

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Minna Sild

PEAASI.EE NOORTEKESKUSE PEAHEA LÜHISEKKUMISE MÕJU 16-26-AASTASTE  
NOORTE VAIMSELE TERVISELE

Magistritöö

Juhendaja: Kariina Laas, *PhD*

Läbiv pealkiri: Peahea nõustamisteenuse mõju

Tartu 2024

## Peaasi.ee noortekeskuse Peahea lühisekkumise mõju 16-26-aastaste noorte vaimsele tervisele

### Lühikokkuvõte

Magistritöös analüüsisin Eestis veebruaris 2023 a. Peaasi.ee noortekeskuse poolt kasutusele võetud Peahea lühisekkumise mõju noorte vaimsele tervisele esimesel piloteerimise perioodil. Tegemist on kvaasiekspimentaalse uuringuga, kus valim kaasati päriselu keskkonnast. Peahea aluseks oleva Austraalia päritolu BIYMH sekkumise mõju on uuritud vähe, kuid tulemused on üldjoontes positiivses suunas. Käesoleva magistritöö valim koosnes 136 inimesest (90% naisi, keskmine vanus 22,2 aastat). Noored said Peahea teenuse raames 1-7 nõustamiskohtumist (keskmiselt 5,4). Mõju hindamiseks uurisin kohandatud EEK-2 küsimustike skooride muutust enne ja pärast Peahea lühisekkumist. Tulemused näitasid, et kohandatud EEKide skoorid vähenesid statistiliselt olulisel määral nii järel1 (N=136) mõõtmispunktis [ $F(1,135)=235,30$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,64$ ] kui järel2 (N=48) mõõtmispunktis [ $F(1,703;80,032)=45,71$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,49$ ]. Kõikidel kasutatud alaskaaladel (depressioon, üldistunud ärevus, uni, sotsiaalfobia) oli skooride vähenemine mõlemas järelmõõtmise ajapunktis statistiliselt oluline. Kõige rohkem paranesid skoorid noortel, kes registreerimisel märkisid ära nii ärevuse kui depressiooni tunnused. Lisaks uurisime vaimse tervise häirituse raskusastet enne ja pärast sekkumist kasutades EEK-2 skaalade äralõikepunkte. Kui enne sekkumist olid keskmised skoorid ja statistiliselt oluline hulk noori alaskaaladel ülalpool äralõikepunkti viidates vaimse tervise häire olemasolule, siis vahetult pärast sekkumist liikus statistiliselt oluline hulk noori ning keskmised skoorid allapoole äralõikepunkti, viidates vaimse tervise häirituse olulisele vähenemisele. Järel2 mõõtmisel jäi efekt püsima üldistunud ärevuse ja sotsiaalfobia alaskaaladel, aga mitte depressiooni ja une alaskaaladel. Järelduste tegemisel tuleb olla konservatiivne oluliste piirangute tõttu. Tulevikus tuleks lühisekkumise uurimisel parandada andmekogumise ja uuringu protokollide rangust, suurendada valimit ning kaasata kontrollgrupp.

*Märksõnad:* Peahea lühisekkumine, noorte vaimne tervis, kohandatud EEK-2 küsimustik, üldistunud ärevus, depressioon, uni, sotsiaalfobia.

## The impact of the Peahea brief intervention on the mental health of 16-26 year olds

### Abstract

The study analyzed the impact of the Peahea brief intervention on youth mental health during the first pilot period in Estonia from Spring 2023-Spring 2024. This is a quasi-experimental study where the sample was included from a real-life environment. The basis for Peahea is the Australian-origin BIYMH intervention, which has been little studied, but the results are generally positive. The sample of this study consisted of 136 people (90% women, average age 22.2 years) who received 1-7 counseling meetings (average 5.4) within the framework of the Peahea brief intervention. To assess the impact the change in the scores of the adapted EEK-2 questionnaires was studied before and after the Peahea intervention. The results showed that the scores decreased significantly both at follow-up1 (N=136) measurement point [ $F(1,135)=235.30$ ;  $p<0.001$ ;  $\eta^2p=0.64$ ] and follow-up2 (N=48) measurement point [ $F(1,703;80,032)=45.71$ ;  $p<0.001$ ;  $\eta^2p=0.49$ ]. The score change was statistically significant at both follow-up measurement time points on all used subscales (depression, generalized anxiety, sleep, social phobia). The greatest improvement in scores was among those young people who marked both anxiety and depression symptoms at registration. In addition, we applied clinical staging before and after the intervention using the cut-off points of the EEK-2 scales. If before the intervention the average scores and a statistically significant number of young people were above the cut-off point on the subscales indicating the presence of a mental health disorder, then immediately after the intervention a statistically significant number of young people and average scores moved below the cut-off point, indicating a significant decrease in mental health disorder. The effect remained at follow-up2 measurement on generalized anxiety and social phobia subscales, but not on depression and sleep subscales. Conclusions have to be carefully made due to several restrictions. In the future, the research should improve data collection and rigor of research protocols, increase sample size and include a control group. You find suggestions for further research in the study.

*Keywords:* Peahea brief intervention, youth mental health, adapted EEK-2 questionnaire, generalized anxiety, depression, sleep, social phobia.

## Sissejuhatus

Noorte vaimne tervis on globaalselt haavatavas seisus - meil on vaja kaasaegseid ja efektiivseid lahendusi selleks, et noored saaksid vaimse tervise murede korral tõhusat abi (Mei jt, 2020; Krause jt, 2021; McGorry jt, 2022; The Lancet, 2022). Pooled täiskasvanuea vaimse tervise häiretest on alguse saanud 14. eluaastaks, kuid jäävad enamuses tuvastamata ning ravimata (Maailma Terviseorganisatsioon, 2023) ja kolmveerand kõigist vaimse tervise häiretest on alguse saanud 24. eluaastaks (Solmi jt, 2022; Kessler jt, 2005). Vaimse tervise probleemid mõjutavad negatiivselt noorte õppimist, tööturule sisenemist, sotsiaalsete suhete loomist ning iseseisvaks eluks vajalike oskuste õppimist ja harjutamist (Maailma Terviseorganisatsioon, 2023; Mei jt, 2020).

Maailma Terviseorganisatsioon (2023) on noorte vaimse tervise probleemide ennetuse ja varase sekkumise juures prioriteetseks pidanud emotsioonide reguleerimise oskuste õppimist, turvalisema valimist alternatiiviks riskikäitumistele, oskuste õpet keerulistes olukordades toimetulekuks ning sotsiaalsete suhete toetamist, tehes seda kõike noortele ligipääsetaval moel (kasutades ka digilahendusi). Aina rohkem pakutakse noortele suunatud vaimse tervise teenuseid laiemale vanusegrupile, 12-25-aastastele, mis aitab vältida teenuste lõppemist või keerukat üleminekut täiskasvanuikka jõudnud noortele (McGorry jt, 2022). Noorte vaimse tervise toetamine on kujunenud eraldi suunaks rahvusvahelisel tasandil, aktiivselt tegeletakse nii ennetuse, varase sekkumise kui väljakujunenud vaimse tervise probleemide ravimisega, kuid noorte vajadused on endiselt suurel määral katmata ja ligipääs tõenduspõhiste sobivatele teenustele kehv, mistõttu vajab valdkond järjepidevat parendustööd nii teenuste pakkumisel kui nende mõju uurimisel (Mei jt, 2020). Kaasaegsed noorte vaimse tervise sekkumised peaksid olema varased, madala lävepakuga, põhinema populatsioonipõhisel ennetusel ning rakendama kaasaegseid tehnoloogiaid (McGorry jt, 2022; Uhlhaas jt, 2023).

### **Efektiivsed vaimse tervise sekkumised noortele**

Hetrick jt (2017) koondasid kirjanduse ülevaates kokku 18 noortele (vanuses 10-30) suunatud integreeritud teenuse kirjeldused Euroopast, Põhja-Ameerikast, Austraaliast (k.a. headspace) ja Uus-Meremaalt. Läbivateks tunnusteks olid ligipääsetavus kogukonnas, noortesõbralikkus ja tõendus põhjus. Leiti, et sümptomaatiliste ja funktsionaalsete tulemuste paranemine on paljulubav - 52-68% teenusel osalenutest kogesid sümptomite vähenemist ning vaimse tervise paranemist.

Weisz jt (2017) metaanalüüsist ilmneb, et alaealistele suunatud psühholoogilise teraapia (keskmiselt 16,5 sessiooni) efekti suuruseks ravi lõppedes on  $d=0,46$ , mis vähenes statistiliselt mitteolulisel määral  $d=0,36$  peale 11-kuulise järelhindamise ajaks. Autorid toovad välja, et see viitab mõõdukale efektisuurusele, mis on üsnagi püsiv. Samast metaanalüüsist ilmneb, et teraapia efektid olid kõige suuremad ärevusega seotud probleemide puhul (ravi lõppedes  $d=0,61$ ) ning kõige väiksemad depressiooni puhul (ravi lõppedes  $d=0,29$ ). Lisaks uurisid Weisz jt (2017), kas teraapia tulemuslikkus sõltub teraapia liigist. Tulemused näitasid, et kõige ulatuslikumat efekti töötasid käitumusliku komponendiga noortele suunatud sekkumised (seal hulgas kognitiiv-käitumuslik teraapia), kuid ka teised sekkumiste liigid (nt. kliendikeskne lähenemine, psühhodünaamiline lähenemine, pereteraapia) andsid häid tulemusi ning kokkuvõttes toovad autorid välja, et sekkumiste mõju hindamiseks komponentide kaupa, oleks vaja spetsiifilisemaid uuringuid.

Noortele täiskasvanutele (vanuses 16-30) suunatud psühholoogiliste sekkumiste efektiivsust metaanalüüsinud Medina jt (2022) leidsid tulemustes, et sekkumiste efekti suurused varieeruvad laialt skaalal väikesest efekti suurusest ( $g=0,12$ ) väga suure efekti suuruseni ( $g=0,98$ ) välja.

Noortele vaimse tervise toe pakkumisel on probleemiks nende väljalangemine teenustelt (Cohen ja Schleider, 2022). Keskmise sekkumisprotokoll noorte psühhiaatriliste häirete raviks vajab 16,54 kohtumist (Weisz jt, 2017), kuid on leitud, et alaealised ilmuvad ambulatoorsetele kohtumistele oluliselt vähem, keskmiselt 3.9 korda (Harpaz-Rotem jt, 2004). See on ka üks põhjustest, miks lühisekkumisi noortele pakkuda.

Üheks oluliseks suunaks noortele vaimse tervise teenuste pakkumisel on kliiniliste raskusastmete (*clinical staging*) rakendamine (Hickie jt, 2013; Mei jt, 2020). Kliiniliste raskusastmete rakendamine toetub ideele, et üks ja sama diagnoos avaldub erinevates haigusetappides erinevalt ning vajab ka erinevat lähenemist sekkumistele (Hickie jt, 2019; Shah jt, 2020). Lisaks on kliiniliste raskusastmete kasutamine oluline just neile, kes jäävad sümptomitelt subkliinilisse staadiumi ning vajavad varajast sekkumist, kuid ei pruugi selleni diagnoosi puudumise tõttu jõuda (Hickie jt, 2013). Kliiniliste raskusastmete ühtne süsteem võimaldaks rahvusvahelisel tasandil teadusuuringute andmeid jagada, et valimite suurust ja uuringute võimsust kasvatada (Mei jt, 2020). Eestis rakendatakse kliinilisi raskusastmeid diagnostilises mõttes näiteks depressiooni diagnoosimisel (Kleinberg jt, 2011). Mulle teadaolevalt ei ole kliiniliste raskusastmete osas Eestis veel kasutusel ühtset süsteemset lähenemist erinevate vaimse tervise probleemide ja nende teadusliku uurimise ja käsitlemise lõikes. Küll aga võimaldab Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik EEK-2 (Aluoja jt, 1999) alaskaalade lõikes hinnata, kas skoor on alla või üle ärälõikepunkti, kusjuures üle ärälõikepunkti olev skoor võib viidata vaimse tervise häire olemasolule.

### **Noorte vaimse tervise seisukord Eestis**

Eesti noorte täiskasvanute (18-24 a.) vaimne tervis on Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringule (TAI, TÜ 2022) tuginedes väga haavatavas seisus - enesekohase emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) tulemused viitavad, et nii depressiooni kui ka ärevushäirete puhul on suurim risk täiskasvanud elanikkonna seas just noorte täiskasvanute vanusegrupil (ärevushäirete riskis 37% ja depressiooniriskis 56%). Ka 15-17-aastaste vanusegrupis on depressiooni- ja ärevushäirete riskid kõrged, seejuures tüdrukutel kõrgemad kui poistel. Üle poolte (54%) 15–17-aastastest tüdrukutest on depressiooniriskis (poistest 28%) ja 50% tüdrukutest üldistunud ärevushäire riskis (poistest 16%) (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring, TAI, TÜ 2022).

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringust (TAI, TÜ 2022) ilmneb, et koroonakriisis kasutas psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid 15-16% 18–24-aastaste

vanuserühma vastajatest ning alaealiste vanuserühmas 19-20% vastanutest. Need on kõigi vanusegruppide arvestuses kõrgeimad tulemused, mis näitavad, et noored kasutavad vaimse tervise abi rohkem kui teised vanusegrupid. Tüdrukud kasutasid teenust rohkem kui poisid (24-27% vs. 9-11%). Hoolimata eelnevalt välja toodust, kuulusid noored uuringu järgi ka rühma, kes tundsid koroonakriisis vaimse tervise teenustest enam puudust ja puutusid kokku takistustega teenustele jõudmisel. Vanusegruppideülevalt on peamiste takistustena abivõimaluste kasutamisel välja toodud “probleemid laheneda ise”, “pikad järjekorrad”, “ei teadnud kuhu pöörduda” ja “liiga kallid teenused” (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring, TAI, TÜ 2022). Eelnevast võib järeldada, et kuigi alaealised ja noored täiskasvanud on vanusegruppide lõikes kõige suuremad vaimse tervise teenustele pöördujad, tunneb arvestatav osa sellest vanusegrupist ka vajadust hästi kättesaadava info järele teenuste kohta, mida saaks kiiresti ja mis oleksid rahaliselt kättesaadavad.

Alaealistele ja noortele täiskasvanutele kättesaadavate vaimse tervise teenuste kohta Eestis ei leidnud töö autor kaasaegset ammendavat ülevaadet. Väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste analüüsis (Ilvest jt, 2023b) on ärevuse ja depressiooni sümptomaatika vähendamiseks noorte sihtgrupile (15-26 a.) nimetatud Eestis pakutavad veebirakendus iFightDepression, käesolevas magistritöös analüüsitud Peahea lühisekkumine, Vaikuseminutite teadveloleku kursus ning Vaikuseminutite noortekursus OMA (sihtgrupiks põhikooli lõpuklassid ja keskkool). Inimarengu aruandes (Sisask (toim), 2023) on vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste peatükis noortele välja toodud koolides rakendatavad tõenduspõhised VEPA (käitumisoskuste mäng) ja KiVa (kiusamisvastane programm). Samas on rõhutatud, et ennetavate sekkumiste kättesaadavus noortele on ebahühtlane ja ebavõrdne. Seadusega ettenähtud tugiteenused (koolipsühholoog, sotsiaalpedagoog, eripedagoog, logopeed) on kättesaadavad 75% haridusasutustes õppijatele. Inimarengu aruandes (Sisask (toim), 2023) on 15-26-aastaste vanusegrupi osas välja toodud vaimse tervise sekkumised, mis võiksid olla ühtlaselt kättesaadavad, aga hetkel seda pole. Siia alla kuuluvad muu hulgas kogukondlikud sekkumismeetmed (nt psühholoogiline nõustamine, tugigrupid, sekkumisprogrammid) ja psüühikahäire tekke ennetamine.

## **Väheintensiivsed sekkumised osana vaimse tervise astmelise abi süsteemist**

Inimarengu aruande üheks oluliseks postulaadiks on, et vaimse tervise süsteemseks ja piisavaks toetamiseks on võimalused Eestis ebapiisavad ja ebaadekvaatsed (Sisask (toim), 2023). Teenuste kättesaadavuse parandamiseks peaks kättesaadavad olema esmatasandi teenused, mis oleksid madala sisenemislävega. (Sotsiaalministeeriumi Vaimse tervise roheline raamat (2020); Tervisekassa Depressiooniga inimese raviteekonna kaardistamise ja analüüside raport (2021)).

Üks viis teenuste kättesaadavust parandada, on kasutada rohkem tõenduspõhiseid väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi (VIPS), mida kirjeldab varase ja väikese intensiivsusega vaimse tervise abi eriväljaõppega spetsialistide poolt, kus teenusesaaja ja teenusepakkuja ressursse kasutatakse võimalikult efektiivselt (Ilves jt, 2023b; McEvoy jt, 2021). VIPSid on suunatud kergete ja mõõdukate vaimse tervise murede leevendamiseks ning vaimse tervise häire kujunemise ennetamiseks, aidates teenusesaajal arendada iseseisvat suutlikkust oma vaimset tervist toetada (McEvoy jt, 2021). Mõned näited VIPSidest on individuaalne või grupis pakutav lühendatud psühhoteraapia, juhendatud eneseabi sekkumised ja digitaalsed sekkumised (Ilves jt, 2023b). VIPSide poolt räägib ka see, et kõik vaimse tervise murega inimesed ei vaja kõrgema tasandi tervishoiutöötaja teenust, vaid piisata võib ka vähemintensiivsest sekkumisest, mis on odavam ja kättesaadavam ning mida viib läbi eriväljaõppega spetsialist, kelle koolitamine on samuti kiirem ja odavam (Ilves jt, 2023a).

Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised on tihti osa astmelisest psühholoogilise abi süsteemist, mille eesmärgiks on pakkuda psühholoogilist tuge abivajajatele võimalikult ressursiefektiivselt (teenuse pakkujad, teenuse kestvus, asukoht, kulud) (Ilves jt, 2023a). Astmelist psühholoogilise abi süsteemi koos väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste pakkumisega rakendavad maailmas näiteks Inglismaa, Soome ja Belgia ning soovitus selle suunas liikuda, et ressursse võimalikult efektiivselt ära kasutada, on saanud ka Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium (Ilves jt, 2023a).

## **Peahea nõustamisteenuse taust ja kirjeldus**

Peahea nõustamisteenus on uut liiki, varajast sekkumist võimaldav väheintensiivne psühholoogilise abi teenus Eestis. Teenuse on Eestisse toonud ja seda pakub noortele Peasjad

MTÜ alates kevadest 2023. a. Sekkumine on algselt loodud 2012. a. Austraalias noorte vaimse tervise organisatsiooni Orygen poolt ja kannab nime BIYMH (*Brief interventions in youth mental health*). Sekkumise läbiviimise uusim manuaal koostati Austraalias 2022. a. ning selle koostamisse on kaasatud lisaks spetsialistidele ka noori endid (*Brief interventions in youth mental health toolkit*. Melbourne: Orygen, 2022). Lühisekkumine on suunatud 12-26-aastastele noortele ja sisaldab psühholoogilist nõustamist ning juhendatud eneseabi (juhendatud harjutuste tegemist ning oskuste ja teadmiste omandamist) (Ilves jt, 2023b). Peahea on mõeldud kergete kuni mõõdukate vaimse tervise probleemidega tegelemiseks (näiteks liigne ebakindlus, alaväärsustunne, madal enesehinnang, alanenud või kõikuv meeleolu, kiire vihastumine, liigne ärevus ja paanikahood, keskendumisraskused, motivatsioonipuudus, õpiraskused, raskused lähisuhetega, rahulolematuse enda kehaga, probleemid söömisega, liigne väsimus, probleemid unega, elutüdimusmõtted, enesevigastamine) (peaasi.ee/peahea-noustamine, 2024; Ilves jt, 2023b). Nõustamine koosneb üheksast teemamoodulist, mille hulgast noor valib spetsialisti abiga need, mida käsitlema hakatakse (Lisa 1. Peahea lühisekkumise 9 mooduli pealkirjad ja kirjeldused). Moodulite teemad on enesekindel suhtlemine, oma viha mõistmine, heaoluks vajalik liikumine, korralik magamine, oma meeleolu ja ärevuse mõistmine ning juhtimine, probleemilahendamise oskus, teadvelolek ja lõõgastumine, enda mõistmine ja keha aktsepteerimine, heaoluks vajalik toitumine. Moodulite sisu koostamisel on kasutatud kognitiiv-käitumusliku teraapia, aktsepteerimise ja pühendumise teraapia ning motiveeriva intervjuerimise tehnikaid (Schley jt, 2019; Ilves jt, 2023b). Kohtumised toimuvad Tallinnas ja Tartus reaalelus või videosilla teel (Ilves jt, 2023b). Lühisekkumine on noortele tasuta (peaasi.ee/peahea-noustamine, 2024).

Ilves jt (2023, lk 39) kirjeldavad ka Peahea nõustajate tausta, väljaõpet ja tugisüsteemi: “Lühisekkumist viib läbi spetsialist, kellel on minimaalselt bakalaureusekraad psühholoogias ning kes on sekkumise läbiviimiseks läbinud Peaasjade koolitusmeeskonna väljatöötatud spetsiaalse koolituse. Peahea spetsialisti koolituse maht on ca 35 tundi (sh nii kontakt- kui iseseisev õpe) ning koolituse kestuseks on 5 päeva. Lisaks on väljaõppes olulisel kohal juhendatud praktika. Pärast väljaõppe läbimist osalevad sekkumise läbiviijad ka kliinilises supervisioonis, mida viib läbi psühhiaater, kliiniline psühholoog ja/või vaimse tervise õde.”

Peahea nõustamisteenuse pakkumist rahastavad ja toetavad Tervisekassa, Sotsiaalministeerium ja Heateo Mõjufond (peaasi.ee/peahea-noustamine, 2024). Kuna tegemist on uue teenusega, mida piloteeriti Tervisekassa tervisesüsteemi arendusprojektide raames ning annab noortele madala lävendiga ligipääsu (veebipõhise nõustamise võimalus, tasuta, ei vaja suunamist/saatekirja, lühike ootejärjekord), on oluline uurida selle efektiivsust, et oleks võimalik pärast piloteerimise perioodi andmepõhiselt otsustada, kas teenus omab soovitud positiivset mõju noortele vaimsele tervisele, et seda jätkuvalt riiklikult rahastada ja pakkumist laiendada.

### **Peahea nõustamise aluseks oleva BIYMH (*Brief interventions in youth mental health*) tõenduspõhisus**

BIYMH sai alguse Austraalias *headspace* keskustes, mis loodi 2006. a. Austraalia valitsuse poolt selleks, et teismeeas ja noore täiskasvanu vanuses noortel vanuses 12-25 oleks varajast ligipääsu võimaldav ja noortesõbralik vaimse tervise teenuste pakkuja (Rickwood jt, 2015). *headspace* keskused ja teenused on olnud üheks eeskujuks ka Peaasjad MTÜ-le vaimse tervise valdkonna info ja teenuste pakkumisel noortele Eestis (personaalne kommunikatsioon, A.-K. Oidermaa, 8. veebruar, 2024). BIYMH kujunes alates 2009. aastast erinevate spetsialistide ja noorte endi sisendit arvesse võttes ning teenuste mõju uurides, kuni 2016. a. avaldati BIYMH esimene manuaal, mida hakati kasutama kõikides *headspace* keskustes Austraalias (Schley jt, 2019).

Schley jt publitseerisid 2019. a. teadusartikli, mis koondab kokku uusimad tõenduspõhised teadmised BIYMH teenuste tulemustest vahemikus 2012-2017 a. BIYMH teenust pakuti 122 noorele vanusevahemikus 12-25 ( $M=16,9$ ;  $SD=3,35$ ). Keskmiselt läbisid noored 4,34 nõustamissessiooni ( $SD=1,91$ ). Teenuse jättis pooleli 24,6% alustanutest. Teenuse lõppmõõtmiste tulemused on puudu umbes 40% teenusega alustanutest (sõltuvalt mõõdikust). Vahetult enne esimest kohtumist ja vahetult pärast viimast kohtumist läbi viidud mõõtmised psühhomeetriliste testidega (K10 - psühholoogilise düstressi mõõdik, QIDS - depressiooni sümptomaatika mõõdik, OASIS - ärevushäire sümptomaatika mõõdik) näitasid statistiliselt olulist erinevust positiivses suunas mõõduka efektsuuruse piires nii erinevate sugude kui

vanusegruppide seas. Statistiliselt olulisel määral näitas positiivseid muutuseid ka sotsiaalse ja tööalase funktsioneerimise skaala SOFAS, mille tulemust siin detailsemalt ei käsitle, kuna magistritöö andmetes puudub võrdlusbaas. Psühhomeetriliste testide enne-pärast tulemused olid järgnevad: K10 (n=77; mean-diff -5,68; t/df 21,89/76; p<0,000; d=0,75); QIDS (n=71; mean-diff -3,46; t/df 12,18/70; p<0,000; d=0,66); OASIS (n=71; mean-diff -2,57; t/df 7,51/70; p<0,000; d=0,59). Sugu (m/n) ja vanusegrupid tulemusi statistiliselt olulisel määral ei mõjutanud.

Schley jt (2019) teadusuuringu tulemused on küll positiivses suunas, ent uuringul on olulisi puudujääke ja see on pärvinud ka publitseeritud kriitikat. Kisely ja Looi (2022) seavad kahtluse alla *headspace* teenuste efektiivsuse ja kuluefektiivsuse ning toovad ka Schley jt (2019) uuringu puhul suurte miinustena välja kontrollgrupi puudumise, valimi väiksuse ja fakti, et teenuse lõppedes ei olnud statistiliselt olulisel määral noori liikunud madalamale kliinilisele astmele.

### **Magistritöö eesmärgid ja hüpoteesid**

Magistritöö peamiseks eesmärgiks on kirjeldada põhjalikult Peahea lühisekkumise läbiviimist ning uurida, kas ja kuidas mõjutab Peahea lühisekkumine pilootperioodil 16-26 aastaste noorte vaimse tervise probleeme kohandatud EEK-küsimustikule tuginedes, võttes arvesse noore soo, vanuse, pöördumise põhjuse, sekkumiskohtumiste arvu, sekkumise läbiviimise kanali (*online* või reaalelu), Peahea sekkumisega samal ajal lisaks saadud klassikalised nõustamiskohtumised, enne/samal ajal/pärast saadud vaimse tervise ravimid, enne/samal ajal/pärast saadud teised vaimse tervise teenused. Magistritöö annab esmahinnangu Peahea lühisekkumise mõjule ja aitab teha ettepanekuid edaspidisteks mõju hindamise uuringuteks.

Käesoleva magistratöö hüpotees on:

H1 - Peahea lühisekkumise järgselt vähenevad sekkumisgrupi kohandatud EEK-küsimustike depressiooni, üldistunud ärevuse, une ja sotsiaalfobia alaskaalade summeeritud skoorid võrreldes sekkumiseelsete summeeritud skooridega.

Käesoleva magistritöö uurimisküsimused on:

K1 - Millistest muutujatest sõltub kohandatud EEK-küsimustike skooride muutus? Sõltumatud muutujad: sugu, vanus, pöördumise põhjus, sekkumiskohtumiste arv, sekkumise läbiviimise kanal (*online* või reaalelu), Peahea sekkumisega samal ajal lisaks saadud klassikalised nõustamiskohtumised, enne/samal ajal/pärast saadud vaimse tervise ravimid, enne/samal ajal/pärast saadud teised vaimse tervise teenused).

K2 - Kui oluline hulk osalejatest liigub Peahea sekkumise tulemusel EEK-küsimustiku alaskaalade skooride mõistes allapoole äralõikepunkti?

K3 - Mil määral erinevad tulemused kohandatud EEK-küsimustike alaskaalade (depressioon, üldistunud ärevus, uni, sotsiaalfobia) skooride lõikes?

## Meetod

### Katsedisain

Uuringu disaini koostasid Peahea nõustamisteenuse projektijuht, käesoleva magistritöö juhendaja ja magistritöö autor võttes mõnevõrra eeskujuna Schley jt (2019) Austraalia uuringust, et tulemused saaksid olla võrreldavad samal ajal katsedisaini ka parendades nii kuis võimalik. Tegemist on kvaasiekspérimentaalse uuringuga, kus valim kaasati päriselu keskkonnast. Katsedisainina kasutati ühe grupi eel- ja järeltestimist mitmete järeltestimistega (*one-group pretest-posttest design with multiple posttest measurements*), millel on kolm peamist tunnust (Nichols ja Edlund, 2023):

1. Sekkumises osalejad valiti mitterandomiseeritud viisil ehk päriselu keskkonnast tegeliku vajaduse põhiselt. Uuringusse kaasati noored, kes ise pöördusid peaasi.ee nõustamisele, vastasid Peahea nõustamisteenuse kriteeriumitele, läbisid Peahea nõustamisteenuse ning vastasid vähemalt ühele järelhindamise kohandatud EEK-2 küsimustikule.
2. Puudus kontrollgrupp. Esialgses uuringu disainis oli planeeritud kontrollgrupp noortest, kes registreerivad end peaasi.ee nõustamisteenusele, kuid saavad teisi nõustamisteenuseid või on teenuse ootejärjekorras. Reaalsuses tekkis olukord, kus teiste nõustamisteenuste (klassikaline lühinõustamine ja grupinõustamine) saajate arv oli uuringu perioodi kestel liiga väike (n=73, kellest järelEEKi oli täitnud n=15), et sobida kontrollgrupi võrdluseks. Ootejärjekorda Peahea teenusele ei tekkinud, kuna kõik soovijad said kiiresti (paari nädalaga) teenusele, ei tundunud eetiline nende ooteaega kunstlikult pikendada ning puudus selge plaan ootejärjekorra kontrollgrupi loomiseks.
3. Sekkumise mõju mõõdeti võrreldes üht eeltestimist ja kaht järeltestimist (nullhüpoteesiks on, et sekkumisel pole mõju ehk eel- ja järelmõõtmised annavad samad tulemused).

Kvaasiekspimentaalne disain valiti, kuna Peahea teenuse mõju oli esmakatsetamise aastal mõistlik hinnata päriselukeskkonnas osaliselt ka teostatavuse uuringuna (*feasibility study*), mis annab võimaluse hinnata uuringu disaini, teenuse läbiviijate ja saajate huvi ja vajadusi, kohandamise vajadust, integratsiooni olemasolevate teenuste ja ka IT-lahendustega (Bowen jt, 2010). Selle valiku kasuks rääkis olukord, kus teenuse rahastus esimeseks test aastaks oli enne uuringuga alustamist Tervisekassalt saadud ja teenuse läbiviimisega alustatud ning oluline oli kasutada olemasolevaid ressursse (peaasi.ee noorte nõustamise kogemus, nõustajate väljaõpe, BIYMH sekkumine juba välja töötatud ja eesti keelde tõlgitud) noorte hüvanguks. Seega võib esmast uuringut pidada Peahea lühisekkumise pilootuuringuks Eestis, mis aitab välja selgitada valmisoleku ja vajaduse ka mahukamaks randomiseeritud kontrollgrupiga uuringuks (Thabane jt, 2010).

Sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus RAKE hiljuti avaldatud raport (Ilves jt., 2023) väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaatest Eestis paigutas Peahea lühisekkumise oma nimekirja tõenduspõhisuse tasemega 2, kasutades Nesta standardeid, mis

hindavad sekkumise tõenduspõhisust viiel tasandil (Puttick ja Ludlow, 2012). Tase 2 kirjeldus ütleb, et on olemas andmed, mis näitavad muutusi teatud näitajates sekkumise saajate seas ning andmetele toetudes on võimalik näidata efekti, kuid puudub põhjuslikkuse tõestus (nt eel- ja järelhindamise võrdlus vms). Tervise Arengu Instituudi poolt ellukutsutud ennetuse teadusnõukogu toob Ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamise dokumendis (Tervise Arengu Instituut, 2023) välja, et alustades ei saa ükski ennetustegevus olla kõrgeimal tõendatuse tasemel ning andmete kogumine ja tõendatuse taseme kasvatamine võtab aega.

Käesoleva magistr tööga analüüsime Peahea lühisekkumise mõju noorte vaimsele tervisele esimese rakendamisperioodi (3. mai 2023 - 13. aprill 2024) tulemustele põhinedes. See võimaldab tõenduspõhisusele kaalukust juurde anda, pakkudes eel- ja järelhindamise võrdlust ning individuaalsete erinevuste analüüsi, mis sekkumise tulemuslikkust mõjutada võivad.

Uuringu viisid läbi peaasi.ee keskuse Peahea nõustamisteenuse nõustajad (osutasid teenust ja tegelesid dokumenteerimisega) ning projektijuht (vastutas dokumenteerimise ja andmete kogumise eest). Käesoleva magistr töö autor osales uuringu disaini koostamises, eetikakomiteele taotluse esitamises, analüüsis andmeid, tegi järeldusi ja kirjutas magistr töö.

## **Valim**

Käesoleva magistr töö valimisse kuulusid noored vanuses 16-26 (n=221), kes vahemikus 3. mai 2023 - 13. aprill 2024 osalesid Peahea lühinõustamisel. Valimisse sissearvestamise kriteeriumiteks olid: 1. Noor osales peaasi.ee keskuse Peahea nõustamisteenusel; 2. Andis nõusoleku oma andmete kogumiseks, töötlemiseks ning magistr töödes kasutamiseks; 3. Täitis eelhindamise küsimustiku (kohandatud EEK-2); 4. Oli võimeline teenusel osalema eesti keeles; 5. Vastas Peahea lühisekkumise sobivuskriteeriumitele; 6. Oli 11. aprill 2024. a. seisuga Peahea teenuse lõpetanud (oluline on välja tuua, et puudus info, kas teenus oli lõpetatud vastastikkusel kokkuleppel nõustajaga või oli noor teenuse lõpetanud omal otsusel ja varem nõustaja soovitatust).

Peahea lühisekkumise sobivuskriteeriumid on 1) kerge kuni mõõdukas vaimse tervise häiritus (küsimustike ja esmaintervjuu alusel) 2) väike oht endale ja/või teistele, 3) madal juhtumikeerukus (Lisa 2. Peahea lühisekkumise sobivuskriteeriumid). Sobivuskriteeriumitele vastavust hindasid esmakohtumise alusel nõustaja ja kliinilise kogemusega spetsialist kuni detsember 2023 ning pärast seda ainult nõustaja vajadusel kliinilise kogemusega spetsialistiga konsulteerides.

Olemasolevast valimist (n=221) eristati osalejad, kes olid täitnud vähemalt ühe järelhindamise kohandatud EEK-2 küsimustiku ning nendest moodustus magistritöö põhivalim (n=136). Vähemalt ühel järelhindamisel osales 62% osalenutest. Naissoost osalejaid oli 122 (89,7%), meessoost osalejaid 13 (9,6%), soo avaldamist mitte soovivaid osalejaid 1 (0,7%). Edaspidistes analüüsides on kasutatud n=136 analüüsides, kus ei võeta arvesse sugu ning n=135 analüüsides, kus võetakse arvesse sugu (eemaldades osaleja, kes ei soovinud sugu avaldada). Osalejad olid vanusevahemikus 16-26 aastat, keskmine vanus 22,2 aastat (SD=2,9).

Ülejäänud osalejad (n=85) olid osalenud Peahea lühisekkumises sissearvamise kriteeriumite alusel, kuid ei olnud täitnud ühtegi kohandatud EEK-2 järelhindamise küsimustikku. Selles grupis oli naissoost osalejaid 63 (74%) ja meessoost osalejaid 22 (26%). Osalejad olid vanusevahemikus 15-26 aastat, keskmine vanus 22,0 aastat (SD=2,8). Selgitamaks välja, kas kahe eraldatud grupi (eel ja pärast EEKidega grupp n=136 ja ainult eel EEKidega grupp n=85) enne sekkumist täidetud EEK-testide tulemused erinesid üksteisest, viidi läbi sõltumatute gruppide parameetriline t-test, mille tulemus näitab, et grupid ei erine eel-EEKide tulemuste poolest (t=0,17; df=219; p=0,8). Lisaks uuriti sõltumatute gruppide mitteparameetrilise t-testiga, kas grupid erinevad vanuse jaotuse ning läbiviidud Peahea nõustamiste arvu poolest ja Pearsoni  $\chi^2$  testiga, kas grupid erinevad sugude jaotuse poolest. Grupid ei erinenud teineteisest vanuse jaotuse poolest (W=5411; p=0,4). Grupid erinesid olulisel määral sugude jaotuse poolest ( $\chi^2=10,3$ ; df=1; p=0,001), kus eel ja pärast EEKidega grupis oli naiste osakaaluga võrreldes oluliselt väiksem meeste osakaal. Lisaks erinesid grupid Peahea kohtumiste arvu poolest (W=3611,5; p<0,001), kus eel ja pärast EEKidega grupis oli keskmiselt 5,4 kohtumist (SD=1,4) ja ainult eel EEKidega grupis keskmiselt 4,3 kohtumist (SD=1,8).

## Protseduur ja sekkumise kirjeldus

Peaasi.ee keskuse noorte nõustamise teenusele registreerusid noored veebis (leitav: <https://noustamine.peaasi.ee/noored>). Peale registreerumist saadeti noorele koos tavapärase registreerimisjärgse e-kirjaga üleskutse ja informeeritud nõusoleku vorm uuringus osalemiseks (Lisa 3. Informeeritud nõusoleku vorm noorele). Alaealistele edastati ka vanema nõusoleku vorm (Lisa 4. Informeeritud nõusoleku vorm vanemale) ja kaasati andmed uuringusse vaid siis, kui selleks saadi nii noore kui lapsevanema nõusolekud. Kui noor või alaealise vanem nõusolekut ei andnud, sai noor soovi korral osaleda nõustamisel ilma, et tema andmed uuringusse kaasataks. Esmakohtumisel oli noorel võimalus küsida täpsustavaid küsimusi enne informeeritud nõusoleku andmist.

Kõik uuringus osalenud noored täitsid enne nõustamisteenusega alustamist ära ankeedi, mis sisaldab isiku- ja taustaandmeid (sugu, vanus, keel), üks või mitu pöördumise põhjuse valikut (ärevuse tunnused, depressiooni tunnused, keskendumisraskused, suhtlemisprobleemid, uneprobleemid), võimalusena pikemat pöördumise kirjeldust. Kõik noored osalesid eelmõõtmisel. Eelmõõtmise käigus täideti ära 4 vaimse tervise seireküsimustikku: 1) kohandatud EEK-2 (Lisa 5. Emotsionaalse enesetunde küsimustik) 2), QIDS (*Quick Inventory of Depressive Symptomatology*), OASIS (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*), K10 (*Kessleri Psychological Distress Scale*). Küsimustike täitmine oli automatiseeritud teenusele registreerimise protsessis. Kui noor oli eelnevad toimingud teostanud, võttis temaga ühendust peaasi.ee nõustaja, kes leppis kokku esmakohtumise. Käesolevas töös käsitletakse vaid kohandatud EEK-2 tulemusi. QIDS ja OASIS küsimustike adapteerimisprotsessiga saab tutvuda magistritöös Koržets (2024).

### *Enne Peahea lühisekkumist*

Esmakohtumise noorega viisid läbi kliinilise kogemusega spetsialist (kliiniline psühholoog/psühhiaater) ja nõustaja mai-detsember 2023 ning ainult nõustaja detsember-aprill 2024. Esmakohtumine kestis 75-90 minutit. Peale lühikest peaasi.ee keskuse nõustamismudeli ja võimaluste tutvustamist viidi läbi psühhosotsiaalne hindamine (Lisa 6. Psühhosotsiaalse hindamise vorm). See on peaasi.ee noortenõustamiskeskuses kasutusel olev poolstruktureeritud intervjuu, kus küsitakse 11 erineva eluvaldkonna kohta. Seejärel koostati noorele ühise arutelu käigus tegevuskava. Tegevuskava sisu sõltus noore hetkeolukorrast, vajadustest ja soovidest. Noort oli võimalik suunata osalema ühele kolmest Peaasja keskuse teenusest - Peahea nõustamine, klassikaline lühinõustamine, gruppitreening või suunata vajadusel väljaspoole Peaasja keskust, nt psühhiaatri ja/või kliinilise psühholoogi vastuvõtule, psühhoteraapiasse vms. Noorele pakuti võimalust osaleda Peahea lühisekkumises kui ta nõustaja ja kliinilise spetsialisti hinnangul vastas sobivuskriteeriumitele (Lisa 2. Peahea lühisekkumise sobivuskriteeriumid).

### ***Peahea lühisekkumine***

Esmakohtumise järgselt saatis nõustaja noorele tegevuskavast kokkuvõtliku e-kirja ja Peahea lühisekkumise pikema tutvustuse koos kõikide teemamoodulite lühikirjeldustega. Noorel oli võimalus valida 1-3 teemamoodulit, millega tegeleda soovib. Valikut aitas vajadusel teha nõustaja koos noorega. Noorel oli võimalik nõustajaga kohtuda kuni 6 korda, lähtuvalt noore vajadustest. Kohtumiste kordade arv selgus noore ja nõustaja omavahelises koostöös. Ühe kohtumise kestvuseks oli 60 minutit. Peale iga kohtumist täitis nõustaja sessiooni aruande. Enne iga teemamooduli käsitlemist ja pärast teenuse lõppu täitis noor moodulipõhise lühikese küsimustiku, et hinnata enda teemakohaseid teadmisi ja oskuseid. Lühisekkumise lõppedes täitis nõustaja kogu nõustamisprotsessi kohta lühikese tulemuste raporti (Lisa 7. Lühike tulemuste raport).

### ***Pärast Peahea lühisekkumist***

Pärast lühisekkumise lõppemist, täitis noor uuesti veebi vahendusel 1) EEK-2, 2) QIDS, 3) OASIS, 4) K10, 5) moodulipõhised küsimustikud, ning lisaks ka 6) teenuse tagasiside vormi. Samuti hakkas käima peaasi.ee kasutatava registratuurisüsteemi automaatne aja tagasiarvestus,

mis saatis/saadab noorele 1), 2), 3), 4), 5) küsimustikud 6 nädalat ja 6 kuud peale teenuse lõppemist.

## **Hindamisvahendid**

### ***Põhiuuring***

1. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 (Aluoja jt 1999), kohandatud peaasi.ee noortekeskuse loojate poolt;
2. Üldise psühholoogilise distressi küsimustik The Kessler Psychological Distress Scale 10 (K10) (Kessler jt., 2002);
3. Depressiooni sümptomite hindamise küsimustiku The Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS) (Rush jt., 2003);
4. Ärevuse sümptomite sageduse, intensiivsuse, vältimiskäitumise ja ärevusega seotud toimetuleku küsimustik The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) (Norman jt., 2006);
5. Moodulipõhised küsimustikud. Küsimustike ja nende analüüsiga on võimalik tutvuda magistritöös Rosenfeldt (2024).

### ***Magistritöö***

Käesolevasse magistritöösse kaasati hindamisvahendina

1. Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 (Aluoja jt, 1999), mis on kohandatud peaasi.ee noortekeskuse loojate poolt (Lisa 5. Kohandatud emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2). Originaalis (Aluoja jt, 1999) mõõdetakse EEK-2 abil 28 väitega soodumust depressiooni või muu meeleoluhäire, üldise ärevushäire, paanikahäire, sotsiaalfoobia, asteenia ja kaasuvate unehäirete suhtes viimase kuu vältel. Peaasi.ee poolt kasutatav kohandatud EEK sisaldab originaalküsimustikust täiel mahul sotsiaalfoobia ja unehäirete alaskaalasid. Originaalile väga sarnased on depressiooni ja üldistunud ärevuse alaskaalad, kus mõlemal skaalal on üks küsimus, mis on mõnevõrra muudetud. Originaalis on EEK-2 depressiooni alaskaalal väide “Huvi kadumine”, mis kohandatud EEKis on sõnastatud “Miski ei huvita ega paku rõõmu.” Seejuures on kohandatud

küsimustikus alles ka depressiooni alaskaala väide “Võimetus rõõmu tunda”. Originaalis on EEK-2 üldistunud ärevushäire alaskaalal väide “Liigne muretsemine paljude asjade pärast”, mis kohandatud küsimustikus on ümber sõnastatud “Ülemäärane muretsemine mitme erineva asja pärast.” Lisaks on kohandatud EEKis muudetud ka küsimuste järjekorda ning erinevalt originaalist ei paikne kõikide alaskaalade küsimustikud järjestikku. Väidete vastusevariandid on identsed originaalküsimustikule. Vastamiseks kasutatakse Likerti skaalal vastusevariante 0 - “üldse mitte” kuni 4 – “pidevalt”.

Käesoleva magistritöö aluseks olevas eetikakomitee taotluses oli küll kirjeldatud plaan mõõtmiseks kasutada originaal EEK-2 küsimustikku, kuid inimliku eksimuse tõttu jäi kasutusse peaasi.ee poolt kohandatud EEK, millel puudus ka EEK-2 omane täitmise juhend. Eksimuse avastamise ajaks oli kriitiline hulk teenusesaajaid juba täitnud kohandatud EEKi ning poole pealt küsimustiku muutmine ei tundunud samuti mõistlik. Seetõttu otsustati magistritöö andmetes kasutada kohandatud EEKi depressiooni, üldistunud ärevuse, sotsiaalsofobia ja unehäirete alaskaalasid, mis on originaaliga täielikult või ligilähedaselt sarnased.

### **Eetilised aspektid**

Uuringu on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee 03.05.2023 otsusega 376/T-21. Uuringus osalemine on vabatahtlik ja osalejale oli võimalus sellest keelduda ning endiselt saada parimal võimalikul moel peaasi.ee noortekeskuse vaimse tervise teenuseid. Osalejale oli võimalus uuringus osalemisest igal ajahetkel loobuda. Vabatahtlikku osalemist kinnitasid noored informeeritud nõusolekuvormi allkirjastamisega pärast sellega tutvumist ning võimalust esitada lisaküsimusi. 16-17-aastaste noorte puhul täitis nõusolekuvormi lisaks lapsevanem.

Käesoleva uuringu näol ei ole tegemist randomiseeritud kontrollitud uuringuga, kus osalejad määratakse uurijate poolt teatud uuringugruppi - igal osalejale oli võimalus soovi korral osaleda sellel peaasi.ee noortekeskuse teenusel, millel ta osaleda soovis endale sobivas ajaraamis

(eeldusel, et ta täitis teenusel osalemise kriteeriumid) või saada suunamise ja soovitusel pöörduda teenusele, mis oleks tema vajadustele sobivam.

Uurimuse korraldajad tagavad kõigi uuritavate isikuandmete, nende poolt täidetud küsimustike ja ellu viidud nõustamissessioonide sisu täieliku konfidentsiaalsuse. Andmed kodeeritakse ja töödeldi isikuandmetest lahus tagades andmete töötlemisel ja säilitamisel pseudonüümsuse ja konfidentsiaalsuse. Andmetele ei pääse ligi keegi peale uurimisrühma liikmete. Isikustamata küsimustikke ja elektroonseid katseandmeid infokandjal säilitatakse kuni 5 aastat (kuni mai 2028. a.).

Tagamaks teenuse ohutust noore tervisele, on nõustajad läbinud spetsiaalse peaasi.ee noortekeskuses nõustamise läbiviimiseks vajaliku koolituse ning viivad Peahea nõustamisi läbi järgides eesti keelde tõlgitud manuaali. Lisaks saavad konsulteerida juhtumite osas kliinilise kogemusega spetsialistiga ning osalevad regulaarselt supervisioonidel.

### **Statistiline analüüs**

Andmeanalüüsi viisin läbi tarkvaraga JASP (JASP Team, 2024). Statistilise olulisuse määraks kõikide testide puhul oli  $p < 0,05$ . Sama grupi eel ja mitme järelmõõtmisega disaini tõttu kasutasin analüüsiks korduvmõõtmistega ANOVAt. EEK testide koondskoorid vastasid Shapiro-Wilk testi järgi normaaljaotusele: eelEEK ( $W=0,98$ ;  $p=0,07$ ), järelEEK1 ( $W=0,98$ ;  $p=0,12$ ), järelEEK2 ( $W=0,97$ ;  $p=0,2$ ), järelEEK3 ( $W=0,92$ ;  $p=0,16$ ). Ka sümmeetriakordaja ja järsakusaste olid vahemikus -1 kuni 1. Seega kasutati EEK koondskooride analüüsimisel parameetrilisi teste. EelEEK-järel1EEK-järel2EEK tulemuste analüüsimisel korduvmõõtmistega ANOVaga kasutati Huynh-Feldti korrektsiooni, kuna sfäärilisuse eeldus oli rikutud ( $p<0,05$ ) ja Greenhouse-Geisser  $\epsilon>0,75$ .

Enne ANOVA läbiviimist uurisin olulisi seoseid Spearmani korrelatsiooni abil, kuna sõltumatute muutujate seas oli nii dihhotoomseid kui arvulise skaala muutujaid. Kuigi mitmete muutujate (sugu, pöördumise põhjus, vaimse tervise ravim) jaotus moodustas ebavõrdsed grupid, otsustati need siiski analüüsi kaasata, kuna peegeldavad päriselu olukorda, ja lisati järeldustesse

piiranguna. Kodeeringuid on kirjeldatud vastavate tabelite all. Olulise seose osas kasutati *post-hoc* testis Bonferroni korrektsiooni, kuna seose kohta polnud püstitatud hüpoteesi (Armstrong, 2014) ning Bonferroni korrektsioon andis kõige konservatiivsema tulemuse.

Selgitamaks välja, kas statistiliselt olulisel määral noori oli saanud pärast sekkumist ärälõikepunktist väiksema tulemuse, kasutati Pearsoni  $\chi^2$  testi. Kohandatud EEK-küsimustiku skooride skaalade kaupa võrdlemiseks erinevatel ajapunktidel kasutasin mitteparameetrilisi sõltuvate gruppide t-teste. Mitteparameetrilised testid valiti, kuna 12st paarist 6 ei vastanud normaaljaotusele.

Efekti suuruse mõõdikutena kasutasin töös vastavalt testile  $\omega^2$  (*omega squared*) ja *Rank Biserial Correlation (RBC)*.  $\omega^2$  kasutasin, kuna mõõdan uuringusisest efektsuurst ja see on vähem kallutatud (Lakens, 2013).  $\omega^2$  tõlgendades võtsin aluseks Murphy ja Myors (2004) lähenemise, kus 0,01 on väike, 0,06 mõõdukas ja 0,14 suur efekti suurus. RBC-d tõlgendades võtsin aluseks McGrath ja Meyer (2006) kirjeldatud lähenemise, kus 0,10 on väike, 0,24 mõõdukas ja 0,37 suur efekti suurus.

## Tulemused

### Kirjeldav statistika ja esmased analüüsid

Lõplikku valimisse ( $n=136$ ) kuulus 122 naissoost osalejat (89,7%), 13 meessoost osalejat (9,6%), 1 soo avaldamist mitte sooviv osaleja (0,7%). Osalejad olid vanusevahemikus 16-26 aastat, keskmine vanus 22,2 aastat ( $SD=2,9$ ). Noored said Peahea teenuse raames 1-7 nõustamiskohtumist, keskmiselt 5,4 ( $SD=1,4$ ), mood=6 (86 osalejat ehk 63% said 6 kohtumist).

Teenusele registreerides said osalejad valida ühe või mitu pöördumise põhjust (ärevuse tunnused, depressiooni tunnused, keskendumisraskused, suhtlemisprobleemid, uneprobleemid) - ainult ühe põhjuse valis 29 inimest, 2 või enam põhjust kategooriat valis 107 inimest. Pöördumise põhjuste alusel jaotati osalejad 4 gruppi: 1. Need, kes märkisid “depressiooni tunnused” kas eraldiseisvana või kaasvalt koos teiste tunnustega, aga mitte koos ärevusega

(N=16); 2. Need, kes märkisid “ärevuse tunnused” kas eraldiseisvana või kaasuvalt koos teiste tunnustega, aga mitte koos depressiooniga (N=49); 3. Need, kes märkisid nii “depressiooni tunnused kui ärevuse tunnused” kas koos või ilma muude tunnusteta (N=52); 4. Need, kes märkisid ära muud tunnused kas üksi või eraldiseisvana, aga ilma ärevuse ja depressioonita (N=19).

Esmakohtumise läbiviimise süsteem muutus uuringu vältel nii, et esialgu viisid esmakohtumist läbi nõustaja ja kliiniline spetsialist koos ning hiljem nõustaja üksi. Üleminek esmakohtumistele ühe spetsialistiga toimus vahemikus september-detsember 2023 (sõltuvalt nõustajast ja tema valmisolekust). Kahe spetsialisti osalusel oli esmakohtumisi 90 (66%), ainult nõustaja osalusel oli esmakohtumisi 41 (30%), info puudus 5 osaleja (4%) kohta. Teenust viisid läbi 19 erinevat nõustajat. Lühisekkumist viidi läbi veebis 129 osalejale (95%), näost näkku 4 osalejale (2,5%), info puudus 4 osaleja kohta (2,5%). Kuna 95% osales teenusel veebi vahendusel, siis kohtumise viisi (veebis või reaalelus) muutujat analüüsidesse ei kaasatud.

Teiste vaimse tervise teenuste osas olid osalejatest 74 (54,4%) kas enne Peahea nõustamist, samal ajal või pärast Peahead saanud või jätkuvalt said teisi vaimse tervise teenuseid. Teisi vaimse tervise teenuseid ei olnud enne, samal ajal ega pärast saanud 59 osalejat (43,4%). Info puudus 3 osaleja (2,2%) kohta. Vaimse tervise ravimeid sai enne, teenusega samal või pärast teenust 32 osalejat (23,5%). Vaimse tervise ravimeid ei olnud enne, samal ajal ega teadaolevalt pärast teenust saanud 100 osalejat (73,5%). Info puudus 4 osaleja (3%) kohta. Teiste vaimse tervise teenuste ja ravimite andmete analüüsimisel ilmnas, et info kogumisel puudus selge arusaam, mida peetakse teiseks vaimse tervise teenuseks ja vaimse tervisega seotud ravimiks ning süsteem, kuidas määratletakse ja dokumenteeritakse teenuse ja ravimi saamist enne, samal ajal ja pärast Peahea nõustamist.

Mõned osalejad said lisaks Peahea sekkumisele samal ajal vajaduspõhiselt ka klassikalist nõustamist oma Peahea nõustajalt (nt. kui ilmnas erakorraline asjaolu, millega noor soovis pöörduda ja koostati kriisiplaan või kui Peahea sessiooniga alustades ilmnas, et kõige enam vajaks tähelepanu mõni teema, mis jäi Peahea raamistikust väljapoole). 119 noort (87,5%) ei saanud ühtegi Peahea välist kohtumist oma nõustajaga, 15 noort (11%) said 1 klassikalise

nõustamiskohtumise lisaks, 1 noor (0,75%) sai 2 klassikalist nõustamiskohtumist lisaks ja 1 noore (0,75%) kohta info puudus.

### *Mõõtmiste valimite suurused ja mõõtmiste ajapunktid*

Tabelist 1 on näha valimi suurus erinevatel mõõtmispunktidel ning mõõtmispunktide plaan katsedisainis ning tegelikult kujunenud olukord. Tegelik olukord ajapunktide osas kujunes katseplaanist erinevaks ning laialt varieeruvaks päevade arvu lõikes.

#### **Tabel 1.**

*Kohandatud EEK-küsimustike täitmise plaan katsedisainis ja tegelik olukord, millal küsimustikke täideti.*

Ajapunkt	Esialgne plaan katsedisainis	Tegelik olukord
EelEEK (N=136)	Saadetakse välja vahetult pärast registreerumist, täitmine enne esmakohtumist (päevade arv täpsustamata).	Täideti 0-74 päeva enne esmakohtumist (0 tähendab samal päeval). Keskmiselt 7,3 päeva enne (SD=9,5).
Järel1EEK (N=136)	Saadetakse välja kohe pärast viimast kohtumist, täitmise ajavahemik täpsustamata.	Täideti 0-263 pärast viimast kohtumist (0 tähendab samal päeval). Keskmiselt 59,1 päeva pärast (SD=53,4)
Järel2EEK (N=48, 35%)	Saadetakse välja 42 päeva pärast viimast kohtumist, täitmise ajavahemik täpsustamata.	Täideti 26-186 päeva pärast viimast kohtumist. Keskmiselt 86,7 päeva pärast (SD=38,3)
Järel3EEK (N=15, 11%)	Saadetakse välja 180 päeva pärast viimast kohtumist, täitmise ajavahemik täpsustamata.	Täideti 73-187 päeva pärast viimast kohtumist. Keskmiselt 122,3 päeva pärast (SD=42,5).

**Kohandatud EEK-küsimustike tulemused**

Eel- ja järelEEKide kirjeldavad tulemused on kajastatud tabelis 2.

**Tabel 2.**

*Eel- ja järelEEKide keskmised skoorid koos standardhälbe (SD), standardvea, miinimumi ja maksimumiga.*

	<b>EelEEK</b>	<b>Järel1EEK</b>	<b>Järel2EEK</b>	<b>Järel3EEK</b>
N	136	136	48	15
Keskmine (SD)	39,6 (11,2)	25,3 (10,6)	22,9 (11,6)	19,9 (13,6)
Standardviga	0,96	0,91	1,67	3,52
Min	12	3	4	3
Max	62	54	51	53

Valimi suuruste erinevuse tõttu teostati eraldi analüüsid eelEEK ja järel1EEK (N=136) skooride võrdluseks ning eelEEK, järel1EEK ja järel2EEK (N=48) skooride võrdluseks. Valimi väiksuse tõttu jäeti analüüsides välja järel3EEK (N=15) mõõtmise.

***Eel ja järelEEKide tulemuste võrdlused***

EelEEK-järel1EEK ning eelEEK-järel1EEK-järel2EEK skooride võrdluseks kasutati kordumõõtmistega ANOVAt. Seejuures EelEEK-järel1EEK-järel2EEK tulemuste analüüsimisel kasutati Huynh-Feldti korrigeerimise. Tulemused on kajastatud Tabelis 3 ja Joonisel 1.

**Tabel 3.**

*Kohandatud EEKi tulemuste võrdlused erinevatel ajapunktidel koos efektiivsusega.*

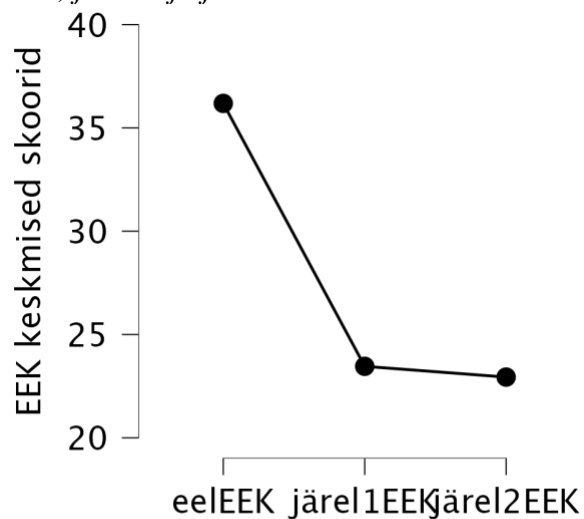
*Katseisikutesisesed efektid.*

	N	F	df	p	$\omega^2$
eelEEK-järel1EEK	136	235,30	1, 135	< 0,001	0,30
eelEEK-järel1EEK-järel2EEK	48	45,71	1,703; 80,032	< 0,001	0,22

Nii eelEEK-järel1EEK kui eelEEK-järel1EEK-järel2EEK tulemused on statistiliselt oluliselt erinevad. Efekti suurus viitab tugevale efektile.

**Joonis 1**

*Eel-, järel1- ja järel2EEKide keskmised skoorid.*



### ***EEK-küsimustike skooride muutuse sõltuvus erinevatest teguritest***

Selleks, et analüüsida millistest teguritest sõltub kohandatud EEK-küsimustike skooride vähenemine, tegin esmalt korrelatsioonianalüüsi (Tabel 4), et välja selgitada kuivõrd on vaimse tervise paranemine selgitatav lihtseoste abil ning seejärel viisin läbi EEKi skooridega oluliselt seotud muutujatega korduvmõõtmistega ANOVA (Tabel 5). Ülevaate andmiseks ja seoste suuna näitamiseks on korrelatsioonitabelis välja toodud ka seosed dihhotoomsete muutujatega.

**Tabel 4. Spearman rho korrelatsioonid statistilise olulisusega eel- ja järelEEKide, muutuse skooride, soo, vanuse, pöördumise murede arvu, samal ajal saadud teiste teenuste, samal ajal saadud vaimse tervise ravimite, Peahea kohtumiste arvu, klassikaliste lisanõustamiskohtumiste ja EEKidevahelise ajavahega.**

Muutuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. eelEEK	—													
2. järel1EEK	0,51	—												
3. järel2EEK	0,32 *	0,77 **	—											
4. Muutus1	0,52 **	-0,39 **	-0,44 *	—										
5. Muutus2	0,50 **	-0,31 *	-0,62 **	0,75 **	—									
6. Sugu <sup>1</sup>	-0,14	-0,14	-0,25	-0,03	0,11	—								
7. Vanus	-0,13	-0,14	-0,07	-0,01	0,09	-0,02	—							
8. Mure 1 või < <sup>2</sup>	0,30 **	0,22 *	0,20	0,13	-0,01	0,14	0,06	—						
9. Teine teenus <sup>3</sup>	0,14	0,01	0,20	0,13	0,09	0,04	0,11	0,22 *	—					
10. VT ravim <sup>4</sup>	0,18 *	0,13	0,12	0,03	0,05	-0,03	-0,05	0,19 *	0,41 **	—				
11. Peahea kohtumised	0,06	0,01	0,07	0,07	-0,05	-0,07	0,04	-0,01	-0,06	0,10	—			
12. Klassikalised kohtumised <sup>5</sup>	0,23 *	0,23 *	0,13	-0,01	0,08	-0,04	-0,18 *	0,14	0,24 *	0,09	-0,16	—		
13. eel-järel1 ajavahe päevades	-0,32 **	-0,34 **	-0,15	0,01	-8,43×10 <sup>-4</sup>	0,08	-0,03	-0,11	-0,01	-0,01	0,05	-0,05	—	
14. eel-järel2 ajavahe päevades	-0,08	-0,24	-0,18	0,12	0,03	0,010	-0,09	-0,02	-0,01	0,04	-0,12	0,13	1,00 **	—

*Märkus.*

Horisontaalteljel toodud numbrid klapiivad vertikaalteljel nimetatud muutujatega.

\*p<0,05; \*\*p<0,001

<sup>1</sup> Kodeeritud: N=1, M=2 ; <sup>2</sup> Kodeeritud: 1 mure=1, rohkem kui 1 mure=2; <sup>3</sup> Kodeeritud: teine teenus ei=0, jah=1; <sup>4</sup> Kodeeritud: VT ravim ei=0, jah=1,

<sup>5</sup> Kodeeritud: Klassikalised kohtumised: ei=0, jah=1.

Järgnevalt kajastan statistiliselt olulisi seoseid. Tulemustes ilmnesid ootuspärased mõõdukad ja tugevad positiivsed seosed eel- ja järelEEKide vahel ning EEKide ja muutuse skooride vahel. Nõrgemapoolsed positiivsed korrelatsioonid olid eelEEKil ja järel1EEKil pöördumise murega (kas pöörduti 1 või rohkemate muredega).

Nõrgem positiivne seos ilmnes Peaheale lisanduvate teiste vaimse tervise teenuste saamise ja rohkem kui ühe mure kategooria märgistamisel Peahea teenusele pöördumisel. Vaimse tervise ravimi saamine oli nõrgalt positiivselt seotud eelEEK skooriga, rohkemate märgistatud muredega Peahea teenusele pöördumisel ning mõõdukalt positiivselt seotud teiste vaimse tervise teenuste saamisega. Peaheale lisaks tehtud klassikalised nõustamiskohtumised olid nõrgemalt positiivselt seotud nii eelEEK kui järel1EEK tulemustega. Nõrgem negatiivne seos ilmnes vanusega ning nõrgem positiivne seos teiste teenuste saamisega. Mõõdukad negatiivsed seosed ilmnemid eel-järel1 ajavahe päevades ning eelEEK ja järelEEK skooride vahel.

Analüüsimaiks veel korrelatsioonide kaudu ilmnenuid seoseid EEKi skooride ja teiste muutujate vahel ning saamaks vastuseid 1. uurimisküsimusele, viisin läbi kordumõõtmistega ANOVA. Kaasasin analüüsi eelEEKi ja järel1EEKi, kuna nendega ilmnem korrelatsioonides olulisi seoseid, järel2EEKiga olulisi seoseid ei ilmnenuid. Muutujad lisasin osalejate-vahelisteks faktoriteks (*between subjects factors*) või kovariaadiks, vastavalt skaala sobivusele. Analüüsi lisandus ka pöördumise põhjuse jaotus - depressioon, ärevus, depressioon ja ärevus või muu, mis jäi korrelatsioonianalüüsist välja, kuna ei ole dihhotoomne ega arvulise mõõteskaala muutuja. Kordumõõtmistega ANOVA katseisikute sisesed efektid koos interaktsiooniga on Tabelis 5. Katseisikutevahelised efektid on Tabelis 6.

**Tabel 5**

*eelEEK ja järelEEK tulemuste võrdlused koos interaktsiooniga potentsiaalselt mõjutavate muutujatega. Katseisikute sisesed efektid.*

Muutuja	(N=136)	F	df	p	$\omega^2$
Mure arv (üks või rohkem) <sup>1</sup>	EEKid	140,85	1, 134	< 0,001	0,21
	EEKid * Üks või rohkem				
	mure	1,60	1, 134	0,21	0,001
Pöördumise põhjus <sup>2</sup>	EEKid	168,94	1, 132	<0,001	0,26
	EEKid * Pöördumise põhjus				
	põhjus	3,16	3, 132	0,03	0,009
Klassikaline nõustamine lisaks <sup>3</sup>	EEKid	13,93	1,132	<0,001	0,03
	EEKid * Klassikaline nõust.				
	nõust.	0,001	2,132	0,99	0,00
eel- ja järelEEK vahe <sup>4</sup>	EEKid	25,32	1, 134	<0 001	0,05
	EEKid * eel ja järel vahe				
		0,44	1, 134	0,51	0,00

*Märkus.* <sup>1</sup> Kodeeritud: 1 mure=1, rohkem kui 1 mure=2; <sup>2</sup> Kodeeritud: Depressioon=D, ärevus=Ä, depressioon ja ärevus=ÄD, muu=MUU; <sup>3</sup> Kodeeritud: Klassikaline nõustamine lisaks ei=0, jah=1, <sup>4</sup> Kasutatud kovariaadina arvulisel skaalal.

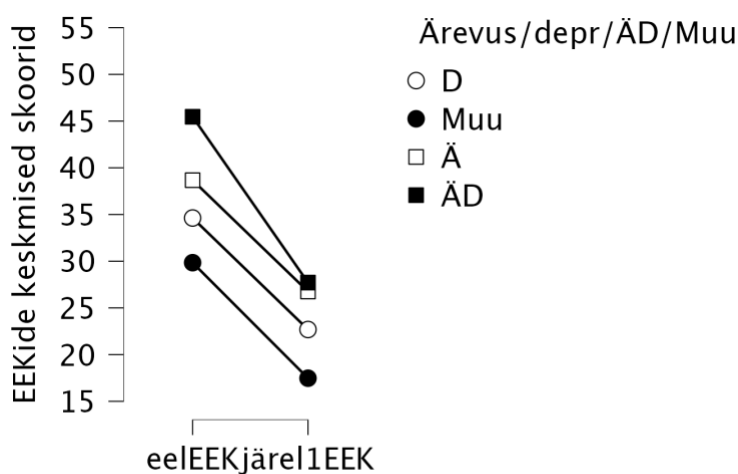
Tulemuste järgi ei oma asjaolud, kas noorel oli üks või rohkem mure pöördumisel, kas ta sai lisaks klassikalise nõustamiskohtumisi ning kui suur ajavahe oli eel- ja järelEEKide vahel, statistiliselt olulist mõju eel- ja järelEEKide skooride muutusele.

Oluline seos mõõduka efekti suurusega ( $F=3,16$  (3, 132);  $p=0,03$ ;  $\eta^2_p=0,07$ ) ilmnes lühisekkumisel osaleja ise märgitud pöördumise põhjuse osas, mille täpsemaks analüüsimiseks kasutasin *post-hoc* testi Bonferroni korrigeerimisega. *Post-hoc* testi gruppide võrdlusest (Joonis 2) ilmnes, et ärevuse ja depressiooni murega pöördujatel (ÄD) oli eelEEKi keskmine skoor statistiliselt oluliselt suurem kõigist teistest (võrdluseks depressiooni (D) murega pöördujatel

MD=-10,8; SE=2,9; p=0,006; ärevuse (Ä) murega pöördujatel MD=-6,8; SE=2,0; p=0,02; muude (MUU) muredega pöördujatel MD=-15,6; SE=2,7; p<0,001). Seejuures järeltõestuse arvestuses ilmnes statistiliselt oluline erinevus keskmistes skoorides vaid muude (MUU) muredega pöördujatega võrreldes (MD=-9,3; SE=2,7; p=0,005).

## Joonis 2

*Erinevate pöördumisel märgitud probleemidega gruppide keskmised EEK-skoorid eel ja järeltõestuspunktid.*



*Märkus.* Ärevuse (Ä) probleemiga pöördujad, depressiooni (D) probleemiga pöördujad, ärevuse ja depressiooni (ÄD) probleemiga pöördujad, muu (MUU) probleemiga pöördujad.

Katseisikutevaheliste efektide osas (Tabel 6) osutusid statistiliselt oluliseks kõik tulemused. See tähendab, et EEKide skoorid kokkuvõtvalt erinesid olulisel määral sõltuvalt katseisikutevahelistest muutujatest, mis kinnitab korrelatsioonitabelis 4 ilmnunud seoseid.

**Tabel 6**

*Katseisikutevahelised efektid: eelEEK ja järelEEK tulemuste võrdlused koos potentsiaalselt mõjutavate muutujatega.*

<b>Muutuja</b>	<b>F</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b><math>\omega^2</math></b>
Mure arv (üks või rohkem)	13,32	1, 134	<0,001	0,004
Pöördumise põhjus	11,9	3, 132	<0,001	0,06
Klassikaline nõustamine				
lisaks	9,7	1,134	0,002	0,03
eel- ja järelEEK vahe	24,7	1, 134	<0,001	-

*Märkus.* <sup>1</sup> Kodeeritud: 1 mure=1, rohkem kui 1 mure=2; <sup>2</sup> Kodeeritud: Depressioon=D, ärevus=Ä, depressioon ja ärevus=ÄD, muu=MUU; <sup>3</sup> Kodeeritud: Klassikaline nõustamine lisaks ei=0, jah=1, <sup>4</sup> Kasutatud kovariaadina arvuksel skaalal.

Täpsemaks analüüsimiseks kasutasin *post-hoc* teste Bonferroni korrigeerimisega, mis aitas täpsustada korrelatsioonidest ilmnenuid seoseid. *Post-hoc* testi tulemused näitasid, et nende noorte, kes pöördusid rohkem kui 1 murega, keskmised EEKide skoorid olid kõrgemad noortest, kes pöördusid 1 murega (MD=7,0; SE=1,9; p<0,001). Pöördumise põhjuse osas olid EEKide skoorid oluliselt väiksemad noortel, kes pöördusid ainult (1) depressiooni murega või (2) muude muredega noortest, kes pöördusid ärevuse ja depressiooni muredega, vastavalt (1) MD=-7,9; SE=2,4; p=0,009; (2) MD=-12,9; SE=2,3; p<0,001). Lisanduvate klassikaliste nõustamiskohtumiste osas oli kõrgem EEKide skoor noortel, kes said klassikalisi kohtumisi noortest, kes neid ei saanud (MD=-7,4; SE=2,4; p=0,002). Kuna eel- ja järelEEK ajavahe päevades lisati arvuksel skaalal, siis sellega muutujaga *post-hoc* testi teha ei saanud, kuid korrelatsioonitabelist ilmneb, et muutuse suund oli negatiivne, seega noored, kelle EEKide skoorid olid suuremad, võisid täita EEK küsimustikke teistest varem.

***Kohandatud EEK-küsimustiku skooride võrdlus skaalade äralõikepunktidega ja skooride erinevused alaskaalade kaupa***

EEK-2 skaalade puhul on kasutusel äralõikepunktid, millest suurem skoor võib viidata tõsisemale probleemile. Vastamaks uurimisküsimusele 2, võrdlesin skaalade kaupa keskmisi skooore äralõikepunktidega. Nähtub, et eelEEKide puhul ületasid kõik keskmised skoorid äralõikepunkti ning kõigi järelEEKide puhul jäid keskmised skoorid äralõikepunktidest madalamaks (Tabel 7).

**Tabel 7**

*Kohandatud EEKi alaskaalade keskmised skoorid koos usalduspiiridega enne ja pärast ajapunktide võrdluses EEK-2 äralõikepunktidega. Keskmiste skoorid erinevused mitteparameetriselise t-testi järgi koos statistilise olulise ja efekti suurusega (Rank Biserial Correlation RBC).*

Skaala	ÄP	EelEEK M±SD (95% CI)	Järe1EEK M±SD (95% CI)	Järe2EEK M±SD (95% CI)	T-testi tulemused Võrdluspaar (z; p; RBC)
Depressioon	>11	16,2 ± 5,7	9,7 ± 5,2	8,5 ± 5,5	Eel-järe11 (8,88; <0,001; 0,89)
		(15,22...17,15)	(8,86-10,61)	(6,86-10,06)	Eel-järe12 (4,45; <0,001; 0,75)
					Järe11-järe12 (0,87; 0,38; 0,16)
Üldärevus	>11	14,6 ± 4,4	9,5 ± 3,9	8,6 ± 4,7	Eel-järe11 (9,34; <0,001; 0,95)
		(13,86-15,35)	(8,86-10,2)	(7,24-9,96)	Eel-järe12 (5,48; <0,001; 0,94)
					Järe11-järe12 (0,84; 0,40; 0,15)
Uni	>5	5,0 ± 3,0	3,5 ± 2,4	3,4 ± 2,6	Eel-järe11 (5,43; <0,001; 0,59)
		(4,53-5,54)	(3,11-3,93)	(2,65-4,14)	Eel-järe12 (3,07; 0,002; 0,56)
					Järe11-järe12 (-0,07; 0,95; -0,02)
Sotsiaalfoobia	>3	3,7 ± 2,2	2,6 ± 2,0	2,5 ± 2,0	Eel-järe11 (6,47; <0,001; 0,73)
		(3,36-4,11)	(2,22-2,9)	(1,89-3,07)	Eel-järe12 (3,73; <0,001; 0,73)
					Järe11-järe12 (1,00; 0,31; 0,21)

*Märkus.* EelEEK N=136; Järe1EEK N=136; Järe2EEK=48.

Selgitamaks välja, kas statistiliselt olulisel määral noori oli saanud pärast sekkumist äralõikepunktist väiksema tulemuse, kasutati Pearsoni  $\chi^2$  testi (Tabel 8).

**Tabel 8**

*Osalejate arv ja %, kes said enne ja pärast sekkumist äralõikepunktist (ÄP) suurema skoori.*

*Võrdluspaarid EEK skaalade kaupa koos  $\chi^2$  statistiku, vabadusastmete ja statistilise olulisusega.*

Skaala	EelEEK >ÄP	Järele1EEK >ÄP	Järele2EEK >ÄP	Võrdluspaar ( $\chi^2$ ; df; p)
Depressioon	N=108 (79%)	N=43 (32%)	N=15	Eel-järele1 (9,8; 1; 0,002) Eel-järele2 (0,4; 1; 0,5)
Üldärevus	N=104 (77%)	N=41 (30%)	N=12	Eel-järele1(11,3; 1; <0,001) Eel-järele2 (6,6; 1; 0,01)
Uni	N=59 (43%)	N=22 (16%)	N=10	Eel-järele1 (9,2; 1; 0,002) Eel-järele2 (2,2; 1; 0,1)
Sotsiaalloobia	N=76 (56%)	N=43 (32%)	N=12	Eel-järele1 (13,7; 1; <0,001) Eel-järele2 (10,0; 1; 0,002)

*Märkus.* Kuna järele2EEK valim (N=48) oli väiksem eelEEK ja järele1EEK valimist (N=136), ei lisatud Järele2EEK>ÄP tulpa %, et mitte segadust tekitada.

Eel-järele1 N=136; eel-järele2 N=48.

Kodeeritud äralõikepunktist suurem skoor=jah, äralõikepunktist väiksem skoor=ei.

Tulemustest ilmneb, et eel-järele1 mõõtmiste puhul oli kõikidel skaaladel statistiliselt oluline noorte osakaal, kes said järelmõõtmisel äralõikepunktist madalama tulemuse. Eel-järele2 ajapunktide võrdlusel oli statistiliselt oluline erinevus püsima jäänud üldistunud ärevuse ja sotsiaalloobi alaskaaladel, aga mitte depressiooni ja une alaskaalade puhul.

Vastamaks uurimisküsimusele 3 oli vaja välja selgitada kohandatud EEK-küsimustiku tulemuste skooride erinevused skaalade kaupa erinevatel ajapunktidel. Selleks kasutasin mitteparameetrilisi sõltuvate gruppide t-teste. Mitteparameetrilised testid valiti, kuna 12st paarist 6 ei vastanud normaaljaotusele. Mitteparameetriliste t-testide tulemused on toodud Tabelis 7.

Tulemustest ilmneb, et kõikidel uuritud skaaladel (depressiooni, üldistunud ärevuse, une ja sotsiaalloobia skaalad) erinevad eelmõõtmiste skoorid statistiliselt olulisel määral ( $p<0,001$ )

nii järel1 kui järel2 mõõtmistest. Järel1 ja järel2 mõõtmistulemuste skooride vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmne.

### Järeldused

Magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada põhjalikult Peahea lühisekkumise läbiviimist ning uurida, kas ja kuidas mõjutab lühisekkumine esimesel tegevusperioodil 16-26 aastaste noorte vaimse tervise probleeme kohandatud EEK-küsimustikule tuginedes. Uuringu ehitasime üles toetudes BIYMH Austraalia uuringule, et tekiks võrdlusmoment originaalsekkumise ja Eesti olude jaoks tõlgitud ning kohandatud sekkumise tulemuste vahel. Potentsiaalsete mõjuteguritena võtsime arvesse noore soo, vanuse nagu Austraalia uuringus, kuid lisaks ka pöördumise põhjuse, sekkumiskohtumiste arvu, sekkumise läbiviimise kanali (*online* või reaalelu), Peahea sekkumisega samal ajal lisaks saadud klassikalised nõustamiskohtumised, enne/samal ajal/pärast saadud vaimse tervise ravimid, enne/samal ajal/pärast saadud teised vaimse tervise teenused. Magistritöös leidsin, et EEK-küsimustike skoorid vähenesid kahel järelmõõtmisel olulisel määral võrreldes eelmõõtmisega ning potentsiaalsed mõjutegurid mõjutasid tulemust erineval määral. Skooride vähenemine olulisel määral ilmnis võrreldes nii summeeritud skoores kui alaskaalasisid.

### Kohandatud EEK-küsimustike skooride vähenemine Peahea lühisekkumise järgselt

Magistritöös püstitasin hüpoteesi, et Peahea lühisekkumise järgselt vähenevad sekkumisgrupi kohandatud EEK-küsimustike depressiooni, üldistunud ärevuse, une ja sotsiaalloobia alaskaalade summeeritud skoorid võrreldes sekkumiseelsete summeeritud skooridega. Hüpotees leidis kinnitust, sest võrreldes eelmõõtmist eraldi nii ühe kui kahe järelmõõtmisega vähenesid skoorid statistiliselt olulisel määral. Efekti suurus viitas tugevale efektile, samal ajal kui kirjanduses on ilmnenu Weisz jt (2017) metaanalüüsist mõõdukas efekt alaealistele suunatud psühholoogilise teraapia osas ning Medina jt (2022) viitasid oma metaanalüüsis väga suurele efekti suuruste varieeruvusele noortele täiskasvanutele suunatud psühholoogiliste sekkumiste osas. Käesoleva töö tulemuste osas tuleb olla konservatiivne ja teha tagasihoidlikke järeldusi, sest esiteks ei ole mõistlik võrrelda üksikut uuringut metaanalüüside

efektisuurustega ning teiseks oli siinses uuringus palju piiranguid, mida järgnevatel lehekülgedel detailsemalt käsitlen.

### **Millistest teguritest sõltub kohandatud EEK-küsimustike skooride muutus?**

Esimese uurimisküsimusena soovisime teada, millistest muutujatest sõltub kohandatud EEK-küsimustike skooride muutus. Tulemustes ei osutu olulisteks mõjutajateks sugu, vanus, sekkumiskohtumiste arv ja teised vaimse tervise teenused. Soo ja vanuse osas jõudsid sarnasele tulemusele ka Schley jt (2019) Austraalia BIYMH lühisekkumise originaaluuringus.

Meie uuringu korrelatsioonianalüüsis ilmnisid nõrgad kuni mõõdukad olulised seosed (1) EEKi tulemuste ning pöördumise mure arvu (üks või rohkem) vahel, (2) eelEEKi tulemuse ja vaimse tervise ravimite vahel, (3) EEKi tulemuste ja Peahea sekkumisele lisaks saadud klassikaliste nõustamiskohtumiste läbimise ning (4) eel- ja järelEEKide täitmise ajavahe vahel. Korrelatsioonid viitavad loogilistele seostele - (1) need, kellel on eel- ja järelEEKide skoorid kõrgemad, kipub olema ka rohkem muresid pöördumisel, (2) need, kes võtavad või on võtnud või vajavad pärast teenust vaimse tervisega seotud ravimit võivad saada eelEEKis veidi kõrgema skoori, (3) neil, kes vajavad lisaks Peaheale ka 1-2 klassikalist nõustamiskohtumist Peahea nõustajaga, võivad olla veidi kõrgemad eel- ja järelEEKide skoorid, (4) need, kes said eel- ja järelEEKide täitmisel kõrgemaid skoorid, kippusid täitma nii eel- kui järelküsimustikke teistest varem.

Eelnenud loetelust üks Peahea teenuse korralduse praktilise poole pealt mõtlemapanevam seos on klassikaliste nõustamiskohtumiste lisavajadus neile, kel on kõrgemad EEKi skoorid. See võib viidata teenuse paindlikkuse olulisusele nende jaoks, kelle vaimse tervise raskused on suuremad, et väljaspool Peahea raamistikku tegeleda mõne kriisiolukorra või muu murega.

Samu seoseid kinnitas ka korduvmõõtmistega ANOVA ja analüüsis ilmnis ka see, et EEKide skooride muutuse suurus antud muutujatest ei sõltunud. Seega võib seda tõlgendada, et kuigi ühel või teisel puhul olid EEKide skoorid oluliselt erinevad, siis järelEEKi skoori

paranemine oli kõigil noortel ühtmoodi oluline. Ainus muutuja, mis ka skoori muutuse ulatusele mõju avaldas, oli pöördumise põhjus, mille noor registreerides ise ära märkis. Tulemused näitavad, et noored, kes märkisid pöördumisel ära nii depressiooni kui ärevuse tunnused, said eelnevalt oluliselt kõrgema skoori teistest, kes olid ärevuse ja depressiooni märkinud eraldiseisvana või märkinud pöördumiseks muud põhjused. Samad noored sarnanesid järelnevalt skooride poolest ainult depressiooni või ainult ärevuse pöördumisel välja toonud noorte skooridele. See tulemus viitab, et need, kellel on enne Peahea sekkumist suuremad skoorid, võivad tõenäoliselt paraneda rohkem ehk teha läbi suurema skoori muutuse. Teisest küljest näitab see ka, et Peahea sekkumine võib sobida ka neile noortele, kellel on mitu erinevat tõsisemat probleemi korraga (nt. depressiooni ja ärevuse tunnused samaaegselt). Oluline on meeles pidada, et kõik noored läbisid individuaalse Peahea kriteeriumitele vastavuse hindamise, mis aitab valida sekkumisse sinna rohkem sobivad noored, kelle probleemide keerukus ei oleks liiga suur.

Eelnimetatud seosed ei ole loomulikult ammendavad ja vajaksid suurema valimi ja kontrollgrupiga uurimist ning võib-olla ka teiste statistiliste meetodikate kasutamist. Oluliste seoste mitteilmnemist võis tekitada ka fakt, et mitmed uuritavad grupid olid ebavõrdse suurusega. Näiteks oli meeste osakaal niivõrd väike, et sooliste erinevuste tuvastamine võibki olla võimatu. Samas selgus ka Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringust (TAI, TÜ 2022), et tüdrukud kasutavad vaimse tervise teenuseid rohkem, kui poisid nii, et osalus peegeldab reaalelu. Ebavõrdsed grupid moodustusid ka pöördumise põhjuse ja vaimse tervise ravimite võtmise osas. Lisaks polnud käesolevas uuringus valimi väiksuse tõttu võimalik arvesse võtta nõustajate faktorit, kuid suurema valimi puhul võiks statistilise meetodina kaaluda näiteks lineaarsete segatüüpi mudelite kasutamist, mida on varasemalt edukalt vaimse tervise sekkumiste uurimiseks kasutatud (Haugland jt, 2020).

Analüüsi polnud võimalik kaasata sekkumise läbiviimise kanalit (*online* või päriselu), kuna vaid üksikud noored osalesid nõustamisel päriselus. Noorte valik osaleda sekkumisel *online*s näitab ühest küljest nende suurt valmisolekut rakendada tehnoloogilisi võimalusi efektiivsel moel enda tervise heaks. Teisest küljest peame silmas pidama, et reaalelus oli

võimalik kohtuda vaid Tallinnas ja Tartus, mis võis olla mujalt Eestist pärit noortele tugev piirang nii, et *online* osalemine ei pruukinud neil juhtudel olla esmavalik, vaid sundvalik. Magistritöös ei analüüsinud ma Peahea lühisekkumist saanud noorte piirkondlikku jaotust, kuid seda võiks tulevikus teha. Veebipõhiste vaimse tervise teenuste pakkumise olulisust teenuste kättesaadavuse parandamiseks on viimastel aastatel aina rohkem rõhutatud teaduskirjanduses (Mei jt, 2020; Uhlhaas jt, 2023). Seega on oluline panustada just veebipõhiste teenuste teaduslikku uurimisse ka päriselu kontekstis ja uuringute replikeerimisse (Uhlhaas jt, 2023), mille osas käesoleva uuringu näol saame anda tagasihoidliku seemne.

### **Kui oluline hulk osalejatest liigub Peahea sekkumise tulemusel EEK-küsimustiku alaskaaladel allapoole äralõikepunkti?**

Teise uurimisküsimuse vastusena saime teada, et enne sekkumist olid keskmised skoorid alaskaalade kaupa üle äralõikepunkti ning pärast sekkumist langesid keskmised skoorid allapoole äralõikepunkti. Kuigi see meetodika ei vasta päris kliinilise raskusastme defineerimise rahvusvahelistele standarditele, võib seda pidada siiski sammuks kliinilise raskusastme määramise suunas. EEK-2 küsimustiku skoorimise juhendist võib järeldada, et sekkumise eelselt olid keskmised skoorid kõrgemal kliinilisel raskusastmel, mis võib viidata vaimse tervise häire olemasolule ning sekkumisjärgselt liikusid keskmised skoorid madalamale kliinilisele raskusastmele, kus vaimse tervise häire esinemine on vähemtõenäoline. Eel- ja järel1EEK skooride võrdluses sai oluline osakaal noortest järelmõõtmisel äralõikepunktist madalama tulemuse ehk nende skoorid ei viitanud enam vaimse tervise häire olemasolule. Lisades võrdluspunktina juurde järel2-EEK skoorid näeme, et efekt jääb püsima ärevusega seotud alaskaaladel (üldistunud ärevus, sotsiaalfobia), aga kaob ära depressiooni ja unega seotud alaskaaladel. Tulemus sarnaneb mõnevõrra varasemalt Weisz jt (2017) metaanalüüsi tulemustele, kus psühholoogilise teraapia efekt oli suurem ärevusega seotud probleemidele ning väiksem depressiooniga seotud probleemidele. Peahea sekkumise aluseks oleva BIYMH sekkumise uuringuga (Schley jt, 2019) võrdlust luua on keeruline, kuna seal kasutatakse Hickie jt (2013) kliiniliste raskusastmete mudelit, mis koosneb kuuest astmest.

**Mil määral erinevad tulemused kohandatud EEK-küsimustike alaskaalade lõikes?**

Vastusena kolmandale uurimisküsimusele saime teada, et võrreldes kohandatud EEK-küsimustike eel- ja järelskooride alaskaalade (depressioon, üldistunud ärevus, uni, sotsiaalsoofoobia) kaupa, ilmnesid statistiliselt olulised erinevused kõikidel vaatluse all olnud alaskaaladel. Efektisuurused olid tugevad, kõige tugevamad üldistunud ärevuse osas. Magistritöö tulemustele tuginedes saab suures pildis öelda, et kõikidel alaskaaladel olid olulised positiivsed muutused, mis jäid eelskooriga võrreldes püsima nii järel1 kui järel2 mõõtmise ajapunktides. Kahjuks ei saa siin täpsemat ajalist määratlust anda, kui kaua efektid püsida võiksid, sest nii järel1 kui järel2 mõõtmised olid osalejatel tehtud väga erinevates ajapunktides. Kuna puudus ka kontrollgrupp, siis ei saa väita, et skoorid just tänu Peahea sekkumisele paranesid - tegemist võis olla ka näiteks muudel põhjustel seisundi paranemisega aja jooksul. Ühtlustades järgmistes uuringutes ajapunkte ning kaasates kontrollgrupi, saaks ka täpsemalt uurida, kas efektid on seotud Peahea sekkumisega ja kui kaua efektid püsida võiksid.

**Uuringu piirangud ja soovitused Peahea sekkumise korralduse ja andmete kogumise parendamiseks**

Uuringus esines olulisel määral erinevaid piiranguid, mille seome kokku soovitustega edaspidiseks Peahea sekkumise korralduse ja andmete kogumise parendamiseks. Magistritöö üheks eesmärgiks oli hinnata uuringu teostatavust, märgata kitsaskohti ja teha parendusettepanekuid järgmisteks uuringuteks.

Üheks suurimaks piiranguks võib pidada kontrollgrupi puudumist. Kuna puudub võrdlusbaas sarnase eelEEK skooridega grupiga, kes ei saaks vaimset tervist toetavat teenust või saaks mõnda muud teenust, siis ei saa ka Peahea lühisekkumise tulemuste kohta järeldusi teha. Seega oleks peamine soovitus teha järgmine uuring kontrollgrupiga ning võimalusel randomiseeritud kontrollitud tingimustel. Üks võimalus selleks oleks luua süsteem, kuidas osad teenusele pöördujad suunata randomiseerimismeetodil teatud ajaperioodiks ootenimekirja. See nõuab selget protokollit ja läbimõtet, kuna tegemist on siiski reaalelus toimiva teenusega, kuhu noored end ise registreerivad. Teine võimalus oleks kaasata kontrollgrupina piisav hulk samas vanuses noori näiteks keskkoolidest ja kõrgkoolidest, kes täidaksid enne ja pärast

küsimustikke ning nende seast kontrollgruppi lisada need, kelle eelküsimustike tulemused on võrreldavad teenusesaajate omaga ning vastavad ka muudele olulistele seatud kriteeriumitele.

Teiseks piiranguks on väike valim, mis puudutab eriti järelmõõtmisi, kus esimesel järelmõõtmisel oli välja langenud 38% kõigist Peahea lühisekkumist saanutest, teisel järelmõõtmisel oli välja langenud 65% esimese järelmõõtmise valimist ning kolmandal järelmõõtmisel välja langenud 89% esimese järelmõõtmise teinud valimist. Väljalangevus uuringutel on tavapärase nähtus, kuid suur väljalangevus seab kahtluse alla uuringu valiidsuse, kuna tekib küsimus, kas väljalangemine oli juhuslik või ühendab väljalangejaid miski, mis eristab neid nendest, kes järelküsimustikke täitsid (Dupuis jt, 2019). Üheks oluliseks teguriks siinkohal võib olla küsimustike täitmine kaugteel *onlines*, mida käsitlen täpsemalt ülejäärgmises piirangupunktis. Arvestades suurt väljalangevust oleks oluline esialgset valimit suurendada ehk pakkuda Peahea teenust rohkematele noortele või koguda andmeid pikema aja vältel. Suurem valim võimaldaks tõenäoliselt ka adekvaatsema suurusega võrdlusgruppe.

Kolmandaks piiranguks on kohandatud EEK-2 küsimustiku rakendamine uuringus. Kindel soovitus on edaspidi kasutada EEK-2 küsimustiku originaali koos täitmise juhisega. Kuna kohandatud EEK küsimustikus oli depressiooni ja ärevuse alaskaaladel kaks küsimust vähesel määral, kuid siiski ümber sõnastatud ning ka küsimuste järjekorda oli muudetud, ei saa EEKi tulemustest olulisi järeldusi teha.

Neljandaks piiranguks on EEK-küsimustike kasutamine elektroonsel kujul kaugteel, mis tekitas olukorra, kus nii eel- kui järelvastamiste ajapunktide varieeruvus oli väga suur ning osalejate skoorid ei pruugi olla ajapunktide osas võrreldavad. Elektroonsel kujul kaugteel osaleja poolt raporteeritud tulemusnäitaja kasutamine iseenesest omab nii plusse kui ka teatavaid miinuseid. Eneseraporteeritud mõõdikud, mida osaleja saab täita kaugteel, teevad osalemise mugavamaks, odavamaks, tõstavad andmete kvaliteeti (vähenevad andmete digitaliseerimisel tekkivad vead), suurendavad vastajate hulka (vs. kohapeale vastama tulemine), kuid samal ajal võivad osalejates tekitada kõhklusi privaatsuse kaitsmise osas ja tehnilisi tõrkeid (Meirte jt, 2020). Seega ei ole küsimus selles, et peaks küsimustike täitmise kaugteel lõpetama, vaid pigem,

kuidas see operatsionaliseerida nii, et maksimeerida vastamise tõenäosust ja seda just oodatud ajaraamis. Siin võivad abiks olla soovitusel nii noorte vaimse tervise digiteenustelt väljakukkumist kajastava metaanalüüsist (Prior jt, 2023) kui patsientide eneseraporteeritud e-tulemusmõõdikute süsteemsest ülevaatest (Meirte jt, 2020). Toon järgnevalt nendest artiklitest välja Peaheale asjakohased soovitusel. Kindlasti on oluline teenusel osalejatele süsteemset ja arusaadavat infot jagada selle kohta, et küsimustikud elektroonselt neile meilile tulevad ning selgitada, miks nende täitmine oluline on nii uuringu jaoks kui osalejale endale. Väga oluline on selgitada privaatsuse tagamise aspekte, et pakkuda kindlustunnet. E-küsimustikud peaksid olema lihtsad, minimalistlikud, kergesti täidetavad ja väga hea kasutajakogemusega ning nende saatmisele peaks lisama julgustavaid sõnumeid, mis motiveeriks täitma. Oluline on selgitada, millistes seadmetes küsimustikke täita saab ning looma tehnilisi lahendusi, et need oleksid täidetavad lisaks arvutile ka erinevates nutiseadmetes (eriti arvestades noorte sihtgruppi). Vajadusel peaksid e-küsimustikud olema ka suhtluskanal teenusel osaleja ja nõustaja vahel nii, et viimane saab osalejaga kontakti võtta, kui küsimustiku vastustest ilmneb vajadus. Teadusuuringu kontekstis peab selles osas väga selge protokoll looma, sest vastasel korral hakkavad lisa kontaktivõtmised potentsiaalselt mõjutama tulemusi. Just noorte seisukohast on leitud tõhus olevat SMSi teel meeldetuletused ehk kui küsimustik saadetakse meilile, siis lisada juurde automaatne julgustav SMS noorele asjakohase infoga. Lisaks eelnevatele soovitustele võiks järgnevas uuringus kaaluda ennetavalt ajapunktidele piirangute seadmise ehk luua protokoll kui mitme päevast varieeruvust erinevatele vastamise ajapunktidele lubada.

Viiendaks piiranguks oli see, et nõustajad lähenesid kohati andmete kogumisele ja süstematiseerimisele erinevalt ehk tuleks luua selgem protokoll, mida jälgida. Mõned ettepanekud sel teemal on: (1) Kui osadel klientidel on ainult üks või paar kohtumist, siis võiks üles märkida põhjuse, miks klient rohkem ei osalenud (nt. suunati teisele teenusele või teise teenusepakkuja juurde, klient ise ei reageerinud enam ja ei ilmunud kohale vms); (2) Ka rohkema arvu kohtumiste osas võiks märkida, kas teenus lõpetati ühisel otsusel ja kokkuleppel või klient jättis teenuse pooleli - hetkel see info puudub; (3) Tulemuste raportit oleks oluline täita kõikide klientide puhul, kuna seal on olulist infot, mis seda täitmata kaotsi läheb (info läbitud moodulite, teiste teenuste, ravimite jms kohta jääb teadmata); (4) Selget protokollit vajab ka VT

ravimeid ja teisi VT ravimeid puudutava info ülesmärkimine - mida tähendab enne, teenuse ajal ja pärast teenust ja kuidas märkida, kui kehtib ainult üks neist või kehtib mitu erinevates kombinatsioonides? Lisaks oleks vaja selgelt määratleda ja ühtselt märkida, mida peetakse vaimse tervise ravimiks ja mida teiseks vaimse tervise teenuseks (kas perearsti visiit on vaimse tervise teenus või on seda ainult teatud juhul? Kas ja millised alternatiivmeditsiini teenused siia alla kuuluvad?).

### **Edasised uurimisvõimalused**

Edasisi uurimisvõimalusi on mitmeid ja olen neid järelduste peatükis ka teksti sees välja toonud. Lühidalt kokku võttes on kindlasti oluline Peahea teenust edasi uurida, eriti kuna teenuse piloteerimise rahastus on saadud ja nüüd on oluline luua tugev tõendus põhine teadmine selle teenuse mõjust. Käesoleva uuringu edasiarendusena on oluline kaasata suurem valim ning ka kontrollgrupp. Vaja on rangemaid katseprotokolle ja välja töötatud süsteeme. Samas on oluline säilitada teenuse paindlikkus (näiteks Peaheale vajadusel lisaks klassikaliste nõustamiskohtumiste pakkumine). Käesolevatele tulemustele tuginedes julgen öelda, et oluline oleks jätkata teenuse pakkumist päriselutingimustes ja seda süsteemselt edasi uurida. Kliiniliste raskusastmete määramise osas enne ja pärast teenust võiks samuti rakendada mõnda rahvusvaheliselt tunnustatud süsteemi (nt. Hickie jt, 2013)).

### **Kokkuvõte**

Peahea lühisekkumine on Eestis kasutusel olnud alates veebruar 2023. a. ning selle mõju ei ole Eesti tingimustes varem uuritud. Ka lühisekkumise aluseks olevat Austraalia päritolu sekkumist BIYMH on vähe uuritud ning läbi ei ole viidud ühtegi randomiseeritud kliinilist uuringut. Käesolev magistr töö on osa esimesest Peahea lühisekkumise mõju-uuringust Eesti noorte vaimsele tervisele. Magistr töö uurisin kohandatud EEK-küsimustike skooride muutust enne ja pärast Peahea lühisekkumist. Tulemused näitasid, et kohandatud EEKide skoorid vähenesid statistiliselt olulisel määral. Seejuures oli kõige suurem skooride paranemine neil noortel, kes registreerimisel märkisid ära nii ärevuse kui depressiooni tunnused. Kui enne sekkumist olid keskmised skoorid ja statistiliselt oluline hulk noori EEKi skaaladel (depressioon, üldistunud ärevus, uni ja sotsiaalfobia) ülalpool äralõikepunkti viidates vaimse tervise häire

olemasolule, siis vahetult pärast sekkumist liikus statistiliselt oluline hulk noori ning ka keskmised skoorid allapoole äralõikepunkti, viidates vaimse tervise häirituse olulisele vähenemisele. Tulevikus tuleks lühisekkumise uurimisel parandada andmekogumise ja uuringu protokollide rangust, suurendada valimit ning kaasata kontrollgrupp ja võimalusel randomiseerida osalejaid. Randomiseeritud kontrollitud uuringu läbiviimine tähendaks samas teatud hulga noorte jaoks teenuse pakkumise edasilükkamist, mille kasusid ja kahjusid tuleb hinnata. Magistritöös tegin ettepanekuid edasise uurimise tarbeks.

### **Tänuõnad**

Soovin siiralt tänada oma juhendajat Kariina Laasi pühendunud toetuse eest. Soovin väga tänada ka Peahea projektijuht Andreas Holsti toe ja abi eest ning kõiki nõustajad, kes lühisekkumist läbi viisid ja andmeid kogusid. Loomulikult läheb suur tänu kõikidele noortele, kes Peahea teenusel osalesid. Lisaks südamest tänu Anna Leena Koržetsile ja Ethel Rosenfeldtile meie väikese uurimisgrupi toe eest. Viimaks suur tänu Sten Luiga stipendiumile, mille toel minu jaoks magistriõppe lõpetamine on võimalik olnud.

**Kasutatud kirjandus**

- Armstrong R. A. (2014). When to use the Bonferroni correction. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 34(5), 502–508. <https://doi.org/10.1111/opo.12131>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Brief interventions in youth mental health toolkit. Melbourne: Orygen, 2022.
- Cohen, K. A., & Schleider, J. L. (2022). Adolescent dropout from brief digital mental health interventions within and beyond randomized trials. *Internet interventions*, 27, 100496. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100496>
- Dupuis, M., Strippoli, M. F., Gholam-Rezaee, M., Preisig, M., & Vandeleur, C. L. (2019). Mental disorders, attrition at follow-up, and questionnaire non-completion in epidemiologic research. Illustrations from the CoLausPsyCoLaus study. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(4), e1805. <https://doi.org/10.1002/mpr.1805>
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool
- Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Arango, C., Berk, M., Patel, V., & Ioannidis, J. P. A. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 200–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D., & Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 55(9), 1022–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1022>
- Haugland, B. S. M., Haaland, Å. T., Baste, V., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Rapee, R. M., Raknes, S., Himle, J. A., Husabø, E., & Wergeland, G. J. (2020). Effectiveness of Brief and Standard School-Based Cognitive-Behavioral Interventions for Adolescents With Anxiety: A Randomized Noninferiority Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(4), 552–564.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.003>
- Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J., Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A., & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *The Medical journal of Australia*, 207(10), S5–S18. <https://doi.org/10.5694/mja17.00694>

- Hickie, I. B., Scott, E. M., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Guastella, A. J., Kaur, M., Sidis, A., Whitwell, B., Glozier, N., Davenport, T., Pantelis, C., Wood, S. J., & McGorry, P. D. (2013). Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 31–43. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00366.x>
- Hickie, I. B., Scott, E. M., Cross, S. P., Iorfino, F., Davenport, T. A., Guastella, A. J., Naismith, S. L., Carpenter, J. S., Rohleder, C., Crouse, J. J., Hermens, D. F., Koethe, D., Markus Leweke, F., Tickell, A. M., Sawrikar, V., & Scott, J. (2019). Right care, first time: a highly personalised and measurement-based care model to manage youth mental health. *The Medical journal of Australia*, 211 Suppl 9, S3–S46. <https://doi.org/10.5694/mja2.50383>
- Ilves, K., Kubre, M-A., Saapar, M., Ranver, R., Haring, L., Kastepõld-Tõrs, K. (2023a). Välisriikide madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendusmudelite analüüs ja stsenaariumite väljatöötamine astmelise psühholoogilise abisüsteemi rakendamiseks Eestis. Kasutatud 16.02.2024, [https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2023-03/RAKE\\_MIPS\\_1%C3%B5ppraport\\_ISBN.pdf](https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2023-03/RAKE_MIPS_1%C3%B5ppraport_ISBN.pdf)
- Ilves, K., Kubre, M-A., Timberg, M., Tubelt, E., Haring, L., Randver, R. (2023b). Eestis kasutatavate väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade. Kasutatud 26.01.2024, [https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2024-01/RAKE\\_VIPS\\_raport\\_ISBN.pdf](https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2024-01/RAKE_VIPS_raport_ISBN.pdf)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kisely, S., Looi, J.C. (2022). Latest evidence casts further doubt on the effectiveness of headspace. *The Medical journal of Australia*, 217: 388–390. doi: 10.5694/mja2.51700
- Kleinberg, A., Jaanson, P., Lehtmets, A., Aluoja, A., Vasar, V., Suija, K., Ööpik, P. (2011). Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst* 90(9): 431–446.
- Koržets, A.L. (2024). Depressiooni sümptomite QIDS-SR ja ärevuse sümptomite OASIS mõõtevahendite adapteerimine ja psühhomeetriliste omaduste hindamine. Magistritöö. Tartu Ülikool, psühholoogia õppekava.
- Lakens D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4, 863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Maailma Terviseorganisatsioon. (2021). Mental health of adolescents. Kasutatud 01.03.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- McEvoy, P., Landwehr, E., Percy, C., & Campbell, B. (2021). A clinician's guide to low intensity psychological interventions (LIPIs) for anxiety and depression. Western Australian Primary Health Alliance.
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., & Killackey, E. (2022). Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 61–76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
- McGrath, R. E., & Meyer, G. J. (2006). When effect sizes disagree: The case of r and d. *Psychological Methods*, 11, 386 – 401. doi:10.1037/1082-989X.11.4.386
- Medina, J. C., Paz, C., García-Mieres, H., Niño-Robles, N., Herrera, J. E., Feixas, G., & Montesano, A. (2022). Efficacy of psychological interventions for young adults with mild-to-moderate depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 152, 366–374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.034>
- Mei, C., Fitzsimons, J., Allen, N., Alvarez-Jimenez, M., Amminger, G. P., Browne, V., Cannon, M., Davis, M., Dooley, B., Hickie, I. B., Iyer, S., Killackey, E., Malla, A., Manion, I., Mathias, S., Pennell, K., Purcell, R., Rickwood, D., Singh, S. P., Wood, S. J., ... McGorry, P. D. (2020). Global research priorities for youth mental health. *Early intervention in psychiatry*, 14(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/eip.12878>
- Meirte, J., Hellemans, N., Anthonissen, M., Denteneer, L., Maertens, K., Moortgat, P., & Van Daele, U. (2020). Benefits and Disadvantages of Electronic Patient-reported Outcome Measures: Systematic Review. *JMIR perioperative medicine*, 3(1), e15588. <https://doi.org/10.2196/15588>
- Murphy, KR and Myors, B (2004) Statistical power analysis: A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests (2nd ed.). Lawrence Erlbaum, Mahwah NJ.
- Nichols, A. L., & Edlund, J. (Eds.). (2023). The Cambridge Handbook of Research Methods and Statistics for the Social and Behavioral Sciences Volume 1: Building a Program of Research (pp. 292-313). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009010054.015>
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245–249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Prior, E., Dorstyn, D., Taylor, A. *et al.* Attrition in Psychological mHealth Interventions for Young People: A Meta-Analysis. *J. technol. behav. sci.* (2023). <https://doi.org/10.1007/s41347-023-00362-x>
- Puttick, R., Ludlow, J. (2012). 'Standards of Evidence for Impact Investing.' London: Nesta.

- Rickwood, D. J., Telford, N. R., Mazzer, K. R., Parker, A. G., Tanti, C. J., & McGorry, P. D. (2015). The services provided to young people through the headspace centres across Australia. *The Medical journal of Australia*, 202(10), 533–536. <https://doi.org/10.5694/mja14.01695>
- Rosenfeldt, E. (2024). Peaasi.ee noortekeskuse Peahea nõustamisteenuse moodulipõhine analüüs. Magistritöö. Tartu Ülikool, psühholoogia õppekava.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression. *Biol Psychiatry*, 54, 573–583.
- Schley, C., Pace, N., Mann, R., McKenzie, C., McRoberts, A., & Parker, A. (2019). The headspace Brief Interventions Clinic: Increasing timely access to effective treatments for young people with early signs of mental health problems. *Early intervention in psychiatry*, 13(5), 1073–1082. <https://doi.org/10.1111/eip.12729>
- Shah, J. L., Scott, J., McGorry, P. D., Cross, S. P. M., Keshavan, M. S., Nelson, B., Wood, S. J., Marwaha, S., Yung, A. R., Scott, E. M., Öngür, D., Conus, P., Henry, C., Hickie, I. B., & International Working Group on Transdiagnostic Clinical Staging in Youth Mental Health (2020). Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 233–242. <https://doi.org/10.1002/wps.20745>
- Sisask, M. (toim) 2023. Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu. 2023.inimareng.ee. <https://doi.org/10.58009/aere-perennius0043>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J.H., Carvalho, A.F., Seeman, M.V., Correll, C.U., Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 27, 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Sotsiaalministeerium. (2020). Vaimse tervise roheline raamat. Kasutatud 16.02.2024. [https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse\\_tervise\\_roheline\\_raamat\\_0.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf)
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- Tervise Arengu Instituut. (2023). Ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamine. Kasutatud 19.02.2024. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/ennetustegevuste-toendatuse-taseme-hindamine>

- Tervisekassa. (2021). Depressiooniga tööealise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused. Kasutatud 16.02.2024.  
<https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/depressiooni-raviteekond>
- Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., Allen, N. B., Avenevoli, S., Bella-Awusah, T., Chanen, A., Chen, E. Y. H., Correll, C. U., Do, K. Q., Fisher, H. L., Frangou, S., Hickie, I. B., Keshavan, M. S., Konrad, K., Lee, F. S., Liu, C. H., Luna, B., ... Wood, S. J. (2023). Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap. *Molecular psychiatry*, 28(8), 3171–3181. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *The American psychologist*, 72(2), 79–117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>

## Lisa 1

## Peahea lühisekkumise 9 mooduli pealkirjad ja kirjeldused.

<b>Mooduli pealkiri ja sisu lühikirjeldus</b>
<p><b>ENESEKINDEL SUHTLEMINE</b></p> <p>Kui suudame rääkida olulistest asjadest oskuslikult ja enesekindlalt, on see väga oluline tervete ja tähenduslike suhete loomisel ja hoidmisel. Samuti toetab see vaimset tervist ja heaolu. Selle teema valimine annab sulle võimaluse oma suhtlusstiili üle järele mõelda ja seda läbimõeldult ning mõtestatult edasi arendada.</p>
<p><b>OMA VIHA MÕISTMINE</b></p> <p>Elus juhtub sageli asju, mis võivad vihaseks ajada. Vihatunnet ei saa vältida, kuid sul on võimalus valida, kuidas viha väljendada ja sellele reageerida. Teema tutvustab lihtsaid strateegiaid, mis aitavad sul vihaste mõtete ja tunnetega toime tulla ja neile tervislikel viisidel reageerida.</p>
<p><b>HEAOLUKS VAJALIK LIIKUMINE</b></p> <p>On palju uuringuid, mis toetavad seost liikumise ja positiivse vaimse tervise ning heaolu vahel. See teema aitab sul koostada endale üks tore ja jõukohane füüsilise liikumise kava. Soovitame seda kui suurepärasest moodulit, millega pihta hakata. Terapeudi toetusel saad igal seansil oma edusamme jälgida ja õigel teel püsida.</p>
<p><b>KORRALIK MAGAMINE</b></p> <p>Korralik ööuni teeb meile palju head! Uni annab kehale võimaluse puhata ja taastuda, samas annab uni meile ka uue fookuse järgmiseks päevaks ning edendab vaimset tervist ja heaolu. Aja jooksul rutiiniks saanud harjumused (näiteks oleme hilja õhtul üleval ja kasutame arvutit enne magaminekut) on sageli unehäirete soodustajaks. Ometi saab oma une kvaliteeti oluliselt parandada, kui elustiili ja suhtumist veidi korrigeerida. Selle teema valimine aitab sul oma magamisharjumused üle vaadata, et saaksid unest rohkem kosutust!</p>
<p><b>OMA MEELEOLU JA ÄREVUSE MÕISTMINE NING JUHTIMINE</b></p> <p>Me kõik tunneme aeg-ajalt masendust, kurbust või muret – see kuulub inimeseks olemise juurde. Kui need tunded kestavad pikka aega, võivad nad hakata mõjutama elukvaliteeti ja takistama sulle oluliste asjade tegemist, nagu õppimine, töötamine või suhtlemine pere ja sõpradega. Teema pakub</p>

lähenemisviise raskete tunnete ja kogemuste mõistmiseks ja neile reageerimiseks, et saaksid elust meeldivamal moel osa võtta.

#### PROBLEEMILAHENDAMISE OSKUS

Probleemilahendamise oskus aitab keerulistes olukordades orienteeruda ja probleeme tõhusalt lahendada. Käesolev moodul pakub raamistikku probleemide käsitlemiseks viisil, mis aitab sul teha positiivseid muudatusi.

#### TEADVELOLEK JA LÕÕGASTUMINE

Lõõgastumine ja teadvelolek on vaimse tervise ja heaolu seisukohast olulised vahendid. Need mitte ainult ei aita meil stressi vähendada, vaid võivad anda meile ka kasuliku mõtteruumi, et panna asjad perspektiivi ning näha suurt pilti. Teema tutvustab lihtsaid teadveloleku ja lõõgastumise tehnikaid, mis aitavad vähendada lihaspingeid ning stressi ja mure mõju meeleseisundile.

#### ENDA MÕISTMINE JA KEHA AKTSEPTEERIMINE

On inimlik tunda end mõnikord oma kehas ebakindlalt, kuid kui meil tekib harjumus enda välimusest mõelda peamiselt negatiivselt, võib meie eneseväärikus või enesehinnang oluliselt kannatada. Selles teemas vaatleme erinevaid tegureid, mis võivad suhet välimusega mõjutada, näiteks kehakuvand ja see, kuidas me endast räägime. Vaatleme ka viise, kuidas luua iseenda kehaga positiivsem suhe aktsepteerimise ja hoolimise teel.

#### HEAOLUKS VAJALIK TOITUMINE

Rasketel perioodidel võib olla keeruline valida, mida süüa või leida motivatsiooni tervisliku toidu valmistamiseks. Mooduli toel õpid tundma jõukohaseid viise, kuidas lisada toiteväärtuslik toit oma tavapärasesse rutiini ja tegeleda asjaoludega, mis takistavad väikeste muudatuste tegemist toitumises.

## Lisa 2

## Peaasi.ee nõustamiskeskuse Peahea lühisekkumise vastuvõtu kriteeriumid

Allpool kirjeldatud kriteeriumid, mis lähtuvad esialgse Austraalia BIYMH Lühisekkumise materjali hindamisest ning kliinilisest kogemusest, aitavad otsustada, kas lühisekkumine on noore inimese jaoks sobilik.

Peahea lühisekkumine on suunatud eelkõige sellistele noortele, kellel on:

1. Kerge kuni mõõdukas vaimse tervise häiritus (küsimustike ja intervjuu alusel):
  - on risk psüühikahäire kujunemiseks;
  - esinevad vaimse tervise häire alalävised sümptomid;
  - on välja kujunenud kerge kuni mõõduka intensiivsusega vaimse tervise häire.
  
2. Väike oht endale ja/või teistele:
  - harvad mõtted soovist endale/teistele haiget teha;
  - hetkel puudub selline kavatsus;
  - viimase 6 kuu jooksul ei ole esinenud enesetapukatseid/tõsist vägivalda teiste inimeste suhtes;
  - puuduvad ägedad uimastavate ainete kuritarvitamise/sõltuvuse probleemid.
  
3. Madal keerukusaste:
  - pigem lihtne kui mitmene vajadus/probleemistik;
  - tõenäoliselt ei vaja juhtumikorraldust;
  - tõenäoliselt ei vaja mitmel viisil sekkumist.

***Pange tähele!*** Kuna kliiniline riskiprofiil võib noorte puhul ravi käigus muutuda, on riskihindamisi soovitatav regulaarselt läbi viia ja kliinilise juhendajaga arutada.

Lisa 3  
Informeeritud nõusoleku vorm noorele

**Hea Peaasjade nõustamistegevuses osaleja,**

Palun loe allolev tekst mõttega läbi - soovime küsida Sinu nõusolekut Sinu kohta käivate andmete kogumiseks peaasi.ee noortekeskuse nõustamistegevusega kaasneva uuringu raames ja kirjeldada, kuidas neid andmeid kogume, hoiustame ja mida nendega teeme.

**Uuringu eesmärk**

Peaasi.ee noortekeskuse nõustamismeetodid on Eesti noortele sobivaks kohandatud välismaiste nõustamismudelite eeskujul. Selleks, et teada saada, kas kohandatud nõustamise meetodid ka päriselt Eesti noortele sobivad, on vaja nende mõju täpsemalt uurida. Seetõttu soovimegi koguda nii nõustamisel osalevate kui mitte osalevate noorte andmeid. Nõustamisel mitteosalevate noorte andmeid on vaja kontrollgrupina võrdluseks. Mida rohkem andmeid meil on, seda õigemaid järeldusi saame teha. Kui andmeanalüüs näitab, et peaasi.ee noorte nõustamine avaldab positiivset mõju Eesti noorte vaimsele tervisele, siis saame seda tulevikus veelgi rohkematele noortele tasuta pakkuda.

**Uuringus osalemine**

Uuringus osalema on kutsutud kõik noored vanuses 15-26, kes osalevad peaasi.ee noortekeskuse nõustamistegevuses ja kõik samas vanuses noored, kes nõustamist ei soovi, kuid on valmis küsimustikele vastama ja lubavad enda andmeid kasutada.

Nõustamisteenused on mõeldud noortele, kel on vaimse tervise mure ja kellele peaasi.ee noortekeskuse sekkumised vaimse tervise spetsialistide hinnangul sobida võiksid. Nõustamist viivad läbi vaimse tervise spetsialistid ja see on kõigile noortele tasuta.

Kohtumised võivad toimuda veebis või päriselus peamiselt Tallinnas või Tartus, sobiv variant lepatakse kokku vastavalt Sinu soovile.

Kui osaled nõustamises, siis palume Sul täita küsimustikke 4-1 korral: enne nõustamistegevuse algust, vahetult pärast nõustamistegevust, 6 nädalat ja 6 kuud pärast nõustamist. Kui Sa nõustamises ei osale, siis palume Sul täita küsimustikke 3-1 korral: uuringus osalemise alguses, 6 nädala ja 6 kuu pärast. Küsimustikud mõõdavad Sinu enesetunnet ja stressitaset ning nende täitmine võtab kokku aega u 20 minutit. Nõustamisel osalejatel palume täita lisaks lühikesed küsimustikud enne ja pärast nõustamistegevust sõltuvalt sellest, millist peaasi.ee noortekeskuse teenust kasutati. Lisaks küsime kõikidelt üldisi andmeid, nagu sugu, vanus, linn/maakond, rakendus õppetegevuses/tööturul ja infot, kas ja milliseid vaimse tervise teenuseid Sa samal ajal saad ja kas ja milliseid vaimset tervist toetavaid ravimeid Sa kasutad ning esitame mõned küsimused suhete kohta.

Uuringus osalemine on vabatahtlik - Sul on täielik õigus keelduda oma andmeid jagamast ja sellest ei juhtu mitte midagi. Kui oled valinud nõustamisteenus, saad seda ikka primal moel, nagu nõustajad oskavad pakkuda.

Kui Sa annad meile nõusoleku oma andmeid uuringu jaoks kasutada, siis võid sellest iga hetk loobuda andes sellest kirjalikult teada. Lisaks on Sul õigus esitada küsimusi enda andmete

kasutamise kohta nii enne nõustamisteenuse algust, selle käigus ja ka peale nõustamisteenuse lõppu.

Kui Sa tahad lisainfot või soovid uuringust pärast nõustumist loobuda, siis võta selleks ühendust Andreas Holstiga Peasjade meeskonnast: [andreas.holst@peaasi.ee](mailto:andreas.holst@peaasi.ee), tel: +37255512971.

Hüvitist uuringus osalemise eest ei maksta. Nõustamisteenused on tasuta ja seda rahastavad peaasi.ee noortekeskuses Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium ja Heateo Sihtasutus.

### **Andmete kaitse ja töötlemine**

Sinu vastuseid küsimustele näevad koos Sinu nimega ainult uuringu läbiviijad või Sinu nõustajad. Kui osaled nõustamises, siis kasutavad nõustajad andmeid nõustamistevõtte käigus, et Sind paremini toetada ja suunata.

Uuringus on Sinu andmed konfidentsiaalsed, mis tähendab, et andmeid hoitakse Sinu nimest ja muust äratuntavast infost eraldi. Andmetega kokkupuutuvad isikud näevad vaid Sulle määratud koodi ja ei tea, kes on inimene selle koodi taga.

Isikustamata küsimustikke ja elektroonseid katseandmeid infokandjal säilitatakse kuni 5 aastat (kuni mai 2028 a.) Peasjad.ee ja Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi turvalistes serverites. Isikuandmete ja koodi kokkuviimise võti asub krüpteeritult Peasjad.ee turvalises serveris.

Uurimuse korraldajad tagavad kõigi uuritavate poolt antud vastuste täieliku konfidentsiaalsuse.

Uuringus kogutud andmete vastutavad töötajad on TÜ psühholoogia instituut ja MTÜ Peasjad.

Kui Sul tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöördu palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole e-posti aadressil [eetikakomitee@ut.ee](mailto:eetikakomitee@ut.ee) või telefonil 737 6215. Kui Sul tekib küsimusi uuringus osaleja andmekaitse kohta, siis pöördu palun Andmekaitse Inspektsiooni poole telefonil 5620 2341.

Täname väga, et usaldad meile enda andmed ja aitad Peasjade teenuseid arendada!

### **Nõusoleku vorm**

Mind, .....(nimi)....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast. Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Olen nõus, et minu andmeid kogutakse küsimustike kaudu peaasi.ee noortekeskuse nõustamistevõttega kaasneva mõju hindamise uuringu jaoks. Jah o Ei o

Olen nõus, et minu andmeid töödeldakse peaasi.ee noortekeskuse nõustamistevõttega kaasneva mõju hindamise uuringu jaoks. Jah o Ei o

Olen nõus, et minu andmeid kasutatakse anonümiseeritult Tartu Ülikooli psühholoogia eriala magistritöös. Jah o Ei o

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni .....(nimi)....., kelle meiliaadress on .....

Uuringus osaleja nimi: .....

Uuringus osaleja allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Osalejale informatsiooni andnud isiku nimi .....

Osalejale informatsiooni andnud isiku allkiri .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

## LISA 4

## Informeeritud nõusoleku vorm lapsevanemale

**Hea Peaasjade nõustamistegevuses osaleja lapsevanem,**

Soovime küsida Teie nõusolekut Teie lapse kohta käivate andmete kogumiseks peaasi.ee noortekeskuse nõustamistegevusega kaasneva uuringu raames ja kirjeldada, kuidas neid andmeid kogume, hoiustame ja mida nendega teeme.

**Uuringu eesmärk**

Peaasi.ee noortekeskuse nõustamismeetodid on Eesti noortele sobivaks kohandatud välismaiste nõustamismudelite eeskujul. Selleks, et teada saada, kas kohandatud nõustamise meetodid ka päriselt Eesti noortele sobivad, on vaja nende mõju täpsemalt uurida. Seetõttu soovimegi koguda nii nõustamisel osalevate kui mitte osalevate noorte andmeid. Nõustamisel mitteosalevate noorte andmeid on vaja kontrollgrupina võrdluseks. Mida rohkem andmeid meil on, seda õigemaid järeldusi saame teha. Kui andmeanalüüs näitab, et peaasi.ee noorte nõustamine avaldab positiivset mõju Eesti noorte vaimsele tervisele, siis saame seda tulevikus veelgi rohkematele noortele tasuta pakkuda.

**Uuringus osalemine**

Uuringus osalema on kutsutud kõik noored vanuses 15-26, kes osalevad peaasi.ee noortekeskuse nõustamistegevuses ja kõik samas vanuses noored, kes nõustamist ei soovi, kuid on valmis küsimustikele vastama ja lubavad enda andmeid kasutada. Nõustamisteenus on mõeldud noortele, kel on vaimse tervise mure ja kellele peaasi.ee noortekeskuse sekkumised MTÜ Peaasjade vaimse tervise spetsialistide hinnangul sobida võiksid. Nõustamist viivad läbi MTÜ Peaasjad vaimse tervise spetsialistid ja see on kõigile noortele tasuta.

Kohtumised võivad toimuda veebis või päriselus peamiselt Tallinnas või Tartus, sobiv variant lepatakse kokku vastavalt Teie lapse soovile.

Kui Teie laps osaleb nõustamises, siis palume tal täita küsimustikke 4-1 korral: enne nõustamistegevuse algust, vahetult pärast nõustamistegevust, 6 nädalat ja 6 kuud pärast nõustamist. Kui ta nõustamises ei osale, siis palume tal täita küsimustikke 3-1 korral: uuringus osalemise alguses, 6 nädala ja 6 kuu pärast. Küsimustikud mõõdavad tema enesetunnet ja stressitaset ning nende täitmine võtab kokku aega u 20 minutit. Nõustamisel osalejatel palume täita lisaks lühikesed küsimustikud enne ja pärast nõustamistegevust sõltuvalt sellest, millist peaasi.ee noortekeskuse teenust kasutati. Lisaks küsime kõikidelt üldisi andmeid nagu sugu, vanus, linn/maakond, rakendus õppetegevuses/tööturul ja infot, kas ja milliseid vaimse tervise teenuseid laps samal ajal saab ning kas ja milliseid vaimset tervist toetavaid ravimeid ta kasutab ning esitame mõned küsimused suhete kohta.

Uuringus osalemine on vabatahtlik - Teie lapsel on täielik õigus keelduda oma andmeid jagamast ja sellest ei juhtu mitte midagi. Kui ta on valinud nõustamisteenus, saab ta seda ikka parimal moel, nagu nõustajad oskavad seda pakkuda.

Juhul kui Te annate meile nõusoleku oma lapse andmeid töötleda, võite sellest iga hetk loobuda andes sellest kirjalikult teada. Lisaks on Teil õigus esitada küsimusi andmete kasutamise kohta nii enne nõustamisteenuse algust, selle käigus ja ka peale nõustamisteenuse lõppu.

Kui soovite lisainfot või soovite uuringust pärast nõustumist loobuda, siis võtke selleks ühendust Andreas Holstiga Peasjade meeskonnast: [andreas.holst@peaasi.ee](mailto:andreas.holst@peaasi.ee), tel: +37255512971.

Nõustamine on tasuta ja hüvitist uuringus osalemise eest ei ole. Nõustamisteenuseid [peaasi.ee](http://peaasi.ee) noortekeskuses rahastavad Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium ja Heateo Sihtasutus.

### **Andmete kaitse ja töötlemine**

Teie lapse vastuseid küsimustele näevad koos tema nimega ainult uuringu läbiviijad või tema nõustajad. Kui ta osaleb nõustamises, siis kasutavad nõustajad andmeid nõustamistegevuse käigus, et Sind paremini toetada ja suunata.

Uuringus on Teie lapse andmed konfidentsiaalsed, mis tähendab, et andmeid hoitakse tema nimest ja muust äratuntavast infost eraldi. Andmetega kokkupuutuvad isikud näevad vaid lapsele määratud koodi ja ei tea, kes on inimene selle koodi taga.

Isikustamata küsimustikke ja elektroonseid katseandmeid infokandjal säilitatakse kuni 5 aastat (kuni mai 2028. a.) [Peasjad.ee](http://Peasjad.ee) ja Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi turvalistes serverites.

Isikuandmete ja koodi kokkuviimise võti asub krüpteeritult [Peasjad.ee](http://Peasjad.ee) turvalises serveris.

Uurimuse korraldajad tagavad kõigi uuritavate poolt antud vastuste täieliku konfidentsiaalsuse.

Uuringus kogutud andmete vastutavad töötlejad on TÜ psühholoogia instituut ja MTÜ Peasjad.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole e-posti aadressil [eetikakomitee@ut.ee](mailto:eetikakomitee@ut.ee) või telefonil 737 6215.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja andmekaitse kohta, siis pöörduge palun Andmekaitse Inspektsiooni poole telefonil 5620 2341.

Täname väga, et aitate Peasjade teenuseid arendada!

### **Nõusoleku vorm**

Mind, (nimi)....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast. Kinnitan oma nõusolekut oma lapse, (nimi)....., osalemiseks uuringus allkirjaga.

Olen nõus, et minu lapse andmeid kogutakse küsimustike kaudu [peaasi.ee](http://peaasi.ee) noortekeskuse nõustamistegevustega kaasneva mõju hindamise uuringu jaoks. Jah o Ei o

Olen nõus, et minu lapse andmeid töödeldakse [peaasi.ee](http://peaasi.ee) noortekeskuse nõustamistegevustega kaasneva mõju hindamise uuringu jaoks. Jah o Ei o

Olen nõus, et minu lapse andmeid kasutatakse anonümiseeritult Tartu Ülikooli psühholoogia eriala magistristöös. Jah o Ei o

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle ja minu lapsele täiendavat informatsiooni (nimi)....., kelle meiliaadress on .....

Uuringus osaleja (lapse) nimi: .....

Uuringus osaleva lapse vanema nimi:.....

Lapsevanema allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Osalejale informatsiooni andnud isiku nimi .....

Osalejale informatsiooni andnud isiku allkiri .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Lisa 5  
Kohandatud EEK-2: Emotsionaalse enesetunde küsimustik

Lühendatud versioon.

Allikas: Tartu Ülikooli Kliinikum: Aluoja jt, 1999.

1	Kurvameelsus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
2	Kiire ärritumine või vihastamine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
3	Miski ei huvita ega paku rõõmu	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
4	Alaväärsustunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
5	Enesesüüdistused	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
6	Korduvad surma-või enesetapumõtted	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
7	Uinumiskeskused	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
8	Rahutu või katkendlik uni	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
9	Liigvarajane ärkamine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
10	Ülemäärane unevajadus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
11	Isutus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
12	Ülemäärane söögiisu	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
13	Üksildustunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
14	Lootusetus tuleviku suhtes	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
15	Võimetus rõõmu tunda	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
16	Ärevuse- või hirmutunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
17	Pingetunne või võimetus lõdvestuda	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
18	Ülemäärane muretsemine mitme erineva asja pärast	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
19	Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
20	Kergesti ehmumine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
21	Hirm olla tähelepanu keskpunktis	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
22	Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
23	Tõsise ja arstide poolt diagnoosimata haiguse olemasolu kahtlustamine või kartmine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt

Lisa 6  
Psühhosotsiaalse hindamise vorm

**PSÜHHOSOTSIAALNE HINDAMINE**

Spetsialist:

Peamised raskused, pöördumispõhjused:Tegevuskava:

<b>Varasemad raskused</b>	
Kas sa oled käinud psühholoogil või psühhiaatril? Võtnud psühhofarmakone?	
Raskused	Ressurss

<b>Kodu ja keskkond</b>	
Kus sa elad, kellega? Kas seal hea ja turvaline olla?	
Kas pereringis või kodus on suuremaid konflikte-muresid, millest tahaksid rääkida?	
Raskused	Ressurss

<b>Õppimine ja töö</b>	
Kus õpid/töötad? Kas sulle meeldib koolis/tööl? Kas sa käid koolis/tööl igapäevaselt? Mitmel päeval sa oled viimase 2 nädala jooksul puudunud? Millal sul hakkasid puudumised tekkima? Kas sinuga on ka nii juhtunud, et kaaslased kiusavad sind koolis/tööl või interneti vahendusel?	
Raskused	Ressurss

<b>Huvialad ja vaba aeg</b>	
Mida sulle teha meeldib? Kellega? Milline su tavaline päev välja näeb? On sul sõpru, kellega koos vaba aega veedad? Kas veedad aega ka üksinda? Kas see sobib sulle?	
Raskused	Ressurss

<b>Alkohol ja muud narkootilised ained</b>	
Kas kasutate? Milliseid, mis kontekstis, kui tihti? Võimalik lisaks: <i>AUDIT/CUDIT/DUDIT</i>	
Raskused	Ressurss

<b>Suhted ja seksuaalsus</b>	
On sul kellegagi lähedussuhe? Milline see suhe on? Kas sa pead end hetero-, homo- või biseksuaalseks? Juhul kui muu kui heteroseksuaalsus - kas oled kannatanud seetõttu kiusamise all?	
Raskused	Ressurss

<b>Käitumine ja riskid</b>	
Oled sa endale valu või viga teinud (oled sa end löiganud, kriimustanud, põletanud vms?) olukorras, mil sul enesetapumõtteid ei ole? Millal see algas? Kui sageli sa seda teed? Kas sa teed endale haiget stressi, emotsioonide vms toime tulekuks? Kas sa oled seetõttu kunagi saanud meditsiinilist abi? Oled sa end ohtu pannud (ohtlik autojuhtimine, ebaturvaline seks vms)? Kas sa oled kunagi tahtnud kellelegi teisele viga teha? Oled sa teinud? Mis on sind takistanud? Kui sageli sa tunned, et sa ei suuda oma käitumist kontrollida?	
Raskused	Ressurss

<b>Ärevus</b>	
Kas sa tunned end vahel eriti ärevana? Kas seda on sageli? Mis olukordades? Kas vahel juhtub nii, et ärevus algab äkiliselt ning arusaamatutel põhjustel? Kas sa muretsed palju? Kas sulle tundub, et sa oled ärevam ja muretsed rohkem kui su kaaslased? Kas sa väldid olukordi, mis sulle ärevust tekitavad? Milliseid? Kui sageli?	
Raskused	Ressurss

<b>Söömine</b>	
Kas sa muretsed oma kehakuju ja -kaalu pärast? Kas sul on mugav oma kehas? Kas on midagi, mis sulle eriti oma keha juures ei meeldi? Mis sulle meeldib? Kas sa teed midagi, et oma kehakaalu ja -kuju mõjutada? Kas su kaal on viimasel ajal (aastal näiteks) muutunud? Kas su lähedased või kaaslased on mures su kaalu, tervise või toitumise-treenimise pärast? <i>Vajadusel söömishäirete skriining: SCOFF</i>	
Raskused	Ressurss

<b>Magamine</b>	
Palju magad? Kuidas? Kas sul on kujunenud režiim? Kas sul on raskusi uinumise või ärkade varem kui tahaksid ning ei suuda enam uinuda? Kas uni on katkendlik? Kas tunned end hommikul puhanuna?	
Raskused	Ressurss

<b>Meeleolu ja suitsiidirisk</b>	
Kas su meeleolu on viimasel ajal langenud? Kas oled kurvem või õnnetum kui tavaliselt? Kui kaua sa oled juba nii tundnud? Kas varem on ka sellist perioodi olnud? Kas see on kuidagi su käitumist ja igapäevaelu mõjutanud? Kas suhtled vähem oma sõprade ja perega? Kas tahaksid suure osa ajast omaette olla? Kas oled end vigastanud või endale haiget teinud, et oma enesetunnet parandada? Kas oled kasutanud alkoholi ja/või narkootikume, et end paremini tunda? Kas oled tundnud, et sul on nii paha olla, et sa ei jaks elada? Oled sa mõelnud, et oleks parem kui sa oleksid surnud? Kas oled mõelnud enesetappust? Kas sa oled soovinud teha enesetappu? Kas oled kavatsenud ja plaaninud teha enesetappu? Millal? Mis viisil? Kas oled kunagi teinud enesetapukatse? <i>Suitsiidiriski olemasolul lühihindamine: ASQ</i>	
Raskused	Ressurss

<b>Psühhoos ja maania</b>	
<p>Vahel pingelistes olukordades võib juhtuda näiteks, et inimesed kuulevad häält, mida tegelikult ei ole. Kas sinuga on kunagi nii juhtunud? Kui sageli? Kas see häirib sind? Kas on juhtunud, et sa justkui näed tavapäratuid varje, viirastusi või esinevad muud sarnased elamused? <b>Mõtlemise sisu:</b> Kas sul on vahel tunne, et sulle tahetakse halba teha? Kas sul on vahel tunne, et midagi väga halba on juhtumas? <b>Mõtlemise vorm:</b> Kas sul on vahel tunne, et mõtlemine on tavapärasest kiirem või aeglasem? Või et mõtlemine on vahel kuidagi segasem, keerulisem või kuidagi katkendlik hoopiski. <b>Meeleolu tõus:</b> Kas sul on vahel meeleolu eriliselt hea ning sa oled eriliselt energiline - lausa nii, et sul on tunne, et sa suudad maailma vallutada? Kas vahel on sul nii, et sa vajad päris vähe und või sa ei vaja üldse und?</p>	
Raskused	Ressurss

VAIMSE TERVISE SEISUNDI KOKKUVÕTE VAIMSE TERVISE SPETSIALISTILT:

Lisa 7  
Lühike tulemuste raport

ID: ..... Kuupäev: .....

Lühike tulemuste raport

Kus toimusid kohtumised (veebis, koha peal jms):

Noore vanus: ..... Noore sugu: .....

Esmakohtumise kuupäev: ..... Teenuse lõppemise kuupäev: .....

Kohtumiste arv noorega:

Lahtrisse võiks märkida iga kohtumise pikkuse minutites.

--	--	--	--	--	--	--

Läbitud moodulid: (moodul/sessioonide numbrid)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Kas noorel on tehtud kriisiplaan? .....

Kas noorel on iseseisvaks jätkamiseks tegevusplaan?

Kas noor võtab vaimse tervisega seoses ravimeid? (milliseid/pikkus) .....

Kas noor on saanud/saab teisi vaimse tervisega seotud teenuseid? (milliseid/pikkus) .....

Lisamärkused:

Siin võiks välja tuua muutused tavapärasest protokollist.

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Minna Sild,

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

Peaasi.ee noortekeskuse Peahea lühisekkumise mõju 16-26-aastaste noorte vaimsele tervisele mille juhendaja on Kariina Laas,

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 4.0, 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.

*Minna Sild*  
**13.05.2024**