

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Trinity Vaaro

**Vaimse tervise koolitusel osalemise kavatsus ja selle mõjutatavus meeste seas**

Uurimistöo

Juhendaja: Andero Uusberg, PhD

Läbiv pealkiri: Meeste müksamine vaimse tervise teenusele

Tartu 2024

**Vaimse tervise koolitusel osalemise kavatsus ja selle mõjutatavus meeste seas****Lühikokkuvõte**

Meeste ja naiste terviskäitumises on võimalik täheldada erinevusi. Peamiselt leitakse, et mehed otsivad nii füüsilise kui ka vaimse tervise probleemidele vähem abi. Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida vaimse tervise koolitusele kutsuva teksti mõju osalemisele ja kas mõju oli seotud meeste vaimse tervise ja maskuliinsuse tasemega. Uurimistöö põhineb Kantar Emori 2022. aastal läbi viidud uuringu “Meeste tervisehoiu teenuste kasutamise uuring” kogutud andmetel. Uurimistöö valimis oli kokku 720 meest vanuses 18-74. Töös mõõdeti meeste vaimse tervise ja maskuliinsuse taset. Pooled osalejatest tutvusid vaimse tervise koolitusele kutsuva kontrollversiooni tekstiga ja ülejäänud maskuliinsusele viitavate sõnadega manipuleeritud versiooniga. Analüüside tulemusena selgus, et kutse teksti sisu ei mõjutanud meeste arvamust koolitusel osalemisest, küll aga oli vaimse tervise seisund koolituse hinnangutega positiivselt seotud ja maskuliinsuse tase negatiivselt seotud.

Märksõnad: maskuliinsus, abi otsimine, vaimne tervis, meeste tervis

**Intention to participate in mental health training and its susceptibility among men.****Abstract**

Differences in health behavior can be observed between men and women. It is mainly found that men seek less assistance for both physical and mental health problems. The aim of this research was to investigate the effect of the invitation text to mental health training on participation and whether the effect was related to the levels of men's mental health and masculinity. The research is based on data collected from the Kantar Emor survey "Survey on the Use of Men's Healthcare Services" conducted in 2022. The research sample consisted of a total of 720 men aged 18-74. In this paper, the levels of men's mental health and masculinity were measured. Half of the participants were presented with the control version of the text inviting them to mental health training, and the remaining with a manipulated version of the text containing words related to masculinity. As a result of the analyses, it was found that the content of the invitation text did not influence men's opinions about participating in the training. However, mental health status was positively associated with training evaluations, while masculinity scores were negatively associated.

Keywords: masculinity, help seeking, mental health, men's health

## Vaimse tervise koolitusel osalemise kavatsus ja selle mõjutatavus meeste seas

Suur osa inimesi kannatab vaimse tervise probleemide käes. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringus, milles osales ligi 20 000 inimest, oli umbes neljandikul (27.6%) risk depressiooniks ja viiendikul (20%) risk ärevuseks (2022). Sama valimi Haigekassa registriuuringutest selgus, et ligi veerandil (24%) täiskasvanutest esines perioodi 2016–2021 raviarvetel ja retseptidel vähemalt üks psüühikahäire diagnoos, millest kõige sagedasemad psüühikahäired olid depressioon ja ärevushäired, mida esines vastavalt 12,4%-l ja 9,8%-l vastanutest. Sarnaselt leidsid Jenkinsi ja kolleegid (1997), et 10 108 uuritud täiskasvanust 16% diagnoositi mingi vaimse häire esinemine.

### Abi otsimine ja vaimne tervis

Paljud vaimse tervise riskides inimesi ei otsi või ei saa oma probleemidele abi. Bebbingtoni ja kolleegide (2000) jätku analüüsid Jenkinsi ja kolleegide (1997) uuringu andmetel näitasid, et 74% diagnoositud meestest ja 60% naistest ei olnud varasemalt pöördunud oma perearsti poole vaimse tervise probleemidega. Kui kellegi poole ei pöördata, võib pikas perspektiivis selline abita jäämine tuua kaasa riski, et haigus süveneb, nagu ka kehaliste haigustega juhtub, kui neid ei ravita. Nii võib kaduda lootus ja ei püüelda taastumise poole.

Seda, miks abi otsimine on vaimse tervise häirete all kannatavate inimeste jaoks tihti keeruline, võib vaadelda abi otsimist raskendavate tõkete kaudu (Clement et al., 2014). Suurimaks tõkkeks on, et inimesed ei näe oma vaimse tervise probleeme tegelike probleemidena (Codony et al., 2009). Näiteks halb une kvaliteet võib viidata erinevatele vaimse tervise probleemidele, kuid seda ignoreeritakse või proovitakse lahendada unerohu võtmisega. Kui vaimse tervise probleem on teadvustatud, võib järgmiseks tõkkeks kujuneda vähesed teadmised sellest, kust ja kuidas abi otsida saab (Jorm, 2000). Kui aga teatakse, kust abi saab, võib kolmandaks takistuseks kujuneda kättesaadavus, näiteks kui arsti vastuvõtud toimuvad vaid tööpäeviti kindlatel kellaaegadel ja sinna minekuks ei ole võimalik töölt vabaks saada või pole ressursse, et selle eest maksta (Salaheddin & Mason, 2016).

Ühed enim uuritud tõkked on stigmad, mis vaimse tervise probleemide ümber ringlevad (Clement et al., 2014). Kannatavad inimesed kardavad, et neid hakatakse teistmoodi vaatama ja

kohtlema. Kuigi tundub, et viimasel ajal tuuakse välja üha enam oma vaimse tervise eest hoolitsemist ning selle olulisust, on paljude vaated vaimsetest häiretest ja nende all kannatavatest inimestest ilmselt endiselt negatiivsed. Sellised vaated võivad panna haigust põdevaid inimesi tundma häbi ning vähendada seeläbi motivatsiooni abi otsida (Borenstein, 2020). Enesestigma ehk see, kui inimene omastab enda isikuomadustele ühiskonna poolt loodud negatiivseid arvamusi (Corrigan & Rao, 2012), süvendab negatiivseid stereotüüpe, vähendab inimese tunnetatud enesetõhusust ning tõukab inimesi oma probleeme ignoreerima (Clement et al., 2014).

### **Abi otsimise soodustamine**

Abi otsimist soodustab eelmainitud takistuste vähendamine. Näiteks Brown ja kolleegid (2022) kirjeldavad vaimse tervise töötube, mille tutvustamisel ja läbi viimisel kasutati mitmeid tõkkeid vähendavaid strateegiaid. Esiteks, kuna diagnostilised terminid nagu ärevus ja depressioon võivad vallandada stigmat, kasutati selle asemel terminit stress. Teiseks, et inimesed tunneksid huvi osavõtmise vastu ja mitte ei prooviks üksi oma probleemidega hakkama saada, loodi flaierid, mis olid kättesaadavad raamatukogudes, apteekides, kogukonna keskustes ja perearstide kabinetides. Kolmandaks suurendati töötoa kättesaadavust nii, et see toimus nädalavahetusel, et saaksid osaleda inimesed, kes tööpäeviti töö tõttu tavaliselt arsti vastuvõtule minna ei saa. Samuti pääses sellele ligi nii bussi kui autoga kaugemalt tulijale. Stressi töötubades osales 176 inimest (Brown et al., 2022). Pärast stressi töötubasid viidi samu taktikaid kasutades läbi depressiooni töötoad, kuhu algselt registreeris vaid 28 inimest, kellest enamusel oli juba varasemalt depressioon diagnoositud ehk nad olid abi otsimas käinud. Sisse viidi muudatused, nagu depressiooni töötoad nimetati enesekindluse töötubadeks ning kuna uurijad panid tähele, et sekkumise efektiivsuses kahtlemine mõjutas eriti mehi, kasutati reklaamides üksikisikule suunatud lauseid, nagu „Kas soovite endasse rohkem uskuda? Tulla toime aegade, mil asjad ei lähe teie soovitud viisil?“ Pärast selliste muudatuste sisse viimist kasvas registreerunute arv 120 inimesele ja osales ka rohkem neid, kes polnud varem abi otsinud. (Brown et al., 2022)

Abi otsimist võib soodustada ka informatsiooni jagamine sellest, kust abi saab. Näiteks ei pea abi otsimine tähendama kohe psühholoogi või psühhiaatri poole pöördumist, vaid esimeseks aitajaks saab olla perearst. Kovess–Masféty ja kolleegid (2007) uurisid, kelle poole inimesed pöördusid psühholoogiliste probleemide esinemisel. 412 uuringus osalenust üle poolte (57.8%)

ütlesid, et nad pöördusid kõigepealt perearsti poole. Lisaks 79.1% kogu valimist olid valmis perearsti soovitusel pöörduma vaimse tervise spetsialisti poole. Selle põhjal kujundasid Kovess–Masféty ja kolleegid (2007) soovitusel propageerida vaimse tervise probleemide puhul esmalt pöördumist perearsti juurde. Perearstid on üldiselt ka juba oma patsientidega veidi tuttavamad ja neil on selle abil võimalik teha soovitusi järgmiste sammude võtmiseks. Sellisel juhul võiks perearstid siis ka saada rohkem koolitust vaimse tervise teemadel ning kelle poole erinevate probleemidega pöörduda võiks.

### **Abi otsimine ja maskuliinsus**

On teada, et mehed otsivad vaimse tervise probleemide korral vähem abi kui naised. Oliver ja kolleegid (2005) uurisid nii meeste kui naiste abi otsimise käitumist ning leidsid, et mehed otsivad naistest väiksema tõenäosusega abi. Vähest abi otsimist ei saa seletada pelgalt tõsiasi, et meestel oleks vaimse tervise probleeme vähem kui naistel. Näiteks Eesti mehed sooritavad enesetappe 4-5 korda rohkem, kui naised. 2019. aastal oli 100 000 elaniku kohta meeste hulgas 24,1 enesetappu ja naiste hulgas 6,1 (Värnik et al., 2021).

Meeste puhul võib abi otsimise täiendavaks tõkkeks olla maskuliinsus kui sotsiaalne norm. Maskuliinsust saab defineerida erinevalt, käesolevas töös lähtutakse Mankowski ja Smith (2016) käsitlusest, mille kohaselt on maskuliinsus sotsiaalne roll, mida hakatakse poistes juba noorest east juurutama. Tüüpiliselt tähendab maskuliinsus, et meessoost isikud peavad vältima kõike stereotüüpselt naiselikku, olema tugevad, agressiivsed ja sellega seotult võivad ainukese emotsioonina väljendada viha. Kui nad nendest reeglitest kinni ei pea, võivad mehed leida ennast teistest isoleerituna ning see kinnistab maskuliinset käitumist (Mankowski & Smith, 2016).

Vaimse tervise probleemi omamine ja selle lahenduseks abi otsimine ei ole maskuliinse sotsiaalse rolliga enamasti kooskõlas. Näiteks Saksamaal läbiviidud kvalitatiivuuring 12 mehega, kes on kogenud depressiooni, leidis, et ka meeste enda arvates mõjutavad maskuliinsuse normid nende abi otsimise käitumist. Uuringus osalenud mehed kirjeldasid, et sotsiaalsete normide järgi tunnevad nad sunnitust oma tundeid ja vajadusi alla suruda, sest stereotüüpselt on mehed need, kes leiva lauale tooma peavad. Abi mitte otsimine tulenes ka sellest, et kardeti, et tunnistades vaimset häiret, jäävad nad oma töökohast ilma ja toodi ka välja, et haigust tunnistades hakkasid töökaaslased haiget häbiväärastama, öeldes, et ta on lihtsalt nõrk ja ebamehelik. Osad vastajad

olid sama tagasisidet saanud ka perelt, kes ei suutnud mõista, et mehel võiks vaimseid probleeme olla. (Staiger et al., 2020)

Yousaf ja kolleegid uurisid (2015) kahe küsimustiku, IASMHS (*Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services*) ja MRNI-R (*Male Role Norms Inventory Revised*) abil, kuidas on seotud maskuliinsus ja psühholoogilise abi otsimine. Mõlemale küsimustikule vastasid nii naised kui mehed. Tulemused näitasid, et mida rohkem nõustus mees erinevate mehelikkuse normidega, seda väiksema tõenäosusega oli ta valmis vaimse tervise abi otsima. Samuti leidis uuringus tõestust, et mehed, võrreldes naistega, hindavad maskuliinsuse rolli ühiskonnas olulisemaks.

### **Käesolev uurimus**

Kui maskuliinsus on täiendav tõke, mis vähendab meeste jõudmist vaimse tervise abini, siis võiks kasu olla strateegiatest, mis püüavad seda tõket ületada. Teaduskirjanduses on raporteeritud mitmeid kampaaniad nagu *The Real Men*, *The HeadsUpGuys* ja *Man Therapy*, mis õpetavad, mis on päris meeste vaimse tervise probleemid ning kuidas vähendada enesestigmat ja abi otsida (Sagar-Ouriaghli et al., 2019). Eestis pole seni spetsiaalselt meestele suunatud vaimse tervise abi otsimise suurendamise võimalusi süsteemselt uuritud. Selle tühimiku täitmiseks viidi 2022. aastal Sotsiaalministeeriumi tellimusel Kantar Emori juures kogunenud konsortsiumi poolt läbi uuring, mille andmeid käesolevas töös analüüsitakse. Uuringus koguti andmeid 1500 mehelt nende tervisekäitumise analüüsimiseks. (Hämmal et al., 2023)

Uuringu ühe osana esitati uuritavatele juhuslikult üks kahest tekstist: kontrollrühm nägi MTÜ Peaasi koostatud teksti, mis kutsus osalema vaimse tervise koolitusel. Katserühm nägi samale koolitusele kutsuvat teksti, mille sõnastuses oli kasutatud viiteid stereotüüpselt mehelikele omadustele (vt tekste Meetodi osas). Kutsete nägemise järel esitati küsimused, mis mõõtsid katseisikute koolituse osalemise kavatsust ning hoiakut koolituse suhtes.

Käesoleva uurimuse eesmärk on hinnata meestele suunatud sõnumi mõju, mis on mõeldud vaimse tervise eneseabi teenuse kasutamise julgustamiseks, ning kas ja kuidas see mõju sõltub maskuliinsusest ja vaimse tervise seisundist. Selleks kasutati küsitluse kaasatud maskuliinsuse küsimustikku ning vaimse tervise seisundi küsimustikku.

Käesolevas töös on kolm uurimisküsimust:

1. Kas meestele suunatud kutse tekst mõjutas katseisiku hoiakut vaimse tervise koolituse suhtes ja kavatsust koolitusel osaleda?
2. Kas kutse mõju hoiakule ja kavatsusele sõltus uuritava vaimse tervise skoorist?
3. Kas kutse mõju hoiakule ja kavatsusele sõltus uuritava maskuliinsuse skoorist?

## Meetod

### Valim

Valimisse kuulusid 720 Eesti meest. Uuritavate keskmine vanus oli 39,28 vahemikus 18-74 (SD = 16.33). Tegemist on juhusliku alavalimiga kogu meeste tervise uuringu valimist (n = 1776). Meeste uuringusse kutsuti meili teel mehi, kes olid eelnevalt andnud nõusoleku uuringutes osalemiseks. Kontaktid saadi nii Kantar Emori vastajate paneelist, mis on valideeritud esinduslike uuringute väljavõttudeks, kui ka rahvastikuregistrist. Valim on rahvastiku suhtes esinduslik soo-vanuserühm kombineerituna, asulatüübi (pealinn, suur linn, muu linn, maa-asula), üle-eestiliselt rahvuse ja kolme haridustaseme lõikes.

### Katsetingimused

Kontrollversioonina kasutati ühte kutseteksti varasematest versioonidest:

*Pealkiri: Peaasi.ee kutsub vaimse tervise esmaabi koolitusele*

- *Vaimse tervise esmaabi andmine on õpitav oskus, mida saab kasutada kõikjal (nt tööl, kodus, trennis) ja selle pakkumine on jõukohane igaihele, kes on koolituse läbinud.*
- *Vaimse tervise esmaabi andmise oskus on sama oluline kui füüsilise tervise esmaabi andmise oskus.*

*Vali endale sobiv koolitusaeg <https://esmaabi.peaasi.ee/> #peaasi #vaimnetervis #vaimseterviseesmaabi*

Sõltumatuks muutujaks oli katserühma tekst:

*Sekkumisversiooni pealkiri: Õpi andma vaimse tervise esmaabi*

*Kas tead, mida teha, kui kellelgi läheb raskeks? Näiteks sõber kaob radarilt, pereliige tõmbub endasse või kolleeg kaotab enesevalitsuse? Mõnikord on endalgi raske stressi ja pingetega toime tulla. Vaimse tervise esmaabi saab anda igapäev. Vaja läheb vaid julgust ja tööriistakasti, mida pakub [peaasi.ee](https://esmaabi.peaasi.ee) professionaalide kokku pandud kompaktne koolitus.*

*Sisutiheda koolituse jooksul saad teada:*

- *Kuidas aru saada, et keegi võib vajada abi*
- *Mida ja kuidas öelda*
- *Kuidas ja kelle juurde abivajajaid suunata*
- *Kuidas iseennast emotsionaalselt vormis hoida*

*Pane end kirja <https://esmaabi.peaasi.ee/>*

Sekkumisversiooni koostades kasutati kaht võtet eesmärgiga suurendada tunnetatud kooskõla pakutava koolituse ja maskuliinse rolli vahel: viidati meeste jaoks rohkem harjumuspärastele olukordadele, kus vaimse tervise esmaabi on vaja (sõber, pereliige, kolleeg ja enesevalitsuse kaotamine); viidati mehelikele terminitele, nagu julguse vajadus ning tööriistakast. Lisaks rõhuti koolituse kompaktsusele ja professionaalsusele ning toodi lihtsamalt välja koolituse teemad eesmärgiga suurendada kutse mõjusust vastaja soost sõltumata.

### **Mõõdikud**

Sõltuvaid muutujaid mõõdeti vahetult peale katsetingimuste tekstide lugemist kahe küsimusega. Hoiakut koolituse suhtes mõõdeti küsimusega I5 “Kui kasulikuks Te seda koolitust peate? Palun andke hinnang 5-palli skaalal.” (5 – väga kasulik, 1 – pole üldse kasulik). Kavatsust koolitusel osaleda mõõdeti küsimusega I7 “Kui suure tõenäosusega Te ise osaleksite sellisel koolitusel? Palun andke hinnang 5-palli skaalal.” (5 – kindlasti osaleksin, 1 – kindlasti ei osaleks).

Sekkuvateks muutujateks olid vaimse tervise seisund ja maskuliinsuse tase. Vaimse tervise osa ehk D-plokis esitati uuritavatele muuhulgas 17 väidet Emotsionaalse Enesetunde

Küsimustikust (EEK-2; Aluoja et al., 1999). Iga väide kirjeldas mõnd probleemi või vaevust, mis inimesel ette võivad tulla, näiteks kurvameelsus ja huvikadumine. Inimene pidi 5-palli skaalal (0- üldse mitte, 4- pidevalt) hindama, kui palju on teda see probleem viimase nelja nädala jooksul häirinud. EEK koondskoori sisereliaablus antud valimil oli väga kõrge ( $\alpha = 0,94$ ).

Maskuliinsuse ploki küsimused baseeruvad Mahaliku ja kolleegide (2003) loodud küsimustikul *Conformity to Masculine Norms Inventory*, millest valiti viis alaskaalat, mida on varasemalt enim negatiivselt seostatud erinevate tervisekäitumistega: emotsionaalne kontroll (*emotional control*), autonoomia (*self-reliance*), elumees (*playboy*), vägivaldsus (*violence*) ja töö prioriseerimine (*primacy of work*). Lisati ka üldine probleemide jagamist kirjeldav väide „tõeline mees ei kurda“. Neid faktoreid mõõdeti kokku 14 väitega ankeedi G-plokis, kus osalejad pidid 4-palli skaalal vastama kui väga nad väitega nõustuvad (4 - täiesti nõus, 1 - üldse ei ole nõus). Väideteks olid näiteks “Mind häirib, kui pean oma tunnetest rääkima” ja “Ma arvan, et vägivald on mõnikord vajalik”. Väidete täieliku nimekirja leiab lisa 1. Maskuliinsuse koondskoori sisereliaablus oli suhteliselt kõrge ( $\alpha = 0,78$ ).

### **Protseduur**

Uuring viidi läbi kombineeritult ehk 72% (1277) vastasid küsitlusele veebi teel ja 28% (499) vastasid telefoni intervjuu teel. Küsimustiku täitmine võttis aega kuni 30 minutit ja kõigi osalejate vahel loositi välja 5 Partner e-kinkekaarti väärtuses 100 eurot tükk ja 20 Partner e-kinkekaarti väärtusega 30 eurot tükk.

Mõlemal juhul algas küsitlus nõusoleku vormi täitmisega. Küsimustik koosnes kümnest osast: sotsiaaldemograafiline taust I, tervise ning professionaalse nõustamis- ja tervishoiuteenuse väärtustamine, füüsiline tervis, vaimne tervis, tubakatoodete tarvitamine, alkoholi tarvitamine, maskuliinsus, soostereotüübid ja professionaalse abi otsimisega seotud hoiakud, teadlikkus terviseteenustest, füüsilise tervise ehk jämesoole vähi sõeluuringu teenuste kasutuskavatsuse ja vaimse tervise teenuste kasutuskavatsuse eksperimentid ja sotsiaaldemograafiline taust II.

Oma uurimistöö jaoks kasutasin vaimse tervise, maskuliinsusega seotud hoiakute ja vaimse tervise eksperimentide osa. Valimist 359 meest said vaimse tervise teksti kontrollversiooni ja 361 sekkumisversiooni.

## Uuringu eetiline külg

Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Osalejaid informeeriti uuringu olemusest ning paluti neil avaldada soovi uuringus osaleda. Osalejatel oli õigus osalemisest igal hetkel loobuda. Kantar Emori uuringul oli Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomitee luba.

Töö autor sõlmis Sotsiaalministeeriumiga andmekasutuse lepingu, mis nägi ette, et autoriga jagatakse uuringu anonümiseeritud andmed SPSS failina ja lepingu lõppedes 31.12.2024 hävitatakse kõik kasutatud toorandmed.

## Statistiline analüüs

Andmeanalüüsiks kasutati JASP-i versiooni 0.18.1, kus viidi läbi neli lineaarset regressioonanalüüsi. Regressioonanalüüsides läbiviimise eeldused, nagu representatiivne valim, arvtunnused on järjestusskaalal ja sõltumatud muutujad ei ole multikollineaarsed, olid täidetud.

## Tulemused

### Kirjeldav statistika

Ükski osaleja ei jätnud vastamist pooleli ning ka muudel põhjustel ei jäetud kellegi andmeid analüüsist välja. Valimist 531 (74%) on eesti keele kõnelejad ja 189 (26%) vene keele kõnelejad. Haridustase jaotus järgmiselt: 1. tase 122 inimest (17%), 2. tase 281 (39%) inimest ja 3. tase 317 (44%) inimest. Hoiaku, kavatsuse, EEK-2 koondtulemuse ja maskuliinsuse koondtulemuse korrelatsioone ja kirjeldavat statistikat vaata tabel 1.

**Tabel 1**

*Hoiaku, kavatsuse, eek\_koond ja mask\_koond kirjeldav statistika*

Tunnus	Keskmine	Vahemik	SD		Hoiak	Kavatsus	eek_koond
Hoiak	3.59	1-5	1.02	Pearsoni r			
Kavatsus	2.76	1-5	1.18	Pearsoni r	0.592*		
eek_koond	35.12	17-83	14	Pearsoni r	0.088**	0.086**	
mask_koond	29.71	14-49	6.13	Pearsoni r	-0.251*	-0.281*	0.171*

*Märkus: \*p < .001. \*\*p < .05*

### **Põhianalüüsid**

Esmalt analüüsiti lineaarse regressiooni abil, kas muudetud kutse tekst mõjutas koolitusel osalemise kavatsust ning kas see mõju sõltus uuritava vaimse tervise seisundist. Tulemused näitasid, et kutse tekst ei mõjutanud kavatsust statistiliselt oluliselt (standardiseerimata seosekordaja  $\beta = 0,346$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,117 - 0,813$ ;  $p = 0,142$ ). Kutse teksti mõju ei sõltunud ka EEK koondskoorist ( $\beta = -0,007$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,019 - 0,005$ ;  $p = 0,274$ ), olgugi et kõrgem EEK koondskoor suurendas osalemise kavatsust ( $\beta = 0,011$ ; 95% usaldusvahemik  $0,002 - 0,020$ ;  $p = 0,017$ ).

Teiseks analüüsiti lineaarse regressiooni abil, kas muudetud kutse tekst mõjutas hinnangut koolituse kasulikkuse suhtes ning kas see mõju sõltus uuritava vaimse tervise seisundist. Tulemused näitasid, et kutse tekst ei mõjutanud hoiakut statistiliselt oluliselt (standardiseerimata seosekordaja  $\beta = 0,384$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,019 - 0,785$ ;  $p = 0,062$ ). Kutse teksti mõju ei sõltunud ka EEK koondskoorist ( $\beta = -0,007$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,017 - 0,004$ ;  $p = 0,215$ ), küll aga kõrgem EEK koondskoor seostus kõrgema hinnanguga koolituse kasulikkusele ( $\beta = 0,010$ ; 95% usaldusvahemik  $0,002 - 0,018$ ;  $p = 0,012$ ).

Kolmanda lineaarse regressiooniga analüüsiti, kas muudetud kutse tekst mõjutas koolitusel osalemise kavatsust ning kas see mõju sõltus uuritava maskuliinsuse skoorist. Ootuspäraselt ei mõjutanud kutse tekst ka selles analüüsis kavatsust statistiliselt oluliselt (standardiseerimata seosekordaja  $\beta = 0,221$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,603 - 1,046$ ;  $p = 0,598$ ). Kutse teksti mõju ei sõltunud ka maskuliinsuse koondskoorist ( $\beta = -0,006$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,033 - 0,021$ ;  $p = 0,671$ ), kuigi kõrgem maskuliinsuse koondskoor seostus madalama osalemise kavatsusega ( $\beta = -0,051$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,070 - -0,032$ ;  $p < .001$ ).

Viimaseks analüüsiti lineaarse regressiooniga, kas muudetud kutse tekst mõjutas hinnangut koolituse kasulikkuse suhtes ning kas see mõju sõltus uuritava maskuliinsuse skoorist. Nagu eelnevaltki näitasid tulemused, et kutse tekst ei mõjutanud hoiakut statistiliselt oluliselt (standardiseerimata seosekordaja  $\beta = 0,071$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,700 - 0,743$ ;  $p = 0,954$ ). Kutse teksti mõju ei sõltunud ka maskuliinsuse koondskoorist ( $\beta = -0,003$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,021 - 0,026$ ;  $p = 0,826$ ), kuigi kõrgem maskuliinsuse koondskoor seostus madalama hinnanguga koolituse kasulikkusele ( $\beta = -0,042$ ; 95% usaldusvahemik  $-0,059 - -0,026$ ;  $p < .001$ ).

## Arutelu ja järeldused

Antud töö eesmärk oli uurida, kas Eesti meeste vaimse tervise teenuse kasutust õnnestub tõsta meestele häälestatud kutsega ning kas kutse mõju sõltub saaja maskuliinsuse ja vaimse tervise tasemetest. Püstitatud oli kolm uurimisküsimust: Kas meestele suunatud kutse tekst mõjutas katseisiku hoiakut vaimse tervise koolituste suhtes ja kavatsust koolitusel osaleda? Kas kutse mõju hoiakule ja kavatsusele sõltus uuritava vaimse tervise skoorist? Kas kutse mõju hoiakule ja kavatsusele sõltus uuritava maskuliinsuse skoorist?

Andmeanalüüsist selgus, et kutse tekst ei mõjutanud katseisiku hoiakut vaimse tervise koolituse kasulikkuse suhtes ega kavatsust koolitusel osaleda. Samuti ei sõltunud kutse teksti mõju katseisiku vaimse tervise seisundist ega maskuliinsusest. Siiski kõrgem vaimse tervise seisundi koondskoor seostus suurema kavatsusega koolitusel osaleda ja ka kõrgemate hinnangutega koolituse kasulikkusele. Maskuliinsuse skoor seostus kavatsuse ja kasulikkuse hinnangutega negatiivses suunas ehk mida kõrgem oli osaleja maskuliinsuse tase, seda madalamaks hindas ta koolituse kasulikkust ning oma tõenäosust koolitusel osaleda.

Kutse teksti mõju puudumine võib tuleneda sellest, et see ei erinenud kontrollversioonist siiski piisavalt. Näiteks sisaldasid nii algne kui muudetud tekst stigmaga seostuvaid väljendeid nagu "vaimne tervis". Oliver ja kolleegid (2005) kasutasid näiteks just sellel põhjusel oma küsimustikus "vaimse tervise" asemel "stress" ja "pinge". Samas ei olnud „vaimne tervis“ Rose'i ja teiste (2007) uuringus stigmatid esile kutsuvate sõnade seas. Veel enam Corrigan (2016) leidis, et ei piisa vaid sõna asendamisest sünonüümiga, mis viitab vähem vaimsele häirele, vaid oluline on kogu sõnumi muutmine. Näiteks peaks vaimsete häiretega seotud sõnum vältima haigete inimeste eristamist tervetest inimestest ning pigem nende elusid võrdsustama. Selle eesmärk on normaliseerida haigust põdevaid inimesi, näidates, et haigus ei tähenda ühiskonnast eristumist või eraldamise vajadust. Seega on oluline tähelepanu pöörata nii sõnadele, mida kasutatakse, kuid ka mida nende sõnadega öeldakse, et sõnum toetaks eesmärki, mitte ei kahjustaks seda.

Muudetud teksti mõju ei avaldanud ka nende meeste seas, kelle maskuliinsuse tase on kõrgem. See tulemus eristub mitmetest varasematest uuringutest. Näiteks Baxter ja teised (2022) leidsid, et kõrge maskuliinsuse tasemega meestele loeb, kas sõnum on sõnastatud kasutades mehelikkusele viitavaid sõnu või on tekst sooneutraalne. Maskuliinsed mehed hindasid soopõhist

teksti positiivsemalt kui sooneutraalset teksti. Seega võiks läbi viia korduskatse, kus tekstis kasutatakse veelgi enam maskuliinsusele rõhuvaid sõnu ning kaotatakse ära igasugune otsene viide vaimsele tervisele.

Muudetud teksti mõju ei sõltunud ka meeste vaimse tervise tasemest. See tulemus ei ole üllatav, kuna kutse teksti muutmisel ei peetud otseselt silmas lugeja vaimse tervise taset. Üldiselt võinuks oodata, et kuna kehvema vaimse tervisega inimene on pakutavast koolitusest rohkem huvitatud (mida kinnitab kaudselte ka antud töös leitud positiivne seos vaimse tervise riski ja osaluskavatsuse vahel), süveneb ta teksti enam ja saab seega muuhulgas ka selgemaks ja lihtsamaks muudetud tekstist tugevamalt mõjutatud. Sellist efekti antud uuringu tulemused aga ei toeta.

Tulemus, et halvem vaimse tervise seisund ehk kõrgem EEK skoor on seotud kõrgema hinnanguga koolituse kasulikkusele ja suurendab kavatsust koolitusel osaleda, sarnaneb varasematele uuringutele. Have'i ja kolleegide (2009) analüüsid näitasid, et meeleoluhäirega inimesed usuvad suurema tõenäosusega, et otsivad vaimse probleemi esinemisel abi. Lisaks hindasid meeleoluhäirega katseisikud vaimse tervise abi olulisust kõrgemaks kui meeleoluhäireta isikud.

Samas ei tähenda kõrgem hinnang ja kavatsus, et abi ka päriselt otsitakse. Seda näitasid nii Clement jt (2014), Codony jt (2009) kui ka Jorm (2000), et abi otsimist takistavad erinevad tõkked, nagu probleemi mitte teadvustamine, kättesaadavus, kui ka stigmad. Sellest võiks järeldada, et hinnanguid ja tegelikkust tuleks analüüsida erinevate asjadena. See teadmine tuleb kasuks vaimse tervise eest hoolitsemisele kutsuvate sõnumite loomisel ehk kuidas teha nii, et inimesed ainult ei arvaks, et vaimse tervise eest hoolitsemine on oluline, vaid oleksid motiveeritud sellega ka päriselt tegelema.

Tulemus, et kõrgem maskuliinsuse skoor vähendab kavatsust osaleda koolitusel ja langetab koolituse kasulikkuse hinnangut, on samuti kooskõlas varasemate uuringutega. Yousaf ja kolleegid (2015) leidsid, et kõrgema maskuliinsuse skooriga mehed otsivad väiksema tõenäosusega abi, mida käesolevas töös võib seostada madalama hinnanguga koolituse kasulikkusele ja kavatsusega sellest osa võtta. Lisaks saab seda seostada leidudega, et mehed üleüldiselt otsivad vähem abi vaimse tervise probleemidele, mis ei tähenda, et neil oleks neid vähem kui naistel (Värnik et al., 2021). Sellest võib järeldada, et maskuliinsus mõjutab vaimse

tervise käitumist ja teeb seda negatiivses suunas. See tähendab, et kõrge maskuliinsuse skooriga inimestel on selle teguri tõttu raskem abi otsida ja seda võib nimetada üheks oluliseks tõkkeks abi otsimisel. Seega on maskuliinsus oluline muutuja tervisekäitumise uuringutes ning seda tuleks arvesse võtta vaimse tervise eest hoolt kandvate programmide, reklaamide, üleskutsete ja muu sellise loomisel.

### **Piirangud**

Käesolevas töös ei analüüsitud lähemalt mitmeid sekkuvaid muutujaid, mis võisid samuti tulemusi mõjutada, näiteks majanduslik seis, haridustase ja elukoht. Majanduslik seis on suur mõjur abi kättesaadavusel, kuna professionaalse abi teenused on üldiselt väga kallid ja kõigil pole võimalik nende eest tasuda. Näiteks antud uuringu puhul ei olnud kummaski teksti variandis välja toodud, kui palju koolitusel osalemine maksab. Kui katseisik arvab, et selle maksumus võib tal üle jõu käia, võis osalemise kavatsus langeda. Samuti kui elukohaks pole suur linn, võib takistuseks tulla transport koolitusele ja vajadusel ka majutuse leidmine. Haridustase on seotud teadlikkusega abi otsimise võimalustest ning probleemide teadvustamisega. Nende piirangute vältimiseks tuleks analüüsidesse kaasata kõik need muutujad, et oleks teada ka nende mõju tervisekäitumisele.

Edaspidi oleks hea uurida ka inimeste tegelikku käitumist, kuna praegune uuring oli vaid hüpoteetiline. Lisaks oli uuritav käitumine suhteliselt raskesti mõjutatav, sest koolitusel osalemine on enamikele inimestele suur samm ja ajakulu. Seega võiks edaspidi uurida, kas sõnastus suudab kõigepealt mõjutada lihtsamaid tegevusi, nagu näiteks mõne veebilehe külastamine ning seejärel liikuda edasi nõudlikema tegevuste juurde. Siin katses vaadeldi vaid ühe üsna lühikese kutse mõju. Edaspidi oleks huvitav teha katseid, kus katserühmi oleks rohkem, et saaks uurida, kuidas üksikud kutse elemendid toimivad. Samuti saab siis kirjutada pikema teksti, kus on võimalik kasutada näiteks rohkem maskuliinsusele rõhuvaid sõnu.

### **Kokkuvõte**

Kokkuvõtteks leiti antud uurimistöös, et meeste huvi vaimse tervise eneseabi teenuse vastu mõjutab nii nende maskuliinsuse tase kui ka vaimse tervise seisund. Kuid seda huvi ei õnnestunud mõjutada teenust tutvustava teksti sõnastust maskuliinsemaks ja lihtsamaks

muutmine, olenemata mehe vaimse tervise seisundist ega maskuliinsuse tasemest. Uurimistöökirjutamisega andis autor panuse meeste vaimse tervise käitumise uurimisse ja käitumist mõjutavate meetodite edasi arengusse.

### Kasutatud kirjandus

- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449. <https://doi.org/10.1080/080394899427692>
- Baxter, K., Czarnecka, B., Schivinski, B., & Massaro, M. R. (2022). Masculine men do not like feminine wording: The effectiveness of gendered wording in health promotion leaflets in the UK. *PLOS ONE*, 17(10), e0273927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273927>
- Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30(6), 1359–1367. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002950>
- Borenstein, J. (2020). *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- Brown, J., Lisk, S., Carter, B., Stevelink, S., Van Lieshout, R. J., & Michelson, D. (2022). How Can We Actually Change Help-Seeking Behaviour for Mental Health Problems among the General Public? Development of the ‘PLACES’ Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2831. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052831>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., De Girolamo, G., De Graaf, R., Haro, J. M., Kovess, V., Vilagut, G., & Kessler, R. C. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: results of the ESEMED Project. *Psychiatric Services*, 60(8), 1051–1058. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1051>
- Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), 67–73. <https://doi.org/10.1002/wps.20295>

- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool
- Have, M. T., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J., & Investigators, M. (2009). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
- Hämmal, J., Karolin, A., Männik, S.-L., Niit, R., Reinson, H., Rüütsalu, K., Ehala-Aleksejev, Dr. K., Raudne, R., & Uusberg, A. (2023). *Meeste tervishoiuteenuste kasutamise uuring. Lõpparuanne*. <https://www.sm.ee/media/3347/download>
- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B. S., & Meltzer, H. (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine*, 27(4), 775–789. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005308>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Kovess–Masféty, V., Saragoussi, D., Sévilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Gasquet, I., Younès, N., & Hardy-Baylé, M. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-188>
- Oliver, M. A., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.297>
- Mankowski, E. S., & Smith, R. J. E. (2016). Men’s Mental Health and Masculinities. *Elsevier eBooks* (pp. 66–74). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-397045-9.00182-8>

- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Sagar-Ouriaghli, I., Godfrey, E., Bridge, L., Meade, L., & Brown, J. (2019). Improving Mental health service utilization among men: A systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting Help-Seeking. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 155798831985700. <https://doi.org/10.1177/1557988319857009>
- Salaheddin, K. S., & Mason, B. J. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), e686–e692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16x687313>
- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., & Krumm, S. (2020). Masculinity and Help-Seeking Among Men With Depression: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.599039>
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., & World Health Organization. (2021). *Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341893/WHO-EURO-2021-2573-42329-58594-est.pdf>
- Yousaf, O., Popat, A., & Hunter, M. S. (2015). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men and Masculinity*, 16(2), 234–237. <https://doi.org/10.1037/a0036241>

## Lisad

### Lisa 1. G-ploki väidete nimekiri

- G1. Mulle meeldib oma tunnetest rääkida (R)
- G2. Mind häirib, kui pean abi küsima
- G3. Võimalusel korral vahetaksin tihti seksuaalpartnereid
- G4. Ma arvan, et vägivald on mõnikord vajalik
- G5. Töö on minu jaoks esikohal
- G6. Ma eelistan meesarsti naisarstile
- G7. Oma terviseprobleeme ei peaks sõpradega jagama
- G8. Arsti juurde on mõtet pöörduda alles väga tõsise probleemiga
- G9. Oma tervisemurega peaks püüdma ise hakkama saada nii kaua kui võimalik
- G10. Vaid tõsine haigus vabandab töölt puudumist
- G11. Tõeline mees ei kurda
- G12. Probleemid vaimse tervisega on nõrkuse märk
- G13. Psühholoogiga rääkimisest ei ole kasu
- G14. Tööandjale oma tervisemure avaldamine võib olla halbade tagajärgedega

*Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt 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.*

*Trinity Vaaro*