

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia Instituut

Geia Randma

**GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIREGA JA HÄIRETA TÄISKASVANUD
ISIKUTE HOIAKUD JA TEADMISED RAVIST**

Magistritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri: GÄH hoiakud ja teadmised

Tartu 2022

Generaliseerunud ärevushäirega ja häireta täiskasvanud isikute hoiakud ja teadmised ravist

LÜHIKOKKUVÕTE

Antud töös uuriti nii generaliseerunud ärevushäirega (GÄHiga) kui GÄHita isikute teadlikkust ja hoiakuid GÄH ravi suhtes. Lisaks uuriti isikute vajadusi efektiivsemaks raviks ning hinnati teadlikkuse, hoiakute ja diagnoosi omavahelisi seoseid. Meetodina kasutati töö autori poolt loodud GÄH ravi teadlikkuse ja hoiakute küsimustikku, lisaks uuriti isikute vaimset tervist EEK-2 ja GAD-7 testide abil ning esitati küsimusi isikute eluga rahulolu, elukvaliteedi ning ravivajaduste kohta. Internetis läbiviidud küsitluses osales 440 isikut, kelle hulgas oli 308 diagnoosita isikut ja 132 (30%) GÄH diagnoosiga isikut, kellest omakorda 69 (15.7%) oli üksikdiagnoosiga. Tulemustes selgus, et teadlikkus GÄH ravist on seotud hoiakuga GÄH ravi osas ($\beta=0.31^*$), sealjuures on teadlikkus GÄH ravist seotud GÄH diagnoosiga ($\beta=0.17^*$), kuid GÄH diagnoos hoiakut ei prognoosinud. Kuna selgus, et inimestel esinevad GÄH ravi teadlikkuse osas infolüngad, vajavad GÄH-i ennetuseks ja efektiivsema ravi toetamiseks nii GÄHiga kui GÄHita isikud teadlikkuse tõstmist GÄH ravist.

Märksõnad: generaliseerunud ärevushäire, hoiakud, teadlikkus, ravi

Attitudes and knowledge of treatment in adults with and without generalized anxiety disorder

ABSTRACT

This study examined the knowledge and attitudes of individuals with and without generalized anxiety disorder (GAD). In addition, the needs of individuals for more effective treatment and the relationships between knowledge, attitudes and diagnosis were studied.

The method used was the questionnaire on knowledge and attitudes of GAD treatment created by the author of the research. In addition, the mental health of participants was studied using Emotional Feeling Questionnaire (EEK-2) and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) questionnaires, and participants were asked about their life satisfaction, quality of life and treatment needs. 440 people participated in the online survey, including 132 (30%) people with a diagnosis of GAD, of whom 69 (15.7%) have a single diagnosis and 308 have no diagnosis. The results showed that awareness of the treatment of GAD is related to the attitude towards the treatment of GAD ($\beta=0.31^*$), and knowledge of the treatment of GAD is related to the diagnosis ($\beta=0.17^*$), but the diagnosis of GAD does not predict the attitude. There are also information gaps in the treatment of GAD among participants, which require raising the knowledge about the treatment of GAD in order to prevent GAD and support more effective treatment.

Keywords: generalized anxiety disorder, attitudes, knowledge, treatment

SISSEJUHATUS

Generaliseerunud ärevushäire (GÄH) on enamasti kroonilise kuluga, inimese heaolu oluliselt mõjutav häire (Roy-Byrne & Wagner, 2004). GÄH-i puhul on peamisteks joonteks üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud. Diagnoosimiseks peavad avalduma primaarsed sümptomid enamikul päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama järgmisi tunnuseid: 1. ootusärevus (mure võimaliku ebaedu pärast tulevikus, keskendumisraskused); 2. lihaspinge (närviline nihelemine, värisemine, pingepeavalu, võimetus lõõgastuda); 3. vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia, nõrkus, suukuivus) (RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired, 1993). Ärevushäire paremaks diagnoosimiseks ja raviks loodi Eestis 2014. aastal ravijuhend “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis”. Ravijuhendi järgse ravi kättesaadavus on keeruline ja spetsialistide vähesuse tõttu liiguvad riigid ennetuskavade koostamise suunas, mis sisaldavad endas teaduspõhiste infomaterjalide koostamist patsientidele ja nende lähedastele (Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 koostamise ettepanek, n.d.; Strateegia, n.d.). Jagatava info planeerimisel tuleb arvesse võtta, et teadlikkuse puhul on leitud seos hoiakutega, mis omakorda mõjutavad vaimset tervist ja elukvaliteeti haiguse kontekstis (Yeni et al., 2018). Hetkel ei ole teada, millised on nii GÄHiga kui GÄHita isikute teadmised ja hoiakud GÄH ravist. Selleks, et tõsta isikute ja nende lähedaste raviteadlikkust, parandada haigete eluga rahulolu ning ennetada ravijuhendi alusel ebaõnnestunud ravi määramist, oleks tarvis teada, millised on inimeste teadmised ja hoiakuid GÄH ravi osas. Kuigi ennetamine ei aita ravida juba haigestunud patsiente, on tuleviku vaates oluline ravi paremini ette planeerida. Samuti on oluline mõelda läbi, mida saame teha selleks, et piiratud ressursside juures oleks võimalus pakkuda GÄH patsientidele ning sellesse haigestumise riskirühmale võimalikult efektiivset abi ka tulevikus (OECD/EU, 2020).

GÄH levimus ja ravi

Elu jooksul hinnatakse GÄH levimuseks 5,1% (Wittchen jt, 1994). Eestis jõuab perearsti vastuvõtule GÄH patsiente 10,2% naisi ja 5,5% mehi (King et al., 2008). Laiale levimusele lisaks on GÄH komorbiidne depressiooni, mõne muu ärevushäire, alkoholisõltuvuse või kuritarvitamise ning isiksusehäiretega (Noyes, 2001; Sanderson et al., 2002).

Umbes 5% GÄH-i patsientidest jõuab ravile perearsti kaudu, kuid suur osa jääb ka diagnoosimata (Kroenke et al., 2007; Roberge et al., 2015). Ärevushäire paremaks diagnoosimiseks ja raviks loodi Eestis 2014. aastal koostöös rahvusvaheliste ekspertidega ravijuhend “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis”, mille eesmärgiks on ühtlustada generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimist ning ravi perearsti abis. Ravijuhend sai 2018. aastal läbiviidud Haigekassa poolt korraldatud kliinilise auditi tulemusel 2020. aastal uuenduse (Eesti Haigekassa, 2014; Eesti Haigekassa, 2018; Eesti Haigekassa, 2020). Ravijuhend eristab medikamentooset (antidepressandid, rahustid) ja mittemedikamentooset ravi (teraapia, eneseabi). GÄH ravijuhendi alusel tuleks GÄH ravis eelistada medikamentooset ravist antidepressante anksiolüütikumidele ning kui ravivastus ei ole antidepressantidega kahe ravikuuriga saavutatud, siis soovitatakse kaaluda bensodiasepiine, antikongulsante, atüüpilisi antipsühhootikume koos SSRI või SNRI-ga kasutamiseks. Mittemedikamentoosse ravi esmaseks soovitusena on eneseabi ja psühhoteraapia (eelistatult kognitiiv-käitumuslik teraapia) (Eesti Haigekassa, 2014). Oma bakalaureuseastme uurimistöös uurisin ravijuhendi kasutamist Eesti perearstide seas ning uuringust selgus, et GÄH patsiendid tõenäoliselt abita ei jää, kuid umbes pooled jäävad ilma ravijuhendi järgi kõige efektiivsemast ravist. Uuringu alusel pooled (51,9%) määraksid GÄH diagnoosiga isiku kaasuse baasil õige diagnoosi ning enim kirjutatakse GÄH diagnoosiga patsiendile välja alprasolaami (bensodiasepiin), mis on vastuolus ravijuhendis soovitatud esmase ravi osas. Efektiivse ravi kättesaadavuse keerukusest lähtuvalt, on vajalik keskenduda inimeste teadlikkusele ravist, toetamaks inimeste enda oskusi vajadusel efektiivset ravi küsida.

Ennetus

Kuna haigestunute arv püsib ja kasvab, ootejärjekorrad on pikad, siis sellest tulenevalt on riigid ja ülikoolid asunud planeerima võimalike meetmeid, mida rakendada teades, et kõiki patsiente ei ole võimalik olemasolevate spetsialistide ja personaliga abistada (TAI, n.d.; Eesti Haigekassa, 2018; Eesti Haigekassa, n.d., OECD/EU, 2020). Ühe näitena saab tuua Maailma Tervise Organisatsiooni (*World Health Organization*) koostatud vaimse tervise plaani 2013-2030, milles on sõnastatud vaimse tervise probleemide ennetamise olulisus riiklikul tasandil ning leevendusmeetmete hulgas mainitakse ravivõimaluste tutvustamist ühiskonnale (WHO, 2013). Ka Birminghami ülikooli koostatud raportis on toodud esmatasandi perearstiabi parendamiseks soovitusena eelkõige tegeleda ennetusega sh info jagamisega nii lastele, noorukitele kui ka täiskasvanutele (Newbigging et al., 2018). Eesti poliitika (Rahvastiku

tervise arengukava 2020-2030 koostamise ettepanek, n.d.) sh kliinikumide arengukavad (Strateegia, n.d.) toovad välja lähidekaadil järjest suureneva haigestumiste kasvu ning on planeerinud ühe meetmena vaimse tervise probleemide ennetuse riiklikul tasandil. Eesti Haigekassa (2018) kliinilises auditis on välja toodud vajadus tõendus põhiste kirjalike eneseabivõtete materjalide välja töötamise järele, mis võimaldaksid anda patsiendile ja/või tema lähedasele kiire esmase informatsiooni häire ravi kohta.

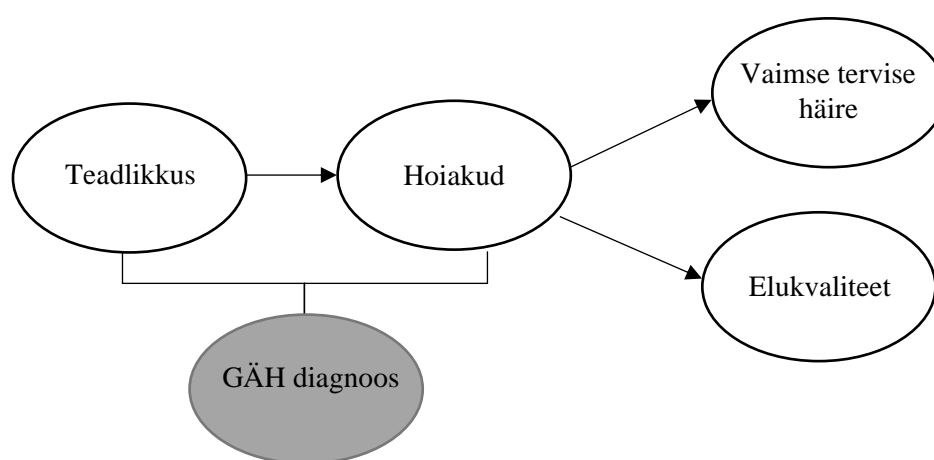
Teadmised ja hoiakud ravis

Teadmuse kogumiseks, millist informatsiooni nii GÄH patsientidele kui ka nende lähedastele jagada, vajame infot, millised on nende senised teadmised ja hoiakud GÄH ravi osas. Laialdasemad tulemused näitavad kõrgemat teadlikkust ja positiivset hoiakut vaimse tervise häirete osas Euroopa ja Põhja-Ameerika kultuurides (Altweck et al., 2015). Vaimse tervise paremaks mõistmiseks ja hoidmiseks on Jorm ja kolleegid (1997) sõnastanud mitte professionaalide ehk tavainimeste vaimse tervise kirjaoskuse (*mental health literacy*) olulised punktid: a) oskus tunda ära erinevaid häireid või psühholoogilist distressi; b) teadlikkus ja uskumused vaimse tervise probleemide tekke riskiteguritest ja põhjustest; c) teadlikkus ja uskumused eneseabi meetoditest; d) teadlikkus ja uskumused abi kättesaadavusest/võimalusest; e) hoiakud, mis aitavad kaasa vaimse tervise probleemi märkamisele ja abini jõudmisele; f) teadlikkus, kuidas vaimse tervise alast infot leida. Eelnevast uuringust lähtuvalt on inimeste sümptomitega toimetulek seotud vaimse tervise kirjaoskusega ehk inimest ennast nähakse olulise ning esmase faktorina sümptomite leevendusel (Jorm et al., 1997).

Samuti on leitud teadlikkuse ja hoiakute kujundajana oluliseks keskseks muutujaks vaimse tervise probleemide äratundmine – suurem äratundmine prognoosib suuremat toetust patsientidele sümptomitega toimetulekuks, professionaalse abi saamise toetamist ning abi saamise edasilükkamise mitte soodustamist (Altweck et al., 2015; Corrigan et al., 2001). Samuti on leitud, et positiivne hoiak ravi osas prognoosib paremat ravitulemust ning suuremat võimalust abini jõuda (Liddle et al., 2021). Suurem teadlikkus ja positiivne hoiak vaimse tervise häirest, aga ka sõprade või pere toetus suurendab abi küsimist ning sealjuures ravitulemust ravi alustamisel (Jorm et al., 2006; Penny et al., 2009). Sellest tulenevalt võib negatiivne hoiak vaimse tervise probleemi lahendamise osas olla häire alahoidvaks faktoriks (ten Have et al., 2009). Emrich ja kolleegide poolt läbiviidud uuringus (2003) leiti hoiakute muutumine positiivsemaks vaimse tervise häirega isikute osas, kui läbiti teadlikkust tõstev kursus. Lisaks on leitud, mida suurem teadlikkus vaimse tervise probleemidest, seda rohkem

on teadmisi häire tekkepõhustest ja võimalikest ravimeetmetest, mis on abiks efektiivse ravini jõudmisel (Wright et al., 2007).

Teadmised käivad tihti koos kogemustega, mis viivad hoiakuteni ning need omakorda võivad mõjutada vaimset tervist ning elukvaliteeti (Yeni et al., 2018; Jorm et al, 1997). Yeni ja kolleegile poolt läbi viidatud uuringus selgus, et vaimne tervis ja elukvaliteet on seotud patsientide teadlikkusega - nimelt võib patsientide teadlikkuse tõstmine tõsta elukvaliteeti ja ennetada vaimse tervise probleeme (joonis 1). Kuigi joonisel 1 välja toodud mudel on loodud lähtudes epilepsia haigetest, siis saab antud mudel olla aluseks aitamaks uurida ka GÄH raviga seotud teadlikkust, hoiakuid ning seost vaimse tervise ja elukvaliteediga.



Joonis 1. Täiendatud kontseptuaalne mudel käesoleva uuringu üles ehitamiseks (Yeni et al., 2018 alusel)

Märkus. Toonitud ovaal märgib käesoleva uuringu jaoks sisse viidud mudeli täiendust.

GÄH teadlikkust ja hoiakuid GÄH ravi suhtes varasemalt sellisel kujul uuritud ei ole nagu käesolev töö seda teeb. Läbi on viidud sarnaseid uuringuid teiste häirete ja haiguste lõikes ning eelkõige spetsialistide seas. Näiteks leidsid Lee ja kolleegid (2020) oma uuringus statistiliselt olulise seose hoiaku ja avaliku stigmatiseerituse vahel, mis puudutab depressiooni psühhiaatrilist abi – mida negatiivsem hoiak, seda suurem stigmatiseeritus. Veel on leitud, et stigmatiseeritus omakorda võib viidata lõhedele teadlikkuses (Nyblade, 2006; Stornach et al., 2018). Samuti leiti tervishoiutöötajate seas läbiviidud uuringus teadlikkuse seos hoiakutega COVID-19 viiruse ravimisel ehk, mida paremad teadmised ravist, seda enesekindlamalt ravimeetmeid valiti (Zhang et al., 2020). Eelnevate uuringute alusel võib eeldada sarnaste seoste esinemist ka GÄHi puhul.

Käesolev uurimus

Eelnevatest uuringutest ning Yeni ja kolleegide (2018) mudelist lähtuvalt on töö eesmärgiks uurida nii GÄH patsientide kui ka häireta inimeste teadlikkuse ja hoiakute vahelisi seoseid GÄH ravi suhtes. Lisaks pakkuda sisendit ennetuskava või materjalide koostamiseks täiskasvanute GÄH-i puhul ja võimaldada seeläbi potentsiaalselt madalamate kuludega efektiivsemat ravi suuremale arvule inimestele.

GÄH-i raviteadlikkust käsitlen käesolevas töös kui inimeste informeeritust ja arusaama GÄH-i haigestumisest ning haige olemisest. Sealhulgas ka teadlikkust haiguse sümptomaatikast ning ravi vajadusest ja ravist iseenesest, mida võivad mõjutada inimese isiklikud kogemused (Dam, 2006). Lisaks arvestatakse teadlikkuse uurimisel GÄH-i mõju sotsiaalsetele aspektidele (nt arusaam, et GÄH diagnoosiga inimesed saavad elada tervete inimestega võrdväärset elu). Hoiakut GÄH ravi suhtes defineerin kui võrdlemisi stabiilset ja püsivat eelsoodumust teatud viisil käituda või reageerida GÄH ravile (attitude, n.d.). Käesolevas töös pööratakse eelkõige tähelepanu eksplitsiitsete hoiakute uurimisele, kognitiivsetele uskumustele ning afektiivsetele reaktsioonidele GÄH ravi suhtes.

Võttes aluseks erinevad raportid üle Euroopa, Maailma terviseorganisatsiooni vaimse tervise eest hoolitsemise tegevuskava ja 2018. aastal läbi viidud GÄH kliinilise auditi, soovitatakse sekkuda vaimse tervise probleemidesse eelkõige läbi ennetuse ning kvaliteetse ja teaduspõhise info jagamise. Hetkel ei ole teada, millised on GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute teadmised ja hoiakud GÄH ravist, mis võivad omada mõju elukvaliteedile ja vaimsele tervisele.

Toetudes eelnevale, püstitatakse töös järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanute teadmised GÄH ravist?
2. Millised on GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanute hoiakud GÄH ravi suhtes?
3. Kas teadlikkus GÄH ravist on seotud GÄH diagnoosiga?
4. Kas hoiakud GÄH ravi suhtes on seotud GÄH diagnoosiga?
5. Mida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikud vajaksid lisaks, et saada potentsiaalselt efektiivsemat ravi?

MEETOD

Magistritöö uurimisplaan loodi tuginedes autori eelnevale uuringule (Randma, 2018). Koostati uurimuse aluseks olev küsimustik, täiendati varasemas uuringus koostatud seostemudelit (Yeni et al., 2018), koguti, analüüsiti ja interpreteeriti andmeid.

Uuringu valim

Uuringus osales 440 isikut, kelle keskmiseks vanuseks oli $M = 36.7$ ($SD = 12.35$). Neist 402 olid naised ($m = 37.5$, $SD = 12.44$), 35 mehed ($m = 33.83$, $SD = 9.10$) ning 3 olid märkinud muu ($m = 19.33$, $SD = 0.58$). Noorim vastaja oli 18-aastane ning vanim 76-aastane. Asümmeetrianäitaja on vanuselise jaotuse puhul 0.78, mis näitab, et kogutud andmed on kaldu noorema ea poole. Enim uuringus osalejaid on märkinud elukohaks Harju maakonna (37.5%) või Tartu maakonna (28.9%) ning levinumad vastamise hetkel kõrgemad omandatud haridustasemed oli magister (33.9%) ja bakalaureus (29.1%) (Tabel 1). Vastajate seas oli 308 diagnoosita isikut (70%) ja 132 (30%) GÄH diagnoosiga isikut, kellest omakorda 69 (15.7%) oli üksikdiagnoosiga. GÄH üksikdiagnoosiga isikud on olnud diagnoosiga keskmiselt 6 aastat, nad on GÄH sümptomeid kogunud umbes 10 aastat ning enamikel diagnoosis häire psühhiaater (78%).

Tabel 1.*Valimi demograafiline kirjeldus*

Sugu	Mees	8%
	Muu	.7%
	Naine	91.4%
Haridus	Põhiharidus	2.7%
	Keskharidus	23%
	Rakenduslik- või kutseharidus	9.8%
	Bakalaureus	29.1%
	Magister	33.9%
	Doktor	1.6%
Maakond	Harju maakond	37.5%
	Tartu maakond	28.9%
	Pärnu maakond	9.8%
	Lääne-Viru maakond	4.5%
	Viljandi maakond	3.6%
	Võru maakond	3.4%
	Järva maakond	2.0%
	Põlva maakond	2.0%
	Saare maakond	2.0%
	Jõgeva maakond	1.6%
	Rapla maakond	1.6%
	Lääne maakond	.9%
	Valga maakond	.9%
	Hiiu maakond	.7%
	Ida-Viru maakond	.5%

GÄH diagnoos	Diagnoosita	70%
	Diagnoosiga	30%
	Üksikdiagnoos (GÄH)	15.7%
GÄH kokkupuude	Lähedane	13.9%
	Spetsialist	15%
	Kokkupuude puudub	29.5%

Diagnoosita isikute uuringusse kaasamiseks kasutati lumepallivalimi lähenemist sotsiaalmeedias ning jagati uuringu kutset Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudi meililisti. GÄH diagnoosiga isikute uuringusse kaasamiseks edastati uuringu kutse GÄH diagnoosiga patsientidele edastamiseks Eesti Psühhiaatrite Seltsi meililisti ning Eesti perearstidele. Perearstide kaudu patsientide kaasamiseks koondati Terviseameti 2020. aasta registri alusel 760 perearsti nimed, millest lähtuvalt koguti praksiste kodulehtede abil kokku e-posti aadressid. Lõpliku perearstide valimi kujunemisel (n = 427) arvati välja perearstid, kelle e-posti aadressid polnud leitavad, kes kuulusid perearstikeskuste üld e-postide alla või ei töötanud enam perearstina.

Koostatud küsimustiku testimiseks ja tehniliste ning grammatiliste täienduste sisseviimiseks viidi läbi pilootuuring mugavusvalimil (n=10) tuttavate ja psühholoogiatudengite seas. Lõppvalimis testküsimustiku tulemusi arvesse ei võetud.

Kasutatud mõõtevahendid ja uuringu protsess

Uuring viidi läbi internetiküsitlusena LimeSurvey keskkonnas jaanuar 2022-märts 2022, milles osalemine oli uuritavatele vabatahtlik ja anonüümne. Kuna uuringu valimis oli nii haavatavamaid (diagnoosiga) kui vähem haavatavamaid (ilma diagnoosita) isikuid ning mõõtvahendites kasutati sensitiivseid küsimusi (ärevuse esinemise ja selle sümptomite kohta), siis oli ette nähtud enne uuringus osalemist informeeritud nõusolekulehega tutvumine, kus oli lisaks uuringu läbiviimise tingimustele kajastatud uuringu ohud ning kontaktid võimaliku abi poole pöördumiseks.

Küsitlus koosnes neljast moodulist:

- 1) demograafiliste andmete ankeet; elukvaliteet ja eluga rahulolu;
- 2) testid (emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2), üldistunud ärevushäire sümptomaatika test (GAD-7));
- 3) GÄH raviga kokkupuute ning edasise ravivajaduse küsimused;

4) teadlikkuse ja hoiakute küsimustikud.

Demograafiliste andmete ankeet sisaldas küsimusi nagu sugu, vanus, elukoht, haridus. Elukoha määratlus jagati kategooriatesse Eesti haldus- ja asutusjaotuse klassifikaatori 2021v2 alusel maakondade lõikes (Statistikaamet, 2021). Lisaks uuriti uuringus osaleja varasemat kokkupuudet GÄHiga – kas tegemist on spetsialisti, diagnoositu, lähedasega või varasem kokkupuude puudub. Diagnoosiga ja diagnoosita patsientidel oli eraldi küsitluse moodulid, mis uurisid GÄH diagnoosi puhul diagnoosi ja sümptomite kestust, diagnoosi välja kirjutajat, kaasuvate häirete olemasolu, varasemalt diagnoositud psüühikahäirete olemasolu.

Enesehinnangulist elukvaliteeti uuriti lisaks küsimusega „Kuidas Sa üldiselt iseloomustad oma elukvaliteeti?“. Vastaja sai valida nelja vastusevariandi vahel: „väga hea - 4“, „hea - 3“, „rahuldav -2“, „väga halb -1“. Viimaseks enesehinnangulist eluga rahulolu hinnati küsimusega: „Kui rahul Sa üldiselt oma eluga oled?“. Vastaja sai valida nelja vastusevariandi vahel: „väga rahul - 4“, „rahul - 3“, „vähem rahul - 2“, „pole üldse rahul - 1“. **Muutuja „elukvaliteet“** moodustasid elukvaliteedi ja eluga rahulolu küsimuste skooride summa – mida suurem skoor, seda kõrgemalt hinnatud elukvaliteet. Muutuja tulemused jäid vahemikku 2-8. Muutuja „elukvaliteet“ Cronbachi alfa oli käesolevas uuringus hea $\alpha=.81$.

Uuringus osalejate puhul kasutati vaimse tervise - ärevustaseme ning emotsionaalse enesetunde hindamiseks (EEK-2) testi (Aluoja et al., 1999). EEK-2 puhul oli tegemist küsimustikuga, mis koosnes 28 väitest, mille esinemissagedust hindas täitja subjektiivselt 5-pallisel Likert-tüüpi skaalal (0 – üldse mitte, 1 – harva, 2 – mõnikord, 3 – sageli, 4 – pidevalt). Küsimustikus oli mõõdetavateks põhiskaaladeks depressiooni alaskaala (DEP, 1-8 küsimused, piirskoor >11), üldise ärevuse alaskaala (ÜÄR, 9-14 küsimused, piirskoor >11) ja paanikahäire ja agorafobia alaskaala (PAF, 15-19 küsimused, piirskoor>6). Lisaalaskaaladeks oli sotsiaalfobia (SÄR, 20-21 küsimused, piirskoor>3), asteenia (AST, 22-25 küsimused, piirskoor>6) ja insomnia (INS, 26-28 küsimused, piirskoor>5). EEK-2 küsimustiku kasutati skriinimiseks, kuna tegemist ei ole diagnoosimisvahendiga. Seega viitasid testi tulemused sümptomite esinemissagedusele ja võimalikule raskusastmele ning kaudselt elukvaliteedile. Testi sisemine valiidsus oli hea Cronbachi $\alpha=.88$ (Aluoja et al., 1999).

Generaliseerunud ärevushäire sümptomaatika hinnati GAD-7 testiga, mille puhul oli tegemist sümptomite nimekirjaga (7 väidet) ning mis tõlgiti käesoleva uuringu jaoks (Spitzer et al., 2006; RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired, 1993). Väiteid hinnati sümptomite esinemise põhjal viimase kahe nädala jooksul. Uuringus osalejad said hinnata väiteid 4-pallisel Likert-tüüpi skaalal (0 – üldse mitte, 1 – mõningatel päevadel, 2 – rohkem kui

pooltel päevadest, 3 – peaaegu iga päev). GAD-7 tulemuste alusel viitasid punktiskoorid 5-9 kergele, 10-14 mõõdukale ning 15+ rasketele üldistunud ärevusele (Spitzer et al., 2006). Käesolev test oli sensitiivne eristamiseks GÄHiga ja GÄHita isikust AUC=.9 (≥ 0.9 testi täpsust peetakse suurepäraseks) (Spitzer et al., 2006; Kaart, 2012). **Muutuja „vaimse tervise häire“** moodustasid EEK-2 ja GAD-7 testide tulemuste skooride summa – mida suurem skoor, seda tugevamalt esinevad sümptomid. Antud muutuja skoor jäi vahemikku 1-124. Vaimse tervise häire muutuja pandi kokku GAD-7 ja EEK-2 skooridest (käesolevas uuringus Cronbachi alfa oli hea $\alpha=.88$).

GÄH raviga kokkupuude ja ravivajaduste küsimused esitati saamaks täiendavat infot raviteadlikkuse osas ning võimalike suuniseid inimeste vajaduste osas saamaks efektiivsemat abi GÄH sümptomitega toime tulemiseks. Ravivajaduste ja raviga kokkupuute uurimiseks esitati küsimused GÄH diagnoosiga ja GÄH diagnoosita isikutele sarnaselt – uuriti sümptomite kogemist ja nende leevendamist ning vajadust lisainformatsiooni/meetmete järele. Diagnoosita isikutelt küsiti samu küsimusi nagu diagnoosiga isikutelt, kuid ilma haiguskogemuse küsimusteta. Tegemist oli valikvastustega küsimustega, kus vastajad said valida etteantud variantide seast sobivad vastused. Küsimused puudutasid sümptomite kogemist, mis olid esitatud RHK-10 baasil (RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired, 1993). Lisaks uuriti, milliseid nendest märgitud sümptomitest on inimesed proovinud leevendada ning milliseid meetodeid on selleks kasutatud. Võimalikud sümptomite leevendusmeetodid toodi välja GÄH ravijuhendi alusel valikvastustena (Haigekassa, 2014). Samuti küsiti valikvastustega variantidega, milliseid meetodeid lisaks olemasolevatele vastajad vajaksid saamaks efektiivsemat ravi. Küsimustiku vastusevariandid koondati protsentuaalselt GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute lõikes.

Teadlikkuse küsimustik oli loodud uurimaks isikute teadlikkust GÄH ravist. Selle uurimiseks esitati väiteid, mis uurisid isikute teadlikkust GÄH sümptomitest, ravist ja igapäevasest funktsioneerimisest. Küsimustiku puhul oli tegemist valideeritud küsimustiku põhjal loodud mõõtevahendiga, mis oli GÄH diagnoosi ja eesti konteksti kohandatud versioon (Ademyr, 2008; Eesti Haigekassa, 2016; RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired, 1993). Sellisel kujul oli küsimustik esimest korda kasutusel. Küsimustiku originaal versiooni sisemise reliaabluse skaala oli välja toodud Kuder Richardson väärtuse baasil, mis mõõdab dihhotoomsete vastuste reliaablust ja jääb tavaliselt 0-1 vahele ning oli antud testil 0.72 (Ademyr, 2008; El-Uri & Malas, 2013). Teadlikkuse valikvastustega küsimusi hindasid vastajad kokku 23 väite raames. Osalejad said valida järgnevate vastusevariantide vahel: „tõene - 1“, „vale - 0“, „ei tea - 0“. Variant „ei tea“ lisati võimaldamaks ennetada vastuste

mõistatamist uuringus osalejate poolt. Näiteks kasutati teadlikkuse uurimiseks järgnevaid väiteid: „Üldistunud ärevushäire kahtluse korral on vaja pöörduda perearsti poole“, „Üldistunud ärevushäire ravis kasutatakse psühhoteeraapiat.“ Teadlikkuse hindamiseks pööratud väited kodeeriti ümber – mida suurem skoor, seda enam õigeid vastuseid. Vastused „Ei tea“ määrati 0-iks ning võeti antud juhul arvesse kui vastus „Vale“. Vastuse õigsust hinnatakse ravijuhendi „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“ järgi. **Muutuja „teadlikkus“** koostati teadlikkuse küsimustiku alusel. Väited liideti omavahel ning tulemused jäid vahemikku 5-24.

Hoiaku küsimustiku eesmärgiks oli mõõta isikute hoiakut GÄH ravi suhtes. Küsimustik sisaldas endas väiteid nii ravi piirangute osas, ravi meetodite kui ka ravisoostumuse kohta. Küsimustik loodi Ademyr (2008) uuringu põhjal ja täiendati GÄH patsiendijuhendi alusel (Eesti Haigekassa, 2016). Sarnaselt teadlikkuse küsimustikule on tegemist valideeritud küsimustiku põhjal loodud mõõtevahendiga, mis on GÄH diagnoosi ja eesti konteksti kohandatud versioon (Ademyr, 2008). Küsimustik on esimest korda sellises vormis eesti keeles kasutatav GÄH ravi osas eksplitsiitsete hoiakute mõõtmiseks. Originaalküsimustiku sisemise reliaabluse hinnanguks oli Cronbachi $\alpha = .84$ (Ademyr, 2008). Käesoleva töö küsimustikus hindasid osalejad kokku 24 väidet 5-pallilisel Likert-tüüpi skaalal („nõustun täielikult - 5“, „nõustun - 4“, „nii ja naa - 3“, „ei nõustu - 2“, „ei nõustu üldse - 1“). Näiteks oli hoiakute uurimiseks järgnevad väited: „Ärevus on midagi, mille pärast piinlikkust tunda“, „Ma arvan, et üldistunud ärevushäire näitab nõrkust.“ **Muutuja „hoiakud“** väited liideti omavahel kokku - mida suurem skoor, seda positiivsem hoiak GÄH ravi suhtes. Muutuja tulemused jäid vahemikku 6-12. Positiivseks hoiakuks hinnati ≥ 9.6 punkti ($\geq 80\%$) ja negatiivseks hoiakuks ≤ 7.2 punkti ($\leq 60\%$). Neutraalne hoiak jäi $< 60\%$ ja $< 80\%$ vahele (Abolfotouh et al., 2019).

Uuringus kasutatud küsitluse ning mõõtevahenditega täpsemalt tutvumiseks võtke ühendust töö autoriga aadressil geiarandma@gmail.com.

Andmetöötlus

Uurimustöös püstitatud uurimisküsimuste testimiseks viidi läbi kirjeldav statistika, korrelatsioonanalüüs. Lisaks uuriti uurimustöö käigus täiendatud mudeli seoseid ning andmete sobitumist mudelile SEM (*structural equation modeling*) analüüsiga.

Andmeid töödeldi andmetöötlusprogrammidega *Microsoft Excel*, *JASP* versioon 16 ning *PowerPoint*. Programmi *Microsoft Excel* kasutati andmete korrastamiseks, testiskooride koondamiseks (uute muutujate loomiseks), hoiaku ja teadlikkuse küsimustike vastuste ümber

kodeerimiseks. *PowerPoint* programmis loodi uuringu joonis. Programmis *JASP* viidi läbi kirjeldava statistika analüüs, korrelatsioonanalüüs ning SEM.

Eetilised aspektid

Uuring on kooskõlastuse saanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (359/M-12).

TULEMUSED

Uurimustöös kasutavate muutujate kirjeldamiseks hilisemaks SEM analüüsi läbiviimiseks on esitatud kirjeldav statistika Tabelis 2. Kuna uurimustöö valim koosnes lumepallivalimi meetodil kogutud osalejatest ning oli juhuslik, võrreldi läbiviidud testide skooore gruppide diferentseerumise määramiseks. Valimi sisuliseks diferentseerimiseks lisaks diagnoosi esinemisele või mitte esinemisele võeti arvesse EEK-2 ja GAD-7 testiskoorid (Tabel 2).

Tabel 2.

Uuringus kasutatavate muutujate mitte standardiseeritud kirjeldav statistika GÄH diagnoosiga ja diagnoosita gruppide lõikes

Muutuja	Diagnoos	Keskmine	Standardhälve
Teadlikkus (M)	„Ei“	18.43	3.5
	„Jah“	19.56	2.62
Hoiakud (M)	„Ei“	10.37	1.11
	„Jah“	10.32	1.07
Vaimse tervise häire (M)	„Ei“	46.89	23.38
	„Jah“	69.92	21.02
Elukvaliteet (M)	„Ei“	5.99	1.17
	„Jah“	5.02	1.25
Depressiivsus	„Ei“	11.54	7.06
	„Jah“	16.29	6.33
Üldistunud ärevus	„Ei“	10.70	5.33
	„Jah“	15.51	4.62
Paanika ja agorafobia	„Ei“	2.13	3.11
	„Jah“	6.03	4.76

Sotsiaalärevus	„Ei“	2.18	2.10
	„Jah“	3.24	2.35
Asteenia	„Ei“	8.26	4.15
	„Jah“	11.25	3.29
Insomnia	„Ei“	5.11	3.01
	„Jah“	6.58	2.86
GAD-7	„Ei“	7.01	4.47
	„Jah“	11.05	4.80
Elukvaliteet	„Ei“	3.02	0.66
	„Jah“	2.45	0.72
Eluga rahulolu	„Ei“	2.97	0.62
	„Jah“	2.57	0.68

Märkus. (M) – käesoleva uurimuse jaoks koostatud muutuja

Tabel 2 tulemustest selgus diagnoositud isikutel piirnormist kõrgem ning diagnoosimata isikutel piirnormilähedased depressiivsuse, üldistunud ärevuse, sotsiaalärevuse keskmised skoorid. Paanika ja agorafobia keskmine skoor oli diagnoositud isikutel piiri lähedal ning diagnoosimata isikutel oluliselt allpool piirväärtust. Nii diagnoosimata kui diagnoositud isikute grupis oli piirnormist kõrgem keskmine skoor asteenia ja insomnia puhul. Üldistunud ärevuse keskmine skoor oli diagnoosimata grupis 0.3 punkti madalam piirväärtusest.

Kuna GAD-7 testi tulemused viitasid nii diagnoosiga kui diagnoosita grupis võimalikule generaliseerunud ärevushäirele viidi läbi sõltumatute gruppide t-test, mille tulemus viitab, et diagnoosita ($m = 7.01$, $SD = 4.47$) ja diagnoosiga ($m = 11.03$, $SD = 4.8$) isikute keskmised GAD-7 skoorid erinesid antud uuringu valimi lõikes statistiliselt olulisel määral, $U = -0.47$, $p = <.001$.

Viimaseks testiti hilisema SEM analüüsi läbi viimiseks EEK-2 ning GAD-7 testide alusel koostatud muutuja „vaimne tervis“ sobivust mudelile hii-ruut testiga ($\chi^2=23.04$), $p=.06$ ($p>.05$), mis viitas mudeli olulisusele ning andmetega sobivusele.

Teadlikkus

Muutuja „teadlikkus“ latentsuse hindamiseks ning hilisemaks SEM analüüsi läbiviimiseks viidi läbi esmalt uuriv ning seejärel kinnitav faktoranalüüs. Uuriva faktoranalüüsi tulemusel kõik küsimustikus esitatud väited ühisele faktorile ei laadunud. Muutujas „teadlikkus“ kasutatavad faktorlaadungid on toodud välja Lisas 1

(faktorlaadungid=.42-.52, $p<.001$) ning antud faktori mudel seletas ära 12% variatiivsusest. Kinnitav faktoranalüüs muutuja „teadlikkus“ näitas statistiliselt olulist mudelit $\chi^2=251.53$, $p<.001$ ($p<.05$). Mudeli headuse hindamiseks vaadati järgneva mudeli headuse näitajaid: CFI=0.95 (CFI>0.97), TLI=0.94 (TLI>0.9), RMSEA=.04 (RMSEA<.08), SRMR=.08 (SRMR<.08), GFI=1 (GFI>.95), mis viitas andmete sobitumisele töös kasutatavale mudelile (Civelek, 2018). Sisemise reliaabluse hinnang Cronbachi $\alpha=.66$ viitas ebakindlusele sarnaste tulemuste saamisel sama mõõtevahendit uues uuringus kasutades.

Lisaks kontrolliti GÄH diagnoosiga ja diagnoosita gruppide keskmise teadlikkuse erinevust ANOVA testiga. Kuna sõltuv muutuja teadlikkus oli gruppide lõikes enam vähem normaaljaotuslik (asümmeetrianäitaja= -.94, ekstsess= .92), muutujate hajuvused olid sarnased ($p=.15$), viidi keskmiste võrdlemiseks läbi ANOVA. Analüüsi tulemus näitas, et keskmine teadlikkus diagnoosi gruppides erines statistiliselt oluliselt $F(440)=13.94$, $p < .001$, $\eta^2 = .02$. Post hoc analüüs kinnitas, et teadlikkus oli statistiliselt oluliselt erinev GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute vahel ($p<.001$).

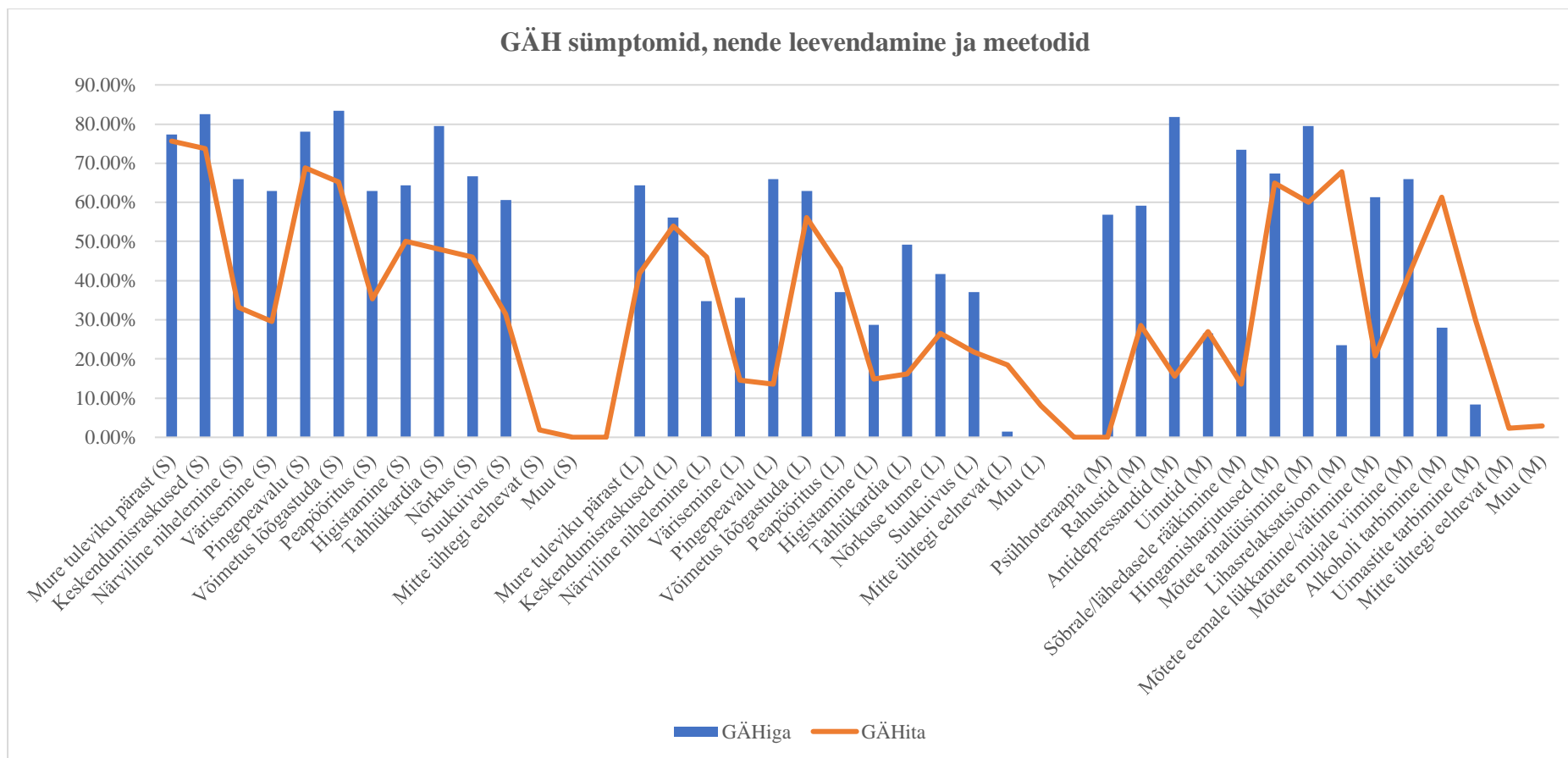
Esimeseks uurimisküsimuseks käesolevas töös oli uurida, millised on GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanud isikute teadmised GÄH ravist. Olulisemad väited teadlikkuse hindamiseks ning nende väidete õigete vastuste osakaal diagnoosiga ja diagnoosita isikute lõikes on toodud välja tabelis 3. Tabelist välja jäänud tulemustest selgus, et nii diagnoosiga kui ka diagnoosita isikud teadsid, et ärevushäire liike on erinevaid, ärevusemaandamiseks saab kasutada erinevaid eneseabivõtteid, sealjuures, et ebapiisav uni, stress ja/või alkoholi tarbimine võivad ärevust suurendada. Vastajad teadsid, et GÄH võib tekitada suhteprobleeme, ärevus võib tekkida ilma nähtava põhjuseta ning sümptomid võivad kesta ka siis, kui stressirohke olukord on möödunud. Veel olid vastajad teadlikud, et ärevusega võivad esineda kehalised sümptomid. Mõlemad grupid mõistsid, et GÄH puhul saab midagi ette võtta ning inimene pole lihtsalt „muretseja tüüp“. Eelnevalt välja toodud kuid tabelis mitte kajastuvate õigete vastuste osakaal jäi 87-100% vahemikku.

Tabel 3.

Teadlikkuse küsimustiku õigete vastuste % olulisemate erinevuste osas diagnoosiga ja diagnoosita gruppide lõikes

Küsimus	Diagnoosiga	Diagnoosita
	õiged %	õiged %
Enamik inimesi, kellel on GÄH saavad töötada.	79%	86%
GÄH-i puhul on abi ravimitest (AD).	66%	55%
AD GÄH ravi korral põhjustab sõltuvust.	60%	53%
GÄH on ravitav.	65%	72%
Rahustid GÄH ravis põhjustavad sõltuvust.	62%	49%
GÄHiga patsiendid saavad elada tavapärast elu.	66%	77%
GÄH ravi kasutatakse psühhoteraapiat	84%	77%
GÄH takistab oluliselt igapäevaelu.	84%	75%
Alkoholi tarvitamine aitab ärevust maandada.	87%	81%
GÄH kahtluse korral on vaja pöörduda perearsti poole.	79%	79%
GÄH kahtluse korral on vaja pöörduda psühhiaatri poole.	84%	55%
GÄH kahtluse korral on vaja pöörduda psühholoogi poole.	84%	80%

Viimaseks uuriti nii GÄHiga kui GÄHita isikutel esinevaid sümptomeid, milliseid nendest on proovinud isikud leevendada ning milliseid meetodeid leevenduseks kasutavad. Antud tulemused on toodud välja joonisel 2, millel on näha nii GÄH diagnoosiga kui diagnoosita isikutel esines GÄHile ja ärevusele laiemalt viitavaid sümptomeid. Samuti selgus, et nii GÄH diagnoosiga kui diagnoosita isikud proovivad esinevaid sümptomeid leevendada. Sümptomite leevendamise meetodite osas esines GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute vahel kõige suuremad erinevused – näiteks tarvivad diagnoosita isikud sümptomite leevenduseks alkoholi kolm korda rohkem kui diagnoosiga isikud.



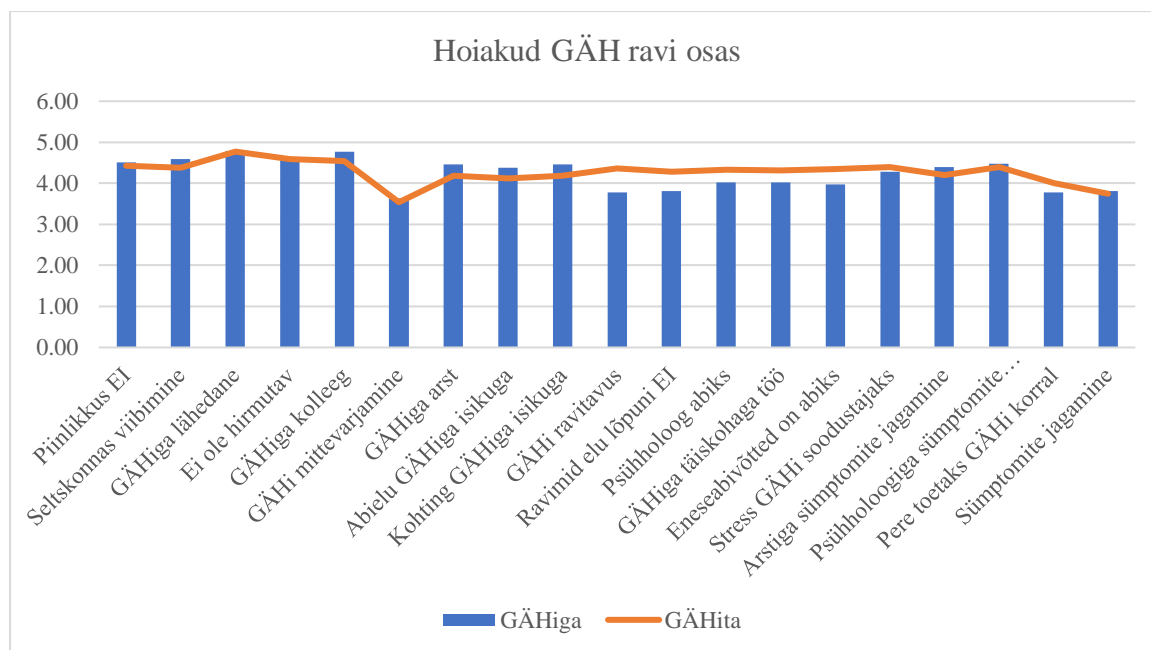
Joonis 2. GÄH sümptomite esinemine

Märkus: (S)-sümptomid, (L)-leevendamine, (M)-leevendusmeetodid

Hoiakud

Muutuja „hoiak“ latentsuse hindamiseks ning hilisemaks SEM analüüsi läbiviimiseks viidi läbi esmalt uuriv ning seejärel kinnitav faktoranalüüs, millest viimane näitas statistiliselt olulist mudelit $\chi^2=430.53$, $p=.001$ ($p<.05$). Mudeli headuse hindamiseks vaadati järgnevaid mudeli headuse näitajaid: CFI=0.9 (CFI>0.97), TLI=0.95 (TLI>0.9), RMSEA=.06 (RMSEA<.08), SRMR=.09 (SRMR<.08), GFI=0.95 (GFI>.95), mis viitasid andmete sobitumisele töös kasutatavale mudelile (Civelek, 2018). Sealjuures kõik hinnatavad väited laadusid ühele faktorile (faktorlaadungid=.70-.30) ning faktori mudel selgitas ära 26% variatiivsusest (lisa 1). Cronbachi alfa oli antud muutuja puhul hea $\alpha=.87$.

Teiseks uurimisküsimuseks käesolevas töös oli uurida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanute hoiakuid GÄH ravi suhtes. Hoiakud GÄH ravi suhtes olid GÄH diagnoosiga ja diagnoosita gruppides sarnased ning positiivsed (≥ 4). Negatiivseid hoiakuid käesoleva uuringu valimis ei esinenud (≤ 2). Diagnoosita isikutel oli positiivsem eksplitsiitne hoiak (15.61% suurem) võrreldes diagnoosiga isikutega, mis puudutab ravi kestust ja GÄH ravitavust. Samuti olid diagnoosita isikud positiivsema hoiakuga psühholoogi võimalikku abisse (7.98% suurem) GÄH sümptomite leevendamiseks ning eneseabivõtete toimimisse (9.57% suurem). GÄH diagnoosiga isikud olid positiivsema hoiakuga sama diagnoosiga isikuga kokkupuutumisel professionaalses kontekstis (nt GÄHiga arst) (6.05% suurem). Hoiakute toorskooridega võrdlus on toodud välja joonisel 3.



Joonis 3. Hoiakud GÄHiga ja GÄHita isikute võrdluses.

Viimaseks kontrolliti GÄH diagnoosiga ja diagnoosita gruppide keskmiste hoiakute erinevust ANOVA testiga. Kuna sõltuv muutuja hoiak on gruppide lõikes enam vähem normaaljaotuslik (asümmeetria näitaja = -.81, ekstsess = .96), muutujate hajuvused on sarnased ($p = .16$), viidi keskmiste võrdlemiseks läbi ANOVA. Analüüsi tulemus näitas, et keskmine hoiak diagnoosi gruppides ei erine statistiliselt oluliselt $F(4,40) = .21$, $p = .65$.

Seosed töös kasutatavate muutujate vahel

Järgnevalt viisin läbi seoste analüüsi hindamiseks töös kasutatavate olulisemate muutujate: teadlikkus, hoiak, diagnoos, vaimne tervis, elukvaliteet vahelisi seoseid (Tabel 4). Seoste analüüsi on lisatud ka EEK-2 alaskoorid ning GAD-7 skoor eraldi vaatamata hilisemale SEM analüüsis ühiseks „vaimne tervis“ muutujaks liitmisele. Korrelatsioonanalüüs muutujate vahel oli vajalik läbi viia enne SEM analüüsi - nõrkade korrelatsioonide korral võib esineda nõrk SEM mudel (Civelek, 2018).

Tabel 4

Töös kasutatud muutujate omavahelised korrelatsioonid

Muutuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Teadlikkus (M)	—														
2. Hoiak (M)	0.28 ***	—													
3. Diagnoos (M)	0.13 **	-0.02	—												
4. Vaimse tervise häire (M)	-0.08	-0.14 **	0.43 ***	—											
5. Elukvaliteet (M)	0.04	0.26 ***	-0.35 ***	-0.61 ***	—										
6. Depressiivsus	-0.09	-0.17 ***	0.31 ***	0.87 ***	-0.63 ***	—									
7. Üldistunud ärevus	-0.06	-0.04	0.40 ***	0.90 ***	-0.50 ***	0.72 ***	—								
8. Paanika ja agorafobia	-0.12 *	-0.16 ***	0.46 ***	0.76 ***	-0.48 ***	0.57 ***	0.66 ***	—							
9. Sotsiaälärevus	-0.05	-0.20 ***	0.21 ***	0.61 ***	-0.34 ***	0.48 ***	0.47 ***	0.57 ***	—						
10. Asteeniam	-0.05	-0.06	0.34 ***	0.82 ***	-0.48 ***	0.72 ***	0.67 ***	0.52 ***	0.42 ***	—					
11. Insomnia	-0.12 *	-0.12 *	0.23 ***	0.55 ***	-0.30 ***	0.39 ***	0.44 ***	0.37 ***	0.21 ***	0.43 ***	—				
12. GAD-7	-0.01	-0.09	0.37 ***	0.89 ***	-0.55 ***	0.73 ***	0.86 ***	0.60 ***	0.49 ***	0.70 ***	0.43 ***	—			
13. Elukvaliteet	0.01	0.24 ***	-0.35 ***	-0.56 ***	0.94 ***	-0.54 ***	-0.45 ***	-0.48 ***	-0.34 ***	-0.44 ***	-0.29 ***	-0.49 ***	—		
14. Rahulolu	0.09	0.25 ***	-0.28 ***	-0.57 ***	0.87 ***	-0.61 ***	-0.46 ***	-0.40 ***	-0.27 ***	-0.45 ***	-0.28 ***	-0.51 ***	0.67 ***	—	
15. EEK-2	-0.10 *	-0.15 **	0.43 ***	0.99 ***	-0.61 ***	0.88 ***	0.88 ***	0.78 ***	0.62 ***	0.82 ***	0.56 ***	0.83 ***	-0.56 ***	-0.56 ***	—

Märkus. *p < .05. **p < .01 ***p < .001, (M)- käesoleva uurimuse jaoks koostatud muutuja

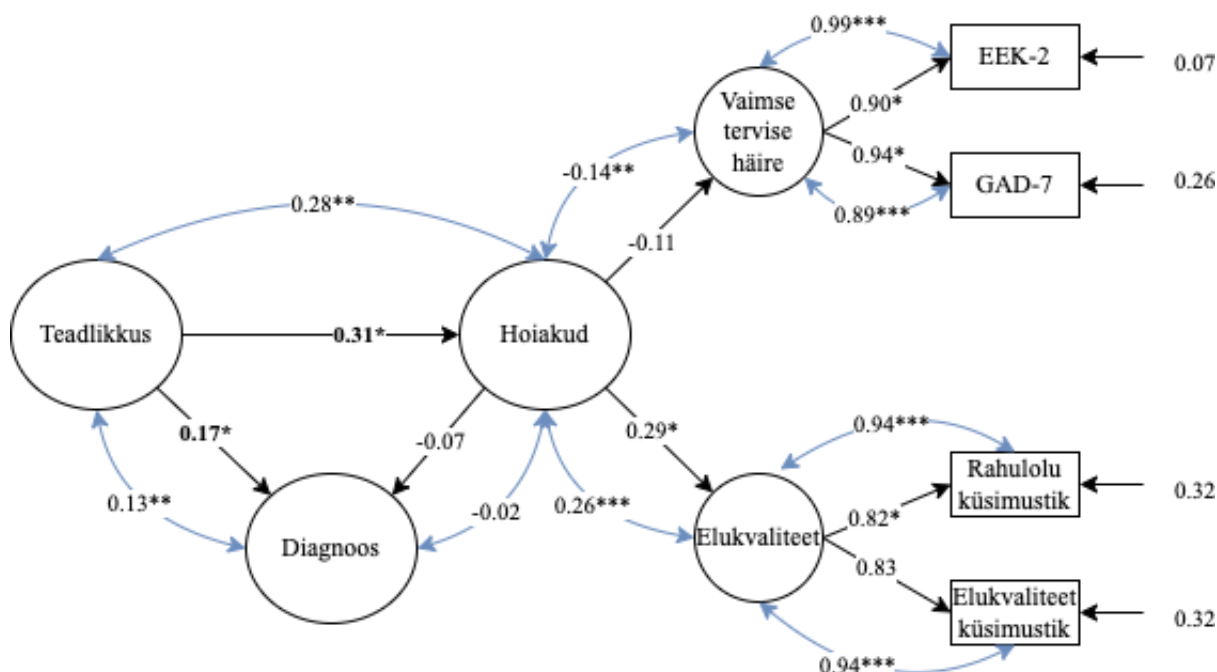
Eelnevast tabelis 4 on esitatud olulisemate töös kasutatud muutujate vahelised seosed, mille hulgas oli nii nõrgad, keskmised kui tugevad seosed. Positiivne statistiliselt oluline nõrk (0.1-0.3) seos oli hoiakute ja teadlikkuse vahel ehk mida positiivsem hoiak GÄH ravi suhtes, seda suurem teadlikkus GÄH ravi osas (Laerd Statistics, 2018). Samuti oli positiivne statistiliselt oluline, kuid nõrk seos GÄH diagnoosi ja GÄH ravi teadlikkuse vahel ehk mida positiivsem hoiak, seda parem teadlikkus GÄH ravi osas. Lisaks tõi seosteanalüüs välja statistiliselt olulise, kuid nõrga seose hoiaku ja elukvaliteedi ning eluga rahulolu vahel ehk mida positiivsem hoiak, seda suurem elukvaliteet ja eluga rahulolu. Keskmiseks seoseks arvestati antud juhul 0.3-0.5 vahemikku, kuhu jääb antud tulemuste puhul näiteks negatiivne statistiliselt oluline seos elukvaliteedi ja diagnoosi vahel – mida madalam elukvaliteet, seda suurem tõenäosus diagnoosiks (Laerd Statistics, 2018). Tugevaks seoseks arvestati 0.5-1.0 vahemikku, mis oli antud tulemuste puhul negatiivne seos vaimse tervise häire ning elukvaliteedi ja eluga rahuloluga ehk mida enam sümptomeid, seda väiksem eluga rahulolu ning elukvaliteet (Laerd Statistics, 2018).

Teadlikkuse ja hoiakute seos GÄH diagnoosiga

Uurimustöös loodud muutujate vaheliste seoste leidmiseks viidi läbi SEM analüüs. Esmalt kontrolliti mudeli headuse parameetritena hii-ruut-statistikut ($\chi^2=25.85$), mille puhul $p=0.03$ ($p>.05$) viitab mudeli võimalikule vastavust faktorstruktuuriga, kuid võib esineda probleeme andmetele sobitumisega. Mudeli headuse täpsemaks uurimiseks vaadati lisaks järgnevaid näitajaid CFI=0.99 (CFI>0.9), TLI=0.97 (TLI>0.9), RMSEA=.07 (RMSEA<.08), SRMR=.02 (SRMR<.08), GFI=1.00 (GFI>.95), mis viitasid andmete sobitumisele töös kasutatavale mudelile (Civelek, 2018). Mudeli headuse analüüsiks pöörati tähelepanu ka modifikatsiooniindeksitele valimaks võimalike lisanduvaid muutujaid latentsete muutujate arvutamiseks ning seeläbi mudeli headusnäitajate parendamiseks. Kõige suurem modifikatsiooniindeks oli 7.8, kuid ühtegi väljapakutud indeksit antud töös arvesse ei võetud välistamaks ohtu mudeli ülesobitamiseks käesoleva uuringu andmetele. Veel pöörati tähelepanu korrelatsioonijääkidele, mille puhul ei esinenud ühtegi negatiivset ega üle 1 väärtust.

Joonisel 4 on esitatud käesoleva uurimuse raames loodud muutujatevahelised seosed SEM analüüsi tulemusel. Kolmas uurimisküsimus sai kinnitust – teadlikkust GÄH ravist on nõrgalt, kuid positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud GÄH diagnoosiga ehk diagnoosi olemasolu prognoosib paremat teadlikkust GÄH ravijuhendi järgsest ravist. Neljas uurimisküsimus käesolevalt kinnitust ei saanud – hoiak GÄH ravist ei olnud statistiliselt

oluliselt seotud GÄH diagnoosiga ehk diagnoosi olemasolu või selle puudumine ei prognoosinud hoiakut GÄH ravi osas. Veel selgus, et hoiak oli positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud elukvaliteediga ehk mida positiivsem hoiak GÄH ravi osas, seda kõrgemalt oli hinnatud elukvaliteet.



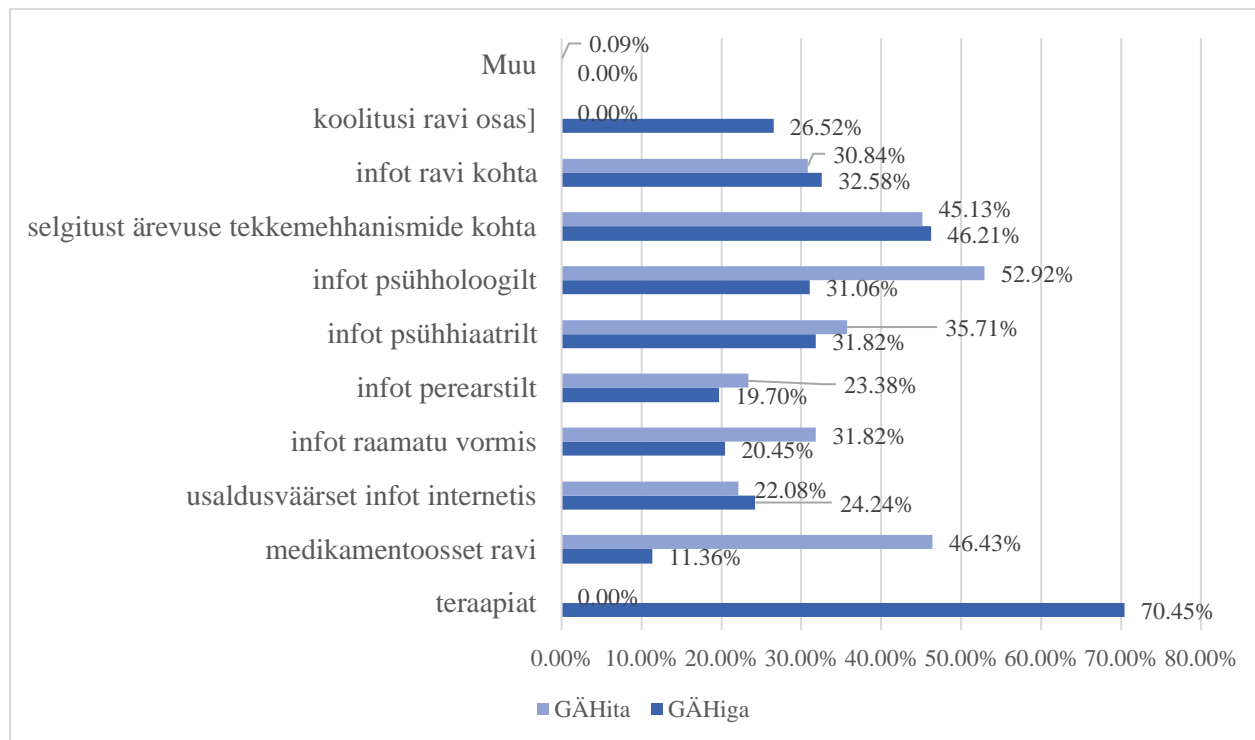
Joonis 4. SEM mudel

Märkus. * $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$

GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute vajadused efektiivsemaks raviks

Viimase ning viienda uurimisküsimusega uuriti, mida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikud vajaksid lisaks, et saada potentsiaalselt efektiivsemat ravi. Joonisel 5 on esitatud nii GÄH diagnoosiga kui diagnoosita vastajate vajadused, mis on suuresti kattuvad. Mittediagnoositute hulgas võis olla GÄH diagnoosiga patsientide lähedasi, tuttavaid, sõpru, kes mõistavad võimalikke arengukohti, mida efektiivsema ravi saavutamise nõuaks. Suurimad erinevused esinesid koolitusvajaduse ja teraapia osas, millest mõlemat soovivad käesolevas uuringus osalenud vastajatest ainult diagnoosiga isikud. Kahe võrreldava grupi erinevusena saab veel välja tuua medikamentoosse ravi vajaduse, mis oli antud valimi puhul suurem GÄHita isikute hulgas. Variant „muu“ all toodi välja allikakriitilisuse vajadust – infot GÄH ravi osas oli olemas, kuid oli oluline leida usaldusväärne allikas. Veel mainiti vajadust kogemusnõustajaga vestluseks, seni teraapias õpitud meetodite rakendamist, vajadust tasuta

teraapia järele (sh mitte ainult kognitiiv-käitumuslik teraapia) ning telefonivestlusi psühholoogiga. Viimasena toodi välja vajadust rahuliku avaliku arutelu järele ühiskonna tasandil ning tööandja mõistmist (nt kodukontoris töötamise võimaluse osas), toetavat hoiakut GÄHi osas.



Joonis 5. GÄHiga ja GÄHita patsientide vajadus efektiivsema ravi saamiseks.

ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida nii GÄH diagnoosiga kui ka diagnoosita inimeste teadlikkuse ning hoiakute vahelisi seoseid GÄH ravi suhtes, et osata tulevikus potentsiaalselt efektiivsemalt jaotada olemasolevat ressursi GÄHiga ja GÄH kahtlusega isikute abistamiseks.

Enne arutelu on oluline järelduste tegemisel tähelepanu pöörata analüüsitud valimi madalale gruppidevahelisele variatiivsusele. EEK-2 tulemuste sarnasus ning piirnormist kõrgemad või sellele lähedal olevad tulemused võivad olla mõjutatud olukorrast, kus uuringu läbiviimise ajal on inimesed kogenud kaks aastat ülemaailmset kriisi ning uuringu andmete kogumise lõppfaasis on Euroopas puhkenud sõda, mis võib mõjutada inimesi laiemalt ning põhjustada tavapärasest suuremat häiritust vaimses tervises (TAI, 2021). EEK-2 tulemustest nähtub, et nii diagnoosiga kui diagnoosita isikute depressiivsuse, asteenia ja insomnia keskmised tulemused on piirväärtustest kõrgemad, mis võivad viidata nii ajutisele stressi

suurenemisele kui ka võimalikule psüühikahäirele. Üldistunud ärevuse skoor on diagnoosimata isikute grupis 10,7, mis on 0,3 punkti madalam piirväärtusest (Spitzer et al., 2006). Eelnevat infot tuleb arvesse võtta tehes järeldusi gruppide võrdluses.

GAD-7 testi keskmised tulemused viitavad GÄH diagnoosiga isikute puhul mõõdukale ja diagnoosita isikute puhul võimalikule kergele generaliseerunud ärevushäirele. Kuigi mõlemas grupis on GÄH sümptomitega isikuid, siis erinesid GAD-7 alusel diagnoosiga ja diagnoosita gruppides uuringus osalejate skoorid statistiliselt oluliselt. Sellest tulenevalt võib eeldada, et antud valimi baasil saab teha järeldusi kahe grupi lõikes, kuid diagnoosita isikute hulgas võib olla seni diagnoosimata isikuid. Samuti on valimis arvukas ülekaal noorte, kõrgharitud naiste vastustest ning see võib tuleneda asjaolust, et GÄH on levinum naissoost isikute seas (Weisberg et al., 2014). Antud asjaolu on oluline järelduste tegemisel arvesse võtta, kuna on leitud vaimse tervise hoiakute uurimisel sooline ja vanuseline erinevus (Ewalds-Kvist et al., 2012).

Teadlikkus

Uurimustöö üheks püstitatud küsimuseks on uurida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanute teadmisi GÄH ravist, mõistmaks, millist infot võib neil olla puudu efektiivsema ravi saamiseks piiratud abi korral.

Uuringu tulemustest selgus, et teadlikkus GÄH ravi osas diagnoosiga ja diagnoosita inimeste vahel on üsna sarnane, mis võib tuleneda käesoleva uuringu madalast valimi diferentseerumisest. Üldine teadlikkus uuritavate gruppide lõikes GÄH ravist on hea – teatakse, et ärevushäiretel on erinevaid liike, ärevusega võivad kaasnedä erinevad kehalised sümptomid ning ärevuse maandamiseks saab kasutada erinevaid eneseabi võtteid, mis on ka ravijuhendi alusel GÄH ravis esmaseks soovitusena (Eesti Haigekassa, 2020). Lisaks on ravijuhendi alusel ravi alustamiseks esmane soovitus pöörduda perearsti poole, mille osas nii diagnoosiga kui diagnoosita vastanud isikud on suures osas teadlikud (Eesti Haigekassa, 2020). Samuti leidsid uuritavad, et GÄHi kahtluse korral on vaja pöörduda psühholoogi poole, kuid psühhiaatrile pöördumise osas olid diagnoosita isikud kahtlevamal seisukohal kui diagnoosiga isikud. Teadlikkus häire esinemisega seonduvatest põhisümptomitest ja sekkumisvahenditest võib olla seotud asjaoluga, et uuring on läbi viidud lääneühiskonnas – Eurooplaste seas on leitud kõrgem teadlikkuse vaimse tervise häirete osas (Altweck et al., 2015). Seega GÄH kahtluse korral uuringus osalenud isikud võiksid suure tõenäosusega ravijuhendi soovitude kohaselt õige spetsialistini jõuda ning abistada potentsiaalselt

lähedast/tuttavat professionaalse abini jõudmisel, mida toetavad ka varasemad uuringud Altweck et al., 2015; Corrigan et al., 2001).

Suuremad puudused teadmises on eelkõige ravimeetmete osas. Diagnoosiga isikutest üle poole ja diagnoosita isikutest veidi üle poole on teadlikud ravijuhendi alusel esmasest medikamentoosse ravi soovitusel – antidepressantide sobilikkusest sümptomite leevendamiseks. Samuti on teadmatust, millised GÄH ravis kasutatud ravimitest võivad põhjustada sõltuvust. Veidi üle poole diagnoosiga isikutest ja pooled diagnoosita isikutest on teadlikud, et antidepressandid ei põhjusta sõltuvust ning rahustitel vastupidiselt on oht sõltuvuse tekkimiseks (Eesti Haigekassa, 2020). Võttes arvesse eelnevalt läbiviidud uuringut, millest selgus, et GÄH sümptomitega patsient tõenäoliselt abita ei jää, kuid jääb tihti ilma kõige efektiivsemast ravist, siis võib olla riskiks madal teadlikkus ravimitest nii GÄHiga kui GÄHita isikute seas, eriti olukorras, kus ka teraapia kättesaadavus on keeruline ning medikamentoosne ravi seeläbi kättesaadavam (Randma, 2018; Sotsiaalministeerium, 2021; Wright et al., 2007).

Kuigi GÄHita isikud ei peaks tingimata teadma GÄH ravi spetsiifikat, siis antud juhul võetakse arvesse käesoleva töö valimi jaotumist, mille alusel on võimalus kahtlustada, et vastanute hulgas esineb täidetud testide alusel (EEK-2, GAD-7) seni diagnoosimata isikuid (King et al., 2008; Kroenke et al., 2007; Roberge et al., 2015). Seega kuigi ravijuhendi alusel on soovitus valida farmakoteraapia ja psühhoteraapia vahel ning vajadusel kasutada neid kombineeritult, siis selle juures tuleb arvestada patsiendi eelistust, ravi sobivust ning kättesaadavust (Eesti Haigekassa, 2020). Patsiendi enda eelistuse kujundamiseks on vaja teadlikkust GÄH ravist tõsta nii diagnoosiga isikutel kui ka GÄH riskirühmal.

Lisaks on uuringus osalenud GÄHiga ja GÄHita isikud kogunud sarnaseid sümptomeid ning proovinud neid leevendada. Suurim erinevus on võrreldavate gruppide vahel sümptomite leevendusmeetodite valikus. Diagnoosiga isikutest pooled on kasutanud psühhoteraapiat, veerand ei ole kasutanud antidepressante ning üle poolte juhtudes on kasutatud rahusteid, mis kattub osalt ravijuhendi soovitusel ning hetkeolukorraga vajaliku ravi kättesaadavuse osas (Eesti Haigekassa, 2020; Sotsiaalministeerium, 2021; OECD/EU, 2020). GÄHiga isikud kasutavad sümptomite leevendamiseks kolm korda vähematel juhtudel ravijuhendis soovitatud lihasrelaksatsiooni kui diagnoosita isikud. Väike osa (13.64%) diagnoosita isikutest kasutavad sümptomite leevendamiseks sotsiaalseid suhteid ehk jagamist sõbra või lähedasega, seevastu enamik diagnoosiga isikuid kasutavad jagamist. Võib oletada, et kuna inimesed jäävad oma muredega üksi, siis suurim erinevus leevendusmeetmete valikus on üksindustest tingitud – üle poolte diagnoosita isikutest kasutavad ärevuse maandamiseks

alkoholi ning üle veerandi uimasteid, mis omavad kõrgendatud terviseriski ning ei ole efektiivne, pikaajaline meetod ärevuse maandamiseks (Eesti Haigekassa, 2020; TAI, n.d.). Seega vaatamata mõningale teadlikkusele GÄHist ja selle ravist, ei pruugi ka häirest teadlikumad isikud efektiivse ravini jõuda (Altweck et al., 2015; Jorm, 2011). Antud juhul oleks vajalik efektiivse ravini jõudmiseks võimalusel inimeste teadlikkust tõsta ennetamaks pikaajalisi kroonilisi haigusi sh GÄH väljakujunemist, püsimist (Eesti Haigekassa, 2020; Noyes, 2001; Sanderson et al., 2002).

Hoiakud

Käesoleva uurimustöö üheks uurimisküsimuseks oli uurida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita täiskasvanute hoiakuid GÄH ravi suhtes, mõistmaks võimalikke hoiakutest tingitud takistusi efektiivse ravi saamisel.

Uuringus osalejate hulgas on GÄH raviga seotud eksplitsiitsed hoiakud gruppide lõikes sarnased ning pigem positiivsed, toetavad. Kui eelnevalt selgus, et väike osa diagnoosita isikutest kasutaks sümptomite leevendamiseks sotsiaalset tuge, siis hoiakute tulemused toetavad samuti antud tulemust - nii diagnoosita kui diagnoosiga isikute hulgas on GÄHiga seonduvate sümptomite varjamise osas positiivne hoiak. Antud juhul võib häirivate sümptomite esinemisel tekkida keerukus abi küsimise ning ravini jõudmisel (Jorm et al., 2006; Liddle et al., 2021). Sealjuures on GÄHiga isikute hoiak pere toetuse saamise osas haigestumise korral negatiivsem kui diagnoosita isikutel, mille puhul võib esineda diagnoosita isiku madal teadlikkus haigusega lähedast toetada (Altweck et al., 2015; Penny et al., 2009). Samas ei tunne GÄHiga isikud sümptomite pärast piinlikkust ning nad on valmis esinevaid sümptomeid vajalike spetsialistidega jagama. Kuigi GÄHiga ja GÄHita isikute hoiakud olid väidete lõikes üsna sarnased, siis suurimad erinevused olid ravi kestuse osas – GÄHita isikud olid positiivsemalt meelestatud GÄHi ravitavuse osas, kui GÄHiga inimesed, mis on ka oodatav tulemus, kuna tugevaid sümptomeid kogedes võib tekkida kahtlus, kas haigusest saab kunagi terveks (Jorm, 2000). Sarnane tulemus esines ka ravimite tarvitamise osas – GÄHita isikud olid positiivsemalt meelestatud võimaliku ravimitest vabanemise osas kui GÄHiga inimesed. Antud juhul ei täpsustatud, milliseid ravimeid uuritavad silmas pidasid, kuid ravimi, aga ka teraapia toimimisel ning selle lõppemisele mõtlemisel võib tekkida hirm, kas ilma ravita on võimalik ka ennast mugavalt ja rahulikult tunda (Råbu & Haavind, 2017).

Kuigi enamik vastajatest on teadlikud, et eneseabivõtted on GÄH ravis abiks, siis GÄHiga isikute hoiak oli negatiivsem eneseabivõtete toimimise osas võrreldes diagnoosita

isikutega. See võib tuleneda asjaolust, et diagnoositud isikute enesetunne võib olla üsna raske ning selle kiiremat parandamise efekti pakub farmako-ja/või psühhoteraapia ning eneseabivõtted on pigem teisejärgulised. Kuigi ravijuhendi alusel on eneseabivõtted esmane soovitus, siis sümptomite tugevamal esinemisel on vaja kaasata medikamentooset ja/või mittemedikamentooset ravi sümptomite püsimisel (Eesti Haigekassa, 2020). Viimaseks on GÄHita isikud GÄHiga isikutest positiivsemalt meelestatud, et psühholoogi vastuvõttust võiks abi olla. Samas selgus, et vaid pooled uuringus osalenud diagnoositutest on saanud teraapiat, millest tulenevalt võib veidi negatiivsem hoiak olla tingitud ka piiratud abi kättesaadavusest (Jorm, 2000). Kokkuvõtvalt on GÄHita isikutel osade väidete osas positiivsem hoiak GÄH ravi osas, kui GÄHiga isikutel, kuid üldiselt on hoiak positiivne mõlemas grupis.

Teadlikkuse ja hoiakute seos GÄH diagnoosiga

Uurimustöös sooviti teada saada, kas teadlikkus ja hoiakud GÄH ravist on seotud GÄH diagnoosiga. Strukturaalanalüüs näitab varasemate uuringutega sarnast tulemust. Teadlikkus prognoosib hoiakut statistiliselt olulisel määral ning hoiak omakorda prognoosib elukvaliteeti (Yeni et al., 2018; Lee et al., 2020; Zhang et al., 2020). Käesolevas uuringus on lisatud mudelisse muutuja „diagnoos“, millel on statistiliselt oluline seoses teadlikkusega, kuid hoiakuga sarnast seost ei ole. Tegemist on ka oodatava tulemusega – diagnoosi korral on isik eeldatavasti kokku puutunud GÄH ravi spetsialistiga, kes on selgitanud patsiendile mõningal määral tema olukorda ning suurendanud teadlikkust ravi osas. Teisalt antud juhul hoiakute ja diagnoosi vahel statistiliselt olulist seost ei leitud. See on väga hea tulemus GÄHi haigestunud patsientide heaolust lähtuvalt ehk antud valimi puhul diagnoosita isikud ei suhtu suure tõenäosusega GÄH diagnoosiga isikutesse halvustavalt ning mõistavad nende haiguse eripära (Corrigan et al., 2001). Veel leiti, et hoiakud on seotud statistiliselt oluliselt elukvaliteediga ehk mida positiivsem suhtumine GÄHi, seda parem elukvaliteet. Seega kui tõstame GÄH ravi teadlikkust, mis muudab hoiaku GÄH ravi osas positiivsemaks, on võimalik tõsta inimeste elukvaliteeti ning ennetada potentsiaalselt raskemat haigestumist, pakkuda efektiivsemat ravi (Altweck et al., 2015).

Kokkuvõtvalt on tegemist on ülevaatliku esimese mudeliga GÄH raviga seonduvate seoste lõikes. Edaspidiseks on oluline arvesse võtta, et diferentseerituma valimi korral võivad antud tulemused muutuda ehk kindlasti vajaks käesolevas töös loodud esmane mudel esmaste mõõtevahenditega parendamist, arendamist ning edasi katsetamist. Testitud ja täiendatud mudel ei ole ideaalne, kuid pakub struktuuri mõistmaks GÄH ravini jõudmise erinevate

mõjutajate omavahelisi seoseid. See on oluline edaspidiseks GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikute üldisemaks uurimiseks, sealjuures häire ennetusmeetmete otsustamise juures.

Vajadused

Uurimustöö üheks püstitatud küsimuseks oli mõista mida GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikud vajaksid lisaks, et saada potentsiaalselt efektiivsemat ravi. Selleks, et pakkuda efektiivsemat ravi ning ennetust nii juba diagnoositud kui diagnoosimata isikutele, kes on kokku puutumas GÄHiga, on vajalik teada, mida antud isikud subjektiivselt tunnetatult vajavad.

Analüüsisist selgus, et käesoleva uuringu valimi lõikes on vajadused üsna sarnased nii diagnoosiga kui diagnoosita isikute vahel, kuid esineb mõningaid suuremaid erinevusi. Näiteks töid diagnoosiga isikud välja vajaduse parema teraapia kättesaadavuse järele (70.45%) efektiivsema ravi saamiseks, mis on ka ravijuhendi alusel üks efektiivsematest sekkumistest medikamentoosse sekkumise kõrval (Eesti Haigekassa, 2014). Antud tulemus kattub uuringu läbiviimise hetkel valitseva poliitilise ning sotsiaalmajandusliku olukorraga, millest tulenevalt on inimeste vajadus psühholoogilise abi järele viimaste aastatega tõusnud ning samal ajal on spetsialistide kättesaadavus endiselt piiratud (Sotsiaalministeerium, 2021; TAI, nd.d; Eesti Haigekassa 2018; Eesti Haigekassa, n.d.; OECD/EU, 2020). Diagnoosiga isikud, kes on raviga kokku puutunud, tunnetavad, et teraapia kättesaadavus on piiratud. Diagnoosita isikud, kes teraapia vajadust selliselt ei tunnetata, pole ka pidanud pettuma kokkupuute puudumisest tulenevalt teraapia kättesaadavuses.

Teiselt poolt märkisid peaaegu pooled (46,43%) diagnoosita isikutest vajadust medikamentoosse ravi järele, mis võib viidata asjaolule, et uuringule on vastanud isikud, kes on GÄH sümptomitega, kuid hetkel diagnoosimata. Kuna GÄH puhul on tegemist aladiagnoositud ja-ravitud häirega ning ravile jõuab umbes 5% GÄH patsientidest, siis võib valimi hulgas olla isikuid, kes pole ravijuhendi alusel soovitatud ravini jõudnud (King et al., 2008; Kroenke et al., 2007; Roberge et al., 2015). Diagnoosita isikute, kuid käesolevas uuringus läbiviidud EEK-2 ja GAD-7 testide alusel vaimse tervise probleemide kahtlusega isikute vajadus medikamentoosse ravi järele võib olla riskikohaks, kui isikute teadmised ravimitest on piiratud – umbes pooled vastajatest ei tea rahustite võimalikust sõltuvust tekitavast ohust, kuid töö autori eelnevas uurimustöös selgus, et Eesti Haigekassa andmete kohaselt kirjutatakse enim perearstide poolt GÄH diagnoosiga isikutele välja bensodiasepiine, millel on oht sõltuvuse tekkimiseks ning mis ei ole ravijuhendi alusel soovitatud esmase medikamendina (Eesti Haigekassa, 2014; Randma, 2018). Käesolevas

uuringu ei selgu, millist medikamentooset ravi GÄHita isikud täpsemalt sooviksid, kuid vajadust selle järele on esitatud. Sellest tulenevalt võib tekkida olukord, kus GÄH sümptomitega, kuid diagnoosimata isik eelistaks ravimeid teraapiale, kuid tal puudub teadmine ravijuhend sh patsiendijuhendi soovitustest. Eelnevalt tulenevalt on riskikohti ravikäitumises, mida käesoleva uuringu tulemustest sisuliselt järeldada ei saa, küll aga võib olla piisav indikatsioon tegutsemiseks GÄH ravi teadlikkuse tõstmise osas.

Veel vajavad ligi pooled nii GÄH diagnoosiga kui diagnoosita isikud selgitust ärevuse tekkemehhanismide kohta, mis võib olla abiks ärevuse maandamisel. Ärevus võib esineda erinevate kehaliste, kognitiivseid võimeid ning emotsioone haaravate sümptomitega, mis nende tekkepõhjuse lahti selgitamisel võib aidata ärevuse maandamisele kaasa ehk olukorra mõistmine ning teadmine, mis kehas toimub, võib aidata ärevusega paremini toime tulla (Behar et al., 2009; Wright et al., 2007).

Antud tulemuste analüüsimisel on oluline silmas pidada asjaolu, et osalejad said valida variantide vahel, mis on neile ette antud ning teiste valikute puhul oleks võinud tulemused tulla teistsugused. Lisaks, kuigi ravivajaduste märkimisel valiti varianti „muu“ võrreldes ette antud vastusevariantidega väga vähe ning ainult GÄHiga patsientide poolt, siis toodi välja vajadust tööandja parema haigusteadlikkuse ja mõistmise järele. Tööandja mõistmine sh teadlikkus ja positiivsem hoiak GÄH diagnoosiga kaasnevate võimalike takistuste osas võib GÄHiga isiku elukvaliteeti tõsta võttes arvesse käesolevas uurimuses leitud GÄH ravi teadlikkuse ja hoiakute omavahelist seost. Seega haigusest teadlikum tööandja võib pakkuda nii GÄHiga kui GÄHita isikule kõrgemat elukvaliteeti läbi mõistmise ja paindlikkuse (Giorgi et al., 2020). Antud juhul on aga tegemist ühe võimaliku edasiarendusega käesoleva uurimuse tulemuste alusel. Viimaseks mainiti vajadust avalikkuses rahuliku arutelu järele GÄH ravi osas ning toetava hoiaku järele GÄH haigussümptomitega toimetulekul laiemalt.

Piirangud, tulevikuperspektiiv

Valim koostati lumepalli valimina, millest tulenevalt vastasid suurema tõenäosusega uuringule isikud, kes on antud teemast rohkem huvitatud, on sellega kuidagi kokkupuutunud ning seeläbi võivad omada sügavamat teadmist GÄH-i osas. Sellest tulenevalt ei pruugi antud valimi põhjal tehtud järeldused vastata tegelikule olukorrale laiemal populatsiooni mõistes.

Samuti jäävad käesolevalt tulemused ühe kitsa valimi raamesse. Edaspidi võiks valimi koostamisel eesmärgiks võtta suurema erinevuse loomise nii vanuselises, haridustasemes kui ka soolises jaotuvuses, mis võimaldaks uuringu tulemusi veelgi laiemalt interpreteerida.

Antud juhul tuleb arvesse võtta, et käesoleva uuringu valimis on arvukas ülekaal noorte, kõrgharitud naiste vastustest ning kuigi GÄH on levinum naissoost isikute seas, siis on see üks uurimustöö piirangutest laiemate järelduste tegemisel. Antud juhul on piiratud teadmine meessoost isikute teadmistest ja hoiakutest GÄH ravi osas, sealjuures nende vajadustest efektiivsemaks raviks nende madala esindatuse tõttu käesoleva uuringu valimis. Sellest tulenevalt võivad uurimuse tulemused muutuda veelgi, kui kasutada tulevikus valimit, kus nii meeste kui naiste esindatus on võrdsem ning haridustase erinevam.

Kuigi uurimustöös püstitati esialgu uurimisküsimused sooviga eristada kahte gruppi – GÄH diagnoosiga ja diagnoosita isikud, siis võib uuringus saadud testitulemuste (GAD-7) alusel oletada, et diagnoosimata gruppi sattus suur osa GÄH sümptomitega kuid diagnoosimata isikuid, mis muudab tulemuste tõlgendamise kohati keerulisemaks. Samas on tegemist statistika ning töö autori varasema uuringu põhjal häirega, mis on aladiagnoositud ja ravitud ning seeläbi on antud piirangud mõneti paratamatud, kuid olulised uurimustöö tulemuste interpreteerimisel arvesse võtta.

Lisaks kasutati käesolevas uuringus teadlikkuse ja hoiakute uurimiseks valideeritud küsimustike põhjal loodud mõõtevahendeid, mis kohandati GÄH diagnoosi ja eesti konteksti ning kasutati sellisel kujul esimest korda. Sellest tulenevalt on kindlasti vaja küsimustike edasiarendusi ja täiendusi tõstmaks valiidsust ning reliaablust. Küsimustike parendamine ja edasiarendus võimaldaks mõõtevahendeid veelgi efektiivsemalt kasutada edasises teaduslikus töös.

Kokkuvõte

Käesoleva uuringu tulemusel on teadlikkus seotud hoiakutega ning diagnoosi olemasoluga, kuid hoiakud vaimse tervise häiret ega diagnoosi ei prognoosi. Hoiakud on GÄHiga ja GÄHiga isikutel GÄH ravi osas pigem positiivsed. Teadlikkus GÄH ravist on GÄHiga ja GÄHita isikute seas sarnane – teadmisi ravist on, kuid esinevad infolüngad GÄH raviga seonduva ravijuhendist lähtuvate soovitude osas (nt teadlikkus medikamentoosest ravist). Efektiivsema ravi saamise vajaduse osas tuuakse välja medikamentoosse ravi vajadust GÄHita isikute seas ning teraapia vajadust GÄHiga isikute seas.

Nii hoiakute kui teadlikkuse küsimustik GÄH ravi uurimiseks on kasutusel esmakordselt, millest tulenevalt vajavad mõõtmisvahendid täiustamist, arendamist ning käesolev uuring saab olla aluseks edasiste uuringute läbiviimiseks.

Kokkuvõtvalt GÄH ravi teadlikkuse tõstmiseks, haiguse süvenemise, raske häire väljakujunemise ennetamiseks ning efektiivsema ravi pakkumiseks on oluline inimeste teadlikkust tõsta järgnevates teemades:

- GÄH haiguse kulg, kujunemine, tekkemehhanismid, ravitavus;
- info GÄH ravi osas, kuidas toimib, ohud, kasud;
- nii farmakoteraapia kui psühhoteraapia lõppemisega kaasnevad hirmud/müüdid GÄH ravis.

Tänuõnad

Soovin tänada oma juhendajat Kaia Kastepõld-Tõrsi kaasamõtlemise, innustamise, olemasolu ja inspireerimise eest. Suur tänu Kairi Kreegi puule töö projektifaasis ideedepõrgatuse eest. Veel andsid olulise panuse töö struktuuri lõpliku viimistlusse Annagrete Palu, Liina Adov ja Triinu Niiberg-Pikksööt. Andmeanalüüsist paremaks arusaamiseks pakkus tuge Karin Täht. Viimaseks olen tänulik kõigile uuringus osalejatele, kes pühendasid oma aega küsimustikule vastamiseks ning sõpradele ja perele igakülgse toetuse eest.

KASUTATUD KIRJANDUS

Abolfotouh, M. A., Almutairi, A., Al Mutairi, Z., Salam, M., Alhashem, A., Adlan, A., & Modayfer, O. (2019). Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 12*, 45–54. <https://doi.org/10.2147/prbm.s191676>

Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N., & Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology, 6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272>

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. doi: 10.1080/080394899427692

attitude. (n.d.). The Free Dictionary. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/attitude>

Aydemir, N. (2008). Developing two different measures for assessing knowledge of and attitudes toward epilepsy for the Turkish population. *Epilepsy and Behavior, 12*(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.07.018>

Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>

Civelek, M. E. (2018, March 12). *Essentials of Structural Equation Modeling*. Papers.ssrn.com. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3338325

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness. *Psychiatric Services, 52*(7), 953–958. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>

Dam, J. (2006). Insight in schizophrenia: a review. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 2, 114-120.

Eesti Haigekassa. (2014). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. Ravijuhend. Leitud: [http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/104/Generaliseerunud-%C3%A4revush%C3%A4ire-ja-paanikah%C3%A4ire-\(agorafobiaga-v%C3%B5i-ilma\)-k%C3%A4sitlus-perearstiabis](http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/104/Generaliseerunud-%C3%A4revush%C3%A4ire-ja-paanikah%C3%A4ire-(agorafobiaga-v%C3%B5i-ilma)-k%C3%A4sitlus-perearstiabis).

Eesti Haigekassa. (2016). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. Patsiendijuhend. Leitud: <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/120/generaliseerunud-arevushaire-ja-paanikahaire-agorafobiaga-voi-ilma-kasitlus-perearstiabis>

Eesti Haigekassa. (2018). Kliinilise auditi „Ärevushäire käsitlus esmatasandil“ kokkuvõte. Leitud: https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Haigekassa/2018_arevushaire_kasitlus_esmatasandil_kokkuvote.pdf

Eesti Haigekassa. (2020). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. Leitud: <https://www.ravijuhend.ee/attachments/guides/148/2095?action=download>

Eesti Haigekassa. (n.d.). Finantsnaitajad. Leitud: <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad>

El-Uri, F. I., & Malas, N. (2013). Analysis of use of a single best answer format in an undergraduate medical examination. *Qatar Medical Journal*, 2013(1), 1. <https://doi.org/10.5339/qmj.2013.1>

Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lützén, K. (2012). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(5), 360–368. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.748827>

Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>

Jorm, A. F. (2000). Mental Health literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(05), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on Mental Health Literacy: What we know and what we Still Need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>

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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9066546/>

- Kaart, T. (2012). Binaarsete tunnuste analüüsimetodid. Leitud: http://www.eau.ee/~ktanel/bin_tunnuste_analyys/pt38.php
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., & ... Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal Of Psychiatry*, 192(5), 362-367. doi:10.1192/bjp.bp.107.039966
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Laerd Statistics. (2018). *Pearson Product-Moment Correlation - When you should run this test, the range of values the coefficient can take and how to measure strength of association*. Laerd.com. <https://statistics.laerd.com/statistical-guides/pearson-correlation-coefficient-statistical-guide.php>
- Lee, E., Jeong, Y. M., & Yi, S. J. (2020). Nurses' Attitudes Toward Psychiatric Help for Depression: The Serial Mediation Effect of Self-Stigma and Depression on Public Stigma and Attitudes Toward Psychiatric Help. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5073. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145073>
- Liddle, S. K., Vella, S. A., & Deane, F. P. (2021). Attitudes about mental illness and help seeking among adolescent males. *Psychiatry Research*, 113965. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113965>
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
- Noyes, R. (2001). Comorbidity in Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41–55. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70205-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70205-7)
- Nyblade, L. C. (2006). Measuring HIV stigma: Existing knowledge and gaps. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 335–345. <https://doi.org/10.1080/13548500600595178>
- OEDC/EU. (2020). Waiting Times for Health services. Next in line, OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c->

[en&_csp=e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemIGO=oced&itemContentType=book#](#)

Penny, E., Newton, E., & Larkin, M. (2009). Whispering on the Water. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(6), 969–987. <https://doi.org/10.1177/0022022109347967>

Råbu, M., & Haavind, H. (2017). Coming to terms: Client subjective experience of ending psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 223–242. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1296410>

Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 koostamise ettepanek. (n.d.). Eesti Vabariigi valitsus. Leitud november 22, 2020, https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/rahvastiku_tervise_arengukava_2020-2030_koostamise_ettepanek.pdf

Randma, G. (2018). Generaliseerunud ärevushäire (F41.1) diagnoosimise ja ravi kooskõla ravijuhendiga täiskasvanutel Eesti perearstide näitel. Leitud: http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/59469/Randma_Geia_uurimistoo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired. (1993) Generaliseerunud ärevushäire. Leitud: <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.

Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M.-M., Duhoux, A., Bocti, C., & Fournier, L. (2015, October 22). *Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy*. BMC Family Practice. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0358-y>.

Roy-Byrne, P., & Wagner, A. (2004). *Primary Care Perspectives on Generalized Anxiety Disorder*. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/16383_primary-care-perspectives-generalized-anxiety-disorder.pdf

Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (2002, June 3). *Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders*. Psychiatry Research. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178194900361>.

Sotsiaalministeerium. (2021). Vaimse tervise toetamine KOV tasandil. https://www.sm.ee/sites/default/files/kov_kysitlustulemused_raport_v18_05_003.pdf

Statistika. Kui palju Eestis tarbitakse alkoholi? (n.d.). Tervise Arengu Instituut. <https://alkoinfo.ee/et/moju/alkoholi-toime/ulevaade-statistikast/>

Strateegia. (n.d.). Tartu Ülikooli Kliinikum. Leitud november 22, 2020, <https://www.kliinikum.ee/haiglast/dokumendid/strateegia-ja-tegevuskava/>

Stronach, S., Wiegand, S., & Mentz, E. (2018). Brief Report: Autism Knowledge and Stigma in University and Community Samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 1298–1302. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3825-1>

ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (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>

Tervise Arengu Instituut (TAI). (2021). Tulemusi rahvastiku vaimse tervise uuringu I küsitluslainest. Leitud 25.02.2022 [https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-12/RVTU3_tulemused_EST_logodega%20\(1\).pdf](https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-12/RVTU3_tulemused_EST_logodega%20(1).pdf)

Tervise Arengu Instituut (TAI). (n.d.). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel PHK1 Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. Leitud https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_05Psyyhikahaire/d/PKH1.px/table/tableViewLayout2/

Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression And Anxiety*, 31(5), 443-450. doi:10.1002/da.22209

WHO (2013). Mental health action plan 2013-2020. [PDF fail]. Leitud: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

Wittchen, H.-U. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>

Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 244–250. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0156-x>

Yeni, K., Tulek, Z., Simsek, O. F., & Bebek, N. (2018). Relationships between knowledge, attitudes, stigma, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: A structural equation modeling. *Epilepsy & Behavior*, 85, 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.019>

Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>

Lisa 1

Muutujate „teadlikkus“ ja „hoiakud“ uuriv faktoranalüüs

Tabel 5*Muutuja „teadlikkus“ uuriv faktoranalüüs laadunud lühendatud väidetega*

Lühendatud väited	Teadlikkus	Omapära
AD põhjustab sõltuvust.	0.52	0.73
Psühhoteraapia on kasutusel ravis.	0.51	0.74
AD on kasutusel ravis.	0.48	0.77
Rahustid on kasutusel ravis.	0.45	0.79
Stressi möödumisel sümptomid püsivad.	0.45	0.80
GÄH ei ole ravitav.	0.44	0.80
Ärevushäirete liike on erinevaid.	0.42	0.82

Märkus. Faktorite pööramiseks kasutati *oblimin* meetodit.**Tabel 6***Muutuja „hoiakud“ uuriv faktoranalüüs laadunud lühendatud väidetega*

Lühendatud väited	Hoiak	Omapära
Seltskonnas viibimine	0.70	0.51
Eemale hoidmine sõbrast	0.70	0.52
Kohting ei	0.68	0.54
Eemale hoidmine	0.68	0.54
Piinlikkus pere ees	0.66	0.57
Abielu ei	0.65	0.57
Kolleeg	0.59	0.65
Hirmutav GÄHiga isik	0.57	0.67
GÄHiga arsti usaldus	0.56	0.68
GÄHiga isiku välimus	0.52	0.73
Piinlikkus GÄHi pärast	0.51	0.74
GÄH näitab nõrkust	0.47	0.78
Täiskohagatöö	0.46	0.79
Ravimid terve elu	0.46	0.79
Varjan sõprade eest	0.43	0.82
Ravi ei ole	0.41	0.83
Jagamine psühholoogiga piinlik	0.41	0.83
Julgen jagada	0.39	0.85
Psühholoog abiks	0.38	0.85
Jagamine piinlik	0.37	0.86
Eneseabi	0.35	0.88
Pere toetus GÄHi korral	0.31	0.90
Muretsemise lõpetamine	0.31	0.96
Stressi mõju GÄHile	0.30	0.97

Märkus. Faktorite pöördamiseks kasutati *oblimin* meetodit.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Geia Randma ,

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

„Generaliseerunud ärevushäirega ja häireta täiskasvanud isikute hoiakud ja teadmised ravist“, mille juhendaja on Kaia Kastepõld-Tõrs

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

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

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

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

Geia Randma

12.05.2022