Corrigan, 2004). Häbimärgistamine koosneb neljast sotsiaal-kognitiivsest protsessist: vihjed (*cues*), stereotüübid, eelarvamus ja diskrimineerimine (Corrigan, 2004). Inimesed võivad järeldada vaimse tervise häire esinemist nelja vihje põhjal: psühhiaatrilised sümptomid, puudujäägid sotsiaalsetes oskustes, välimus ja sildistamine (Corrigan, 2000). Stereotüüpe võib defineerida kui vahendeid kindla sotsiaalse grupi kategoriseerimisel (Corrigan jt., 2004) ning nad esindavad kollektiivselt kokkulepituid mõisteid. Inimesed, kes nõustuvad stereotüüpidega ja reageerivad emotsionaalselt, näitavad välja oma eelarvamust (*„Õige, kõik vaimselt haiged inimesed on ohtlikud ja ma kardan neid.“*) (Corrigan jt., 2001). Eelarvamusest lähtuvad inimesed käituvad diskrimineerivalt, mis avaldub negatiivse käitumisena grupiväliselt ja positiivsena grupisiselt (Corrigan jt., 2004) (*„Ma ei rendi oma korterit vaimselt haigetele inimestele, kuna nad on ohtlikud.“*) (Corrigan jt., 2001).

Lisaks avalikku häbimärgistamist iseloomustavatele halvustavatele hoiakutele ja diskrimineerivale käitumisele vaimse tervise probleemide all kannataja suhtes, soodustab stigma kahjuliku sotsiaalse keskkonna teket (Murman jt., 2014), mida võib tõlgendada ka fundamentaalse sotsiaalse ebaõiglusena (Corrigan jt., 2005). Psüühikahäire häbimärgistamine on tõsiseks ohuks vaimse tervise probleemide all kannatavatele inimestele (Corrigan, 2004) ning takistab vaimse tervise ravi alustamist ja selle jätkamist, kuna see vähendab häbimärgistatud inimeste enesehinnangut ja jätab nad ilma ühiskonna poolt pakutavatest ravivõimalustest (Corrigan, 2004). Avalik ehk tajutud häbimärgistamine viitab sellele, kuidas me tajume teiste inimeste reageeringuid vaimse tervise häirega inimeste suhtes ning enese häbimärgistamise all mõistame seda, kui vaimse tervise häirega inimene internaliseerib tajutava häbimärgistamise (Lynch jt., 2021). Avalik häbimärgistamine on toodud välja ühe olulise tegurina, miks noorukid ei pöördu abi saamiseks psühhoteraapiasse, lisaks takistab neid enese häbimärgistamine, hirm psühhoterapeudiga suhtlemise ees ja hirm omaenda tunnetega silmitsi seismise ees (Pfeiffer ja In-Albon, 2022).

Vaimse tervise kirjaoskust ja häbimärgistamist mõjutavad tegurid

Varasemates uuringutes on leitud, et vanus, sugu ja kokkupuude vaimse tervise häirega inimesega mõjutavad vaimse tervise kirjaoskust (Campos jt., 2016) ja hoiakuid vaimse tervise häirete suhtes (Pfeiffer ja In-Albon, 2022). Negatiivseid hoiakuid võivad soodustada ka isiklik kogemus psüühikahäirete ja vaimse tervise abi otsimisega (Pfeiffer ja In-Albon, 2022).

Austraalia valimi (18-70 eluaastat) peal läbi viidud uuringud näitasid, et nooremad inimesed omavad täpsemaid teadmisi depressiooni sümptomite ja ravi kohta kui eakad, samuti olid nooremad paremini informeeritud vaimse tervise teenuste allikate osas (Farrer jt., 2008). Vanematel õpilastel (14-17 eluaastat) olid kõrgemad skoorid vaimse tervisega seotud teadlikkuse, teadmiste, stereotüüpide ja eneseabi strateegiate osas, seevastu noorematel õpilastel (11 – 13 eluaastat) olid kõrgemad skoorid vaimse tervise esmaabi oskuste ja abiotsimise oskuste osas (Campos jt., 2016). Rootsi noorukite seas läbi viidud uuringus leiti, et nad hindavad oma generatsiooni avatuks vaimse tervise probleemide suhtes ning neil on ka teadmised ja arusaam vaimsest tervisest suurem kui eelmistel generatsioonidel (Hermann jt., 2022). Seega võib oletada, et vanus ja vaimse tervise kirjaoskus on omavahel seotud.

Naissoost katseisikute üldine vaimse tervise kirjaoskus oli kõrgem kui meessoost katseisikutel (Byrne jt., 2015) ja seda eriti depressiooni sümptomite äratundmisel (Cotton jt., 2006). Tüdrukute esmaabioskuste ja abi otsimise skoorid olid kõrgemad kui poistel (Campos jt., 2016) ning poisid soovitasid vaimse tervise probleemide korral professionaalset abi harvemini kui tüdrukud (Jorm jt., 2007). Samuti on varasemad uuringud näidanud, et madalam vaimse tervisega seotud teadlikkus kombineeritult hirmuga häbimärgistamise ees takistab poisse abi otsimast ning nad usuvad vaimse tervise häirest taastumisse vähem kui tüdrukud (Williams ja Pow, 2007). Seega võib järeldada, et tüdrukute vaimse tervise kirjaoskus on kõrgem kui poistel ja samuti tunnevad nad vähem hirmu häbimärgistamise ees.

Ka kokkupuudet vaimse tervise häirete all kannatavate inimestega (Clement jt., 2015) saab seostada vähenenud vajadusega hoida sotsiaalset distantsi ja väiksema häbimärgistamisega (Bellanca ja Pote, 2013), mis omakorda võib ka hõlbustada vaimse tervise abi otsimist (Pfeiffer ja In-Albon, 2022). Samuti on leitud, et noorukitel, kelle pereliige või sõber oli käinud psühhoterapias, vähenes häbitunne ja hirm häbimärgistamise ees (Pfeiffer ja In-Albon, 2022), kuid perekondlikud uskumused vaimse tervise teenuste ja ravi osas, puudulik vaimse tervisega seotud teadlikkus ja autonoomia takistasid noorukeid abi otsimisel (Aguirre Velasco jt., 2020).

Varasemad uuringud on leidnud seoseid laste poolt subjektiivselt tajutud vanemate hoiakute ja laste abiotsimise valmiduse osas. 8. klassi õpilaste seas läbi viidud uuringus selgus, et laste poolt tajutud vanemate toetav suhtumine vaimse tervise teenustesse ja abi otsimisse suurendab noorukite

valmidust abi otsimiseks (Chandra ja Minkovitz, 2006), kuid sellesse uuringusse ei olnud kaasatud vanemad. Austraalias läbi viidud uuringu tulemused näitasid spetsiifilisi seoseid hoiakute muustris nooruki ja tema vanema võrdluses – pigem mõjutasid vanemate hoiakud noorukite hoiakuid (Jorm jt., 2007) või olid tingitud nende ühistest kogemustest ning noorukite hoiakud pigem ei mõjutanud vanemate hoiakuid (Jorm ja Wright, 2008). Samuti leiti, et laste ja vanemate uskumustes esmaabivõtete tõhususse oli olulisi seoseid ja tõenäoliselt kaasneks vanemate vaimse tervise esmaabioskuste muutmisega laste hoiakute muutumine (Jorm jt., 2007). Ent USAs läbi viidud pilootuuringu käigus selgus, et vanemate ja laste hoiakud vaimse tervise probleemide ja häbimärgistamise suhtes ei olnud omavahel seotud (Lorona ja Miller-Perrin, 2016). Lisaks on leitud, et laste abi otsimise valmidus väheneb, kui nooruki arvates võiks tema vanem tunda häbi lapse vaimse tervise probleemide pärast (Moses, 2009).

Käesolev uurimistöö

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida, millised on vaimse tervisega seotud hoiakud ja uskumused Eesti lastel. Plaanin uurida, kuidas erinevad uskumused vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse ning häbimärgistamine – esiteks tüdrukute ja poiste võrdluses ning teiseks kahe vanusegrupi võrdluses. Samuti huvitab mind küsimus, kas on erinevusi vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumises ja häbimärgistamise osas võrreldes lapsi, kellel on sõber või sõbrad kogenud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, lastega, kellel puudub hiljutine kokkupuude sõbra vaimse tervise probleemiga. Plaanin uurida, kas laste ja vanemate hoiakutes esineb kokkulangevusi ning kas lapse hoiakud on seotud vanema haridustaseme, pere majandusliku olukorra ja vanema vaimse tervisega. Samuti plaanin võrrelda, kas laste ja vanemate võrdluses on erinevusi vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumises ning häbimärgistamise määras. Ehkki laste ja vanemate hinnangute erinevusi ja kokkulangevusi ei ole varasemalt palju uuritud, püstitan ka nende kohta hüpoteesid. Lähtuvalt sissejuhatuses välja toodud varasematest uuringutest on alust püstitada järgnevad hüpoteesid:

H1 – Tüdrukud usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem võrreldes poistega ning nad häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem kui poisid.

H2 – Vanusegrupp 15–17- eluaastat usub vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem võrreldes vanusegrupiga 11-14 eluaastat ja nad häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem kui vanusegrupp 11–14 eluaastat.

H3 – Lapsed, kellel on sõber või sõbrad kogenud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem ja

häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem võrreldes lastega, kelle sõber ei ole kogunud vaimse tervise probleemi.

H4 – Lapsed usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem ja nad häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem võrreldes nende vanematega.

H5 – Lapsee hoiakud ehk vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumine ning häbimärgistamine on seotud vanema hoiakutega.

Meetod

Valim

Käesolev uuring tugineb Tartu Ülikooli, Tervise Arengu Instituudi ja Turu-uuringute AS uurimisprojektile „Eesti laste vaimse tervise uuring (LVTU)“ (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2024), mille eesmärk oli koostada, piloteerida ja läbi viia küsitlusuuring ning saada ülevaade 8–17-aastaste laste vaimse tervise ja subjektiivse heaolu seisundist (sh sotsiaalsetest riski- ja kaitseteguritest ja ebavõrdsusest). Antud töös kasutatakse LVTU küsitluses kogutud andmeid.

Küsitlusuuring viidi läbi 2.-11. klassi õpilaste ja nende vanemate või eestkostjate seas üle Eesti. Ajavahemikul veebruar kuni mai 2024 toimunud küsitlusuuringu käigus pöördui küsitluse läbiviimiseks nõusoleku saamiseks koolide poole kahes laines.

Uuringu valimisse kuulusid koolid, mis valiti juhuslikult arvestades kooli suurust, õppekeelt ja piirkonda: 1. Tallinna eesti õppekeelega koolid; 2. Tallinna vene (ja vene-eesti) õppekeelega koolid; 3. Ida-Virumaa eesti õppekeelega koolid; 4. Ida-Virumaa vene (ja vene-eesti) õppekeelega koolid; 5. Harjumaa (va Tallinn); 6. Lääne-Eesti (Hiiu, Lääne, Pärnu ja Saare maakond); 7. Kesk-Eesti (Järva, Lääne-Viru ja Rapla maakond); 8. Lõuna-Eesti (Jõgevamaa, Põlvamaa, Tartumaa (va Tartu), Valgamaa, Viljandi ja Võru maakond); 9. Tartu linn.

Kuna väljaspool Tallinna ja Ida-Virumaad on vene õppekeelega koole vähe, siis nendes piirkondades eraldi venekeelsete koolide kihti ei võetud, kuid siiski võisid venekeelsed koolid ka nendes piirkondades valimisse sattuda. Koolidega võeti ühendust juhusliku järjestuse alusel. Igas koolis tehti igale tasemele (2. klass, 3. klass jne) juhuslik järjestus nt D B A C E, ning sellest järjestusest valiti esimene klassikomplekt, mis oli selles koolis olemas.

Kuna paljud põhivalimi koolid ei olnud nõus uuringus osalema, asendati keeldunud koolid valimis uute sama kihi koolidega juhuslikust järjestusest. Asenduskuutsete saatmist jätkati, kuni leiti 44 direktorit, kes nõustusid oma koolis küsitluse toimumisega. Kokku pöördui 89 kooli poole, kellest nõustus osalema 44 kooli ehk ligikaudu 186 klassikomplekti. Põhivalimi raames oodati iga klassi nõusolekuid 4 päeva, seejärel saadeti meeldetuletus ja oodati veel 4 päeva, kuni nõusolekute

kogumine lõppes. Lapsevanemate nõusolekuid uuringus osalemiseks kogunes 575, mis moodustas valimist 19,5%. Kuna nõusolekuid kogunes vähe, otsustati koostada lisavalim.

Lisavalimit moodustades pöörduiti 59 kooli poole, millest nõustus uuringus osalema 34 kooli ehk ligikaudu 180 klassikomplekti. Lisavalimis oodati iga klassi puhul lapsevanemate nõusolekute kogunemist 2 nädalat ja saadeti neile vahepeal meeldetuletusi, sh infoleht paberil. Lapsevanemate nõusolekuid kogunes 489, mis moodustas lisavalimist 17,4%.

Kahe valimi peale kokku saadeti uuringukutse 148 koolile, kellest uuringus nõustus osalema kokku 77 kooli (umbes 361 klassi). Uuringus osalenud koolide kaudu saadeti uuringukutse 5760 lapsele/lapsevanemale, kellest uuringus osalemise nõusoleku andis 1064 lapsevanemat ehk 18,5% valimist. Lapsi osales uuringus kokku 681 ehk 11,8% valimist. Valimi täpsemast moodustamisest on võimalik lugeda LVTU lõpparuandest (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2024).

Kuna vaimse tervisega seotud hoiakute küsimustele vastasid lapsed alates 11. eluaastast, keskenduti käesolevas uurimistöös kahele vanusegrupile - 11-14 eluaastat ja 15–17 eluaastat. 11-14 aastaste hulgas oli vastanuid kokku 272 õpilast, neist 136 poissi (50%), 134 tüdrukut (49,3%) ja 2 vastajat ei soovinud oma soo osas vastata (0,7%). 15-17 aastaste hulgas oli vastanuid kokku 227, neist 89 poissi (39,2%), 133 tüdrukut (58,6%), 4 defineerisid oma soo kui „Muu“ (1,8%) ja 1 vastanutest ei soovinud oma soo osas vastata (0,4%). Analüüsi kaasati 367 vanemat - neist olid 34 mehed (9%) keskmise vanusega 45,47 eluaastat ja 333 naised (91%) keskmise vanusega 42,86 eluaastat.

Lapse küsimustik

Laste küsimustik oli koostatud kolmes versioonis: 2.–4. klassidele, 5.–7. klassidele ja 8.–11. klassidele. Küsimustiku koostamisel eelistati juba olemasolevaid ja rahvusvaheliselt tunnustatud küsimustikke, mis võimaldab tulemusi võrrelda seniste Eestis läbi viidud uuringute ning rahvusvaheliste uuringutega.

Vaimse tervisega seotud hoiakute ja stigma hindamiseks olid kasutusel mõned Mental Health Literacy skaala (MeHLA; Zenas jt., 2020) eeskujul loodud küsimused. MeHLA hindab noorukite vaimse tervisega seotud teadlikkust. Lisaks loodi mõned üksikküsimused vaimse tervise abi otsimise kohta. Käesoleva uuringu kontekstis olid relevantssed kolm küsimust (Lisa A) - 1 küsimus lapse sõprade vaimse tervise probleemide, 1 küsimus stigma ja 1 küsimus vaimse tervise probleemide abi kohta.

Lapsevanema küsimustik

Elektroonilise isetäidetava lühiküsimustikuga küsitleti LVTU uuringus osalevate laste vanemaid. Käesoleva uuringu raames olid relevantssed viis küsimust - 2 küsimust vaimse tervise

stigma kohta ning küsimused vanema hariduse, pere subjektiivse majandusliku olukorra ja vanema vaimse tervise probleemide kohta (Lisa B). Vaimse tervisega seotud hoiakute ja stigma küsimused olid sarnased lastel kasutatud küsimustega, kuid sõnastust oli täiskasvanute jaoks kohandatud. Vanema hariduse ja vanema vaimse tervise probleemide kohta andmete saamiseks kasutati Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringus (RVTU; Laidra jt., 2023) kasutusel olnud küsimusi; pere majandusliku olukorra küsimus pärines uuringust Survey of Children's Well-Being (ISCWeB).

Protseduur

LVTU uuringu käigus koguti andmeid vaimse tervise ja sellega seotud tegurite kohta kasutades selleks elektroonilist laste poolt täidetavat ankeetküsitlust. Kooli kontaktisik saatis elektroonilise õppeinfosüsteemi kaudu lapsevanematele uuringut tutvustava infokirja, mis sisaldas linki elektroonilisele lapsevanema nõusoleku vormile, kuhu vanem sisestas enda ja lapse nimed ning lapse kooli ja klassi. Käesolevas uuringuetapis osalemiseks nõustumiseks tegi vanem nõusolekuvormi vastava linnukese. Lapse seekordseks küsitlemiseks nõusoleku andnud vanematele avanes täitmiseks lapsevanema küsimustik. Nõusolekuvormi ja lapsevanema küsimustiku andmete salvestamiseks kasutati LimeSurvey platvormi, mida haldab Turu-uuringute AS.

Nii põhi- kui ka lisavalimi puhul koostas Turu-uuringute küsitlusjuht pärast nõusolekute saamist iga kooli klasside kohta nimekirja uuringusse lubatud lastest ning edastas selle kooli kontaktisikule, et leida küsitluse toimumiseks sobiv klassiruum ja küsitlusaeg. Küsitlaja viis küsitluse koolis läbi vastavalt eetikakomiteega kokku lepitud protseduurile. Iga klassi kohta märkis küsitlaja protokollis ka järgnevad lisaandmed: küsitluses osalenud klassi õpilaste üldarv, puudujate arv ja küsitluses osalenud õpilaste arv.

Küsitluse viis läbi eelnevalt instrueeritud Turu-uuringute AS-i küsitlaja, kes jagas vanemate nõusolekuga lastele nime järgi laiali sedelid nende unikaalsete uuringukoodidega. Uuringukood tuli sisestada LimeSurvey keskkonnas küsimustikku sisenedes. Lastelt küsiti nõusolek küsitluse alguses: kogu nõustumise üle otsustamiseks vajalik info esitati lastele LimeSurvey küsitluskeskkonnas küsimustiku sissejuhatavas osas. Lastelt küsiti kaks eraldi nõusolekut: käesolevas uuringuetapis osalemiseks ja kordusuuringusse kutsumise eesmärgil uuesti kontakteerumiseks. Kui laps ei olnud nõus käesolevas küsitluses osalema, siis küsitlust läbi ei viidud.

Küsitlus toimus klassides koolitunni (45 min) jooksul. Õpilastele, kes uuringus ei osalenud, paluti õpetajal anda selleks ajaks iseseisev töö. Kui klassis oli nõustujaid ainult paar õpilast, moodustati paralleelklasside peale üks rühm õpilasi, kes tulid tunnist ära ja said täita küsimustikku küsitluse jaoks broneeritud klassiruumis. Vähendamaks võimalust, et kaasõpilased saaksid kellegi

vastuseid näha, kasutati küsitluse läbiviimiseks kooli või uuringufirma tahvelarvuteid. Küsitlus viidi läbi turvalises veebikeskkonnas LimeSurvey platvormil, mida haldas Turu-uuringute AS. Küsitlaja koostas iga küsitluse läbiviimise kohta vaatlusprotokolli. Protseduuri kohta on võimalik leida detailsemat infot LVTU lõpparuandest (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2024).

Eetilised aspektid

Uuringul on Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomitee (TAIEK) kooskõlastus (otsused nr 1270 ja 1282).

Lapsi ja nende seaduslikke esindajaid (lapsevanem või eestkostja) informeeriti igakülgselt uuringust enne selle algust ja selles osalemise tähendusest. Uuringus osalemise eelduseks oli nii osaleja enda kui ka tema vanema(te) informeeritud nõusolek. Nii lapsel kui tema seaduslikul esindajal oli õigus loobuda uuringus osalemisest oma otsust põhjendamata. Lapsel oli õigus küsimustiku täitmine igal ajal pooleli jätta. Küsimustiku koostamisel oli võetud arvesse laste vanust, et küsimustiku maht ja sisu vastaks laste vanusele ja oleks neile jõukohane. Kuna vaimse tervise teema on tundlik, siis selle kohta küsimine võis põhjustada vastajas ebamugavust. Küsimustele vastamine oli vabatahtlik – lapsel oli õigus jätta vastamata tema jaoks ebamugavatele küsimustele. Uuringuga ei kaasnenud invasiivseid protseduure.

Kõiki uuringu käigus kogutud andmeid (sh isikuandmeid) säilitatakse turvaliselt ja kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmeid analüüsitakse pseudonüümitult ning tulemusi ei seostata konkreetsete vastajatega.

Tulemused

Andmete analüüsimiseks kasutati vabavarana kättesaadavat statistikaprogrammi JASP (ver. 0.19.2). Analüüside tegemisel lähtuti hüpoteeside otsesest kontrollimisest ning seda oli kõige otstarbekam läbi viia kasutades sõltumatute valimitega t-testi, sõltuvate valimitega t-testi, korrelatsioonanalüüsi ja ühefaktorilist ANOVAt. Analüüside tarbeks moodustati vastuste grupeerimise teel mitu uut tunnust.

Skooride arvutamine

Vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise muutuja saamiseks kasutati küsimust “Mil määral aitab Sinu arvates vaimse tervise probleemide puhul ...

1. ... psühholoogiline nõustamine?
2. ... lähedaste tugi?
3. ... ravimid?”

Väidetele sai vastata hinnanguskaalal 1 - üldse mitte kuni 5 - väga palju. Eksploratiivse faktoranalüüsi tulemusena selgus, et need 3 väidet annavad ühefaktorilise lahenduse (Lisa C). Väidete vastused liideti kokku üheks vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise skooriks, kus kõrgem skoor näitab suuremat usku vaimse tervise abi võimalikkusesse. Kolmeväitelise skaala sisereliaablus (Cronbachi alfa) oli lastel 0,57, lapsevanematel 0,64.

Lapse ja lapsevanema häbimärgistamise skoori arvutamisel kasutati Mental Health Literacy skaala (MeHLA; Zenas jt., 2020) eeskujul loodud küsimusi (vastavalt lisa A ja lisa B väited 1–7). Väidetele sai vastata hinnanguskaalal 1 - üldse mitte kuni 5 - väga palju. Väidete 1, 3, 4 ja 5 vastused liideti kokku üheks häbimärgistamise skooriks. Skoori moodustavad väited olid eelnevalt välja valitud LVTU lõpparuande jaoks tehtud analüüsi käigus (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2024). Kõrgem häbimärgistamise skoor väljendab suuremat häbimärgistamist. Neljaväitelise skaala sisereliaablus (Cronbachi alfa) oli lastel 0,69 ja lapsevanematel 0,72.

Vaimse tervise probleemidega sõprade olemasolu kohta kasutati küsimust “Kui mitu Su (head) sõpra viimase aasta jooksul kogesid mõnda vaimse tervise probleemi?” (Lisa A). Andmetest jäeti välja skoor 6 ehk vastus “Ei oska öelda”. Vastus “Mitte ükski sõber” kodeeriti kui 0 ja ülejäänud vastused (üks kuni neli või enam sõpra) kodeeriti kui 1.

Vanema haridustase grupeeriti küsimuse “Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?” (Lisa B) vastused järgnevalt:

- 1 (esimene tase) - Alg- või põhiharidus/Põhiharidus koos kutseharidusega,
- 2 (teine tase) - Kesk- või gümnaasiumiharidus/Keskeri- või kutsekeskharidus,
- 3 (kolmas tase) - Rakenduslik- või kutsekõrgharidus/Kõrghariduse põhiõpe (bakalaureus)/Kõrghariduse kraadiõpe (magister, doktor/kandidaat)

Pere subjektiivse majandusliku olukorra hindamiseks grupeeriti küsimuse” Palun märkige, milliseks hindate oma pere rahalist seisu? Märkige üks Teile kõige sobivam vastus.” (Lisa B) vastused järgnevalt:

- 1 (kehv) - Raha ei jätku söögikski/Jätkub vaid toiduks, maksudeks ja hädavajalike asjade ostuks,
- 2 (keskpärane) - Saab osta ka muud vähem hädavajalikku/Saab osta enamvähem kõike vajalikku,
- 3 (hea) - Võime aegajalt endale osta ka luksuslikke asju.

Andmeanalüüs

T-testi abil määrati sugudevahelised ja vanusegruppide vahelised erinevused vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise ja häbimärgistamise osas. T-testi kasutati ka

määramaks, kas vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise ja häbimärgistamise skoorid erinevad lastel, kellel on sõber või sõbrad kogenud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, võrreldes lastega, kelle sõber ei ole kogenud vaimse tervise probleemi. Laste ja vanemate vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise ning häbimärgistamise määra võrdlemiseks kasutati sõltuvate valimitega t-testi ja kokkulangevuse hindamiseks korrelatsioonanalüüsi. Vanema haridustaseme ja pere majandusliku olukorra seost lapse vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumisega ja häbimärgistamise määraga hinnati ühefaktorilise ANOVA abil ning vanema vaimse tervise diagnoosi olemasolu või puudumise seost samade sõltuvate muutujatega t-testi abil. Kõikide tulemuste analüüsimisel lähtusin statistilise olulisuse nivoost $p < 0,05$.

Olen tabelis 1 välja toonud sõltumatute muutujate (lapse soo ja vanuserühma, vanema haridustaseme, vanema subjektiivse majandusliku olukorra ja vanema vaimse tervise) sagedused.

Tabel 1

Sõltumatute muutujate sagedused

| Tunnus | n | % |
|--|-----|------|
| Sugu | 499 | |
| Poiss | 225 | 45,1 |
| Tüdruk | 267 | 53,5 |
| Muu/ei soovi vastata | 7 | 1,4 |
| Vanuserühm | 499 | |
| 11–14 | 272 | 54,5 |
| 15–17 | 227 | 45,5 |
| Lapsevanema haridus | 369 | |
| Esimene tase | 35 | 7,0 |
| Teine tase | 104 | 20,8 |
| Kolmas tase | 230 | 46,1 |
| Vastus puudub | 130 | 26,1 |
| Lapsevanema subjektiivne majanduslik olukord | 362 | |
| Kehv | 51 | 10,2 |

| Tunnus | n | % |
|--|-----|------|
| Keskpärase | 253 | 50,7 |
| Hea | 58 | 11,6 |
| Vastus puudub | 137 | 27,5 |
| Lapsevanemal vaimse tervise häire diagnoos | 360 | |
| Jah | 73 | 14,6 |
| Ei | 265 | 53,1 |
| Ei tea/ei soovi vastata/vastus puudub | 161 | 32,3 |
| Vaimse tervise probleemiga sõprade olemasolu | 382 | |
| Jah | 205 | 41,1 |
| Ei | 177 | 35,5 |
| Vastus puudub | 117 | 23,5 |

Märkus: Vanema haridustase - esimene - alg- või põhiharidus/põhiharidus koos kutseharidusega, teine - kesk- või gümnaasiumiharidus/keskeri- või kutsekeskharidus ja kolmas - rakenduslik- või kutsekõrgharidus/kõrghariduse põhiõpe (bakalaureus)/kõrghariduse kraadiõpe (magister, doktor/kandidaat)

Tabelis 2 olen välja toonud sõltuvate muutujate (vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise ja häbimärgistamise) kirjeldavad statistikud.

Tabel 2

Sõltuvate muutujate kirjeldav statistika

| | Lapse stigma skoor | Vanema stigma skoor | Lapse abi uskumuse skoor | Vanema abi uskumuse skoor |
|----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Vastanuid | 481 | 331 | 490 | 332 |
| Puuduvad vastused | 11 | 161 | 2 | 160 |
| Keskmine | 7,66 | 7,07 | 9,84 | 11,45 |
| Standardhälve | 3,11 | 2,72 | 2,49 | 2,17 |

Sõltuvate muutujate kirjeldav statistika

| | Lapse stigma skoor | Vanema stigma skoor | Lapse abi uskumuse skoor | Vanema abi uskumuse skoor |
|----------|-----------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Miinumum | 4 | 4 | 1 | 1 |
| Maksimum | 20 | 18 | 15 | 15 |

Hüpoteeside kontrollimine

Püstitasin hüpoteesi, et tüdrukud usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem kui poisid. Sugudevaheliste erinevuste hindamisel jäid analüüsist välja need osalejad, kes märkisid sooks "muu" või "ei soovi" vastata. Selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid sarnased. T-testi tulemusena selgus, et tüdrukute keskmine uskumus abi saamise võimalikkusesse ($M = 10,18$, $SD = 2,43$) on statistiliselt oluliselt kõrgem kui poiste keskmise uskumuse skoor ($M = 9,43$, $SD = 2,52$), $t_{(488)} = -3,34$, $p < 0,001$, *Coheni d* = -0,30.

Püstitasin hüpoteesi, et tüdrukud häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem kui poisid. Selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid tüdrukute grupis ja poiste grupis olid erinevad. Kontrollisin ka, kas on täidetud sõltuva muutuja normaaljaotuse tingimus. Asümmeetriakordaja ja ekstsessi väärtused jäid normaaljaotuslikkuse lubatud leebematesse piiridesse [-2;2]. T-testi tulemusena selgus, et tüdrukute keskmine stigmatiseerimise skoor ($M = 7,02$, $SD = 2,66$) on statistiliselt oluliselt madalam kui poiste keskmine stigmatiseerimise skoor ($M = 8,41$, $SD = 3,43$), $t_{(410)} = 4,91$, $p < 0,001$, *Coheni d* = 0,45. Seega tüdrukud häbimärgistavad vähem kui poisid.

Püstitasin hüpoteesi, et vanusegrupp 15-17 eluaastat usub vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem kui vanusegrupp 11-14 eluaastat. Ka selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid sarnased kahes vanusegrupis. T-testi tulemusena selgus, et vanema vanusegrupi abi saamise võimalikkusesse uskumise keskmine tulemus ($M = 10,27$, $SD = 2,32$) on statistiliselt oluliselt kõrgem kui noorema vanusegrupi tulemus ($M = 9,48$, $SD = 2,58$), $t_{(488)} = -3,52$, $p < 0,001$, *Coheni d* = -0,32.

Püstitasin hüpoteesi, et vanusegrupp 15-17 eluaastat häbimärgistab vähem võrreldes vanusegrupiga 11-14 eluaastat. Ka selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi

tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid sarnased. T-testi tulemusena selgus, et noorema vanusegrupi keskmine häbimärgistamise skoor ($M = 8,05$, $SD = 3,15$) on statistiliselt oluliselt kõrgem kui vanema vanusegrupi häbimärgistamise skoor ($M = 7,19$, $SD = 3,00$), $t_{(486)} = 3,07$, $p = 0,002$, *Coheni d* = 0,279. Seega häbimärgistab vanem vanusegrupp vähem kui noorem vanusegrupp.

Püstitasin hüpoteesi, et lapsed, kellel on sõber või sõbrad kogunud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem võrreldes lastega, kelle sõber ei ole kogunud vaimse tervise probleemi. Selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid kahes sõprade vaimse tervise probleemide olemasolu grupis olid sarnased. T-testi tulemusena selgus, et vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise keskmine tulemus ei ole statistiliselt oluliselt madalam grupis, kus lapse sõber või sõbrad ei ole kogunud vaimse tervise probleemi ($M = 9,62$, $SD = 2,57$) võrreldes grupiga, kus lapse sõber või sõbrad on kogunud vaimse tervise probleemi ($M = 10,10$, $SD = 2,53$), $t_{(376)} = -1,84$, $p = 0,07$, *Coheni d* = -0,19.

Püstitasin hüpoteesi, et lapsed, kellel on sõber või sõbrad kogunud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, häbimärgistavad vähem võrreldes lastega, kelle sõber ei ole kogunud vaimse tervise probleemi. Selle hüpoteesi kontrollimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid kahes sõprade vaimse tervise probleemide olemasolu grupis erinevad. Kontrollisin ka, kas on täidetud sõltuva muutuja normaaljaotus. Asümmeetriakordaja ja ekstsessi väärtused jäid normaaljaotuslikkuse lubatud leebematesse piiridesse [-2;2]. T-testi tulemusena selgus, et häbimärgistamise määra keskmine tulemus grupis, kus lapse sõber või sõbrad ei ole kogunud vaimse tervise probleemi ($M = 8,39$, $SD = 3,47$), on statistiliselt oluliselt kõrgem võrreldes grupiga, kus lapse sõber või sõbrad on kogunud vaimse tervise probleemi ($M = 7,07$, $SD = 2,77$), $t_{(329)} = 4,01$, $p < 0,001$, *Coheni d* = 0,42.

Püstitasin hüpoteesi, et lapsed usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem ja häbimärgistavad vähem võrreldes vanematega. Kõigepealt võrdlesin, mil määral erinevad laste ja vanemate uskumused vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse. Selleks kasutasin sõltuvate valimitega t-testi. Shapiro-Wilk'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid sarnased. T-testi tulemusena selgus, et vanemate keskmine tulemus ($M = 11,45$, $SD = 2,17$) uskumuses abi saamise võimalikkusesse on statistiliselt oluliselt kõrgem kui lastel ($M = 9,84$, $SD = 2,49$), $t_{(331)} = 9,55$, $p < 0,001$, *Coheni d* = 0,52.

Seejärel võrdlesin, mil määral erinevad laste ja vanemate häbimärgistamise skoorid. Selleks kasutasin sõltuvate valimitega t-testi. Shapiro-Wilk'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid erinevad, kuid sõltuva muutuja asümmeetriakordaja ja ekstsessi väärtused jäid normaaljaotuslikkuse lubatud leebematesse piiridesse $[-2;2]$. T-testi tulemusena selgus, et vanemate tulemus ($M = 7,09, SD = 2,71$) on statistiliselt oluliselt madalam kui lastel ($M = 7,65, SD = 3,11$), $t_{(327)} = -2,11, p = 0,030, \text{Coheni } d = -0,12$.

Lisaks leidsin korrelatsiooni lapse ja vanema vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määra vahel. Korrelatsioonanalüüs näitas, et lineaarne korrelatsioon nende skooride vahel on statistiliselt oluline, kuid väga nõrk ($r = 0,13, p = 0,02, n = 332$). Leidsin ka lapse ja vanema stigma skooride korrelatsiooni. Korrelatsioonanalüüs näitas, et lineaarne korrelatsioon nende skooride vahel on väga nõrk ($r = 0,01, p = 0,900, n = 323$).

Edasi uurisin ühefaktorilise ANOVA abil, kas vanema haridus mõjutab lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määra. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid sarnased. Ühefaktorilise ANOVA tulemusena selgus, et lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määr ei erine statistiliselt oluliselt erinevates vanema haridustaseme gruppides ($F_{(2)} = 1,64, p = 0,195, \eta^2 = 0,009$). Vanema haridustaseme järgi olid laste keskmised vaimse tervise abisse uskumise skoorid järgmised: esimene tase $M = 9,57, SD = 1,90, n = 35$; teine tase $M = 9,51, SD = 2,72, n = 102$ ja kolmas tase $M = 10,02, SD = 2,53, n = 226$).

Seejärel uurisin ühefaktorilise ANOVA abil, kas vanema haridus mõjutab lapse häbimärgistamise määra. Levene'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid sarnased. Ühefaktorilise ANOVA tulemusena selgus, et lapse häbimärgistamise määr erineb statistiliselt oluliselt erinevates vanema haridustaseme gruppides ($F_{(2)} = 3,26, p = 0,039, \eta^2 = 0,018$). Post-hoc keskmiste võrdlused näitasid, et esimese taseme haridusega grupi keskmine häbimärgistamise skoor oli kõrgem ($M = 8,94, SD = 3,43, N = 34$) ja erines statistiliselt oluliselt kahe ülejäänud grupi keskmistest (vastavalt $M = 7,42, SD = 3,19, N = 104$ ja $M = 7,54, SD = 3,09, N = 222$).

Edasi uurisin ühefaktorilise ANOVA abil, kas pere majanduslik olukord mõjutab lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määra. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid sarnased. Ühefaktorilise ANOVA tulemusena selgus, et lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määr ei erine statistiliselt oluliselt erinevates pere majandusliku olukorra gruppides ($F_{(2)} = 0,35, p = 0,704, \eta^2 = 0,002$). Pere majandusliku olukorra keskmised olid

järgmised: kehv $M = 9,56$, $SD = 2,76$, $N = 50$; keskpärane $M = 9,89$, $SD = 2,53$, $N = 250$ ja hea $M = 9,79$, $SD = 2,50$, $N = 56$.

Lisaks uurisin ühefaktorilise ANOVA abil, kas pere majanduslik olukord on seotud lapse häbimärgistamise määraga. Levene'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid sarnased. Ühefaktorilise ANOVA tulemusena selgus, et lapse häbimärgistamise määr ei erine statistiliselt oluliselt pere majandusliku olukorra erinevates gruppides ($F_{(2)} = 0,07$, $p = 0,930$). Pere majandusliku olukorra järgi moodustatud rühmades olid keskmised stigma skoorid järgmised: kehva majandusliku olukorraga rühmas $M = 7,76$, $SD = 3,36$, $N = 49$; keskpärase majandusliku olukorraga rühmas $M = 7,67$, $SD = 3,18$, $N = 247$ ja hea majandusliku olukorraga rühmas $M = 7,53$, $SD = 3,05$, $N = 57$.

Järgmisena uurisin, kas vanema vaimse tervise diagnoosi olemasolu või selle puudumine mõjutab lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määra. Selle uurimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et vaimse tervise abi võimalikkuse skoori dispersioonid olid erinevad, kuid sõltuva muutuja asümmeetriakordaja ja ekstsessi väärtused jäid normaaljaotuslikkuse lubatud leebematesse piiridesse $[-2;2]$. Welch'i t-testi tulemusena selgus, et lapse vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise määra keskmine tulemus grupis, kus vanemal ei ole vaimse tervise diagnoosi ($M = 9,89$, $SD = 2,44$), ei erine statistiliselt oluliselt võrreldes grupiga, kus vanemal on diagnoositud vaimse tervise probleem ($M = 9,47$, $SD = 3,90$), $t_{(100)} = 1,13$, $p = 0,263$, *Coheni* $d = 0,16$.

Lõpetuseks uurisin, kas vanema vaimse tervise diagnoosi olemasolu või selle puudumine mõjutab lapse häbimärgistamise määra. Selle uurimiseks kasutasin t-testi. Levene'i testi tulemused näitasid, et stigma skoori dispersioonid olid sarnased. T-testi tulemusena selgus, et häbimärgistamise määra keskmine tulemus grupis, kus vanemal ei ole vaimse tervise diagnoosi ($M = 7,66$, $SD = 3,12$), ei erine statistiliselt oluliselt võrreldes grupiga, kus vanemal on diagnoositud vaimse tervise probleem ($M = 7,97$, $SD = 3,52$), $t_{(327)} = -0,74$, $p = 0,459$, *Coheni* $d = -0,10$.

Arutelu

Käesolev uurimistöö tugines Tartu Ülikooli, Tervise Arengu Instituudi ja Turu-uuringute AS uurimisprojektile „Eesti laste vaimse tervise uuring (LVTU)“ ning selle peamiseks eesmärgiks oli uurida, millised on vaimse tervisega seotud hoiakud ja uskumused Eesti lastel, et kaardistada võimalikke kitsaskohti. Ennekõike huvitas mind, millised on erinevused uskumustes vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse ning häbimärgistamisse. Selleks võrdlesin laste sugudevahelisi ja vanusegruppide vahelisi erinevusi. Lisaks võrdlesin lapsi, kellel on sõber või sõbrad kogenud viimase aasta jooksul vaimse tervise probleemi, lastega, kellel sellist kokkupuudet

ei ole. Samuti võrdlesin laste ja vanemate erinevusi vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise ning häbimärgistamise määras, ja kas vanema haridustase, pere majanduslik olukord ja vanema vaimne tervis on seotud lapse hoiakutega. Püstitasin oma uurimistöös 5 hüpoteesi vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise ja häbimärgistamise kohta.

Esimesest hüpoteesist lähtudes uurisin, millised on laste sugudevahelised erinevused uskumuste ja stigmade osas. Sugudevahelises võrdluses uskumuste osas ilmnis statistiliselt oluline erinevus – tüdrukud usuvad abi saamise võimalikkusesse rohkem kui poisid. Seega on Eesti laste tulemus kooskõlaline varasemalt läbiviidud uuringutega, kus on toodud välja, et naissoost osalejad on kõrgemate psühhoteraapiat puudutavate teadmistega (Farrer jt., 2008), nad on vaimse tervise probleemide suhtes tundlikumad (Campos jt., 2016) ning poiste teadmised ja arusaamad vaimse tervise probleemidest on madalamad (Williams ja Pow, 2007). Varasemad uuringud on esile toonud tõsiasja, et tüdrukud peavad vaimse tervise probleemide korral abi otsimist märgiks tugevusest rohkem võrreldes poistega (Chandra ja Minkovitz, 2005).

Häbimärgistamise analüüsi tulemused toetavad samuti esimest hüpoteesi ja näitavad, et tüdrukud stigmatiseerivad vaimse tervise probleeme oluliselt vähem kui poisid. Seega on Eesti laste tulemused on kooskõlas varasemalt läbiviidud teiste maade uuringutega, mille tulemusena on leitud, et poisid häbimärgistavad vaimse tervise probleeme rohkem võrreldes tüdrukutega (Chandra ja Minkovitz, 2005).

Vanusegruppide võrdluses ilmnis, et vanemad Eesti lapsed (15–17-aastased) usuvad abi saamise võimalikkusesse rohkem ja stigmatiseerivad vähem kui nooremad (11–14-aastased), mis kinnitab teist hüpoteesi. Analüüside käigus saadud tulemus on kooskõlaline varasemate teiste maade uuringutega, mis kinnitavad, et nooremad lapsed häbimärgistavad rohkem (Lynch jt., 2021) ja vanemad lapsed on teadlikumad psühhoteraapiast (Farrer jt., 2008). Eeldatavasti saab vanemate laste suuremat usku abi saamise võimalikkusesse ja väiksemat stigmatiseerimist seostada nende kõrgema sotsiaalse ja emotsionaalse küpsusega ning suurema teadlikkusega vaimse tervise teemadest (Campos jt., 2016). Teismeiga on üleminekuperiood lapsepõlve ja täiskasvanuea vahel (Gleitman jt., 2011), mida iseloomustavad ulatuslikud bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed muutused (Villarruel ja Castellino, 1999, viidatud Williams jt., 2002).

Kolmanda hüpoteesi analüüs näitas, et Eesti laste stigmatiseerimise määr on väiksem, kui neil on sõbrad, kes on kogenud vaimse tervise probleeme. See on kooskõlaline varasemate teiste maade uuringutega, kus on leitud, et nende laste hoiakud, kes olid varasemalt kokku puutunud lastega, kellel on aktiivsus-ja tähelepanuhäire, depressioon või õpiraskused, on positiivsemad võrreldes lastega, kelle vastav kogemus puudus ehk varasem kokkupuude on seostatav ka väiksema

häbimärgistamisega (Bellanca ja Pote, 2013). Samuti on raporteerinud noorukid, kelle pereliige või sõber käib psühhoteraapias, häbitunde ja hirmu vähenemisest vanemate häbimärgistamise ees (Pfeiffer ja In-Albon, 2022).

Siiski ei ilmnenud olulist erinevust abi saamise võimalikkusesse uskumises nende laste vahel, kellel on või ei ole olnud kokkupuudet sõbra vaimse tervise probleemiga. Siit võib järeldada, et varasem kokkupuude ei pruugi tingimata mõjutada laste uskumusi abi saamise kohta, kuid see vähendab häbimärgistamist. Varasemalt on leitud, et psühhoteraapias käiva sõbra või pereliikme olemasolu on seotud paremate psühhoteraapia-alaste teadmistega (Pfeiffer ja In-Albon, 2022), mistõttu psühhoteraapiat seostatakse enesetõhususe kasvuga oma vaimse tervise parandamisel ja hoidmisel (Wahl jt., 2012). Seega kolmas hüpotees leidis Eesti valimi peal osaliselt kinnitust.

Neljanda hüpoteesi raames läbi viidud võrdluse käigus selgus, et vanemad usuvad rohkem abi saamise võimalikkusesse kui lapsed ja häbimärgistavad vähem kui lapsed. See tulemus on vastupidine püstitatud hüpoteesile. See võib peegeldada põlvkondadevahelisi erinevusi vaimse tervise teemade suhtumises ja teadlikkuses. Ka Austraalia valimi peal läbiviidud uuring kinnitas, et noored täiskasvanud ja keskealised inimesed omavad täpsemaid teadmisi vaimse tervise häirete sümptomite ja ravi kohta (Farrer jt., 2008). Austraalia valim oli vanuses 18-70 eluaastat ehk uuringusse ei olnud kaasatud lapsi. Võimalik, et Eesti uuringus võisid lapsed ja vanemad küsimustest pisut erinevalt aru saada, mis võis mõjutada tulemusi ning seetõttu ka ei kattunud nende hoiakud. Neljas hüpotees ehk lapsed usuvad vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse rohkem ja nad häbimärgistavad vaimse tervise probleeme vähem võrreldes nende vanematega, Eesti valimi peal kinnitust ei leidnud.

Viienda hüpoteesi raames läbi viidud korrelatsioonanalüüs näitas, et lapse ja vanema hoiakute vahel on väga nõrk või olematu seos. Vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise hoiakute vahel on seos küll statistiliselt oluline, kuid selle praktiline väärtus on küsitav. Varasemad uuringud on näidanud, et vanemate hoiakud mõjutavad noorukite hoiakuid (Jorm jt., 2007). Hüpotees, et laste ja vanemate hoiakud on omavahel seotud, ei leidnud kinnitust ja võib oletada, et see võib olla põhjustatud kultuurilistest erinevustest ja sotsiaalsetest teguritest. 76% lastest märkis, et nende kodune keel on eesti keel. Eestlasi on sageli kirjeldatud kui reserveeritud, külma, tagasihoidlikku, vaikset ja rahulikku rahvust (Mizera jt., 2013). Selline kultuuriline taust võib tähendada, et peresiseselt ei arutata vaimse tervisega seotud teemasid avameelselt. Seda on näidanud ka varasemad uuringud, et vanematel on rohkem teadmisi vaimse tervise probleemide kohta ja nad häbimärgistavad vähem, kuid neid teadmisi ja hoiakuid ei ole lastele edastatud (Lorona ja Miller-Perrin, 2016). See võib seletada lapse ja vanema hoiakute nõrka seost.

Vanema haridustaseme analüüs näitas, et vanema haridustase on seotud lapse stigmatiseerimise määraga – madalama haridustasemega vanemate lastel oli kõrgem stigmatiseerimise määr. Samas, pere majanduslik olukord ega vanema vaimse tervise probleemid ei olnud seotud lapse hoiakutega. Need tulemused viitavad vajadusele keskenduda Eesti laste teadlikkuse suurendamisele ja haridusele, et vähendada stigmatiseerimist.

Uuringu piiranguna saab välja tuua asjaolu, et küsitlusuuringu valim oli oodatust oluliselt väiksem ja võis põhjustada valimi kallutatuse (Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium, 2024). Eesti valim võib kultuuriliselt erineda teistest riikidest, mistõttu ei pruugi tulemusi üldistada laiemale kontekstile. 76% vastanutest märkis, et nende kodune keel on eesti keel, seega ei kajastu piisavalt venekeelse elanikkonna hoiakud vaimse tervise probleemide korral abi võimalikkusesse uskumise ja häbimärgistamise suhtes.

Kasutatud küsimused võisid olla piiratud ulatusega ega kajastanud täielikult uskumusi abi saamise võimalikkusesse ja häbimärgistamise. Vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumise tunnuse loomisel ei pruukinud kasutatud küsimused peegeldada kõiki olulisi aspekte vaimse tervise probleemide korral abi saamise võimalikkusesse uskumisest. Kasutatud küsimused tõid küll välja uskumused psühholoogilisse nõustamisse, lähedaste abisse ja ravimitesse, kuid tulevikus tasuks kaaluda küsimuste lisamist uskumuste mõõdiku parendamise nimel. Mõõtmisinstrumendi puudlikkus tuli selgelt välja eksploratiivse faktoranalüüsi käigus, kui selgus, et vanemate faktorlaadungid on oluliselt kõrgemad kui laste omad.

Samuti ei õnnestunud küsimustike piiratud ulatuse tõttu analüüsida vaimse tervise kirjaoskuse kõiki nelja komponenti. Sellest tulenevalt jääb osa hoiakutega seotud nüansse ja põhjuste vahelisi seoseid selgusetuks.

Uuringu tugevusena tooksin välja asjaolu, et uuringusse oli kaastatud noorem vanusegrupp Eesti lapsi (11-14-aastased), kuna varasemad uuringud on olnud keskendunud noorukitele vanuses 15-17 eluaastat (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne, 2022). Samuti võib laste ja vanemate hoiakute võrdlust pidada uudseks lähenemiseks sedavõrd olulisele teemale.

Tulevikus tasuks mõõdikuid täpsemaks lihvida ja kasutada detailsemaid küsimustikke, et paremini mõista aspekte vaimse tervisega seotud hoiakutest. Longituuduuringud võimaldaksid uurida põhjuslikke seoseid ja muutusi hoiakutes ajas. Tulevikus võiks kaasata rohkem venekeelseid vastajaid ja kaaluda rahvusvahelise võrdluse tegemist.

Rõhku tasub panna avatud suhtluse edendamisele vaimse tervise teemadel peredes, et vähendada hoiakute vahelist lõhet laste ja vanemate vahel. Kuna negatiivsed hoiakud ja väärarusaamad tekivad lapsepõlves ja arenevad järk-järgult noorukieas (Wahl jt., 2012), siis tuleks vaimse tervise teadlikkuse suurendamiseks koostada haridusprogrammid nii laste kui ka vanemate

harimiseks. Sellised algatused võivad olla olulised hoiakute parandamisel ning abi otsimise võimaluste tõhustamisel.

Uuring käsitles Eesti laste vaimse tervise hoiakuid ja uskumusi, keskendudes sugudevaheliste, vanusegruppide vaheliste ja vaimse tervise probleemiga kokkupuutumise kogemuste võrdlustele. Piirangutena toodi esile väikest ja kultuuriliselt piiratud valimit, küsimustike ulatust ning venekeelse elanikkonna vähest esindatust. Uuringu tugevuseks oli noorema vanusegrupi kaasamine ja laste-vanemate hoiakute võrdlus. Tulevikus soovitatakse kasutada detailsemaid mõõdikuid, kaasata erinevaid rahvusühmi ning edendada peredes avatud suhtlust vaimse tervise teemadel. Haridusprogrammid võiksid aidata vähendada stigmatiseerimist ja parandada teadlikkust.

Kasutatud kirjandus

- Aakre, J. M., Lucksted, A. & Browning-McNee, L. A. (2016). Evaluation of Youth Mental Health First Aid USA: A program to assist young people in psychological distress. *Psychological Services, Vol 13*(2), 121-126. DOI: 10.1037/ser0000063
- Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1-22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Bale, J., Grové, C. & Costello, S. (2018). A narrative literature review of child-focused mental health literacy attributes and scales. *Mental Health & Prevention, 12*, 26-35 DOI: <https://doi.org/10.1016/J.MHP.2018.09.003>
- Bellanca, F., & Pote, H. (2013). Children's attitudes towards ADHD, depression and learning disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs, 13*(4), 234-241. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2012.01263.x>
- Byrne, S., Swords, L. & Nixon, E. (2015). Mental Health Literacy and Help-Giving Responses in Irish Adolescents. *Journal of Adolescent Research, 30*(4), 477-500. DOI: 10.1177/0743558415569731
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A. & Veiga, E. (2016). Development and Psychometric Properties of a New Questionnaire for Assessing Mental Health Literacy in Young People. *Universitas Psychologica, 15*(2), 61-72. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 38*(6), 754.e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.08.011>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental healthrelated stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine, 45*(1), 11-27. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology—Science and Practice, 7*(1), 48-67 DOI: 10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614-625. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614

- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219–225. DOI:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868
- Corrigan, P. W., River, L., Lundin, R. K., Uphoff Wasowski, K., Campion, J. Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M. & Gagnon, C. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91–102. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M)
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4), 363–368. DOI:10.1093/sw/50.4.363
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm A. F. & McGorry, P. D. (2006) Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790–796. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x
- Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium. (2024). Eesti laste vaimse tervise uuring. Tartu, Tallinn: Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut, Turu-uuringute AS.
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2008). Age differences in Mental Health Literacy. *BMC Public Health*, 8(125), 1-8. DOI: 10.1186/1471-2458-8-125
- Fox, C. (2020). Children's attitudes to people with mental illness. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 67, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2020.101117>
- Gleitman, H., Gross, J. & Reisberg, D. (2011). *Psychology*, (8th ed., pp. 576-577). W. W. Norton & Company.
- Hermann, V., Durbeej, N., Karlsson, A-C. & Sarkadi, A. (2022). Feeling mentally unwell is the “new normal”. A qualitative study on adolescents’ views of mental health problems and related stigma. *Children and Youth Services Review*, 143, 1-8. DOI: 10.1016/j.childyouth.2022.106660
- Jorm, A. F. & Wright, A. (2008). Influences on young people’s stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 144–149. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.039404
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A, Christensen, H, Rodgers, B & Pollitt P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Jorm, A. F., Wright, A. & Morgan A., J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry (1)*, 61–70. DOI:10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x
- Kågström, A., Pesout, O., Kucera, M., Juríkova, L. & Winkle, P. (2023). Development and validation of a universal mental health literacy scale for adolescents (UMHL-A). *Psychiatry Research*, 320, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115031>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
- Kutcher, S., Wei, Y. & Coniglio, C. (2016a). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154-158. DOI: 10.1177/0706743715616609
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., Sourander, A. (2016b). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 567-569. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Laidra, K., Reile, R., Havik, M., Leinsalu, M., Murd, C., Tulviste, J., Tamson, M., Akkermann, K., Kreegipuu, K., Sultson, H., Ainsaar, M., Uusberg, A., Rahno, J., Panov, L., Leetmaa, K., Aasa, A., Veidebaum, T., Lehto, K. & Konstabel, K. (2023). Estonian National Mental Health Study: Design and methods for a registry-linked longitudinal survey. *Brain and Behavior*, 13(8). DOI: 10.1002/brb3.3106
- Lorona, R., T. & Miller-Perrin, C. (2016) Parent and child knowledge and attitudes toward mental illness: A pilot study. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, Vol 21(3), 152-161. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.24839/2164-8204.JN21.3.152>
- Lynch, H., McDonagh, C. & Hennessy, E. (2021). Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 281, 744-750. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.073
- Mizera, L., Tulviste, T., Konstabel, K. & Lausa, E. (2013). Silent and Slow Estonians, Emotional and Fast Russians: A Comparative Study of Communication Stereotypes in Two Neighboring Countries. *Communication Quarterly*, 61(3), 268-283. DOI: 10.1080/01463373.2012.751927
- Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 261–274. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0015696>

- Murman, N. M., Buckingham, K. C. E., Fontilela, P., Villanueva, R., Leventhal, B. & Hinshaw, S. P. (2014). Let's Erase the Stigma (LETS): A Quasi-Experimental Evaluation of Adolescent-Led School Groups Intended to Reduce Mental Illness Stigma. *Child & Youth Care Forum: Journal of Research and Practice in Children's Services*, 43(5), 621-637. DOI: 10.1007/s10566-014-9257-y
- Pfeiffer, S. & In-Albon, T. (2022) Barriers to Seeking Psychotherapy for Mental Health Problems in Adolescents: a mixed method study. *Journal of Child and Family Studies*, 31, 2571–2581. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02364-4>
- Terviseinfo. (2022). Mis põhjustab vaimse tervise probleeme? Vaimse tervise probleemide põhjused | Terviseinfo Kasutatud 30.05.2024
- Wahl, O., Susin, J., Lax, A., Kaplan, L., & Zatina, D. (2012). Knowledge and attitudes about mental illness: a survey of middle school students. *Psychiatric Services*, 63(7), 649–654. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100358>
- Williams, B., & Pow, J. (2007). Gender differences and mental health: An exploratory study of knowledge and attitudes to mental health among Scottish teenagers. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 8-12. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x
- Williams, P, G., Holmbeck, G, N. & Greenley, R, N. (2002) Adolescent Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.828

Lisa A. Küsimused lapse sõprade vaimse tervise probleemide, stigma ja vaimse tervise probleemide abi kohta.

1. Küsimus lapse sõprade vaimse tervise probleemi kohta:

Kui mitu Su (head) sõpra viimase aasta jooksul kogesid mõnda vaimse tervise probleemi?

1. Mitte ükski sõber
2. 1 sõber
3. 2 sõpra
4. 3 sõpra
5. 4 või enam sõpra
6. Ei oska öelda

2. Küsimus stigma kohta:

Mil määral Sa nõustud järgmiste väidetega?

(üldse mitte / natuke / mõõdukalt / palju / väga palju)

1. Vaimse tervise probleemid on märk inimese nõrkusest
2. Vaimse tervise probleemidega inimesed saaksid oma probleemidest vabaneda,

kui nad tahaksid

3. Kui mul on võimalik valida, siis ma ei tahaks olla samas grupis kellegagi,

kellel on vaimse tervise probleem

4. Kui tunnis minu kõrval istuval klassikaaslasel on vaimse tervise probleem,

siis ma istuksin meelsamini mujale

5. Enamik minu klassikaaslastest istuks meelsamini mujale, kui tunnis nende

kõrval istuval klassikaaslasel on vaimse tervise probleem

6. Enamikku vaimse tervise probleeme on võimalik ravida

7. Ka hea vaimse tervisega lapsel/noorel võib olla halbu päevi

3. Küsimus vaimse tervise probleemide abi kohta:

Mil määral aitab Sinu arvates vaimse tervise probleemide puhul ...

(üldse mitte / natuke / mõõdukalt / palju / väga palju)

1. ... psühholoogiline nõustamine?
2. ... lähedaste tugi?
3. ... ravimid?

Lisa B. Küsimused vaimse tervise stigma ning vanema haridustaseme, pere majandusliku olukorra ja vanema vaimse tervise probleemide kohta

1. Mil määral Te nõustute järgmiste väidetega?

(üldse mitte / natuke / mõõdukalt / palju / väga palju)

1. Vaimse tervise probleemid on märk inimese nõrkusest
2. Vaimse tervise probleemidega inimesed saaksid oma probleemidest vabaneda, kui nad tahaksid
3. Kui mul on võimalik, siis ma ei tahaks olla samas meeskonnas kellegagi, kellel on vaimse tervise probleem
4. Kui mu kolleegil on vaimse tervise probleem, siis meelsamini töötaksin teises ruumis
5. Enamik mu töökaaslastest ei tahaks töötada samas ruumis inimesega, kellel on vaimse tervise probleem
6. Enamikku vaimse tervise probleeme on võimalik ravida
7. Ka hea vaimse tervisega inimesel võib olla emotsionaalselt raskeid päevi

2. Mil määral aitab Teie arvates vaimse tervise probleemide puhul...

1 Üldse mitte; 2 Natuke; 3 Mõõdukalt, 4 Palju; 5 Väga palju

1. ... psühholoogiline nõustamine?
2. ... lähedaste tugi?
3. ... ravimid?

3. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

- 1 Alg- või põhiharidus
- 2 Põiharidus koos kutseharidusega
- 3 Kesk- või gümnaasiumiharidus
- 4 Keskeri- või kutsekeskharidus
- 5 Rakenduslik- või kutsekõrgharidus
- 6 Kõrghariduse põhiõpe (bakalaureus)
- 7 Kõrghariduse kraadiõpe (magister, doktor/kandidaat)

4. Palun märkige, milliseks hindate oma pere rahalist seisu? Märkige üks Teile kõige sobivam vastus.

- 1 Raha ei jätku söögikski
- 2 Jätkub vaid toiduks, maksudeks ja hädavajalike asjade ostuks
- 3 Saab osta ka muud vähem hädavajalikku
- 4 Saab osta enamvähem kõike vajalikku

5 Võime aegajalt endale osta ka luksuslikke asju

5. Kas Teil on kunagi diagnoositud mõni vaimse tervise häire (nt depressioon, ärevushäire, söltuvushäired, aktiivsus-tähelepanuhäire)?

1 Ei

2 Jah

3 Ei tea

4 Ei soovi vastata

Lisa C. Eksploratiivne faktoranalüüs

Eksploratiivse faktoranalüüsi jaoks valisin muutujad võrreldes nende omavahelisi korrelatsioone. Lähtudes vanemate väidete korrelatsioonidest, mis jäid vahemikku 0,3 kuni 0,5 (keskmine korrelatsioon), otsustasin laste puhul kasutada neid samu muutujaid, ehkki seal ei olnud korrelatsioonid võrdväärselt kõrged. Samuti esindasid valitud faktorid uuringu kontekstis olulist konstrukti.

Laste faktoranalüüs

Et näha, kas andmed on sobivad eksploratiivse faktoranalüüsi jaoks, viisin esmalt läbi KMO testi ning Bartlett testi. Testide tulemused näitasid, et andmed sobivad faktoranalüüsiga edasiminekuks (vastavalt $MSA > 0,6$ ning Bartlett testil $p < 0,001$). Faktorlaadungid on näha tabelis 3. Mudel kirjeldab ära 35,4% variatiivsusest.

Tabel 3

Faktorlaadungid

| Faktor | Faktorlaadung |
|----------------------------|---------------|
| Psühholoogiline nõustamine | 0,814 |
| Lähedaste tugi | 0,531 |
| Ravimid | 0,344 |

Kontrollisin küsimuste sisereliaablust Cronbach'i α kaudu, mille väärtuseks sain 0,57. Uue muutuja saamiseks liitsin kolme mõõdetud sõltuva muutuja skoorid ning sain uue sõltuva muutuja „Vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise“ muutuja.

Vanemate faktoranalüüs

Et näha, kas andmed on sobivad eksploratiivse faktoranalüüsi jaoks, viisin esmalt läbi KMO testi ning Bartlett testi. Testide tulemused näitasid, et andmed sobivad faktoranalüüsiga edasiminekuks (vastavalt $MSA > 0,63$ ning Bartlett testil $p < 0,001$). Faktorlaadungid on näha tabelis 4. Mudel kirjeldab ära 39,8% variatiivsusest.

Tabel 4*Faktorlaadungid*

| Faktor | Faktorlaadung |
|----------------------------|---------------|
| Psühholoogiline nõustamine | 0,791 |
| Lähedaste tugi | 0,563 |
| Ravimid | 0,501 |

Kinnitamaks, et võin käsitleda kolme sõltuvat muutujat ühena, kontrollisin küsimuste sisereliaablust Cronbach'i α kaudu, mille väärtuseks sain 0,64. Uue muutuja saamiseks liitsin kolme mõõdetud sõltuva muutuja skoorid ning sain uue sõltuva muutuja „Vaimse tervise probleemi puhul abi saamise võimalikkusesse uskumise“ muutuja.

Lisa D. Autori panus

Autor teostas andmeanalüüsid kasutades LVTU küsitluses kogutud andmeid ning kirjutas käesoleva uurimistöõ.

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 DSpace.

Heidy Jänes