

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Carita Lass

**Posttraumaatilise stressihäire sümptomite levimus Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu
andmetel**

Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Laidra, Kirsti Akkermann

Läbiv pealkiri: PTSH risk Eesti elanikkonnas

Tartu 2025

Posttraumaatilise stressihäire sümptomite levimus Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu andmetel

Kokkuvõte

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomite levimust ja seoseid sotsiaal-demograafilisi riskifaktoreid, tuginedes Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu esimese laine (2021) andmetele. Uuringus osales 5636 vastajat, 2257 meest ja 3379 naist vanuses 18–100 aastat. PTSH sümptomite hindamiseks kasutati kolme sümptomipõhist küsimust (taaskogemine, vältimine, ülivirgus), millest moodustati PTSH riski koondtunnus. Andmeid analüüsiti kirjeldava statistika ja logistilise regressiooni abil. PTSH riski šanss oli oluliselt suurem naistel (AOR 2,31; $p < 0,001$), madalaima sissetulekuga inimestel (AOR 3,01; $p < 0,001$) ja põhiharidusega vastajatel (AOR 1,49; $p = 0,006$). Vanuserühmas 60–74 aastat oli PTSH riski šanss suurem kui noorimas vanuserühmas 18-29 aastat (AOR 1,36; $p = 0,029$). Elukohaga seoseid ei ilmnunud. Tulemused osutavad vajadusele kujundada sekkumisi, mis võtavad arvesse tuvastatud sotsiaal-demograafilised riskitegurid.

Märksõnad: posttraumaatiline stressihäire, PTSH, levimus, riskifaktorid, sotsiaalmajanduslik staatus, demograafilised tegurid, Eesti

Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Based On Estonian National Mental Health Study Data

Abstract

The study aimed to examine the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and related socio-demographic risk factors using data from the 2021 Estonian National Mental Health Survey. The sample included 5,636 respondents, 2,257 men and 3,379 women, aged 18–100 years. PTSD symptoms were assessed through three symptom-based questions (re-experiencing, avoidance, hyperarousal), combined into a PTSD risk measure. Data was analyzed using descriptive statistics and logistic regression. PTSD risk was significantly higher among women (AOR 2.31; $p < 0.001$), those with the lowest income (AOR 3.01; $p < 0.001$), and respondents with basic education (AOR 1.49; $p = 0.006$). The 60–74 age group also showed higher PTSD risk than the youngest group (AOR 1.36; $p = 0.029$). No significant links to place of residence were found. The findings underscore the need for interventions targeting identified risk factors.

Keywords: post-traumatic stress disorder, PTSD, prevalence, risk factors, socioeconomic status, demographic factors, Estonia

Sissejuhatus

Traumaatiline sündmus on kokkupuude äärmiselt intensiivse, ohtliku ja hirmutava loomuga olukorra või sündmusega. Selliseks sündmuseks võib olla näiteks looduskatastroofi, sõja/lahingu, tõsiste õnnetuste, piinamise, seksuaalvägivalda, terrorismi, füüsilise rünnaku või äkilise eluohtliku haiguse nagu näiteks infarkt kogemine. Lisaks loetakse traumaatiliseks sündmuseks ka teiste ähvardatud või tegeliku vigastamise pealtnägemine, surma pealtnägemine ootamatul või vägivaldsel viisil, samuti armastatud inimese äkilisest, ootamatust või vägivaldsest surmast teada saamine (Maailma terviseorganisatsioon, 2019).

Traumaatilise sündmuse kogemine võib olla risk mitmete vaimse tervise probleemide tekkeks (Benjet et al., 2016). Nendest üks on posttraumaatilise stressihäire (edaspidi PTSH) kujunemine. PTSH puhul hakkavad traumaatilise sündmuse järgselt ilmneva häirivad tunnused, mis korduvad ja on püsivad vähemalt mitu nädalat ning mõjutavad inimest isiklikus, tööalases, sotsiaalses, perekondlikus või muus olulises eluvaldkonnas (Maailma terviseorganisatsioon, 2019). RHK-11 toob välja kolm põhilist kriteerium-tunnust, mis PTSH korral esinevad. Esiteks traumeeriva sündmuse taas läbielamine olevikus sellisel viisil, et esinevad pealetükkivad kujutlused ja mälopildid. Mälopiltide intensiivsus võib erineda, hetkelisest ja kiirelt mööduva sündmuse kordumisest olevikus kuni raske, täieliku teadlikkuse kadumiseni ümbritsevast keskkonnast. Traumeeriva sündmuse uuesti läbielamine võib esile kutsuda tugevaid ja kõikehaaravaid emotsioone, nagu näiteks hirm ja õudus, samuti võib see endaga kaasa tuua füüsilisi tundmuseid. Traumaatilist sündmust olevikus taaskogedes võivad tekkida tunded, et oleks justkui samas olukorras tagasi. Ilmnevad samad intensiivsed emotsioonid, isegi kui puudub mingisugune reaalne kognitiivne aspekt, mis seda põhjustada võiks. Selline reaktsioon võib olla vastus sündmuse meeldetuletamisele. Lisaks võib ilmneva traumaatilise sündmusega seotud korduvaid unenägusid või õudusunenägusid. Küll aga ei ole puhtalt sündmuse meenutamine või traumaatilise sündmuse ajal kogitud emotsioonide meenutamine ja nende üle mõtisklemine piisav selleks, et olla kriteerium häire diagnoosimiseks.

Teiseks tunnusjooneks on vältimiskäitumine, see võib endas hõlmata nii enda sisest mõtete ja mälestuste vältimist kui ka väliste tegurite vältimist, mis võivad tuua esile mälestusi traumeerivast sündmusest. Vältitakse erinevaid olukordi, tegevusi, sündmusi või inimesi, mis meenutavad sündmust. Äärmuslikel juhtudel võivad inimesed isegi muuta oma keskkonda, kolides teise linna või näiteks töökohta vahetada, kõik selleks, et vältida sündmuse meeldetuletamist.

Kolmandaks kriteeriumiks on püsivalt suurenenud taju hetkes esinevatest ohtudest. Näiteks võib sellega kaasneda eriti suur tähelepanelikkus ümbritseva keskkonna suhtes või kergesti ehmumine reaktsioonina erinevate stiimulitele, näiteks helilised stiimulid nagu pauk või müra. Võib tekkida ka ülivirgus, mis tähendab, et inimene on pidevalt erutunud või liigselt ärritunud, ehk ollakse spetsiifilistes või ka üldistemas situatsioonides valvel ohu ees nii enda kui ka teiste pärast. Sellest tulenevalt võidakse võtta kasutusele uusi käitumismustreid, näiteks alati näoga ukse poole istumine, korduvalt asjade üle kontrollimine (Maailma terviseorganisatsioon, 2019).

PTSH-ga lähedalt seotud seisund on kompleks-PTSH. Peamine erinevus PTSH ja kompleks-PTSH vahel seisneb selles, et kompleks-PTSH tekib üldjuhul vastusena korduvale traumaatilise sündmuse läbielamisele. Kompleks-PTSH diagnoosimiseks on vaja, et kõik PTSH tunnus-kriteeriumid oleksid täidetud. Lisaks esineb probleeme emotsioonide reguleerimisega, iseendast võivad olla uskumused, et ollakse väärtusetu ja hävitatud, kaasnevad ka häbitunne, süütunne ja läbikukkumise tunne seoses traumeeriva sündmusega. Esineda võivad ka raskused suhete hoidmisega ja teistega lähedustunde loomisega, mis põhjustab suurt kahju mitmetes erinevates eluvaldkondades (Maailma terviseorganisatsioon, 2019).

PTSH korral toimub ka mitmeid muutuseid aju tasandil, erinevad aju kuvamise uuringud (magnetresonants-, funktsionaalsed magnetresonants- ja positronemissioontomograafia uuringud) on näidanud, et häire esinemisel on iseloomulik aju struktuuride ja neuroõrgustike düsfunktsioon. Näiteks on täheldatud PTSH patsientidel hallaine vähenemist, amügdala hüperaktiivsust ning ventromediaalse eesaju ja hipokampuse hüpoaktiivsust (Du, et al. 2020). Need ajupiirkonnad on seotud just hirmu töötlemise, emotsioonide reguleerimise ja mälu konsolideerimisega, kui see on häiritud, siis soodustab see PTSH sümptomite ilmnemist ja püsivust (Harnett jt., 2020). Lisaks toovad Du jt. (2020) välja, et ka hormonaalsed muutused, neurotransmitterite tasemete muutused ja immuunsüsteemi düsregulatsioon mängivad PTSH sümptomite raskusastme kujunemisel rolli. Üheks suurimaks mõjutajaks on hüpotalamuse-ajuripatsi-sugunäärmete telje düsregulatsioon, mis mõjutab just kortisooli tasemeid ja glükokortikoidi retseptorite tundlikkust, need on olulised faktorid sümptomite tekkimisel ja püsimisel.

Kuigi RHK-11 toob välja kindlad diagnoosimise kriteeriumid ja on väärtuslik juhend, ei ole siiski alati nii kerge PTSH-d diagnoosida. Kriteeriumite jäikus võib põhjustada probleeme just patsientide individuaalsete vajaduste arvestamisega. Kindlatest kriteeriumitest lähtudes võivad sümptomite äratundmise ja hindamisega seotud aspektid mõjutada diagnoosi täpsust ja kvaliteeti

(Brewin jt., 2017). Vaatamata sellele, et RHK-11 on rahvusvaheline, ei pruugi ta siiski arvesse võtta seda, et PTSH sümptomid võivad eri kultuurides erinevalt avalduda (Miao jt., 2018). Tõlgendamisel võib sümptomite tähendus varieeruda ning see võib viia aladiagnoosimiseni või hoopis valediagnoosimiseni, kui kultuurilist konteksti mitte arvestada (Miao jt., 2018).

Erilist tähelepanu nõuab ka laste diagnoosimine, eelkõige arenguliste eripärade ja praeguste diagnoosimiskriteeriumite suhtes piiratud tundlikkuse tõttu. Samuti ei pruugi lastel olla piisavaid oskuseid verbaalselt oma mõtteid ja tundeid väljenda, mille tõttu on raske detaile koguda traumeerivate sündmuste ja nende sümptomite kohta. Lisaks võib PTSH lastel avalduda erinevalt kui täiskasvanutel, näiteks erinevate käitumismustrite kaudu nagu lahtusärevus või agressiivne käitumine (Cohen & Scheeringa, 2009).

Samuti võib RHK-11 põhjal PTSH diagnoosimisel tekkida mitmeid komplikatsioone eristamisel seda teistest häiretest nagu ärevusest ja depressioonist, kuna PTSH diagnoosiga inimestel esineb tihti peale ka ärevuse ja depressiooni tüüpilisi sümptomeid (Barbano jt., 2019). Miao jt. (2018) mainivad oma uuringus, et RHK-11 kriteeriumite põhjal diagnoosimisel on levimus madalam võrreldes teiste diagnostiliste süsteemidega.

PTSH levimus ja riskifaktorid

Levimusnäitajad osutavad, kui suurel osal rahvastikust esineb uuritav nähtus mingil ajamomendil või ajavahemikus (Ahlbom & Norell, 1993). Viimase 20 aasta jooksul on täheldatud, et PTSH levimus elu jooksul on tõusnud suuresti üle maailma (Kessler jt., 2017). Kuigi uuringud näitavad, et suur osa inimestest on oma elu jooksul traumeerivat sündmust kogenud, ei tähenda see, et kujuneb välja PTSH. Daskalakis jt. (2018) toovad välja, et umbes 90% Ameerika Ühendriikide täiskasvanutest on kogenud vähemalt ühte traumeerivat sündmust oma elu jooksul, kuid ligikaudu 10%-il nendest kujunevad välja PTSH sümptomid. Ka Leedu üldrahvastikul tehtud uuringus selgus, et elu jooksul on traumaatilist sündmust kogenud umbes 81,4% inimestest, samas kui PTSH-d esines 5,8%-il uuringus osalenud inimestest (Kvedaraitė jt., 2022). Võrreldes PTSH esinemist elu jooksul sugude vahel on leitud, et naistel on suurem PTSH levimusmäär kui meestel, vastavalt 13,0%-20,4% ja 6,2%-8,2 (Bryant, 2019). Ka McGinty jt. (2021) leidsid samuti oma uuringus, et meestel esineb vähemal määral PTSH-d kui naistel, nimelt on PTSH esinemine naistel 1,73-2,56 korda tõenäolisem kui PTSH esinemine meestel. Suuri erinevusi on leitud ka PTSH esinemises vanuse lõikes, vanemas eas on on PTSH levimus märgatavalt madalam kui nooremas eas, näiteks tõid McGinty jt. (2021) oma uuringus välja, et inimesed vanuses 25-35 kogevad 4,19

korda suurema tõenäosusega PTSH-d kui inimesed vanuses 65 ja vanemad. Ka Yunitri jt. (2022) uuringus selgus, et vanus mängib olulist rolli PTSH esinemissageduses, kusjuures eakamate inimeste seas (üle 65-aastased) on märgatavalt madalam PTSH levimus võrreldes nooremate täiskasvanutega, mis viitab sellele, et nooremad täiskasvanud on PTSH suhtes suuremas riskis. Lapsed ja noorukid on eriti haavatav rühm PTSH tekkeks, rohkem kui kaks kolmandikku lastest on enne 16-aastaseks saamist kogenud oma elu jooksul traumaatilist sündmust ning umbes 13,4%-l nendest kujuneb välja PTSH (Copeland jt., 2007).

PTSH riskifaktoritena on lisaks välja toodud madalam sotsiaalne, hariduslik ja intellektuaalne staatus, sealhulgas ka inimese enda ja tema pere psüühiline taust (Brewin jt., 2000). El-Khodary jt. (2020) uuring näitas, et sotsiaalmajanduslikud tegurid, sealhulgas madalam haridustase ja pere väiksem sissetulek, suurendavad märkimisväärselt PTSH esinemise riski, kuna need võivad piirata perede võimet pakkuda ressursse ja tuge, mis aitaksid trauma mõjuga toime tulla. Ka Madnicku ja Spokas (2022) uuring kinnitab seda, et madal sissetulek ja piiratud haridusvõimalused on seotud suurema PTSH esinemissagedusega, sarnaste põhjuste tõttu - need tegurid suurendavad traumale eksponeerituse riski ja vähendavad ligipääsu psühholoogilisele abile.

Inimestel, kellel on esinenud muid vaimse tervise häireid võib olla suurenenud tõenäosus ka PTSH tekkeks ning PTSH esineb sagedamini koos teiste psüühikahäiretega kui üksinda (Flory & Yehuda, 2015). Eriti levinud on PTSH ja depressiooni komorbiidsus: näiteks on täheldatud, et 30-50% inimestest, kellel on diagnoositud PTSH, vastavad ka depressiooni diagnoosimise kriteeriumitele (Angelakis & Nixon, 2015). Rytwinski jt. (2013) toovad samuti oma uuringus välja, et PTSH on 52% komorbiidne depressiooniga. Peale depressiooni on ka kõrged komorbiidsuse näitajad ka ärevushäire ja PTSH vahel, mis ulatuvad 39%-st kuni 97%-ni (Ginzburg jt., 2010). Samuti on leitud, et 21,6%-43%-l PTSH-ga inimestel kujuneb elu jooksul välja mõni ainete kuritarvitamise häire (Jacobsen jt., 2001). Selline kõrge komorbiidsus näitab selgelt, kui oluline on terviklik ja põhjalik lähenemine PTSH ja sellega kaasuvate häirete diagnoosimisel ja ravimisel.

Sotsiaaldemograafilistest faktoritest on ka PTSH seost elukohaga uuritud ning tulemused on varieeruvad. Keller & Owens (2020) leidsid oma Ameerika Ühendriikide kaguosa üliõpilaste peal tehtud uuringus, et maapiirkondades elavad noored kogesid suuremal määral sümptomeid, mida seostatakse PTSH-ga. Elukoha mõju PTSH esinemisele on uuritud ka Medellíni (Kolumbia) elanike seas. Selle uuringu tulemused näitasid, et PTSH esines sagedamini maapiirkondades elavate inimeste seas võrreldes linnaelanikega (Mejía, 2021). Samas aga näitab Rootsi elanikkonna

peal tehtud registripõhine PTSH-uuring, et hoopis linnakeskkonnas elamine on seotud kõrgema PTSH riskiga võrreldes väiksemate linnade või maapiirkondadega (Rahman jt., 2022).

Käesolev uurimistöö

Antud uurimistöö eesmärgiks on uurida PTSH sümptomite levimust ja sotsiaal-demograafilisi riskifaktoreid tuginedes 2021. aasta Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu (RVTU) esimese laine andmetele (Laidra jt., 2022).

RVTU on esimene ulatuslik vaimse tervise uuring Eestis, mille eesmärgiks oli saada terviklik ülevaade elanikkonna vaimse tervise seisundist. Uuringuga püüti välja selgitada, milline oli Eesti inimeste vaimne tervis ja üldine heaolu COVID-19 pandeemiast põhjustatud kriisi ajal, et aidata riigil paremini planeerida tugiteenuste ja ennetusmeetodite rakendamist. Uuring koosnes kvantitatiivsest ja kvalitatiivsest osast. Kvantitatiivuuring hõlmas suure rahvastikupõhise valimiga longituudset küsitlusuuringut, mis kolmes uuringulaines jälgis vaimse tervise näitajate muutusi ühe aasta jooksul, samuti registriuuringut ja valideerimisuuringuid. Kvalitatiivuuring keskendus eesliinitöötajate ja haavatavate rühmade toimetulekule ja vaimse tervise probleemidele (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Uurimistöös analüüsin PTSH sümptomite esinemissagedust erinevates demograafilistes gruppides, sealhulgas soo ja sotsiaalmajadusliku staatuse lõikes. Uurimistöös lähtun kolmest uurimisküsimusest, et saada põhjalikum arusaam PTSH sümptomite levikust Eesti elanikkonnas. Esimene uurimisküsimus uurib PTSH sümptomite esinemist eri demograafilistes rühmades (sugu ja vanus) Eesti elanikkonnas. Teine küsimus uurib, kuidas on PTSH sümptomite esinemine seotud sotsiaalmajaduslike teguritega (haridustase ja majaduslik olukord). Kolmandaks uurin, kas elukoht mõjutab PTSH sümptomite esinemist.

Lähtuvalt uurimisküsimustest ja varasemate uuringute tulemustest püstitasin neli hüpoteesi. Esimeseks hüpoteesiks on, et PTSH sümptomite kogemist raporteerivad sagedamini naised kui mehed. Teiseks hüpoteesiks on, et vanemad inimesed raporteerivad väiksemal määral PTSH sümptomite kogemist kui nooremad inimesed. Kolmandaks hüpoteesiks on, et kõrgema sotsiaalmajadusliku staatusega inimesed (kõrgem sissetulek, kõrgem haridustase) raporteerivad vähesemal määral PTSH sümptomite kogemist kui madalama sotsiaalmajadusliku staatusega inimesed. Neljandaks hüpoteesiks on, et inimesed, kes elavad linnades või suurema elanikkonnaga asulates raporteerivad sagedamini PTSH sümptomeid kui need, kes elavad väiksemates asulates.

Meetod

Selles töös kasutan RVTU kvantitatiivse küsitlusuuringu esimese laine andmeid, sest tulenevalt traumaatilise sündmuse kogemise ja PTSH-ga seotud küsimuste täpsest sõnastusest sobivad need andmed PTSH levimuse hindamiseks kõige paremini.

Valim

RVTU kvantitatiivuuringu valim koostati rahvastikuregistri andmete alusel, kaasates vähemalt 15-aastaseid Eesti elanikke. Valimi suuruseks oli 20 000 inimest ning kasutati proportsionaalset juhuvalimit, mis koostati proportsionaalselt vastavalt Eesti maakondade, Tallinna ja Tartu soo- ja vanusejaotusele seisuga 01.01.2020. Eeldatava vastamismäära (40%) ja minimaalse maakondliku vastajate arvu (350 isikut) alusel määrati maakondliku kihi baassuuruseks 1000 isikut. Madalama vastamismääraga rühmade puhul kasutati lisakoeffitsiente, jaotades 3000 lisakirjet, mis tõi keskmiseks maakondliku kihi suuruseks 1176 isikut. Valimiinfo sisaldas isikuandmeid, mida kasutati andmekogumiseks ja registriandmete linkimiseks, olles aluseks ka registriuuringule.

Küsimustik, küsitluse läbiviimine ja vastamismäärad

Uuringu küsimustik koostati vastavalt uuringu eesmärkidele ning see koosnes kuuest teemaplokist. Esimese laine küsitlus koosnes küsimustest, mis hindasid muutlikuma iseloomuga vaimse tervise näitajaid, näiteks meeleolu ja elustiiliga seotud küsimused. Traumaatilise kogemuse olemasolu hindamiseks tõlgiti eesti keelde *Primary Care PTSD Screen for DSM-5* küsimus, mis keskendus traumaatilise sündmuse kogemise tuvastamisele (Prins jt., 2016). PTSH sümptomite hindamiseks valiti ja mõnevõrra kohandati kolm väidet *PTSD Checklist – Civilian Version*'i (Weathers jt., 1991) eestikeelsest versioonist (Laidra jt., 2015), mis lähtusid PTSH peamistest sümptomitest: traumeeriva sündmuse taaskogemine, vältimine ja ülivirgus. Esimese laine teemaplokkidest valisime välja järgnevad konstruktid, mida antud töös käsitletakse: traumaatilised kogemused, PTSH sümptomid ja sotsiaal-demograafilised riskitegurid (sugu, vanus, perekonnaseis, haridustase ning elukoht); vastavad küsimused on esitatud lisas A. Küsitlusuuringu esimese laine andmekogumine toimus 2021. a jaanuaris ja veebruaris. Küsitlus viidi läbi nii eesti, inglise kui ka vene keeles ning oli saadaval veebi- ja postiküsitlusena. Täisealistele, kes olid valimisse sattunud ja kellel oli rahvastikuregistris e-posti aadress olemas, saadeti e-posti teel kutse veebiküsitlusele LimeSurvey keskkonnas (alaealiste küsitlemisega seotud piirangute tõttu 15–17-aastaseid isikuid uuringu esimesse lainesse ei kaasatud). Neile, kes ei teatanud

mitteosalemisest, saadeti järgneva kuu jooksul kuni kolm meeldetuletust ning need, kes polnud personaalselt lingilt edasi LimeSurvey keskkonda liikunud, said ka meeldetuletuse SMS-i teel. Kui rahvastikuregistris ei olnud e-posti aadressi, siis saadeti küsimustik inimesele tavapostiga. Neile, kes ei vastanud, saadeti postiga 2 nädala möödudes meeldetuletus ning 4 nädala möödudes meeldetuletus koos küsimustikuga. Et motiveerida inimesi vastama, loositi küsitluslaine lõpus osalejate vahel välja 50 supermarketite kinkekaarti väärtusega 30 eurot.

Esimese laine küsitluses osalemiseks said kutse 18 718 täisealist isikut, 13 741 kutset saadeti e-posti teel ja 4877 kutset posti teel. Vastajaks arvestati osaleja, kelle täidetud ankeedi ja rahvastikuregistri sünniaeg ja sugu langesid kokku, kes ei olnud kolmanda laine lõpuks mitteosalemisest teatatud ning kellel oli täidetud ankeedi vaimse tervise probleemide sümptomite plokist üle 50%. Täisealiste valimi kohandamata vastamismäär esimeses laines oli 30,1%, kohandatud vastamismäär 30,6% (Laidra jt., 2023).

Eetilised aspektid

RVTU protokoll on kooskõlastatud Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomiteega (otsused nr 554, 27.11.2020; nr 612, 21.01.2021; nr 700, 31.03.2021; nr 817, 6.08.2021 ja nr 931, 28.10.2021). Kirjalikku informeeritud nõusolekut osalemiseks ei olnud lähtuvalt riiklikele õigusaktidele ja eetikakomitee heakskiidule vaja. Osalejatele teatati, et küsimustikule vastamist loetakse nõusolekuks osaleda uuringus ja anda luba teha päringuid riiklikes andmebaasides. Nõusolekut küsiti eraldi iga uuringulaine ja valideerimisuringu jaoks.

Andmeanalüüsi meetodid

Uurimistöö autor sai enda valdusesse anonüümitud puhastatud andmefaili, kust olid eemaldatud mittetäielikud vastused ja tunnused olid ümber kodeeritud sellisel, nagu neid käesolevas töös on analüüsitud. Kuigi andmete ettevalmistamine viidi suuresti läbi enne autori kätte jõudmist, loodi ise mõned kategooriad, et kohandada andmeid käesoleva töö analüüsivajadustega. Traumaatilise sündmuse kogemise ja PTSH sümptomite esinemise vastused olid kodeeritud binaarselt, tähistades traumakogemuse või sümptomi olemasolu väärtusega 1 („jah“) ja puudumist väärtusega 0 („ei“). Traumakogemus kodeeriti 1, kui vastaja märkis, et on traumeerivat sündmust kogunud kas rohkem või vähem kui 1 kuu tagasi (lisas A toodud küsimuse B55 vastusevariandid 2 ja 3) ja 0, kui vastaja märkis, et ei ole kunagi traumeerivat sündmust kogunud (küsimuse B55 vastusevariant 1). PTSH sümptomid kodeeriti 1, kui vastaja märkis, et vastav sümptom oli teda viimase nelja nädala jooksul häirinud „mõnikord“, „sageli“ või „pidevalt“

(lisas A toodud küsimuste B55a, B55c ja B55d vastusevariandid 3–5) ja 0, kui vastaja ei olnud kogenud traumaatilist sündmust või ta märkis, et sümptom häiris “üldse mitte” või “harva” (küsimuste B55A, B55c ja B55d vastusevariandid 1 ja 2). Kolme PTSH sümptomeid hindava küsimuse põhjal moodustati koondtunnus “PTSH risk”, mille väärtus oli 1 (“jah”), kui vastaja oli kogenud traumaatilist sündmust ja saanud vähemalt kahe PTSH sümptomi puhul binaarse skoori 1 (“jah”) ning väärtus oli 0 (“ei”), kui vastaja ei olnud kogenud traumaatilist sündmust või oli saanud vähem kui kahe PTSH sümptomi puhul binaarse skoori 1. PTSH riski tunnuse väärtus 1 ei ole käsitletav PTSH diagnoosina, vaid esmase sõeltesti positiivse tulemusena, mis viitab vajadusele edasise täpsema hindamise järele. Andmed nagu vanuserühmad, haridustase, perekonnaseis, sissetulekugrupp ja elukoht olid jagatud küsimustiku vastustega võrreldes väiksemaks arvuks kategooriateks, et hõlbustada analüüsi ja tuvastada mustreid erinevate taustatunnuste lõikes.

Andmete analüüsimiseks kasutati andmeanalüüsi tarkvara JASP 0.19.1. Kõigepealt viidi andmetega läbi kirjeldav analüüs, mille eesmärk oli kirjeldada uuritava valimi demograafilisi tunnuseid ning PTSH riskitegurite levikut. See hõlmas näiteks vanuse, soo, haridustaseme, sissetuleku ja elukoha jaotuse analüüsi, samuti traumaatiliste sündmuste kogemise ja PTSH sümptomite esinemissageduste kirjeldamist. Peale kirjeldava analüüsi teostamist viidi läbi erinevad statistilised testid, et kontrollida hüpoteese ning saada vastuseid uurimisküsimustele. Näiteks kasutati hii-ruut testi, et uurida, kas traumaatilise sündmuse kogemise ja PTSH sümptomite sagedused erinesid oluliselt demograafiliste rühmade lõikes. Hii-ruut testi abil hinnati traumaatilise sündmuse kogemise ja PTSH sümptomite seoseid soo, vanuse, haridustaseme, sissetuleku ja elukohaga. Lisaks viidi läbi logistiline regressioonanalüüs, et tuvastada peamised riskifaktorid, mis ennustavad PTSH sümptomite esinemist. Analüüsil leiti esmalt kohandamata šansisuhted (ingl *odds ratio*, OR) kõigi üksiktunnuste kohta. Seejärel koostati kõigile üksiktunnustele kohandatud regressioonimudel ja leiti kohandatud šansisuhted (ingl *adjusted odds ratio*, AOR). Logistiline regressioon võimaldas hinnata, kuidas sotsiaal-demograafilised tunnused ennustasid PTSH riski. Selline mitmeastmeline analüüs aitas saada põhjalikuma ülevaate PTSH riskifaktoritest ja esinemissagedustest Eesti rahvastikus ning võimaldas teha järeldusi erinevate taustatunnuste olulisuse kohta.

Autori panus

Käesoleva uurimistöö autor töötas välja uurimisküsimused ja hüpoteesid, keskendudes PTSH levikule ja riskifaktoritele Eesti rahvastikus. Autor teostas ka andmeanalüüsid ning kirjutas käesoleva uurimistöö osad.

Tulemused

Andmeanalüüsi alustati uuringus osalenud vastajate sotsiaal-demograafilist profiili kirjeldades, tuues välja nende soo, vanuse, perekonnaseisu, haridustaseme ning elukoha jaotuse, mis annab ülevaate valimi üldistest tunnustest. Tabelis 1 on esitatud osalejate sotsiaal-demograafiline taust. Uuringu esimeses küsitluslaines osales kokku 5636 vastajat, nendest 60% olid naised ning 40% mehed. Vanuserühmade jaotus näitab, et suurim osa vastajatest kuulus 45–59 aasta vanusesse rühma (25,1%), millele järgnesid 60–74 aastased (23,8%) ja 30–44 aastased (19,7%). Noorimad osalejad, vanuses 18–29 aastat, moodustasid 14,2%, samas kui vanemad, üle 75-aastased, moodustasid 17,2%. Perekonnaseisu osas jaotati osalejad kolme rühma: abielus või kooselus olevad isikud (58,6%), lahutatud või lesed (22,4%) ning vallalised (18,9%). Puuduvad andmed moodustasid vaid 0,1%. Haridustaseme põhjal moodustati kolm rühma: põhiharidusega vastajad (13,7%), kesk- või kutseharidusega vastajad (55,3%) ja kõrgharidusega vastajad (30,7%). Väike osa vastajatest jättis haridustaseme märkimata (0,2%). Sissetuleku järgi jaotati vastajad nelja rühma: kuni 450 EUR (18,5%), 451–850 EUR (38,2%), 851–1400 EUR (26,9%) ja üle 1400 EUR (15,1%). Puuduvad andmed moodustasid 1,2%. Elukoha põhjal jaotati vastajad nelja kategooriasse. Suurim osa osalejatest (39,4%) elas kuni 1000 elanikuga asulates, samas kui 25,0% elas 1000–10 000 elanikuga asulates. Üle 10 000 elanikuga asulates elas 17,6% vastajatest ning suurtes linnades, nagu Tallinn ja Tartu, elas 16,1% osalejatest. Andmed elukoha kohta puudusid 1,9%-l vastajatest.

Tabel 1.

Osalejate sotsiaal-demograafiline taust

Tunnus	n	%
Sugu		
Mees	2257	40,0
Naine	3379	60,0
Vanuserühm		
18–29	803	14,2
30–44	1108	19,7

45–59	1417	25,1
60–74	1340	23,8
≥75	968	17,2
Perekonnaseis		
Abielus/kooselus	3301	58,6
Lahutatud/lesk	1262	22,4
Vallaline	1065	18,9
Andmed puuduvad	8	0,1
Haridustase		
≤ põhiharidus	775	13,7
Kesk- või kutseharidus	3118	55,3
Kõrgharidus	1733	30,7
Andmed puuduvad	10	0,2
Sissetulek (neto)		
Kuni 450 EUR	1045	18,5
451-850 EUR	2154	38,2
851-1400 EUR	1519	26,9
>1400 EUR	851	15,1
Andmed puuduvad	67	1,2
Elukoht		
Kuni 1000 elanikuga asula	2222	39,4
1000-10000 elanikuga asula	1408	25,0
Üle 10 000 elanikuga asula	992	17,6
Tallinn/Tartu	908	16,1
Andmed puuduvad	106	1,9

Märkused: Statistikaameti andmetel oli 2021. aastal Eesti keskmine brutokuupalk 1548 eurot.

(Statistikaamet, 2021). n – vastajate arv

Edasi analüüsiti osalejate kogemusi traumaatiliste sündmuste ja PTSH sümptomitega, mille tulemused on esitatud tabelis 2.

Traumaatilise sündmuse kogemist raporteerisid 46,6% vastajatest, samas kui 47,3% vastajatest märkisid, et ei olnud sellist kogemust. Andmed puudusid 6,1%-l vastajatest.

Traumaatiliste sündmuste mõju uuriti täiendavalt PTSH sümptomite kaudu, milleks olid taaskogemine, vältimine ja ülivirgus. Taaskogemise sümptomid, nagu pealetükkivad häirivad mälestused ning läbielatu korduvate kujutluste ja mälestuste kogemine, esinesid 16,0%-l kõigist vastajatest, samas kui 77,7% ei raporteerinud selliseid sümptomeid. Andmed puudusid 6,3%-l vastajatest. Vältimiskäitumine, mis viitab emotsionaalsele ja füüsilisele eemaldumisele traumaga seotud stiimulitest ja olukordadest, esines 14,0%-l osalejatest, samas kui 79,3% märkisid, et neil

sellist sümptomit ei esine. Andmed puudusid 6,7%-l vastajatest. Ülivirgus, mis hõlmab valvel olemist ja kergesti ehmumist, märkis 12,0% vastajatest, samas kui 81,3% ei täheldanud selliseid sümptomeid. Andmete puudumise osakaal oli siin 6,7%. Lisaks analüüsiti PTSH sümptomite koosinemist (taaskogemine, vältimine ja ülivirgus). 79,4% kõikidest vastajatest ei täheldanud ühtegi sümptomit, 10,0% teatas ühest sümptomist, 6,6% kahest ja 6,0% kolmest sümptomist. Andmed puudusid 7,0%-l vastajatest.

Tabel 2.

Traumaatilise sündmuse ja PTSH sümptomite kogemise sagedused koguväljandis

Tunnus	n	%
Traumaatilise sündmuse kogemine		
Jah	2628	46,6
Ei	2667	47,3
Andmed puuduvad	341	6,1
Taaskogemine		
Jah	902	16,0
Ei	4377	77,7
Andmed puuduvad	357	6,3
Vältimine		
Jah	789	14,0
Ei	4472	79,3
Andmed puuduvad	375	6,7
Ülivirgus		
Jah	677	12,0
Ei	4582	81,3
Andmed puuduvad	377	6,7
PTSH sümptomite arv kokku		
0	3969	79,4
1	565	10,0
2	371	6,6
3	337	6,0
Andmed puuduvad	394	7,0

Märkused: n – vastajate arv

Järgmisena analüüsiti traumaatilise sündmuse kogemist ja PTSH sümptomite kogemise sagedusi erinevate taustatunnuste lõikes.

Tabelis 3 on esitatud traumaatilise sündmuse esinemise sagedused erinevate taustatunnuste lõikes koos hii-ruut testi tulemustega. Analüüs näitab, et traumaatilise sündmuse esinemine erines

oluliselt soo põhjal ($\chi^2 = 31,81$; $df = 1$; $p < 0,001$), kus naised raporteerisid traumaatilistest sündmustest sagedamini (52,8%) kui mehed (44,9%). Vanuserühmade lõikes leiti samuti statistiliselt oluline seos ($\chi^2 = 23,64$; $df = 4$; $p < 0,001$), kus kõige sagedamini raporteerisid traumaatilisi sündmusi 45–59-aastased vastajad (52,4%), samas kui vanim vanuserühm (≥ 75 aastat) teatas madalaimast sagedusest (39,5%). Lisaks kinnitas ANOVA analüüs, et vanuserühmade mõju traumaatilise sündmuse esinemisele ei olnud tingitud soo jaotusest erinevates vanuserühmades, kuna interaktsioon sooga ei osutunud statistiliselt oluliseks $F(4, 5502)=1,449$, $p=0,215$. Perekonnaseisu alusel ilmnis oluline erinevus ($\chi^2 = 10,72$; $df = 2$; $p = 0,005$), kus lahutatud või lesed raporteerisid traumaatilisi sündmusi sagedamini (49,1%) võrreldes abielus või kooselus olevate (46,2%) ja vallaliste vastajatega (45,1%). Haridustaseme puhul oli erinevus samuti statistiliselt oluline ($\chi^2 = 7,23$; $df = 2$; $p = 0,027$), kus kõrgharidusega vastajad teatasid kõige sagedamini traumaatilise sündmuse kogemisest (50,3%), järgnesid kesk- või kutseharidusega osalejad (45,8%) ning põhiharidusega vastajad (41,8%). Sissetuleku puhul seos puudus, kuna statistiliselt olulist erinevust ei leitud ($\chi^2 = 4,84$; $df = 3$; $p = 0,184$). Traumaatilise sündmuse kogemine oli sissetulekugruppides suhteliselt ühtlane, ulatudes 45,1%-st kuni 50,0%-ni. Elukoha lõikes ei ilmnenu samuti statistiliselt olulist seost ($\chi^2 = 2,19$; $df = 3$; $p = 0,535$). Kokkuvõttes ilmnisid statistiliselt olulised erinevused traumaatilise sündmuse kogemise sagedustes soo, vanuserühma, perekonnaseisu ja haridustaseme lõikes, samas kui sissetuleku ja elukohaga olulisi seoseid ei ilmnenu.

Tabel 3.

Traumaatilise sündmuse esinemine sagedus sotsiaal-demograafiliste tunnuste alusel

Tunnus	n	%	χ^2 (df)	p
Sugu			31,81 (1)	<0,001
Mees	958	44,9		
Naine	1670	52,8		
Vanuserühm			23,64 (4)	<0,001
18–29	357	44,5		
30–44	520	46,9		
45–59	743	52,4		
60–74	626	46,7		
≥ 75	382	39,5		
Perekonnaseis			10,72 (2)	0,005
Abielus/kooselus	1524	46,2		
Lahutatud/lesk	620	49,1		

Vallaline	481	45,1		
Haridustase			7,23(2)	0,027
≤ põhiharidus	324	41,8		
Kesk- või kutseharidus	1429	45,8		
Kõrgharidus	871	50,3		
Sissetulek			4,84 (3)	0,184
Kuni 450 EUR	471	45,1		
451-850 EUR	982	45,6		
851-1400 EUR	760	50,0		
>1400 EUR	392	46,1		
Elukoht			2,19 (3)	0,535
Kuni 1000 elanikuga asula	1059	47,6		
1000-10000 elanikuga asula	649	49,1		
Üle 10000 elanikuga asula	443	44,7		
Tallinn/Tartu	440	48,5		

Märkused: n – vastajate arv, χ^2 (df) – hii-ruut statistik koos vabadusastmete arvuga, p – statistiline olulisus

Järgnevalt analüüsisin üksikute PTSH sümptomite kogemise seoseid sotsiaal-demograafiliste tunnustega. Traumaatilise sündmuse taaskogemist häirival määral esines 17,1%-l kõigist vastajatest, kellel olid selle sümptomi kohta andmed olemas, sealjuures 34,5%-l traumakogemusega vastajatest. Analüüsi tulemused (lisa B) näitavad, et taaskogemise sümptomit esines oluliselt sagedamini naistel (19,7%) kui meestel (10,5%) ning erinevus oli statistiliselt väga oluline ($\chi^2 = 89,53$; df = 1; p < 0,001). Vanuserühmade lõikes ilmnes samuti statistiliselt oluline erinevus ($\chi^2 = 15,40$; df = 4; p = 0,004), kus kõrgeim sagedus oli üle 75-aastaste seas (17,5%) ja 45–59-aastaste seas (17,0%). Madalaim sagedus oli 30–44-aastaste hulgas (13,4%) ja 18–29-aastaste hulgas (13,7%). Perekonnaseisu järgi ilmnes oluline seos ($\chi^2 = 72,85$; df = 2; p < 0,001). Lahutatud või lesed teatasid taaskogemise sümptomist kõige sagedamini (23,0%), järgnesid vallalised (15,5%) ja abielus/kooselus olevad vastajad (13,5%). Haridustaseme lõikes esines samuti statistiliselt oluline seos ($\chi^2 = 15,12$; df = 2; p < 0,001): taaskogemise sümptomi sagedus oli suurim põhiharidusega vastajatel (18,6%), järgnesid kesk- või kutseharidusega vastajad (16,5%), samas kui kõrgharidusega vastajatel oli sagedus madalaim (14,0%). Sissetulekugruppide vahel ilmnes samuti oluline erinevus ($\chi^2 = 72,28$; df = 3; p < 0,001). Madalaima sissetulekuga vastajad (kuni 450 EUR) kogesid taaskogemise sümptomit kõige sagedamini (20,2%), järgnesid 451–850 EUR sissetulekuga rühm (18,1%) ja 851–1400 EUR sissetulekuga rühm (14,4%). Kõige

madalam sagedus oli >1400 EUR sissetulekuga vastajatel (8,7%). Elukoha lõikes statistiliselt olulist seost ei ilmnenud ($\chi^2 = 2,39$; $df = 3$; $p = 0,495$).

Traumeeriva sündmusega seotud tegevuste ja olukordade vältimist esines 15,0%-l kõigist selle sümptomi kohta vastanutest ja 30,4%-l traumakogemusega vastajatest. Tulemused (lisa C) näitavad, et vältimise sümptomi esinemises oli oluline erinevus soo lõikes ($\chi^2 = 62,07$; $df = 1$; $p < 0,001$), kus naised teatasid vältimiskäitumisest sagedamini (16,9%) kui mehed (9,7%).

Vanuserühmade vahel ilmnis samuti statistiliselt oluline seos ($\chi^2 = 11,08$; $df = 4$; $p = 0,026$), kus kõrgeim esinemissagedus oli 60–74-aastaste hulgas (16,1%) ja ≥ 75 -aastaste seas (14,4%). Madalaim sagedus oli 30–44-aastaste hulgas (12,2%). Perekonnaseisu analüüsis leiti samuti oluline seos ($\chi^2 = 29,86$; $df = 2$; $p < 0,001$): lahutatud või lehestunud vastajatel esines vältimiskäitumist kõige sagedamini (17,0%), järgnesid vallalised (16,4%) ning abielus või kooselus olevad osalejad (12,0%). Haridustasemega ilmnis vältimise sümptomil samuti statistiliselt oluline ($\chi^2 = 25,65$; $df = 2$; $p < 0,001$), kus põhiharidusega vastajad teatasid vältimisest kõige sagedamini (18,3%), järgnesid kesk- või kutseharidusega vastajad (14,0%), samas kui kõrgharidusega vastajatel oli sagedus madalaim (12,0%). Sissetuleku lõikes ilmnis tugev statistiliselt oluline seos ($\chi^2 = 82,46$; $df = 3$; $p < 0,001$), kus madalaima sissetulekuga vastajad (kuni 450 EUR) teatasid vältimiskäitumisest kõige sagedamini (19,1%). Kõrgeima sissetulekuga rühmas (>1400 EUR) oli esinemissagedus madalaim (7,0%). Ka siin elukoha lõikes statistiliselt olulist seost ei ilmnenud ($\chi^2 = 4,02$; $df = 3$; $p = 0,259$).

Ülivirgust esines 12,9%-l kõigist vastajatest, kellel olid selle sümptomi kohta andmed olemas. Traumakogemusega vastajate hulgas esines seda sümptomit 26,1%-l. Tulemused (lisa D) näitavad, et ülivirguse sümptomit esines oluliselt sagedamini naistel (14,9%) kui meestel (7,6%) ning erinevus oli statistiliselt oluline ($\chi^2 = 73,31$; $df = 1$; $p < 0,001$). Vanuserühmade vahel ilmnis samuti oluline seos ($\chi^2 = 16,70$; $df = 4$; $p = 0,002$), kus kõrgeim esinemissagedus oli 60–74-aastaste hulgas (14,4%) ja ≥ 75 -aastaste hulgas (12,8%). Madalaim sagedus oli 30–44-aastaste hulgas (9,7%). Perekonnaseisu alusel ilmnis statistiliselt oluline erinevus ($\chi^2 = 19,28$; $df = 2$; $p < 0,001$): lahutatud või lehestunud vastajad teatasid ülivirguse sümptomist kõige sagedamini (14,1%), järgnesid vallalised (14,0%) ning madalaim sagedus oli abielus või kooselus olevatel vastajatel (10,6%). Haridustaseme lõikes ilmnis samuti oluline seos ($\chi^2 = 28,49$; $df = 2$; $p < 0,001$): põhiharidusega vastajatel oli sümptomi esinemissagedus kõige kõrgem (16,6%), järgnesid kesk- või kutseharidusega vastajad (11,7%), samas kui kõrgharidusega vastajatel oli

sagedus madalaim (10,3%). Sissetuleku põhjal ilmnes tugev statistiliselt oluline seos ($\chi^2 = 79,39$; $df = 3$; $p < 0,001$). Madalaima sissetulekuga vastajad (kuni 450 EUR) teatasid ülivirguse sümptomist kõige sagedamini (17,0%), järgnesid 451–850 EUR sissetulekuga rühm (13,1%) ja 851–1400 EUR sissetulekuga rühm (10,9%). Kõige madalam sagedus oli >1400 EUR sissetulekuga rühmas (5,3%). Elukoha lõikes statistiliselt olulist seost ei ilmnenu ($\chi^2 = 1,38$; $df = 3$; $p = 0,711$).

Üksiksümptomite seosed sotsiaal-demograafiliste tunnustega olid väga sarnased, seetõttu keskenduti edasises analüüsis PTSH riski koondtunnusele. Lähtudes vähemalt kahe sümptomi kriteeriumist esines PTSH risk 12,6%-l kõigist vastajatest ja 26,6%-l traumakogemusega vastajatest, kelle andmed võimaldasid selle muutuja väärtuse leida. Tabelis 4 on esitatud PTSH riski esinemissagedused erinevate sotsiaal-demograafiliste tunnuste lõikes koos vastavate hii-ruut testi tulemuste ja olulisuse tasemetega.

Tabel 4.

PTSH riski esinemise sageduse sotsiaal-demograafiliste tunnuste alusel

Tunnus	n	%	χ^2 (df)	p
Sugu			96,36 (1)	<0,001
Mees	168	7,4		
Naine	540	16,0		
Vanuserühm			11,06 (4)	0,026
18–29	92	11,5		
30–44	115	10,4		
45–59	186	13,1		
60–74	192	14,3		
≥75	123	12,7		
Perekonnaseis			35,27 (2)	<0,001
Abielus/kooselus	354	10,7		
Lahutatud/lesk	206	16,3		
Vallaline	147	13,8		
Haridustase			27,40 (2)	<0,001
≤ põhiharidus	130	16,8		
Kesk- või kutseharidus	395	12,7		
Kõrgharidus	181	10,4		
Sissetulek			82,41 (3)	<0,001
Kuni 450 EUR	179	17,1		
451-850 EUR	304	14,1		
851-1400 EUR	171	11,3		
>1400 EUR	46	5,4		

Elukoht			0,58 (3)	0,901
Kuni 1000 elanikuga asula	276	12,4		
1000-10000 elanikuga asula	183	13,0		
Üle 10000 elanikuga asula	119	12,0		
Tallinn/Tartu	114	12,6		

Märkused: n – vastajate arv, χ^2 (df) – hii-ruut statistik koos vabadusastmete arvuga, p – statistiline olulisus

Edasi viidi läbi logistiline regressioonanalüüs PTSH riski ennustamiseks, mille tulemused on välja toodud tabelis 5. Tulemused näitasid, et mitmed muutujad on oluliselt PTSH riskiga seotud. Analüüs tuvastas, et sugu ennustab PTSH riski oluliselt: naised on suurema riskiga võrreldes meestega. Vanusegruppide võrdluses ilmses, et 60–74-aastastel on suurem šans olla PTSH riskiga võrreldes noorima vanuserühmaga (18–29), Teised vanuserühmad ei erinenud statistiliselt oluliselt noorimast vanuserühmast. Lisaks sellele leiti, et perekonnaseis on seotud PTSH riskiga, lahutatud või lehestunud isikud on suurema riskiga võrreldes vallalistega, kuid see erinevus ei jäänud statistiliselt oluliseks pärast teiste tunnuste, nagu sugu, vanus, sissetulek, haridustase ja elukoht arvesse võtmist (AOR 1,22, p = 0,129). Sissetuleku osas on madalamad sissetuleku tasemed seotud oluliselt suurema PTSH riski šansiga võrreldes kõrgeima sissetulekuga. Sissetulek alla 400 euro suurendas märkimisväärselt riski. Samuti oli suurenenud risk inimestel sissetulekuga 451-800 eurot, OR 3,10 ja AOR 2,21, mõlemad statistiliselt olulised (p < 0,001). Haridustase näitas olulist seost PTSH riskiga antud andmestikus pärast andmete kohandamist. Kuigi esialgsed (kohandamata) analüüsid näitasid, et nii kesk- või kutseharidusega inimestel kui ka põhiharidusega inimestel on suurem šans olla PTSH riskis võrreldes kõrgharidusega inimestega, siis pärast teistele tunnustele kohandamist muutus keskharidusega inimeste erinevus kõrgharidusega inimestest mitteoluliseks. Samas jäi põhiharidusega vastajatel PTSH riskis olemise šans ka kohandatud mudelis oluliselt suuremaks võrreldes kõrgharidusega vastajatega. Elukoht ei näidanud olulist seost PTSH riskiga, kuna kõigis asulatüüpides olid PTSH riski šansid sarnased.

Tabel 5.

PTSH riski ennustamine logistilise regressiooni abil: kohandamata ja kohandatud šansisuhted (OR ja AOR) koos 95% usaldusvahemikega (uv).

Tunnus	Kohandamata			Kohandatud		
	OR	95% uv	p	AOR	95% uv	p
Sugu						
Mees	1			1		
Naine	2,45	2,037-2,936	<0,001	2,31	1,898-2,810	<0,001
Vanuserühm						
18-29	1			1		
30-44	0,91	0,696-1,247	0,632	0,97	0,720-1,311	0,849
45-59	1,21	0,928-1,585	0,157	1,16	0,882-1,536	0,285
60-74	1,35	1,038-1,770	0,025	1,36	1,032-1,795	0,029
75+	1,17	0,879-1,568	0,277	1,12	0,831-1,513	0,454
Perekonnaseis						
Vallaline	1			1		
Abielus/kooselus	0,76	0,615-0,930	0,008	0,93	0,741-1,164	0,522
Lahutatud/lesk	1,32	1,048-1,664	0,018	1,22	0,945-1,567	0,129
Haridustase						
Kõrgharidus	1			1		
Põhiharidus	1,92	1,499-2,449	<0,001	1,49	1,122-1,986	0,006
Kesk- või kutseharidus	1,30	1,082-1,573	0,005	1,12	0,911-1,384	0,278
Sissetulek						
>1400 EUR	1			1		
851-1400 EUR	2,25	1,603-3,148	<0,001	1,90	1,346-2,686	<0,001
451-800 EUR	3,10	2,244-4,268	<0,001	2,21	1,561-3,126	<0,001
Kuni 400 EUR	4,09	2,910-5,734	<0,001	3,01	2,073-4,370	<0,001
Elukoht						
Kuni 1000 elanikku	1			1		
1000-10 000 elanikku	1,06	0,867-1,297	0,568	1,08	0,876-1,327	0,476
>10 000 elanikku	0,97	0,774-1,227	0,826	0,99	0,779-1,249	0,909
Tallinn/Tartu	0,99	0,781-1,247	0,781	1,15	0,900-1,474	0,262

Märkus: p – statistiline olulisus

Kokkuvõttes olid peamised PTSH riskiga seotud tegurid sugu, madalam haridustase ja madalam sissetulek, mis kõik näitasid statistiliselt olulisi seoseid ka siis, kui teiste sotsiaal-demograafiliste tunnuste efekt oli arvesse võetud. Tulemused aitavad mõista, millised sotsiaaldemograafilised tegurid on seotud suurenenud PTSH riskiga ning võivad aidata sihtida ennetavaid meetmeid vastavalt riskiprofiilidele.

Arutelu

Käesolevas uurimistöös keskenduti posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomite levimuse ja sotsiaal-demograafiliste riskifaktorite uurimisele Eesti elanikkonnas. Uurimistöö eesmärgiks oli analüüsida PTSH sümptomite esinemist eri demograafilistes rühmades ning uurida, kuidas sotsiaalmajanduslik staatus ja elukoht on seotud PTSH sümptomite esinemisega. Uurimisküsimused keskendusid PTSH sümptomite esinemisele soo, vanuse, haridustaseme, sissetuleku ja elukoha lõikes, samuti küsimusele, kuidas need demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tegurid võivad PTSH riski ennustada.

Esimene hüpotees, et PTSH sümptomite kogemine on sagedasem naiste seas kui meeste seas, sai kinnitust. See tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, mis on samuti täheldanud, et naised kogevad sagedamini PTSH-d kui mehed. Üksiksümptomite analüüs kinnitas samuti seda seost, naised raporteerisid oluliselt sagedamini sümptomeid nagu traumaatilise sündmuse taaskogemine, vältimiskäitumine ja ülivirgus. See viitab, et sooline erinevus ilmneb nii üldise PTSH riski kui ka konkreetsete sümptomite tasandil, mis rõhutab vajadust suunatud sekkumiste järele, mis arvestaksid naiste suuremat haavatavust traumajärgsete sümptomite suhtes (Bryant, 2019; McGinty jt., 2021).

Teine hüpotees, mis hõlmas vanuse seost PTSH sümptomitega, ei leidnud kinnitust. Eeldati, et vanematel inimestel on PTSH sümptomeid vähem, kuid tulemused näitasid, et vanuserühmas 60–74 oli suurem šans olla PTSH riskis võrreldes kõige noorema vanuserühmaga (18–29). Lisaks ilmnes, et vanuse lõikes esinesid üksiksümptomid, nagu traumaatilise sündmuse taaskogemine, vältimiskäitumine ja ülivirgus, sagedamini teatud vanuserühmades. Näiteks olid 60–74-aastaste hulgas sümptomite esinemissagedused üldiselt kõrgemad kui nooremates vanuserühmades, kuigi kõigi sümptomite lõikes ei olnud erinevused ühtsed. Protsentuaalsed erinevused üksiksümptomite esinemises vanuserühmade vahel olid küll väikesed, kuid valimi suuruse tõttu oli seos vanusega siiski statistiliselt oluline. Need tulemused viitavad vajadusele edasiseks uurimiseks, et paremini mõista vanuse mõju mehhanisme PTSH sümptomite kujunemisel ja esinemisel. Üheks võimalikuks seletuseks, miks ei ilmnenu mujal leitud negatiivset seost vanusega, võib olla kultuuriline ja ajalooline kontekst, võttes arvesse, et vanemad Eesti inimesed on elanud läbi raskeid perioode, sealhulgas sõja ja nõukogude aja kogemusi, mis võivad olla mõjutanud nende PTSH riski.

Kolmas hüpotees, et kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed (kõrgem sissetulek, kõrgem haridustase) raporteerivad vähesemal määral PTSH sümptomite kogemist kui madalama sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed, sai samuti kinnitust. Analüüsis tuli välja, et madalam haridustase ja sissetulek on seotud suurema PTSH sümptomite levikuga. Selgus, et inimesed, kellel oli põhiharidus või kutse- või keskharidus, kogesid sagedamini PTSH sümptomeid võrreldes nendega, kellel oli kõrgem haridustase. Samuti ilmnes, et isikud, kelle sissetulek jäi madalamasse vahemikku, teatasid suuremast PTSH sümptomite esinemisest võrreldes inimestega, kellel oli kõrgem sissetulek. Üksiksümptomite analüüs kinnitas samuti seda leidu – madalama haridustasemega ja väiksema sissetulekuga inimestel esines sagedamini kõiki kolme sümptomi tüüpi. See kinnitab vajadust täpsemate uuringute ja sotsiaalmajandusliku ebavõrdsuse vähendamisele suunatud sekkumiste järele. Need tulemused toetavad kirjandust, mis näitab, et madalam sotsiaalmajanduslik staatus on riskitegur vaimse tervise häirete, sealhulgas PTSH kujunemisel (Brewin jt., 2000; El-Khodary jt., 2022; Madnick & Spokas, 2022).

Neljas hüpotees, et linnades või suurema elanikkonnaga asulates elavad inimesed kogevad sagedamini PTSH sümptomeid kui need, kes elavad väiksemates asulates, ei leidnud kinnitust. Varasemad uuringud on näidanud erinevaid tulemusi seoses elukoha mõjuga PTSH-le, kusjuures mõned uuringud on leidnud, et linnakeskkond võib suurendada PTSH riski, samas kui teised uuringud on täheldanud suuremat levimust maapiirkondades (Keller & Owens, 2020; Mejía, 2021; Rahman jt., 2022). Kuna Rootsi on Eestile sarnasem ja geograafiliselt lähemal, lähtusime oma hüpoteesi püstitades Rootsi rahvastiku tulemustest, mis näitavad linnakeskkonna PTSH riski suurendavat mõju. Sellegipoolest näitavad meie uurimistöö tulemused, et Eesti kontekstis ei pruugi elukoht olla PTSH sümptomite esinemise oluline mõjutaja, mis viitab vajadusele edasisteks kultuurisensitiivseteks ja kontekstipõhisteks uuringuteks, et paremini mõista elukoha mõju vaimsele tervisele eri piirkondades.

Lisaks PTSH sümptomite ja riski koondtunnuse analüüsile ilmnes, et ka traumaatilise sündmuse kogemine oli tugevalt seotud sotsiaal-demograafiliste tunnustega. Näiteks kogesid naised traumaatilisi sündmusi sagedamini, mis võib aidata mõista nende suuremat haavatavust PTSH sümptomite suhtes. Huvitaval kombel näitasid tulemused, et inimesed, kellel oli kõrgem haridustase, kogesid küll rohkem traumeerivaid sündmusi, aga samas kogesid nad vähemal määral PTSH sümptomeid. Seda võib seletada asjaoluga, et haridus võib aidata inimestel paremini mõista psühholoogilisi protsesse ja kuidas traumadega toime tulla ning samuti ka suurendada teadlikkust

vaimse tervise abi võimalustest (Lien jt., 2023). Lisaks on kõrgema haridustasemega inimestel tihti ka parem juurdepääs professionaalsele abile ja muud sotsiaalmajanduslikud tugivõrgustikud, mis aitavad trauma mõjuga toime tulla (Spytska, 2024). Haridus võib ka mõjutada seda, kuidas inimesed traumaatilisi kogemusi mõtestavad ja töötlevad. See võib potentsiaalselt vähendada PTSH sümptomite riski, kuid edasine uurimine on vajalik, et seda seost paremini mõista.

Kuna traumaatilise sündmuse kogemine on PTSH tekke eeldus, on oluline arvestada selle leviku muustritega erinevate demograafiliste rühmade vahel, et ennetada ja leevendada traumade mõju haavatavamates rühmades.

Piirangud ja jätkusuunad

Käesolevas uurimistöös on ka mõningaid piiranguid, mida tuleks silmas pidada tulemuste tõlgendamisel ja edasiste uuringute kavandamisel. Vaatamata sellele, et valim oli üsna suur, kajastades erinevaid demograafilisi ja sotsiaalmajanduslikke rühmi, nagu vanus, sugu, haridustase, sissetulek ja elukoht, on siiski välja toomist väärt, et spetsiifilised alarühmad, nagu äärmuslike sotsiaalmajanduslike tingimustega inimesed või väga spetsiifiliste kultuuriliste taustadega isikud, ei pruugi olla esindatud. See võib piirata tulemuste üldistatavust kõige haavatavamate rühmade kontekstis. Samuti, et töös jäid mõned olulised muutujad analüüsimata. Näiteks ei uuritud tegureid nagu varasem vaimse tervise ajalugu, perekonna toetus või kogukonna ressursid, mis võib mõjutada tõlgendusi PTSH riskifaktorite kohta.

Teiseks potentsiaalseks piiranguks võib olla, et andmed pärinevad üksnes uuringu esimesest lainest. Selline ristlõike disain piirab võimet tuvastada põhjuslikke seoseid demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite ning PTSH sümptomite vahel. Kuigi see ülesehitus võimaldab tuvastada korrelatsioone erinevate muutujate vahel ühel kindlal ajahetkel, ei võimalda see jälgida muutusi ajas ega kindlaks teha, kas uuritud tegurid eelnesid PTSH sümptomite ilmnemisele või olid nende tagajärg. Seega, tulemuste põhjal on keeruline määrata kindlaid põhjuslikke seoseid ja tulemuste tõlgendamisel ja rakendamisel tuleks olla ettevaatlik.

Järgmise piiranguna tuleks arvestada, et kuigi andmekogumismeetodid olid standardiseeritud, toetus uuring osalejate enesearuannetele. Siinkohal tekib oht, et vastused võivad sisaldada subjektiivsust ja kallutusi vastamisel. Enesearuanded vaimse tervise nähtuste uurimiseks, sealhulgas ka PTSH sümptomite osas, võivad olla mõjutatud mitmetest teguritest, nagu näiteks vastaja soovist end paremas valguses näidata või raskustest traumaatiliste sündmuste

meenutamisel. See võib viia andmete moonutusteni, mis mõjutavad uuringu tulemuste usaldusväärsust.

Viimase piiranguna tooksin välja PTSH mõõdiku lihtsustatud ülesehituse, mis koosnes vaid kolmest küsimusest, katmaks peamisi sümptomeid milleks olid: taaskogemine, vältimine ja ülivirgus. Samuti ei ole PTSH riski hindamiseks kasutatud äralõikepunkti PTSH diagnoosi suhtes valideeritud, mille tõttu ei ole võimalik hinnata, kui suurel osal PTSH suhtes riski arvatud vastajatest võiks tegelikult olla PTSH. Kuna RVTU eesmärk oli saada ülevaade võimalikult laiaast psüühikahäirete spektrist, ei olnud võimalik pühendada igale häirele põhjalikku käsitlust ilma, et küsimustiku maht liiga suureks ei läheks. Samuti tuleb arvestada, et Eestis puuduvad rahvastikupõhise uuringu jaoks sobivad lühikesed valideeritud äralõikepunktiga enesekohased PTSH mõõdikud, mis oleksid vastavad rahvusvahelistele standarditele. Seetõttu tuleks tulemusi tõlgendada ettevaatlikult ja nende kinnitamiseks võiks kaaluda täiendavaid, põhjalikumaid hindamismeetodeid tulevastes uuringutes.

Märkimist väärt on, et tegemist on esimese rahvastikupõhise uuringuga, mis käsitleb PTSH sümptomite levimust. Laiapõhjaline lähenemine võimaldas kaardistada PTSH sümptomite esinemist ja nende seotust erinevate sotsiaal-demograafiliste riskiteguritega Eesti elanikkonnas. Ulatuslik valim annab väärtusliku aluse edasisteks teadusuuringuteks ja ennetusmeetmete kujundamiseks, pakkudes terviklikku ülevaadet psüühikahäirete levikust ja mõjuritest demograafilises ning sotsiaalmajanduslikus kontekstis.

Tulevikus võiks kaaluda ka RVTU järgmiste lainete andmete kaasamist uurimistöösse, mis võimaldaks avastada potentsiaalseid muutuseid PTSH sümptomites ja samas ka kontrollida vastuste järjepidevust, pakkudes sügavamat mõistmist sümptomite olemusest ning võimalikest põhjuslikest seostest. Samuti aitaks see paremini tuvastada ja mõista riskitegureid ja kaitsefaktoreid erinevates etappides, suurendades seeläbi uurimistöo mõju ja rakendusvõimalusi. Selline lähenemine võimaldaks ka keerukamate statistiliste mudelite kasutamist, nagu hierarhilised lineaarsed mudelid, mis on sobivad keerukate andmestruktuuride analüüsimisel ajas. Lisaks RVTU erinevate lainete andmete kasutamisele võiks kaaluda ka laiema hulga muutujate analüüsimist, et saada terviklikum ülevaade muudest erinevatest riskifaktoritest ja nende mõjust. Huvitav oleks kaasata tegureid, mis jäid käesolevas uuringus käsitlemata, nagu ülal mainitud, siis näiteks tegurid nagu varasem vaimse tervise ajalugu, perekonna toetus ja kogukonna ressursid. Nende tegurite analüüsimine võiks aidata paremini mõista PTSH sümptomite kujunemist ja pakkuda sügavamaid

teadmisi selle kohta, kuidas erinevad sotsiaalsed ja isiklikud ressursid võivad mõjutada indiviidi vastupanuvõimet stressile ja traumale.

Kokkuvõte

Antud uurimistöö eesmärk oli uurida PTSH sümptomite levimust ja riskifaktoreid Eesti elanikkonnas, kasutades RVTU esimese laine andmeid. et PTSH sümptomite esinemine on sagedasem naiste seas ning vanusegrupis 60–74 aastat on suurem šans olla PTSH riskis võrreldes noorematega. Selge lineaarne seos vanuse ja PTSH sümptomite esinemise vahel siiski puudus. Lisaks leiti, et madalam sotsiaalmajanduslik staatus, nagu madalam haridustase ja madalam sissetulek suurendab PTSH riski. Need tulemused rõhutavad vajadust sihipärase ennetusmeetmete ja sekkumiste järele, mis arvestaksid nii demograafilisi kui ka sotsiaalmajanduslikke riskitegureid. Uurimistöö aitab paremini mõista PTSH levikut Eesti rahvastikus ning on abiks PTSH mõistmisel, edasiste uurimissuundade kujundamisel ning tõhusamate toetusmeetmete kujundamisel

Tänu sõnad

Soovin siiralt tänada oma juhendajaid Kaia Laidrat ja Kirsti Akkermanni, kelle pidev juhendamine, professionaalne nõu ja toetav suhtumine olid asendamatud minu uurimistöö kirjutamise protsessi vältel. Nende asjatundlikkus ja julgustavad sõnad aitasid mul ületada paljud väljakutsed ja viisid selle töö lõpuni.

Kasutatud kirjandus

- Angelakis, S., & Nixon, R. D. V. (2015). The Comorbidity of PTSD and MDD: Implications for Clinical Practice and Future Research. *Behaviour Change*, 32(1), 1–25.
doi:10.1017/bec.2014.26
- Ahlbom, A., & Norell, S. (1993). *Sissejuhatus moodsasse epidemioloogiasse*. Tallinn: Huma
- Barbano, A. C., van der Mei, W. F., deRoon-Cassini, T. A., Grauer, E., Lowe, S. R., Matsuoka, Y. J., O'Donnell, M., Olf, M., Qi, W., Ratanatharathorn, A., Schnyder, U., Seedat, S., Kessler, R. C., Koenen, K. C., Shalev, A. Y., & International Consortium to Prevent PTSD (2019). Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depression and anxiety*, 36(6), 490–498. <https://doi.org/10.1002/da.22881>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.
doi:10.1017/S0033291715001981
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1–15.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Bryant R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 259–269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
- Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 91–99.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/jacohen>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577–584.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>

- Daskalakis, N. P., Rijal, C. M., King, C., Huckins, L. M., & Ressler, K. J. (2018). Recent genetics and epigenetics approaches to PTSD. *Current psychiatry reports*, 20, 1-12.
<https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1007/s11920-018-0898-7>
- Du, J., Diao, H., Zhou, X., Zhang, C., Chen, Y., Gao, Y., & Wang, Y. (2022). Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical review* (2021), 2(3), 219–243. <https://doi.org/10.1515/mr-2022-0012>
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.
<https://tai.ee/sites/default/files/2022-06/Eesti%20rahvastiku%20vaimse%20tervise%20uurin%20g.pdf>
- El-Khodary, B., Samara, M., & Askew, C. (2020). Traumatic events and PTSD among Palestinian children and adolescents: The effect of demographic and socioeconomic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.3389/fpsy.2020.00004>
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 141–150. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of affective disorders*, 123(1-3), 249–257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>
- Harnett, N. G., Goodman, A. M., & Knight, D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental neurology*, 330, 113331. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113331>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Keller, E. M., & Owens, G. P. (2020). Traditional rural values and posttraumatic stress among rural and urban undergraduates. *PLOS ONE*, 15(8), e0237578.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237578>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European*

- Journal of Psychotraumatology, 8(sup5).
<https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kvedaraite, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2022). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *The International journal of social psychiatry*, 68(8), 1727–1736.
<https://doi.org/10.1177/00207640211057720>
- Laidra, K., Rahu, K., Tekkel, M., Aluoja, A., & Leinsalu, M. (2015). Mental health and alcohol problems among Estonian cleanup workers 24 years after the Chernobyl accident. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1753–1760.
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1102-6>
- Laidra, K., Reile, R., Havik, M., Leinsalu, M., Murd, C., Tulviste, J., Tamson, M., Akkermann, K., Kreegipuu, K., Sultson, H., Ainsaar, M., Uusberg, A., Rahno, J., Panov, L., Leetmaa, K., Aasa, A., Veidebaum, T., Lehto, K., & Konstabel, K. (2023). Estonian National Mental Health Study: Design and methods for a registry-linked longitudinal survey. *Brain and behavior*, 13(8), e3106. <https://doi.org/10.1002/brb3.3106>
- Lien, Y.-J., Chen, L., Cai, J., Wang, Y.-H., & Liu, Y.-Y. (2023). The power of knowledge: How mental health literacy can overcome barriers to seeking help. *American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ort0000708>
- Maailma terviseorganisatsioon (2019). *Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon* (11. väljaanne).
<https://icd.who.int/>
- Madnick, D., & Spokas, M. (2022). Reporting and inclusion of specific sociodemographic groups in the adult PTSD treatment outcome literature within the United States: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(3), 311–321.
<https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1037/cps0000067>
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 64(1), e66. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
- Mejía, C. R., Vera-González, T. I., Rojas-Vargas, J. A., Cruz-Apaza, L. C., & Rojas-Ochoa, F. (2021). Socio-demographic patterns of posttraumatic stress disorder in Medellín, Colombia,

- and the context of lifetime trauma exposure. *PLOS ONE*, *16*(5), e0251950.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251950>
- Miao, X. R., Chen, Q. B., Wei, K., Tao, K. M., & Lu, Z. J. (2018). Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, *5*(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179->
- Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., . . . Tiet, Q. Q. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*, *31*(10), 1206–1211. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>
- Rahman, S., Zammit, S., Dalman, C., & Hollander, A.-C. (2022). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: A prospective cohort study based on multiple nationwide Swedish registers of 4.6 million people. *European Psychiatry*, *65*(1), e60.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2311>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, *26*(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Spytska, L. (2024). Study of possible risk factors for posttraumatic stress disorder. *The Humanistic Psychologist*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/hum0000355>
- Statistikaamet. (2021). *Keskmine palk IV kvartalis 2021*. Statistikaamet.
<https://www.stat.ee/et/uudised/keskmine-palk-iv-kvartal-2021>
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Jen, H.-J., Pien, L.-C., Tsai, H.-T., Kamil, A. R., & Chou, K.-R. (2022). Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *126*, 104136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104136>
- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). PCL-C for DSM-IV. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division.

Lisad

Lisa A. RVTU esimese laine küsimused, mida kasutati analüüsis või mille põhjal moodustati analüüsi tunnused

A1. Sugu

- 1 mees
- 2 naine

A5. Milline on Teie praegune tegelik perekonnaseis?

- 1 vallaline (pole kunagi abielus/vabaabielus olnud)
- 2 abielus/vabaabielus/elan koos partneriga
- 3 kindel partner, aga ei ela koos
- 4 lahutatud/lahus elav
- 5 lesk

A6. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

- 1 algharidus (kuni 6 klassi)
- 2 põhiharidus
- 3 põhiharidus koos kutseharidusega
- 4 kesk- või gümnaasiumiharidus
- 5 keskeri- või kutsekeskharidus
- 6 rakenduslik- või kutsekõrgharidus
- 7 kõrghariduse põhiõpe (bakalaureus)
- 8 kõrghariduse kraadiõpe (magister, doktor/kandidaat)

A10. Kui suur oli Teie keskmine netosissetulek ühes kuus viimase 12 kuu jooksul? (kõigist allikatest saadud netosissetulek, sh peretoetus, pension, üüritulo jms)

- 1 sissetulek puudus
- 2 kuni 450 eurot
- 3 451–650 eurot
- 4 651–850 eurot

- 5 851–1100 eurot
- 6 1101–1400 eurot
- 7 1401–1700 eurot
- 8 1701–2000 eurot
- 9 2001–2500 eurot
- 10 2501 eurot või rohkem

A16. Kus on Teie praegune elukoht?

- 1 Harjumaa, v.a Tallinn
- 2 Tallinn
- 3 Hiiumaa
- 4 Ida-Virumaa
- 5 Jõgevamaa
- 6 Järvamaa
- 7 Läänemaa
- 8 Lääne-Virumaa
- 9 Põlvamaa
- 10 Pärnumaa
- 11 Raplammaa
- 12 Saaremaa
- 13 Tartumaa, v.a Tartu
- 14 Tartu
- 15 Valgamaa
- 16 Viljandimaa
- 17 Võrumaa
- 18 ei ela alaliselt Eestis. Palun täpsustage elukoha riik:

A17. Millist tüüpi asulas Te praegu elate?

- 1 alla 1000 elanikuga asulas või maal

2 1000–10 000 elanikuga asulas

3 üle 10 000 elanikuga asulas

B55. Mõnikord kogevad inimesed sündmusi, mis on erakordselt hirmutavad või traumeerivad. Sellisteks sündmusteks võivad olla nt loodusõnnetus või muu katastroof, sõda; raske õnnetus või tulekahju; raske haigus, intensiivravi osakonnas viibimine; seksuaalne või füüsiline rünnak või väärkohtlemine; mörva, enesetapu või vigastuste pealt nägemine; lähedase ootamatu surm. **Kas Te olete kunagi mõnda sellist sündmust kogenud?**

1 ei, mitte kunagi *jätkake küsimusest B56*

2 jah, rohkem kui 1 kuu tagasi

3 jah, vähem kui 1 kuu tagasi

Siin on mõned probleemid ja vaevused, mis võivad inimestel mõnikord traumeeriva sündmuse tagajärjel esineda. Palun märkige iga probleemi juurde, kui võrd on see Teid viimase nelja (4) nädala jooksul häirinud.

	üldse mitte	harva	mõnikord	sageli	pidevalt
B55a. Korduvad häirivad mälestused, mõtted või kujutluspildid läbielatud traumeerivast sündmusest.	1	2	3	4	5
B55c. Väldite teatud tegevusi või olukordi, kuna need meenutavad Teile läbielatud traumeerivat sündmust.	1	2	3	4	5
B55d. Olete valvel või kergesti ehmuval.	1	2	3	4	5

Lisa B. Traumeeriva sündmuse taaskogemise sagedus koguvälimise sotsiaal-demograafiliste tunnuste alusel

Tunnus	n	%	χ^2 (df)	p
Sugu			89,53 (1)	<0,001
Mees	237	10,5		
Naine	665	19,7		
Vanuserühm			15,40 (4)	0,004
18–29	110	13,7		
30–44	148	13,4		
45–59	241	17,0		
60–74	234	15,5		
≥75	169	17,5		
Perekonnaseis			72,85 (2)	<0,001
Abielus/kooselus	445	13,5		
Lahutatud/lesk	290	23,0		
Vallaline	165	15,5		
Haridustase			15,12 (2)	<0,001
≤ põhiharidus	144	18,6		
Kesk- või kutseharidus	513	16,5		
Kõrgharidus	243	14,0		
Sissetulek			72,28 (3)	<0,001
Kuni 450 EUR	211	20,2		
451-850 EUR	390	18,1		
851-1400 EUR	219	14,4		
>1400 EUR	74	8,7		
Elukoht			2,39 (3)	0,495
Kuni 1000 elanikuga asula	374	16,8		
1000-10000 elanikuga asula	220	15,6		
Üle 10000 elanikuga asula	145	14,6		
Tallinn/Tartu	146	16,1		

Märkused: n – vastajate arv, χ^2 (df) – hii-ruut statistik koos vabadusastmete arvuga, p – statistiline olulisus

**Lisa C. Traumeeriva sündmusega seoses vältiva käitumise ilmnemise sagedus koguväljalis
sotsiaal-demograafiliste tunnuste alusel**

Tunnus	n	%	χ^2 (df)	p
Sugu			62,07 (1)	<0,001
Mees	219	9,7		
Naine	570	16,9		
Vanuserühm			11,08 (4)	0,026
18–29	100	12,5		
30–44	135	12,2		
45–59	199	14,0		
60–74	216	16,1		
≥75	139	14,4		
Perekonnaseis			29,86 (2)	<0,001
Abielus/kooselus	398	12,0		
Lahutatud/lesk	215	17,0		
Vallaline	175	16,4		
Haridustase			25,65 (2)	<0,001
≤ põhiharidus	142	18,3		
Kesk- või kutseharidus	483	14,0		
Kõrgharidus	207	12,0		
Sissetulek			82,46 (3)	<0,001
Kuni 450 EUR	200	19,1		
451-850 EUR	329	15,3		
851-1400 EUR	191	12,6		
>1400 EUR	57	7,0		
Elukoht			4,02 (3)	0,259
Kuni 1000 elanikuga asula	300	13,5		
1000-10000 elanikuga asula	207	14,7		
Üle 10000 elanikuga asula	122	12,3		
Tallinn/Tartu	140	15,4		

Märkused: n – vastajate arv, χ^2 (df) – hii-ruut statistik koos vabadusastmete arvuga, p – statistiline olulisus

Lisa D. Ülivirguse ilmnemise sagedus koguvälimise sotsiaal-demograafiliste tunnuste alusel

Tunnus	n	%	χ^2 (df)	p
Sugu			73,31 (1)	<0,001
Mees	172	7,6		
Naine	505	14,9		
Vanuserühm			16,70 (4)	0,002
18–29	85	10,6		
30–44	107	9,7		
45–59	168	11,9		
60–74	193	14,4		
≥75	124	12,8		
Perekonnaseis			19,28 (2)	<0,001
Abielus/kooselus	349	10,6		
Lahutatud/lesk	179	14,1		
Vallaline	149	14,0		
Haridustase			28,49 (2)	<0,001
≤ põhiharidus	129	16,6		
Kesk- või kutseharidus	366	11,7		
Kõrgharidus	178	10,3		
Sissetulek			79,39 (3)	<0,001
Kuni 450 EUR	177	17,0		
451-850 EUR	282	13,1		
851-1400 EUR	165	10,9		
>1400 EUR	45	5,3		
Elukoht			1,38 (3)	0,711
Kuni 1000 elanikuga asula	259	11,7		
1000-10000 elanikuga asula	179	12,7		
Üle 10000 elanikuga asula	113	11,4		
Tallinn/Tartu	108	11,9		

Märkused: n – vastajate arv, χ^2 (df) – hii-ruut statistik koos vabadusastmete arvuga, p – statistiline olulisus

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

/Carita Lass/