

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Karmen Vool

ÄREVUSE JA DEPRESSIOONI TESTIDE TULEMUSED
1997-2000 KAITSTUD ÜLIÕPILASTÖÖDE ANDMETEL

Seminaritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu

Läbiv pealkiri: Ärevuse ja depressiooni testid

Tartu 2013

Kokkuvõte

Käesolevas seminaritöös uuriti ärevus- ja depressioonitestide tulemusi aastatel 1997-2000 Tartu Ülikoolis kaitstud üliõpilastööde andmetel. Tähelepanu all oli Üldine Terviseküsimustik, Becki Depressiooniküsimustik ning Püsi- ja seisundiärevuse küsimustik. Koondvalimisse kuulusid 339 psühhiaatrilist patsienti, 119 somaatilise haigusega patsienti, 52 *sclerosis multiplex* patsienti, 126 ajateenijat ning 1382 normpopulatsiooni esindajat. Kasutatud testide skooride erinevuste olulisuste välja selgitamiseks leiti tulemuste vahelised efektisuurused ning statistilise olulisuse määrad. Märkimisväärsed erinevused esinesid üksnes Kantsi (1998) ning Sema (1999) somaatiliste patsientide vahel. Selle arvatavaks põhjuseks on nende valimite erinevus. Kantsi töös osalesid seljavaludega patsiendid enne ja pärast operatsiooni, Sema somaatilise valimi moodustasid aga erinevate, peamiselt südameveresoonkonna haigustega, patsiendid. Töö üheks eesmärgiks oli lisaks uurida, kas ajateenijate ärevus- ja depressioonitase erineb normpopulatsiooni omast. Analüüsi tulemusena selgus, et ajateenistuses ilmnes üksnes kõrgem seisundiärevuse tase.

Abstract

The Results of Anxiety and Depression Inventories based on theseses 1997-2000

The present thesis explored the results of anxiety and depression inventories based on the data collected for theseses defended between 1997 and 2000 in the University of Tartu. The General Health Questionnaire, Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory were focused on. The sample consisted of 339 psychiatric patients, 119 somatic patients, 52 patients with Multiple Sclerosis, 126 conscripts and 1382 representatives of the norm population. In order to find out the importance of the differences among the results obtained from the tests used, effect sizes and statistical significances were computed. Significant differences emerged only between the somatic patients from the works of Kants (1998) and Sema (1999). Probable reason for that lies in the differences between the samples. Patients with back pains before and after their surgery participated in Kants's work, while patients with different, mainly with coronary-heart diseases formed the sample of Sema's thesis. One aim of the thesis was to explore whether the level of anxiety and depression of conscripts differs from the norm population. As a result of the analysis carried out it appeared that only the level of state anxiety was higher among the conscripts.

1. Sissejuhatus

1.1 Ärevus

Ärevus on psühholoogiline seisund, mis kätkeb endas taolisi emotsioone nagu pinge, hirm ning mure. Samuti võib see väljenduda emotsionaalse rahutusena. Enamasti kaasnevad ärevusega ka erinevad kognitiivsed, käitumuslikud, füsioloogilised ja somaatilised reaktsioonid. Teatud määral on ärevus täiesti normaalne ja igapäevane nähtus. Taolist erutust põhjustavad kõikvõimalikud asjaolud, kuid kõige tavalisemaks ärevuse tekitajateks on kõikvõimalikud muutused inimese igapäevaelus. Võime öelda, et ärevus on normaalne reaktsioon stressi põhjustavale stiimulile. Ärevus aitab toime tulla pingeliste olukordadega, koondades inimese vaimsed ja/või füüsilised ressursid, et neid siis õigel ajal kasutada.

Bourne'i ja Ekstrand'i (1985) ning Coon'i (1992) sõnul on ärevuse korral tuntavad füüsilised reaktsioonid väga lähedased hirmu puhul tuntavatega. Peamine ärevust ja hirmu eristav tegur on aga see, et ärevus on vastus ebaselgele või mitmetähenduslikule näivale ohule. Samas on hirm ärevusest fokuseeritum ning intensiivsem (Coon, 1992). Hirmu tunneme siis, kui ohustav stiimul ka tegelikkuses ilmub (Bourne jt., 1985).

1.2 Depressiivsus

Depressiivsuse all mõistame püsivalt madalat meeleolu ning abitus- ja/või tühjustunnet. Depressiivsetele inimestele on omane negatiivne maailmapilt ning kalduvus nukrameelsusele. Vahe tegemine depressiivsuse kui kurvameelsuse ja selle haigusliku väljundi vahel ei ole lihtne. Ometi on olemas tunnuseid, mis viitavad pigem üksnes depressiivsusele ning mitte häirele. Saarma (1995) sõnul on kurvameelsusele omased tunnused selle tekkimise eksogeensus, depressiivsuse ja selle arvatava põhjuse ajaline, sisuline ning intensiivsuse seostatavus ja vallandaja väärtus inimese jaoks. Tähtsat rolli mängib ka depressiivsust tekitanud teguri kesksus. Tavapärase kurvameelsuse puhul kujutab põhjuseks olev tegur inimese psüühikas dominant, see on mure ja valu keskmeks. Enamasti ei takista tavapärase depressiivsus sotsiaalset funktsioneerimist, inimese suhtlus- ja mõtlemisvõime säilivad. Samuti pole kurvameelsuse korral tavaliseks väljundiks positiivsete tundmuste pärssumine, inimene suudab hoolimata oma seisundile näha ka elu helgemat poolt (Saarma, 1995).

Roberts'i ja Kassel'i (1996) kohaselt eristab Depressiivseid (ning ka depressioonile kalduvaid või seda põdevaid) mittedepressiivsetest inimestest tõsiasi, et isegi kerge düsfooria korral

esineb neil märksa rohkem düsfunktsionaalset käitumist. Teasdale'i ja Dent'i (1987) ning Ingram'i ja tema kolleegide (1994) uurimustele toetudes väidavad nad samuti, et depressiivse meeleolu juures esineb depressiivsetel inimestel puudujääke tähelepanus ning negatiivseid kaldeid mälestustes, mida ei saa aga väita mittedepressiivsete kohta.

1.3 Ärevuse ja depressiivsuse seosed

Tavapärase ärevuse ja depressiivsuse seost näitab nende ühine kuulumine Suure Viisiku dimensiooni neurotismi hulka, mis on üks isiksuse baastendentsidest. Neurootilisust tõlgendame seadumuseks negatiivsete emotsioonide kogemiseks. Neurootilisel inimesel on kalduvus tunda emotsionaalset häiritust, mis avaldub depressioonis, vaenulikkuses ning võimetuses kontrollida oma käitumist ja impulsse kriitilistes olukordades (Allik, 2003). Taolise soodumusega isikud on sageli halvas meeleolus ning nad ei suuda oma ärevaid mõtteid tekkimast takistada. Neil on suur tõenäosus langeda kliinilisse depressiooni. Loehlin'ile (1992) viidates väidab Allik (2003), et ligikaudu 50% neurootilikest kalduvustest on võimalik seletada pärilikkusega.

Uue lähenemise ärevuse ja depressiivsuse tõlgendamiseks on Clark ja Watson välja pakkunud oma kolmeosalises mudelis, mille kohaselt on depressiivsusel ja ärevusel ühised spetsiifilised komponendid. Täpsemalt seob neid üldine faktor negatiivne afektiivsus, mis näitab isiku püsivat kalduvust kogeda vastumeelseid tundeid. Hirm, kurbus, süü, vaenulikkus ja arglikkus laaduvad tugevalt selle faktorile, kõrge negatiivse afektiivsuse juurde kuuluvad ka kurnatus, põlgus, vastikus ja närvilisus. (Clark & Watson, 1991). Negatiivne afektiivsus on ilmutanud püsivust kordusuuringutel ning tugevaid korrelatsioone isiksusemõõdikute neurotismi dimensiooniga (Watson & Clark, 1994).

1.4 Ärevus kliinilises kontekstis

Ärevus muutub tõsiseks probleemiks juhul, kui seda tuntakse ülemäära kaua, liiga intensiivselt või ka tühiste stiimulite tõttu. Seesugune erutatuse tase häirib inimese käitumist ning toimetulekut, tuues endaga kaasa vastumeelseid tundmusi. Sel juhul saame rääkida ärevushäiretest (Grusec & Walters, 1990). Elu jooksul esineb ligikaudu 30% inimestest mõni ärevushäire. Enam on need levinud naissoost patsientide seas (World Health Organization, 2012).

Ärevushäired kuuluvad RHK-10 (1995) V peatüki järgi neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete (F40-F48) alagruppide F40-F43 alla. Kõige üldisemalt jagunevad

need kindlate objektide või situatsioonide poolt põhjustatuteks ning mistahes olukorras tekkivateks häireteks. Kindla(te) objekti(de) või situatsiooni(de)ga seotud ärevushäireid nimetatakse foobiateks: agorafobia, sotsiaalfobia, lihtfoobia ning muud täpsustatud või täpsustamata foobiad. Muude ärevushäirete hulka kuuluvad aga paanikahäire, generaliseerunud ärevushäire, depressiooni sümptomitega ärevushäire (ehk segatüüpi ärevushäire) ning muud segatüüpi ärevushäired. Neile lisanduvad obsessiiv-kompulsiivsed häired, mida iseloomustavateks teguriteks on korduvad sundmõtted või -teod. Samuti kuuluvad nende sekka rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired, mille põhiliseks erinevuseks teistest häiretest on see, et nende diagnoosimisel mängib lisaks sümptomaatikale ja kulule olulist rolli ka häire tekkimise põhjus (RHK-10, 1995).

1.5 Depressiivsus kliinilises kontekstis

Depressiivsuse haiguslikuks, mitmete lisanduvate sümptomitega väljundiks on depressioon. See on ühtlasi ka enimlevinud meeleoluhäire. Shaver'i ja Tarry'i (1993) sõnul on Rosenhan ja Seligman (1989) väitnud, et depressioon on "vaimsete häirete külmetushaigus", mis näitab selle esinemise sagedust üsna ilmekal moel. Erinevate andmete põhjal on depressiooni esinemise sageduseks 4,6-15 % (American Psychiatric Association, 1994; Grusec & Walters, 1990), Eestis on vastavaks näitajaks 11% (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2007; Aluoja, 2002; Saarma, 2000). Tervise Arengu Instituudi (2012) andmetel konsulteeris Eestis 2011. aastal psühhiaatriga 8674 depressiooniga inimest, mis moodustas ligikaudu 9,2% kõigist psüühika- ja käitumishäiretega patsientidest. Ühtlasi moodustas see arv ligikaudu 0,8% Eesti elanikkonnast alates 15. eluaastast (Statistikaamet, 2012). Naistel esineb depressiooni meestest sagedamini (Aluoja, 2002). Depressiooni põhiliseks iseloomustavaks jooneks on negatiivse meeleolu püsiv domineerimine. See esineb alanenud meeleoluna, millega kaasnevad mure, kurbus ning hingevaev (RHK-10, 1995). Lisanduda võivad unetus, isutus ning süütunne. Sageli esineb depressioon koos füüsiliste vaegustega, näiteks fibromüalgia ja kardiaalsete komplikatsioonidega (Gotlib & Hammen, 2009). Depressioon võib esineda päevi, nädalaid või kuid. Pideva nukrameelsuse esinemine pikema aja jooksul on käsitletav iseseisva häire düstümiana.

Depressiooni kliiniline pilt on heterogeenne. Põhiliseks mõjuteguriks on siinkohal depressiooni raskusaste (Lönqvist jt., 2007). Depressiooni raskusastme väljaselgitamine põhineb kliinilisel hinnangul, mis arvestab sümptomite hulka, nende iseloomu ja raskust. Hinnangu aluseks on tavalise tööalase ja sotsiaalse aktiivsuse tase. Sügavama depressiooniga

patsientide käitumine on sageli silmnähtavalt hälbinud, nad võivad olla ilmetud ja rigiidsed ning motoorselt pidurdatud. Harvaks nähuks pole ka lakkamatu nutt ja ohkamine (RHK-10, 1995). Depressioon on seotud rahuolematusega enamuses elusfäärides (Aluoja, 2002).

Depressiooni algusele eelneb tavaliselt prodromaalperiood, mille jooksul esineb patsiendil teatud aja vältel kergeid eelnähte. Tüüpiliseimad neist on depressiooni põhisümptomid, näiteks alanenud meeleolu, väsimus ja heameeletunde kadu või tühjustunne (Iacoviello, Alloy, Abramson & Choi, 2010).

1.6 Ärevuse ja depressiooni komorbiidsus

Angst ja kolleegid (1997) on leidnud, et ligikaudu 50% ühiskonnast ületab mingil oma elu hetkel depressiooni või ärevuse diagnoosi künnise, depressiooni osakaal on sealhulgas aga mõnevõrra suurem. Samade autorite sõnul on ärevuse ja depressiooni koosesinemine sage nähtus, kuna paljudel ärevatel patsientidel on võimalik diagnoosida ka diagnostilisel lävel olevat või alalävist depressiooni. Essau (2004) kohaselt on depressiooniga koosesinevateks häireteks kõige sagedamini just ärevushäired, kusjuures ärevuse sümptomid eelnevad sageli depressiooni algusele. Sartoriuse ja kolleegide (1996) sõnul esinevad peaaegu pooled depressiooni ja ärevuse juhtumid üheaegselt ning ühel ja samal isikul. Oma uuringus leidsid nad samuti, et depressiivsete häirete koosesinemine ärevushäiretega on märkimisväärselt tõenäolisem kui nende koosesinemine mistahes muude häiretega. Näiteks on depressiooni komorbiidsus hästi määratletavate ärevussündroomidega kaks korda kõrgem kui depressiooni ning alkoholismi koosesinemine (Sartorius, Üstün, Lecrubier, & Wittchen, 1996).

Samuti on kindlaks tehtud, et ärevus ja depressioon on seotud impulsiivsusega. Seejuures on impulsiivsus depressiooniga negatiivses, ärevus aga positiivses seoses. Farmer (1998) leidis, et impulsiivsuse esinemine lisanduva ärevuseta on seotud madalamate depressiooniskooridega. Sellest järeldas ta, et impulsiivsete häiretega patsiendid, kel ei esine ärevusega seotud iseloomujooni, võivad depressioonile olla resistentsemad kui seda on ärevad isikud.

Clark'i ja Watson'i (1991) kolmeosaline mudel jaotab sümptomid kolme kategooriasse: üldise distressi täpsustamata sümptomid, depressioonile kohased anhedoonia ja madal positiivse afekti väljendamine ning somaatiline erutatus kui ärevuse sümptom (Bedford, 1997). Selle kohaselt iseloomustab depressiooni madal positiivne afekt, ärevust aga füsioloogiline ülivirgus, samas kui üldine negatiivne afektiivsus depressiivsust ärevusest ei

erista. Mudeli abil on võimalik identifitseerida vähemalt järgmised neli kategooriat: spetsiifiline või "puhas" depressioon, spetsiifiline või "puhas" ärevus, komorbiidne depressioon ja ärevus ning segaärevus-depressioon (Joiner, Jr., 1996).

1.7 Ärevuse ja depressiooni testid

Ärevuse ja depressiooni väljaselgitamiseks ning mõõtmiseks on loodud mitmeid erinevaid teste. Antud töös keskendutakse neist kolmele: Üldisele terviseküsimustikule, Beck'i depressiooniküsimustikule ning Püsi- ja lühiärevuse küsimustikule.

1.7.1 Üldine terviseküsimustik

Üldine terviseküsimustik GHQ (General Health Questionnaire) on David P. Goldberg'i 1978. aastal loodud enesekohane küsimustik, mille ülesandeks on psühhopaatoloogia esmane süstematiseeritud avastamine üldpopulatsioonis. Selle abil saab mõõta depressiooni, ärevuse, somaatiliste sümptomite ning sotsiaalse isolatsiooni esinemist. GHQ-l on mitu erineva pikkusega varianti, levinumad neist on 60, 30, 28 ja 12 väitest koosnevad versioonid. Goldberg on soovitanud praktiliseks kasutuseks binaarse skoorimise meetodit, mille juures kaks vähesema sümptomaatilisusega vastust annavad hinde 0 ning kaks enam sümptomaatilist vastust hinnatakse skooriga 1.

Nimetatud variantidest on ülemaailmselt enim kasutatud GHQ-28. See mõõdab somaatilisi sümptomeid, ärevust, unetust, sotsiaalset düsfunktsiooni ning depressiooni. Koguskoor jääb vahemikku 0-84, iga küsimuse võimalik hinnang on 0-3 punkti. Ka GHQ-28 puhul kasutatakse lisaks binaarse skoorimise meetodit.

Eestikeelsed versioonid, mille on välja töötanud Agne Vilt, koosnevad 40 ja 26 küsimusest (Vilt, 1995; Vilt, 1997). Testil on neljapunktiline skaala. Vastusevariandid varieeruvad hinnangust "mitte sugugi" kuni "palju vähem/rohkem kui tavaliselt", koguskoor 40-160. GHQ-40 normgrupi (N=878) keskmine tulemus oli 78, psühhiaatriapatsientidel (N=76) 106,3 ja somaatilistel patsientidel (N=44) 98. Binaarses skoorimissüsteemis olid keskmised vastavalt 8,2; 22,9 ja 18,7 (Vilt, 1997).

1.7.2 Becki Depressiooniküsimustik

Originaalne Becki Depressiooniküsimustik BDI (Beck Depression Inventory) on 1961. aastal Beck'i, Ward'i, Mendelson'i, Mock'i ja Erbaugh' ühistööna valminud 21 küsimusest koosnev valikvastustega test depressiooni sügavuse mõõtmiseks nii noorukite kui

täiskasvanute seas. See põhineb kliinilistel vaatlustel ja depressiivsete patsientide poolt kirjeldatud sümptomitel (Beck jt., 1961). BDI iga küsimuse neli vastusevarianti, mida saab hinnata skaalal 0-3, on järjestatud depressiooni süvenemise suunas. Kõnealolev testi versioon on treenitud intervjuerijate poolt suuliseks läbiviimiseks. Intervjuerija loeb patsientidele sümptomid ette ning märgib vastused üles. Patsiendid aga valivad antud variantidest nende hetkelise meeleoluga sobivaimad. Keskmiselt võtab intervjuu aega 10-15 minutit (Beck & Steer, 1987). Alapunktid, millele testiküsimused vastavad on: 1) meeleolu, 2) pessimism, 3) läbikukkumise tunne, 4) anhedoonia, 5) süütunne, 6) karistus, 7) enesele mittemeeldimine, 8) enesesüüdistused, 9) suitsidaalsed mõtted, 10) nutmine, 11) ärritatus, 12) sotsiaalne võõrdumine, 13) otsustamatus, 14) kehataju muutused, 15) tööalased raskused, 16) insomnia, 17) kurnatus, 18) isu kadu, 19) kaalulangus, 20) somaatilised kaebused ning 21) libiido alanemine.

Kasutatakse aga pigem BDI parandatud versiooni, mis avaldati 1987. aastal (Beck & Steer, 1987). Võrreldes testi esialgse versiooniga, on BDI uuem variant paremini sõnastatud – eemaldatud on topelteilused ning samade sümptomite alternatiivsed väljendused. Võimalikud vastusvariandid on taandatud neljalt kolmele sümptomi kohta. Alapunktidest kuus on jäetud muutmata (ärritatus, nutmine, kurnatus, kaalulangus, isu kadu ja libiido alanemine). Uuendatud on läbiviimise viis, uuritavad täidavad testi ise, tõmmates sobivale vastusevariandile ringi ümber. Kuigi BDI uuem versioon ei ole kavandatud normpopulatsiooni depressioonitaseme skriinimiseks, on seda siiski just sel eesmärgil korduvalt kasutatud (Beck & Steer, 1987).

Testijuhendisse on toodud ka äralõikepunktid. BDI skoor 0-9: depressiooni pole, 10-18: kerge-mõõdukas depressioon, 19-29: mõõdukas-raske depressioon ning 30-63: äärmiselt raske depressioon. Samas järjekorras on keskmised BDI punktisummad 10,9 (SD=8,1) minimaalse, 18,7 (SD=10,2) kerge, 25,4 (SD=9,6) mõõduka ning 30 (SD=10,4) raske depressiooniga patsientide rühmades (Beck & Steer, 1987). Eestis on tervete täiskasvanute puhul saadud keskmiseks tulemuseks 6-8 punkti (Kreegipuu, 1997).

BDI on saanud üheks enamkasutatavaks ja tunnustatumaks depressioonitestiks nii psühhiaatrilise diagnoosiga patsientidel (Piotrowski, Sherry & Keller, 1985) kui ka normpopulatsiooni testimiseks (Steer, Beck & Garrison, 1985; Piotrowski & Keller, 1992).

1.7.3 Püsi- ja seisundiärevuse küsimustik

Püsi- ja seisundiärevuse küsimustik STAI (State-Trait Anxiety Inventory) on Charles D. Spielberger'i poolt 1983. aastal välja töötatud enesekohaste väidete kogum, mida täidab uuritav iseseisvalt. See koosneb kahest 20-küsimuselisest skaalast, mille põhjal hinnatakse inimese seisundit antud ajamomendil (STAI-S ehk STAI State-anxiety) ja pikema aja jooksul, pigem isiksusesoodumusena (STAI-T ehk STAI Trait-anxiety). T-ärevus esindab stabiilseid ärevusega seonduvaid omadusi, kalduvust hinnata stressirikkaid sündmusi ohtlikuks ja/või ähvardavaks. S-ärevus seisab aga käesoleva momendi enesetunde ja ärevuse eest. STAI-T vastusevariandid on: "peaaegu mitte kunagi", "mõnikord", "sageli" ning "peaaegu alati". STAI-S küsimustele on aga võimalik vastata skaalas "üldse mitte", "vähesel määral", "see on peaaegu nii" või "see on täiesti nii". On kindlaks tehtud, et mida tugevam on ärevus isiksusesoodumusena, seda suurem on tõenäosus, et inimene kogeb stressirikkas olukorras intensiivseid hetkeärevusega seonduvaid tundmusi. Keskmise korrelatsioon nende kahe osa vahel on 0,65 (Spielberger, 1983).

STAI on test, mida võib läbi viia nii individuaalselt kui ka grupiviisiliselt. Ajalimiiti ei ole. Keskmiselt kulub ühe osa täitmiseks ligikaudu 6 minutit, mõlema osa täitmiseks 10 minutit. Samas, madalama haridusastmega või emotsionaalselt häiritud testitavatel võib STAI ühe osa täitmiseks kuluda 10 minutit, terve testi täitmiseks ligikaudu 20 minutit. STAI-S skaala korduv läbiviimine võtab aga aega umbes 5 minutit (Spielberger, 1983).

S-ärevuse keskmine normaalskoor töötavate inimeste seas on 35,72 (SD=10,40) meestel ning 35,20 (SD=10,61) naistel. T-ärevuse samad näitajad on 34,89 (SD=9,19) ning 34,79 (SD=9,22) (Spielberger, 1983).

1.8 Eesmärk

Antud seminaritöö eesmärgiks on teha kokkuvõtlik ülevaade varem valminud töödest, mille käigus on kogutud andmeid GHQ, BDI ja STAI abil erinevat tüüpi valimite seas. Välja tuuakse saadud sarnasused ja erinevused ning võimaluse korral leitakse uusi grupeerimisviise. Eraldi on vaatluse all sõjaväelaste ja normpopulatsioonide ärevus- ja depressioonitestide tulemused, et selgeks teha nende kahe valimi erisused. Uurimisküsimuseks on, kas normvalimitel saadud tulemused on piisavalt sarnased selleks, et lubaksid need valimid koondada ühiseks Eesti normvalimiks.

2. Meetod

2.1 Valim

Kuna antud seminaritöö põhineb varasematel uuringutel, kuulub selle üldvalimisse mitu alavalimit. Kaldase uuringus osalesid 132 psühhiaatrilise diagnoosiga patsienti (keskmine vanus 41,8 aastat, 99 naist ning 33 meest, patsientide hulka kuulusid nii skisofreensete kui meeleoluhäiretega ning ärevus- ja stressihäiretega isikud) ja 872 normgrupi esindajat (keskmise vanusega 24,2 eluaastat, neist 828 naist ja 44 meest) (Kaldas, 1997). Kantsi valimisse kuulusid 44 seljavaludega patsienti enne ja 42 patsienti pärast operatsiooni (vanus 23-69, keskmise ja standardhälbe kohta andmed puuduvad), nende hulgas 18 meest ja 26 naist (Kants, 1998). Vainu seminaritöö põhines 126 ajateenijal (vanus 18-23, $M=19,3$, $SD=1,35$), 37 tudengil (vanus 18-24, $M=19,5$, $SD=1,68$) ning 9 psühhiaatrilisel patsiendil (vanus 18-22, $M=19,6$, $SD=1,59$), kõik uuritavad olid meessoost (Vain, 1998). Mossini valimisse kuulusid 49 meditsiinitöötajat (vanus 20-66, $M=41$), neist 4 mehed, 45 naised (Mossin, 1998).

Sema töö hõlmas 26 *sclerosis multiplex* patsienti (vanus 20-62, $M=36,6$; 8 meest ja 18 naist) nende haiguse ägenemise ajal, 26 sama inimest haiguse remissiooni ajal, 33 muu somaatilise haigusega patsienti (vanus 16-67, $M=36,5$; 13 meest ja 20 naist), 25 psühhiaatrilist haiget (vanus 19-55, $M=46,5$; 10 meest, 15 naist) ning 25 tervet inimest (vanus 20-58, $M=36,5$; 8 meest ja 17 naist) (Sema, 1999). Somaatiliste patsientide rühmas oli 15 inimesel domineerivana diagnoositud südamehaigus, 6 kõrgvererõhutõbi, 5 radikuliit, 5 kopsupõletik, 1 liigestehaigus ja 1 bronhiit. Psühhiaatriapatsientide seas oli 10 ärevushäirete, 8 depressiooni ja muude meeleoluhäiretega, 5 luululiste ja 2 täpsustamata häiretega patsienti. Ühtlasi oli Sema seminaritöö ka andmeliselt kõige mahukam. Ahlfors'i valimisse kuulusid 77 psühhiaatriliste probleemidega patsienti (27 meest, 50 naist, vanus teadmata), neist 31 neurootiliste häiretega (RHK diagnoosid F40-F48), 19 meeleoluhäiretega (F30-F39) ja 27 skisofreenia ja skisotüüpsete häiretega (F20-F29) inimest ning 201 tudengit (101 meest, 100 naist, vanus teadmata) (Ahlfors, 1999). Sama autori järgnevas töös osalesid aga 96 psühhiaatrilist patsienti (vanus 15-77, $M=38,1$, $SD=14,6$; 40 meest ning 56 naist) ja 198 tudengit (vanus 18-32, $M=21,0$, $SD=2,9$; neist 44 meessoost ja 154 naissoost isikut) (Ahlfors, 2000).

Seega käesoleva seminaritöö üldvalim koosneb 339 psühhiaatrilisest patsiendist, 119 somaatilise haigusega patsiendist, 52 *sclerosis multiplex* patsiendist, 126 ajateenijast ning 1382 normpopulatsiooni esindajast, keda on testitud ärevus- ja depressioonitestidega GHQ, BDI ja STAI (nii STAI-T kui STAI-S). Tuleks aga märkida, et mitte igas käsitletud töös ei kasutatud kõiki neid teste. Üldine Terviseküsimustik oli üheks kasutatavaks testiks enamikus käsitletavatest üliõpilastöödest, välja arvatud Ahlforsi 1999. ja 2000. aasta töödes. Becki Depressiooniküsimustikku kasutati eranditult kõigis üliõpilastöödes. Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku andmed on aga saadud kõigist töödest, seda ei ole kasutatud vaid Kaldase (1997) seminaritöös.

2.2 Protseduur

Töödest koguti andmed ning grupeeriti esmalt testide, seejärel uuritud alavalimite alusel. Alavalimiteks võeti psühhiaatrilised patsiendid, somaatilised patsiendid, *sclerosis multiplex* patsiendid ning normpopulatsioon. Viimase alla koondati erinevad normvalimid, tudengid, meditsiinitöötajad Mossini (1998) ning terved inimesed Sema (1999) tööst. Somaatiliste patsientide hulka arvati lisaks somaatilistele valimitele Kantsi (1998) seljavaludega patsiendid. Lisaks võrreldi omavahel ajateenijate ja normpopulatsioonide tulemusi kõigi käsitletavate testide lõikes.

Erinevate tööde andmete erinevuste hindamiseks leiti iga testi puhul kõigi alavalimite vahel Coheni d ehk efektisuurus ning p kui erinevuse statistilise olulisuse näitaja. Coheni d kui keskmiste erinevuste standardiseeritud näitaja saadakse jagades väärtuste keskmiste erinevuse skooride standardhälvetega. Üldiselt loetakse efektisuurus d väärtuse 0,2 korral väikeseks (s.t. olulisi erinevusi ei esine), väärtust 0,5 keskmiseks ning erinevust peetakse oluliseks d väärtuse 0,8 korral (Field & Gillett 2010; Cohen, 1988). P väärtus näitab aga, milline on tõenäosus, et saadud efekt on kujunenud juhusel. Käesolevas töös võeti statistilise olulisuse piiriks väärtus 0.01.

2. Tulemused

Selgus, et Üldise Terviseküsimustiku skoorid psühhiaatriliste patsientide, *sclerosis multiplex* patsientide ning normpopulatsioonide erinevate valimite vahel ei osutunud märkimisväärselt erinevateks. Kantsi (1998) seminaritöö somaatiliste patsientide - enne ning pärast operatsiooni - skooride erinevus ei saavutanud käesolevas töös seatud olulisuse nivood 0.01 ($p=0.040$). Ka efektiivsus ei saavutanud piisavat väärtust selleks, et erisust märkimisväärselt lugeda saaks ($d=0.454$). Samas Kantsi sama töö somaatiliste patsientide pärast operatsiooni ning Sema (1999) somaatiliste patsientide tulemused osutusid oluliselt erinevateks. Efektiivsus nende vahel on 0.712 (mis on üsna lähedal väärtusele 0.8 ehk suure olulisuse määrale) ning statistilise olulisuse näitajaks saadi 0.003. GHQ skoorid on välja toodud Tabelis 1.

BDI skoorid ei psühhiaatriliste patsientide, *sclerosis multiplex* patsientide ega enamuse normpopulatsiooni rühmade vahel ei olnud oluliselt erinevad. Küll aga osutusid märkimisväärselt erinevused Kantsi somaatiliste patsientide enne operatsiooni ning Sema somaatiliste patsientide vahel. Nende puhul oli efektiivsuseks 0.609 ning statistilise olulisuse näitajaks 0.009. Samuti olid oluliselt erinevad skoorid Kantsi sama töö somaatiliste patsientide pärast operatsiooni ning Sema somaatiliste patsientide vahel. Efektiivsuseks osutus siinkohal 0.853 ning statistiliseks olulisuseks 0.000.

BDI skooride erinevuste statistilised olulisused olid piisavalt suured ka Kaldase (1997) ja Ahlforsi (1999) normpopulatsioonide vahel ($p=0.001$). Sema ja Ahlforsi (1999) normpopulatsioonide skooride statistilise olulisuse väärtus oli 0.004. Samas ei olnud nimetatud valimite skooride vahelised efektiivsused piisavalt kõrged selleks, et lugeda erinevust oluliseks. BDI tulemused on kajastatud Tabelis 2.

Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku STAI-S ehk seisundiärevuse osas ei osutunud tulemused märkimisväärselt erinevateks ei psühhiaatriliste patsientide, *sclerosis multiplex* patsientide ega normpopulatsiooni valimite hulgas. Kantsi somaatiliste patsientide erinevus enne ja pärast operatsiooni oli aga oluline nii efektiivsuse ($d=0.951$) kui ka statistilise olulisuse ($p=0.000$) põhjal. Samuti oli Kantsi töö somaatiliste patsientide STAI-S pärast operatsiooni oluliselt väiksem Sema somaatiliste patsientide tulemustest. Efektiivsuseks oli nende puhul 0.963 ning statistilise olulisuse määraks 0.000. STAI-S skoorid on märgitud Tabelisse 3.

STAI-T tulemused sarnanevad üsna STAI-S omadele. Kui psühhiaatriliste patsientide, *sclerosis multiplex* patsientide ja normpopulatsioonide skoorid kattusid omavahel üsna suurel määral, siis Kantsi somaatiliste patsientide (enne operatsiooni) ja Sema somaatiliste patsientide tulemused erinesid üsna oluliselt. Efektisuuruseks saadi 0.861 ning statistilise olulisuse näitajaks 0.000. Märkimisväärsed olid ka erinevused Kantsi somaatiliste patsientide (pärast operatsiooni) ja Sema somaatiliste patsientide vahel, mille puhul efektisuuruseks osutus 0.982 ning statistiliseks olulisuseks 0.000. Lisaks selgus, et Sema seminaritöösse kuulunud *sclerosis multiplex* patsientide (nende haiguse ägenemise ning remissiooni ajal) STAI-T skooride erinevuse efektisuurus oli küll keskmisel tasemel ($d=0.531$), kuid statistilise olulisuse näitaja allpool olulisuse piiri. Ahlforsi 1999. aasta ning 2000. aasta tööde normpopulatsioonide tulemused olid aga efektisuuruse ja statistilise olulisuse alusel täiesti kattuvad ($d=0.000$, $p=1.000$). STAI-T tulemused on kirjas Tabelis 4.

Kuna Vain (1998) uuris ajateenijate psühholoogilist distressi oletuse alusel, et ajateenistus on eriolukorraks, mis võib kaasa tuua ärevust ja depressiooni, keskenduti mõnevõrra ka käesolevas töös sõdurite ning normpopulatsiooni stressitasemetega erinevuste väljaselgitamisele. Ajateenistuses viibivate noormeeste tulemused ei erinenud normpopulatsiooni omadest ei Üldise Terviseküsimustiku, Becki Depressiooniküsimustiku ega Püsiärevuse küsimustiku lõikes. Kõik saadud skoorid olid ligikaudselt samad. Küll aga osutusid oluliselt erinevateks pea kõik Seisundiärevuse küsimustiku tulemused, välja arvatud Mossini (1998) ja Sema normväärtuste skoorid. Suurima erinevuse ajateenijatest efektisuuruse alusel saavutas Ahlforsi (1999) normväärtim (üliõpilased) ($d=0.503$), erinevuse statistilise olulisuse näitaja oli kõrgeim aga Ahlforsi (2000) tudengite ja sõjaväes viibivate noormeeste vahel ($p=0.000$). Samas, tuleb märkida, et ka need normpopulatsioonid, mis statistilise olulisuse näitaja kohaselt erinesid sõjaväelaste STAI-S skooridest, saavutasid üksnes keskmisel tasemel efektisuuruse. Ajateenijate ja normpopulatsioonide skooride erinevused on välja toodud iga tabeli lõpus.

Tabel 1. Üldise terviseküsimustiku skoorid ning erinevused aastatel 1997-2000 kaitstud üliõpilastöodes.

	GHQ			Efektisuurus				Erinevuse olulisus				
	N	M	SD	Kaldas 97	Vain 98	Sema 99	Kaldas 97	Vain 98	Sema 99	Kaldas 97	Vain 98	Sema 99
Ps. pt Kaldas97	132	105,5	28,7	-	.006	.001	-	.983	.996			
Ps. pt Vain98	9	105,3	29,0		-	.006		-	.987			
Ps. pt Sema99	25	105,5	25,9			-			-			
				Kants 98 enne	Kants 98 pärast	Sema 99	Kants 98 enne	Kants 98 pärast	Sema 99			
Som. pt Kants98 enne op.	44	103,4	54,3	-	.454	.077	-	.040	.749			
Som. pt Kants98 pärast op.	42	84,5	22,7		-	.712*		-	.003**			
Som. pt Sema99	33	100,2	21,2			-			-			
				Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss.		Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss.				
SM pt Sema99 ägen.	26	92,9	19,2	-	.370		-	.187				
SM pt Sema99 remiss.	26	86,7	14,2		-			-				
				Kaldas 97	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Kaldas 97	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	
Normpopulat. Kaldas97	872	77,9	18,5	-	.315	.066	.086	-	.058	.670	.705	
Normpopulat. Vain98	37	72,1	18,8		-	.271	.441		-	.210	.102	
Normpopulat. Mossin98	49	76,8	15,8			-	.172			-	.495	
Normpopulat. Sema99	25	79,4	13,8				-				-	
Ajateenijad Vain98	126	78,6	18,9	.035	.347	.104	.044	.704	.065	.551	.852	

Märkus. Ps. pt = psühhiaatrilised patsiendid; som. pt = somaatilised patsiendid; SM pt = *sclerosis multiplex* patsiendid.

* efektisuurus vähemalt keskmisel tasemel ($d \geq 0.5$)

** $p \leq 0.01$

Tabel 2. Becki Depressiooniküsimustiku skoorid ning erinevused aastatel 1997-2000 kaitstud üliõpilastöodes.

BDI				Efektisuurus					Erinevuse olulisus						
	N	M	SD	Kaldas 97	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Kaldas 97	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00		
Ps. pt Kaldas97	132	22,5	28,7	-	.018	.104	.125	.065	-	.965	.693	.766	.696		
Ps. pt Vain98	9	23,0	13,4		-	.146	.048	.062		-	.703	.881	.851		
Ps. pt Sema99	25	24,9	12,5			-	.109	.089			-	.623	.688		
Ps. pt Ahlfors99	77	23,6	11,1				-	.017				-	.910		
Ps. pt Ahlfors00	96	23,8	12,1					-					-		
				Kants 98 enne	Kants 98 pärast	Sema 99			Kants 98 enne	Kants 98 pärast	Sema 99				
Som. pt Kants98 enne op.	44	12,1	6,7	-	.339	.609*			-	.115	.009**				
Som. pt Kants98 pärast op.	44	9,4	8,9		-	.853*				-	.000**				
Som. pt Sema99	33	16,4	7,2			-					-				
				Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss.				Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss.					
SM pt Sema99 ägen.	26	15,2	9,3	-	.265				-	.342					
SM pt Sema99 remiss.	26	13,0	7,1		-					-					
				Kaldas 97	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Kaldas 97	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00
Normpopulat. Kaldas97	872	10,4	9,4	-	.179	.274	.213	.278	.176	-	.314	.098	.088	.001 **	.036
Normpopulat. Vain98	37	8,8	8,1		-	.090	.319	.092	.011		-	.676	.186	.579	.946
Normpopulat. Mossin98	49	8,1	6,8			-	.370	.001	.107			-	.082	.992	.509
Normpopulat. Sema99	25	13,9	20,7				-	.371	.317				-	.004 **	.018
Normpopulat. Ahlfors99	201	8,1	6,7					-	.110					-	.270
Normpopulat. Ahlfors00	198	8,9	7,4						-						-
Ajateenijad Vain98	126	10,2	8,5	.022	.168	.272	.233	.274	.163	.821	.374	.123	.139	.013	.146

Märkus. Ps. pt = psühhiaatrilised patsiendid; som. pt = somaatilised patsiendid; SM pt = *sclerosis multiplex* patsiendid.

* efektisuurus vähemalt keskmisel tasemel ($d \geq 0.5$)

** $p \leq 0.01$

Tabel 3. Seisundiärevuse küsimustiku skoorid ja erinevused aastatel 1997-2000 kaitstud üliõpilastöodes.

STAI-S				Efektisuurus					Erinevuse olulisus					
	N	M	SD	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00			
Ps. pt Vain98	9	54,3	15,6	-	.222	.034	.049	-	.544	.919	.886			
Ps. pt Sema99	25	57,5	12,1		-	.194	.279		-	.420	.248			
Ps. pt Ahlfors99	77	54,9	14,5			-	.086			-	.574			
Ps. pt Ahlfors00	96	53,6	15,6				-				-			
				Kants 98 enne op.	Kants 98 pärast op.		Sema 99	Kants 98 enne op.	Kants 98 pärast op.		Sema 99			
Som. pt Kants98 enne op.	44	45,2	11,3	-	.951*		.083	-	.000**		.715			
Som. pt Kants98 pärast op.	42	34,4	11,5		-		.963*		-		.000**			
Som. pt Sema99	33	46,3	13,1				-				-			
				Sema 99 ägen.			Sema 99 remiss.		Sema 99 ägen.			Sema 99 remiss.		
SM pt Sema99 ägen.	26	46,6	11,5	-			.007		-			.979		
SM pt Sema99 remiss.	26	46,7	16,3				-					-		
				Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	
Normpopulat. Vain98	37	36,8	12,0	-	.302	.133	.017	.009	-	.166	.619	.920	.959	
Normpopulat. Mossin98	49	40,4	11,4		-	.211	.291	.293		-	.412	.070	.072	
Normpopulat. Sema99	25	38,3	8,8			-	.116	.122			-	.618	.603	
Normpopulat. Ahlfors99	201	37,1	11,6				-	.008				-	.932	
Normpopulat. Ahlfors00	198	37,0	12,1					-					-	
Ajateenijad Vain98	126	42,8	11,2	.510*	.211	.450	.503*	.500*	.006**	.208	.058	.001**	.000**	

Märkus. Ps. pt = psühhiaatrilised patsiendid; som. pt = somaatilised patsiendid; SM pt = *sclerosis multiplex* patsiendid.

* efektisuurus vähemalt keskmisel tasemel ($d \geq 0.5$)

** $p \leq 0.01$

Tabel 4. Püsiärevuse küsimustiku skoorid ja erinevused aastatel 1997-2000 kaitstud üliõpilastöodes.

	STAI-T			Efektisuurus				Erinevuse olulisus					
	N	M	SD	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Vain 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00		
Ps. pt Vain98	9	53,56	12,69	-	.023	.031	.147	-	.942	.911	.594		
Ps. pt Sema99	25	53,9	11,7		-	.008	.150		-	.969	.492		
Ps. pt Ahlfors99	77	54,0	11,0			-	.146			-	.338		
Ps. pt Ahlfors00	96	55,6	10,8				-				-		
				Kants 98 enne op.	Kants 98 pärast op.	Sema 99		Kants 98 enne op.	Kants 98 pärast op.	Sema 99			
Som. pt Kants98 enne op.	44	41,09	8,99	-	.085	.861*		-	.694	.000**			
Som. pt Kants98 pärast op.	42	40,36	8,13		-	.982*			-	.000**			
Som. patsiendid Sema99	33	49,1	9,6			-				-			
				Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss			Sema 99 ägen.	Sema 99 remiss				
SM pt Sema99 ägen.	26	45,7	9,2	-	.531*			-	.061				
SM pt Sema99 remiss.	26	51,0	10,7			-				-			
				Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00	Vain 98	Mossin 98	Sema 99	Ahlfors 99	Ahlfors 00
Normpopulat. Vain98	37	41,44	9,41	-	.298	.422	.134	.131	-	.174	.116	.450	.470
Normpopulat. Mossin98	49	44,24	9,37		-	.090	.164	.160		-	.724	.300	.321
Normpopulat. Sema99	25	45,0	7,3			-	.275	.266			-	.235	.258
Normpopulat. Ahlfors99	201	42,7	9,3				-	.000				-	1.00
Normpopulat. Ahlfors00	198	42,7	9,8					-					-
Ajateenijad Vain98	126	43,66	8,68	.245	.064	.167	.106	.103	.181	.698	.471	.352	.369

Märkus. Ps. pt = psühhiaatrilised patsiendid; som. pt = somaatilised patsiendid; SM pt = *sclerosis multiplex* patsiendid.

* efektisuurus vähemalt keskmisel tasemel ($d \geq 0.5$)

** $p \leq 0.01$

4. Arutelu

Fakt, et enamus testide skooride erinevate valimite lõikes ei erine omavahel märkimisväärsel määral, näitab, et käsitletavate seminaritööde käigus saadud tulemused kattuvad omavahel suuremas osas. Loomulikult tuleks aga põhjapanevate järelduste tegemiseks teste korrata senistest suuremate valimitega. Ometi selgusid ka mõned olulised erisused.

4.1 Somaatiliste valimite sarnasused ja erinevused

Erinevused Üldise terviseküsimustiku skoorides osutusid oluliseks mõlema kasutatud näitaja järgi Kantsi (1998) somaatilise valimi (pärast operatsiooni) ning Sema (1999) somaatilise valimi vahel. Coheni d kohaselt on erinevus keskmine, üsna lähedane suurele vahele ($d=0.712$). Statistiline olulisuski saavutas väärtuse, mis on äärmiselt tugevaks näitajaks. Põhjuseks, miks diferents Kantsi (enne operatsiooni) ja Sema somaatiliste patsientide vahel ei ole niivõrd oluline kui see on Kantsi somaatilise valimi pärast operatsiooni ja Sema patsientide vahel, võib peituda selles, et kuigi Kantsi (enne operatsiooni) ja Sema somaatiliste patsientide GHQ keskmised on üsna sarnased – vastavalt 103,4 ja 100,2 – on nende standardhälvete vahe võrdlemisi suur (54,3 ja 21,2). Seega varieeruvad Kantsi valimi tulemused suuremas ulatuses. Tema patsientide seas on nii neid, kes saavad testis kõrgemaid skooride (tähendades seda, et nad tunnevad end halvemini), kui ka neid, kelle tulemused on hulga madalamad (vihjates nende paremale enesetundele). Sema töö puhul on varieeruvus väiksem, mis võib ka põhjustada asjaolu, et tema ja Kantsi (pärast operatsiooni) valimi tulemused erinevad omavahel suuremal määral. Samuti võib erisus tulla sellest, et Kantsi patsiendid olid läbinud operatsiooni, mille tagajärjel võis nende üldine enesetunne endisest märksa paremaks muutuda. Füüsilise tervise paranedes suureneb enamasti ka vaimne heaolutunne. Sema somaatilisi patsiente testiti aga nende haiguse kestmise ajal, mistõttu võis ka nende psüühiline tervislik seisund halvem olla.

Eelnevat arutelu toetab leid, mille kohaselt on Sema (1999) somaatiliste patsientide BDI tulemused oluliselt kõrgemad kui Kantsi (1998) somaatilistel patsientidel enne operatsiooni. Nagu ka varem välja toodud, saadi nende valimite puhul efektisuuruseks väärtus, mis langeb keskmise tugevuse hulka ning statistiliseks olulisuseks piisavalt kõrge väärtus selleks, et see märkimisväärne oleks. Saadud skooride ning erinevuste näitajate põhjal võime oletada, et Sema somaatilised patsiendid tundsid end enam depressiivsetena. Samuti osutusid väga olulisteks BDI skooride erinevused Kantsi patsientide pärast operatsiooni ja Sema

somaatiliste patsientide vahel, kus esimestel esines märksa madalam depressiivsuse aste. Kantsi patsientide BDI skoorid enne ja pärast operatsiooni oluliselt ei erinenud. Sama väljendus eelnevalt ka GHQ tulemustes. Pannes kokku BDI ja GHQ tulemid, näeme, et Kantsi ja Sema somaatiliste patsientide valimid erinesid suurelt just depressiivsuse astmelt ja see erinevus püsis ka pärast operatsiooni. Kantsi patsientide GHQ skoorides enne operatsiooni Sema valimist erinevust ei olnud, küll aga ilmnis erinevus pärast operatsiooni. Kuna Üldine terviseküsimustik mõõdab teiste näitajate seas ka depressiivsust, mis operatsiooni järel küll langeb, aga ebaolulisel määral, tuleb Kantsi ja Sema patsientide GHQ erinevust otsida veel teistest selle testi poolt mõõdetavatest näitajatest.

STAI-S skoorides esinesid äärmiselt olulised erinevused Kantsi somaatiliste patsientide (enne ja pärast nende operatsiooni) vahel. Seega võib märkida, et nende seisundiärevuses toimusid operatsiooni järel suured muutused. See on ka üsna loogiline järeldus. Teatavalt toob enamikule inimestest teadmine, et nad peavad läbi tegema operatsiooni, kaasa muretsemist ja närvilisust. Operatsiooni järel pole aga tarvis samal põhjusel enam ärevust tunda. Samuti võis ärevuse vähenemisele kaasa aidata operatsioonijärgne tervise ja enesetunde paranemine. Suurel määral erinevateks osutusid tulemused ka Kantsi pärast operatsiooni ja Sema somaatiliste patsientide vahel. Nende näitel saadi efektisuuruseks väga suur väärtus, mis näitab tugevat erinevuse olulisust ja statistiliseks olulisuseks parim võimalik skoor. Samas olid Kantsi patsientide STAI-S skoorid enne operatsiooni ligilähedased Sema patsientide tulemustele.

Sarnaselt eelmistele testidele, esinesid olulised erinevused ka Kantsi (1998) somaatilise (enne operatsiooni) ja Sema (1999) somaatilise valimi STAI-T tulemuste vahel. Need täiesti arvestatavad erinevused Kantsi ja Sema somaatiliste patsientide vahel püsisid ka pärast operatsiooni. Seega võisid Sema poolt testitavad somaatilised patsiendid juba oma isiksuse poolest ärevamad olla kui seda olid Kantsi patsiendid. Oli ju nende ärevuse tase isiksuseomadusena märksa kõrgem mõlemal mõõdetud korral.

Võttes kokku kõigi käsitletavate testide tulemuste erinevused Kantsi ja Sema somaatiliste patsientide vahel, on alust arvata, et diferentsi põhjuseks on valimitepõhine erisus. Sema somaatilised patsiendid on Kantsi töös osalenud patsientidest märksa depressiivsemad ning püsiärevamad. Seda toetab omakorda leid, et Kantsi patsiendid enne nende operatsiooni ei erine seisundiärevuse poolest Sema patsientidest, kuigi oleks alust arvata, et enne operatsiooni tunnevad inimesed end tavapärasest märksa ärevamana ning neil on tõenäoline

kalduvus distressile. Samas, erinevused BDI ja STAI-T puhul olid märkimisväärsed, seega olid Sema patsiendid Kantsi uuritavatest oluliselt kõrgema püsiärevuse- ja depressioonimääraga, mis näitabki nende kalduvust tunda enam ärevust ja distressi.

Arvatavasti tuleb nende valimite punktisummade vahe sellest, et Kantsi töösse andsid oma panuse just seljavaludega patsiendid enne ja pärast operatsiooni, Sema uuris aga somaatilisi patsiente, kelle hulka kuulusid südamehaiguseid, kõrgvererõhutõbe, radikuliiti, kopsupõletikku, liigesehaigusi ja bronhiiti põdevad inimesed. Ligikaudu 2/3 Sema valimist põdesid just südame-veresoonkonna haiguseid. Seega on need valimid omavahel üsna erinevad. Kantsi (1998) kohaselt olid tema valimis peamiselt patsiendid, kelle valud olid kestnud uurimuse läbiviimise ajaks juba 7 aastat või rohkem, seega võib nende vaegusi pidada kroonilisteks. Sema somaatiliste patsientide haiguslugude kestuse kohta ei ole meil midagi teada, kuid tema tööst selgus, et somaatilised patsiendid tundsid end (vähemalt BDI põhjal) sama depressiivselt kui *sclerosis multiplex* patsiendid, mis oli samuti üsna ootamatu tulemus kuna ka *sclerosis multiplex* on krooniline ning mis veelgi olulisem – põhimõtteliselt ravimatu haigus. Tähelepanu tuleb aga lisaks pöörata sellele, et Sema somaatilistest patsientidest moodustasid enamuse just südamehaigustega inimesed. Taolised häired on aga tihti peale ettearvamatu iseloomuga ning võivad depressiivsust ja ärevust üsna suurel määral põhjustada.

Kantsi ja Sema somaatiliste valimite skoorid erinesid juba enne seljavaludega patsientide operatsiooni, tulemused olid veelgi erinevamad pärast nende operatsiooni. Viimane on ka täiesti loogiline tulemus, kuna operatsioonijärgselt väheneb enamasti inimeste depressiivne ja ärev meeleolu just teadmise tõttu, et haigus on kas ületatud või vähemalt leevendatud. Samas on võimalik, et seljavaludega patsiendid olid enne operatsiooni juba seetõttu paremas vaimses seisus, et teadsid oodata oma vaeguste paranemist. Sarnasel tasemel Sema somaatiliste patsientidega oli vaid nende seisundiärevus, mis näitab operatsioonieelset kohast meeleolu. Varasemalt vaadatust teame aga seda, et Sema somaatilised patsiendid olidki juba enne Kantsi patsientide operatsiooni depressiivsemad ja ärevamad. Erinevused suurenesid aga operatsioonijärgselt, kuna Kantsi patsientide ärevus- ja depressiooniseisund paranes selle tulemusel oluliselt, Sema patsientides ei toimunud uuringu ajal aga mingit muutust.

4.2 Normvalimite tulemused

Ahlforsi (1999) normpopulatsiooni tulemused erinevad Kaldase ja Sema omadest statistilise olulisuse kohalt. Samas, neid erinevusi ei saa piisavaks lugeda efektsuuruse põhjal. Kaldase

ja Ahlforsi (1999) erisused võivad tuleneda soolistest erinevustest, aga pole välistatud ka vanuseline erinevus. Ahlforsi (1999) uuringus jagunes meeste-naiste arv põhimõtteliselt pooleks, Kaldase töös osalesid peamiselt naissoost isikud (828 naist, 44 meest). Kuna on kindlaks tehtud, et depressiooni esineb rohkem just naistel (Aluoja, 2002), võib Kaldase valimis BDI skoor kõrgem olla naissoo enamuse tõttu. Kaldase normpopulatsiooni keskmine vanus oli 24,2 aastat, Ahlforsi valimil sama näitajat välja ei ole toodud, kuid arvestades seda, et sinna kuulusid just tudengid, pole võimatu, et nende keskmine vanus on mõnevõrra madalam.

Sema ja Ahlforsi (1999) tulemuste erinevused võivad tulla valimite soo ja vanuse erinevustest. Kui Sema tööst võtsid osa inimesed, kelle keskmine vanus oli 36,5 aastat, siis Ahlfors (1999) uuris just tudengeid. Kuigi viimaste keskmine vanus ei ole teada, võime siiski eeldada, et tudengite valim on noorem. Samuti erinevad need kaks valimit sooliselt koosseisult – Sema poolt uuritavate hulka kuulusid tervelt 2/3 ulatuses naised, Ahlforsi (1999) töös moodustasid naised aga poole valimist. Sema valimi märksa kõrgem BDI skoor võib tulla naissoost esindajate ülekaalust meeste suhtes. Lisaks võivad nende kahe uurimisgrupi erinevused tulla sellest, et Sema normpopulatsiooni BDI skoor ületab normi (13,9 versus 6-8). Kuna aga valim on võrdlemisi väike (N=25) ning standardhälve väga suur (SD=20,7), siis võime oletada, et tulemusi on mõjutanud 1-2 kõrge depressiooninäitajaga inimest, kelle tõttu on ka keskmine skoor märgatavalt tõusnud.

Vastupidiselt arvatule, selgus, et ajateenijad ei ole võrreldes normpopulatsiooniga palju ärevamad või depressiivsemad. Ainus, mille poolest need valimid omavahel erinevad, on seisundiärevus, mis on ajateenijatel mõnevõrra kõrgem. Arvestades olukorda, kuhu vastsed sõjaväelased on asetatud, pole tulemus ka imestusväärne. On ju teada, et taoline keskkonnamuutus võib inimesele suuremal või väiksemal määral negatiivselt mõjuda. Arvatavasti peaks aga ajateenijate ajutine ärevustase taas normi piiresse langema kas ajateenistuse jooksul või siis hiljemalt teenistuse lõppedes. Kahjuks pole meil siiani viimase väite kohta veel piisavalt tõestust, kuid antud teemat võiks tulevikus kindlasti lähemalt uurida.

Kuna erinevate normpopulatsioonide skoorid kõigis kasutatud testides sarnanesid omavahel väga suurel määral, siis võime töö alguses esitatud uurimisküsimusele vastata, et jah, antud tööde normvalimid on võimalik siduda ühtseks suureks Eesti normvalimiks. Ajateenijaid ei tule aga normpopulatsioonist eristada. Nende üldine depressiooni ega püsiärevuse tase ei

erine tavaühiskonnast märkimisväärsel määral. Küll aga tunnevad sõjaväelased teistest enam seisundiärevust, mis on aga täiesti normaalne nähtus just keskkonna tõttu, kuhu nad seatud on. Seega võiks STAI-S normide koostamisel välja jätta uudes stressirohkes keskkonnas viibivad isikud, nagu näiteks ajateenijad.

Kokkuvõtvalt saab märkida, et antud tööde põhjal moodustatud Eesti normpopulatsiooni (N=1483)¹ keskmine BDI skoor jääb vahemikku 8,1-10,4, keskmine STAI-T skoor varieerub aga 41,44 punktist 44,24 punktini. Siinjuures langeb BDI normskoor puuduva ja kerge depressiooni vahemikku, kuid ületab Kreegipuu (1997) poolt antu. Ka STAI-T normskoori ületab antud valimi tulemus üsna suurelt. Pelgalt selle põhjal võiksime arvata, et Eesti tavapopulatsiooni esindajad on universaalsest inimkonnast ärevamad. Samas tuleb siinjuures kindlasti meeles pidada ka seda, et tegemist on võrdlemisi väikse valimiga ning suuremas jaos noorte tudengitega (ainuüksi Ahlforsi uurimustesse kuulus kokku 398 ülikooliõpilast). Enamiku valimist moodustavad naissoost isikud. Kõik see võib mõjutada saadavaid tulemusi üsna suurel määral. Võrdlusest üldpopulatsiooniga on siinkohal välja jäetud GHQ ja STAI-S tulemused, kuna esimese puhul eksisteerib mitmeid erinevaid testivariante ja seega ka normskoore, STAI-S skoor võib suurelt oleneda aga just hetkeolukorrast ja keskkonnast.

Ka Eesti mastaabis jääb kogutud normvalim mõnevõrra puudulikuks. Vanuseliselt saaks valimit veelgi laiendada, hetkel on uuritud vanusevahemikuks 18-66 eluaastat. Sellele võiks lisada ka vanemaid inimesi ja suurendada juba olemasolevaid üle 30-aastaste gruppe. Samuti võiks välja selgitada alla 18-aastaste ärevuse- ja depressioonitestide tulemused, kuid neid tuleks siiski täiskasvanute omadest eraldi käsitleda. Väga tähtis oleks lisaks koguda just meessoost isikute skoores, et oleks võimalik teha täpsemaid üldistusi ka erinevate sugude vahel. Samuti oleks teretulnud andmete kogumine erinevate haridustasemetega lõikes. Käesolevas töös on suurem osa kõrgharidust omandavatel inimestel. Seega oleme hetkel saanud täiesti arvestatava, pigem nooremajalaste kõrgharidust omandavate eestlannade normpopulatsiooni keskmised tulemused, kuhu on lisandunud ka mõned vanemad isikud ning vähesed mehed. Võttes aga arvesse seda, et suur osa psühholoogiaalastest uuringutest ongi just teostatud seesugustele valimitele tuginedes, pole tegemist halva valimiga. Seda tuleks edaspidi vaid laiendada.

¹ Valimist on välja jäetud Sema (1999) normpopulatsioon väga suure standardhälbe ja väikse esindajate arvu tõttu, mis lubab arvata, et tegemist on tavavalimiga, kuhu on sattunud mõni üksik kõrgema depressiivsusega isik. Ühendvalimisse on aga sisse arvestatud Vainu (1998) ajateenijad.

Nagu Sartorius ja ta kolleegid (1996) on näidanud – depressiivsus ja ärevus on tõestatult teineteisega seotud. Paljud depressioonijuhtumid esinevad koos kõrgema ärevustasemega. Sama tendents nähtub ka analüüsitud üliõpilastöodes. Võttes võrdluse aluseks BDI (kui depressiooni näitaja) ning STAI-T (püsiärevuse näitajana), näeme, et suuremas osas kaasneb kõrge BDI skooriga ka kõrgem püsiärevuse skoor. Tulemus väljendub eriti tugevalt just psühhiaatriliste patsientide valimite seas, kuid sama seos ilmnes läbi kõigi uuritud valimite: neid, mida omavahel eristas depressiivsus, eristas ka püsiärevus.

5. Kasutatud kirjandus

Ahlfors, M. (2000). *Patterns of Depression and Anxiety in Psychiatric Inpatients and Student Samples*. Bachelor Thesis, University of Tartu.

Ahlfors, M. (1999). *Patterns of Depression and Anxiety*. Seminar Thesis, University of Tartu.

Allik, J. (2003). Isiksus ja seadumused. Raamatust Allik, J., Realo, A., & Konstabel, K. (toim-d). *Isiksusepsühholoogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Aluoja, A. (2002). *Depression in the population : assessment, prevalence and relationships with socio-demographic factors and cognitive aspect of social adjustment*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Arlington: American Psychiatric Association.

Angst, J., Merikangas, K. R., & Preisig, M. (1997). Subthreshold Syndromes of Depression and Anxiety in the Community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 6-10.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Bedford, A. (1997). On Clark-Watson's tripartite model of anxiety and depression. *Psychological Reports*, 80, 125-126.

Bourne, L. E. Jr., & Ekstrand, B. R. (1985). *Psychology: Its Principles and Meanings (5. Ed.)*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2. Ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Coon, D. (1992). *Introduction to Psychology: Exploration and Application* (6. Ed.). St Paul: West.

Essau, C. A. (2004). Primary prevention of depression. Raamatust Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (toim-d). *The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Farmer, R. F. (1998). Depressive Symptoms as a Function of Trait Anxiety and Impulsivity. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (2), 129-135.

Field, A. P., & Gillett, R. (2010). Expert tutorial. How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 63, 665-694.

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of Depression* (2. Ed.). New York: Guilford Publications.

Grusec, J. E., Lockhart, R. S., & Walters, G. C. (1990). *Foundations of Psychology*. Toronto : Copp Clark Pitman.

Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Choi, J. Y. (2010). The Early Course of Depression : A Longitudinal Investigation of Prodromal Symptoms and Their Relation to the Symptomatic Course of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (3), 459-467.

Ingram, R. E., Bemet, C. Z., & McLaughlin, S. C. (1994). Attentional allocation processes in individuals at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 317-332.

Joiner, T. E., Jr. (1996). A Confirmatory Factor-Analytic Investigation of the Tripartite Model of Depression and Anxiety in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 521-539.

Kaldas, K. (1997). *Suitsidaalsusilmingud depressiivsetel patsientidel*. Seminaritöö, Tartu Ülikool.

Kants, A. (1998). *Seljavaludega patsientide meeleolu operatsioonieelsel ja – järgsel perioodil*. Bakalaureusetöö, Tartu Ülikool.

Kreegipuu, M. (1997). Negatiivsete kognitsioonide seos emotsionaalsete häiretega. Raamatust Rosendahl, W., Hennig, H., & Saarma, M. (toim-d). *Entwicklungen und Tendenzen in der Medizinischen Psychologie : ein Leitfaden. Arengusuundi meditsiinipsühholoogias*. Lengerich, Berlin, Düsseldorf, Leipzig, Riga, Scottsdale, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.

Mossin, T. (1998). *Läbipõlemise seos meeoleluhäiretega*. Seminaritöö, Tartu Ülikool.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Hensiksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim-d). (2007). *Psühhiaatria*. Tallinn: Medicina.

Piotrowski, C., & Keller, J. W. (1992). Psychological testing in applied settings: A literature review from 1982-1992. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 6 (2), 74-82.

Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J. W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 49, 115-119.

Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. (1995). Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. (Aluoja A., Allikmets E. jt tõlge). Tartu: Tartu Ülikool.

Roberts, J. E., & Kassel, J. D. (1996). Mood-State Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 1-12.

Saarma, J. (2000). *Psühhopatoloogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Saarma, J. (1995). *Depressioon*. Tallinn: Valgus.

Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 168, 38-43.

Sema, L. (1999). *Sclerosis multiplexi diagnoosiga inimeste emotsionaalne heaolu*. Lõputöö, Tartu Ülikool.

Shaver, K. G., & Tarpy, R. M. (1993). *Psychology*. New York: Macmillan.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ('Self-Evaluation Questionnaire')*. Consulting Psychologists Press: CA.

Statistikaamet. (2012). *Eesti arvestuslik rahvaarv täpsustus*. (<http://www.stat.ee/57647> 06.12.2012).

Steer, R. A., Beck, A. T., & Garrison, B. (1985). Applications of the Beck depression Inventory. In N. Sartorius & T. A. Ban (eds.), *Assessment of depression*. New York, NY: Springer-Verlag.

Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.

Tervise Arengu Instituut. (2012). *PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanusrühma järgi*. (<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=PKH1&ti=PKH1%3A+Ps%FCChiaatri+poolt+ambulatoorselt+konsulteeritud+isikud+diagnoosi%2C+soo+ja+vanusr%FCChma+j%E4rgi&path=../Database/Haigestumus/05Psyyhika-%20ja%20kaitumishaired/&lang=2> 18.11.12).

Vain, J. (1998). *Psühholoogiline distress Eesti ajateenijatel*. Seminaritöö, Tartu Ülikool.

Vilt, A. (1997). *Psühholoogilise häirituse uurimine kehalise haigusega inimeste seas Üldise Terviseküsimustiku abil*. Lõputöö, Tartu Ülikool.

Vilt, A. (1995). *Elanikkonnas esinevate psüühiliste häirete avastamise võimalus ja meetod. Üldine Terviseküsimustik*. Seminaritöö, Tartu Ülikool.

Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form*. The University of Iowa. (<http://www.psychology.uiowa.edu/faculty/clark/PANAS-X.pdf> 3.01.13)

World Health Organization. (2012). *Gender disparities and mental health: The Facts*. (http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ 17.11.12).

Avaldan tänu oma juhendajale, Maie Kreegipuule, kes oli töö valmimisel suureks toeks aidates igal võimalikul viisil. Mul on siiralt hea meel, et sain just Teiega koostööd teha.

Soovin tänada ka Karin Tähte ja Olev Mustat, kes aitasid mind sobivate statistikute leidmisel ja andmetöötlusel. Ilma teieta oleks töö valmimine hulga raskemaks kujunenud.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjajikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Karmen Vool
