

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Emily Guitor

**Individuaalsed erinevused psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkuses Eesti
valimi näitel**

Uurimistöö

Juhendaja: Gerly Tamm, PhD

Läbiv pealkiri: Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon ja individuaalsed erinevused

Tartu 2022

Individuaalsed erinevused psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkuses Eesti valimi näitel

Kokkuvõte

Töö eesmärgiks oli uurida, mil määral oli psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenus Eestis olnud uuritavate jaoks tulemuslik, hinnates seejuures individuaalsete erinevuste – sugu, vanus, puude või psüühikahäire olemasolu, lähedaste abi kasutamine, toimetulekuressursid, soodustavad ja takistavad tegurid ning Suure Viisiku isiksusejooned – mõju. Andmete kogumiseks kasutati intervjuud koos vaatlusega, isiksuse lühiküsimustikku (Big Five Inventory-10, [BFI-10], Rammstedt & John, 2007) ning spetsialisti hinnangut. Valimisse kuulus kokku 64 inimest, kellest 56 andmeid oli võimalik kasutada analüüsiks. SRT tulemuslikkuse mõõdikuna kasutati spetsialistide hinnangut eesmärgi täitmisele ja uuritava enda tajutud muutust hakkamasaamises. Esmalt selgus, et spetsialistide hinnatud sõnastatud eesmärgi täitmine seostus negatiivselt uuritava hinnatud hakkamasaamise muutusega ($r=-0,265$, $p=0,491$), mis viitas sellele, et tulemuslikkust ei saa hinnata vaid ühe mõõdiku kaudu. Põhitulemustena leiti, et (1) SRT on tulemuslikum pigem naistel kui meestel, (2) psüühikahäire olemasolu ennustab hakkamasaamise paranemist SRT järgselt, (3) kõrgem Neurootilisuse tase on seotud kõrgema SRT tulemuslikkusega ning (4) kõrgem Meelekindluse tase on seotud madalama SRT tulemuslikkusega. Tööst saab järeldada, et isiksust, sugu ja psüühikahäire olemasolu peaks SRT pakkumisel ja selle tulemuste hindamisel tulevikus senisest rohkem arvesse võtma. Tulemusi tuleks tulevikus korrata suuremal valimil.

Märksõnad: psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, sotsiaalne rehabilitatsioon, tulemuslikkus, isiksus, eesmärgi täitmine, hakkamasaamise paranemine, individuaalsed erinevused

Individual differences in the effectiveness of psychosocial rehabilitation on the example of the Estonian sample

Abstract

The aim of this study was to investigate the extent to which the psychosocial rehabilitation service in Estonia had been effective for the subjects, assessing the impact of individual differences – gender, age, the presence of a disability or mental disorder, supportive social network, coping resources, facilitators and barriers, and the personality traits of the Big Five. Data were collected using interviews with observation, short personality questionnaires (Big Five Inventory-10, [BFI-10], Rammstedt & John, 2007), and specialist assessments. The sample consisted of a total of 64 people, of whom 56 could be used for analysis. Specialists' assessment of the fulfillment of the goal and the perceived change in the subject's own coping was used as a measure of SRT's effectiveness. First, it was found that the fulfillment of the formulated goal assessed by the specialists was negatively related to the change in the assessed coping ($r=-0.265$, $p=0.491$), which suggested that performance in SRT could not be assessed by only one measure. The main results were that (1) SRT is more effective in women than men, (2) the presence of a mental disorder predicts improved coping after SRT, (3) higher levels of Neuroticism are associated with higher SRT performance, and (4) higher levels of Conscientiousness are associated with lower SRT performance. It can be concluded from the work that personality, gender, and the presence of a mental disorder should be taken into account more in the provision of SRT and the evaluation of its results in the future. The results should be repeated in a larger sample in the future.

Keywords: psychosocial rehabilitation, social rehabilitation, effectiveness, personality, goal fulfillment, improvement of coping, individual differences

Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi WHO) andmetel kannatas ligi 20 aastat tagasi umbes 450 miljonit inimest psühholoogiliste või käitumisprobleemide all (World Health Organization [WHO], 2001). Tol ajal ei olnud rohkem kui 40% maailma riikides seadusi, mis reguleeriks vaimse tervise heaolu ning üle 30% riikides puudusid programmid, mis soodustaks paranemist. Aastal 2017 oli maailmas ainuüksi juba psühholoogiliste häiretega inimesi ligikaudu 792 miljonit (Ritchie & Roser, 2018), mis näitab, et viimase kahekümne aastaga on häirete ning probleemide all kannatavate inimeste arv suurel määral tõusnud. Teadlaste hinnangul võib iga kolmas inimene vajada rehabilitatsiooni (Cieza *et al.*, 2020). Üheks rehabilitatsiooniliigiks on psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, mida Eestis pakutakse enamasti sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusena (SRT).

Psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni defineeritakse erinevates riikides pakutavate teenustena osaliselt erinevalt. Sisuline eesmärk on teenustel siiski sama. Üldiselt on sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk pärast traumat ja vaimset, füüsilist, psüühilist või sotsiaalset tervisekahjustust taastada inimese vaimne tervis, optimeerida toimetulekut ühiskonnas ning vähendada puudest tulenevaid takistusi läbi erinevate sekkumiste (WHO, 2020). Samuti on sotsiaalse rehabilitatsiooni sihiks vähendada puude või võimetuse mõju inimese elule ning saavutada psüühiliste häiretega inimeste sotsiaalne integratsioon ühiskonda (Jacobs *et al.*, 2002). Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse fookuses on puudega või piiratud töövõimega inimese toetamine igapäevaeluga hakkama saamisel ning inimese rolli taastamine ühiskonnas, läbi mille õpitakse terviseseisundist tingitud vajadusega toime tulema nii inimesel endal kui tema pereliikmetel (Sotsiaalkindlustusamet [edaspidi SKA] k.a). Üldiselt on teada, et rehabilitatsioonis kasutatavad võtted omavad positiivset mõju inimese iseseisvale hakkamasaamisele (Swildens *et al.*, 2011, Svedberg *et al.*, 2013), vähem on aga uuritud erinevate võtete kui terviku tulemuslikkust ning individuaalseid erinevusi SRT tulemuslikkuses.

Teada on, et SRT tulemuslikkus sõltub iga juhtumi puhul ka sellest, millised on individuaalsed toetavad ja takistavad asjaolud, mis SRT jooksul võivad esineda. Need tegurid võivad olla indiviiditi väga erinevad, mis raskendab SRT mõju uurimist. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust saadavad lisaks klientide edule ka probleemid ning takistused. Üks suurimaid probleeme sotsiaalses rehabilitatsioonis on klientide lahkumine enne teenuse lõppemist või programmist lahkumine, sest kui inimesed ei tunneta muutust, võib kaduda nende motivatsioon rehabilitatsiooniteenust jätkata (Beard *et al.*, 1978, Drake *et al.*, 1998). Varasemad uuringud on

kinnitanud, et paljudel vaimse tervise probleemidega inimestel esineb lisaks ka abitus ning madal enesehinnang (Luk & Shek, 2008). Sarnase järeltulemuse võiks teha ka inimeste kohta, keda piiravad füüsilised häired või võimetused igapäevatoimetusi iseseisvalt teha ning kes seetõttu vajaksid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust. Sellest tulenevalt on varasemalt üpris palju uuritud ning rõhku pandud teguritele, mis ennustavad psühhosotsiaalsest rehabilitatsioonist välja langemist või programmist lahkumist (Harding *et al*, 2008, Drake *et al*, 1998). Neist uuringutest on välja tulnud, et lisaks individuaalsetele faktoritele, mis mõjutavad rehabilitatsiooniprogrammist lahkumist, omavad mõju ka programmi enda omadused (Harding *et al*, 2008). Programmi intensiivsus ja struktuur ning lisaks ka teenuseosutajate järjepidevus klientidega suhtlemisel mõjutavad, mil määral kliendid programmiga jätkavad (Drake *et al*, 1998; Beard *et al*, 1978). Penn ja Meuser (1996) on seostanud inimeste julgustamist teenuse jätkamisega positiivsete tulemita programmist, mistõttu võib väita, et positiivne suhtumine ning julgustamine soodustavad inimese edukust rehabilitatsiooniprogrammis.

Kuna klientide loobumine rehabilitatsiooniteenustest on olnud probleemiks, on otsitud programmist lahkujate vahel ühiseid tegureid. Drake jt (1998) on selles osas leidnud, et suuremad väljalangemisprotsendid olid inimestel, kellel oli kaasuv aine või alkoholi kuritarvitamine. Samuti on toodud välja, et inimestel, kes ei ole kunagi abielus olnud, on suurem võimalus võrreldes abielus või lahutatud inimestega langeda programmist välja (Harding *et al*, 2008). Selle põhjuseks võib Hardingu jt arvates olla asjaolu, et neil puuduvad sügavamad oskused algetada ning hoida sotsiaalseid suhteid. Metauuringu läbi viinud O'Brien jt (2009) väidavad, et üheks teguriks, mis soodustab edukat ravi ja taastumist, on toetav perekond. Madal tugi, romantilise suhte puudumine ja vähene kontakt perega suurendavad võimalust programmist välja langeda (Webber & Huxley, 2004, Herinckx *et al*, 1997, Becker *et al*, 1997). Üksi elamine, noor vanus ning töötuks olemine on samuti riskiteguriteks, mis ennustasid programmist välja langemist (Tehrani *et al*, 1996). Sellest võiks järeldada, et inimesed, kellel on toetav perekond ning kes ei ela üksi, on teenuse abil saanud edukamaks iseseisvas elus igapäevaste toimingute tegemisel.

Täiendavalt eelnevalt mainitud riskiteguritele, mis ennustavad programmist lahkumist, on Hamilton jt (2002) leidnud, et lisaks nooremale vanusele võib ka madalam sotsiaalmajanduslik tase viia enneaegsele programmist lahkumiseni. Eelmise sajandi lõpus läbi viidud uuringust leiti, et inimese sugu ei mängi rehabilitatsiooni teenuse edukuses statistiliselt olulist rolli (Bogenschutz & Siegfried, 1998), kuid mehed võivad naistest enam kukkuda programmist välja või jätta kohtumisi vahele (Hamilton *et al*, 2002). Samas Hardingu jt (2008) hilisema

uuringu tulemused näitavad statistiliselt olulist kinnitust, et sugu on teguriks, mis võib mõjutada programmis osalemise edukust. Nad leidsid, et naised suutsid ajaliselt kauem oma ravi jätkata.

Varasemad uuringud on keskendunud pigem teguritele, mis ennustavad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenustest välja langemist (Harding *et al*, 2008, Beard *et al*, 1978, Drake *et al*, 1998), kuid vähem on uuringuid selle kohta, millised tegurid soodustaksid edukat programmi läbimist. 2020. aasta meta-analüüsis uuriti tegureid, mis eelnevate uuringute põhjal võiksid soodustada või takistada sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse läbimist (National Guideline Alliance (UK), 2020). Soodustavate teguritena toodi välja lähedaste abi olemasolu ja selle kasutamise ning inimestega suhtlemise, takistusteks võisid saada lähedaste abi puudumine, sotsiaalne aktiivsus, inimese diagnoos ning kaua inimene selle diagnoosiga elanud on. Lisaks toodi välja, et programmi läbimist võivad mõjutada inimese sugu, vanus ning teenuse kättesaadavus (National Guideline Alliance (UK), 2020). Käesolevas töös on täiendavalt soodustavatele teguritele analüüsitud ka toimetulekuressursse igapäevaelus, mis aitavad lisaks teenuse läbimisele hakkama saada ka väljaspool teenust. Veel vähem on aga teada isiksuseomaduste ja sotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkuse seoste kohta, kuigi on teada, et isiksus mõjutab tervisekäitumist (Realo, 2016). Kööts-Ausmees jt (2016) on leidnud, et kõrgem Neurootilisuse tase võib viidata halvemale subjektiivselt hinnatud tervisetasemele. See võib olla aga seotud ka rehabilitatsiooniteenusel osalemisega ning selle tulemuslikkusega. Samas, Realo (2016) on rõhutanud, et isiksuse mõju ei pruugi olla põhjuslik ning neid uuringuid, mis oleks suutnud põhjuslikkust näidata on väga vähe või neid ei olegi. Sellest tulenevalt uuritakse töös, kas ja kuidas võivad isiksuseomadused seostuda rehabilitatsiooni edukusega. Käsitlen töös fraasi „isiksuse mõju“ kui teoorial põhinevat eeldatavat seose suunda, mis ei tähenda aga põhjuslikku mõju eksperimentaalses mõttes.

Isiksuse mõõtmine Suure Viisiku põhjal väidab, et isiksus on suuresti elu jooksul püsiv ning saadud tulemuste abil saaks ennustada haridustaset ning tervist (John & Srivastava, 1999). Suurde Viisikusse kuuluvad järgmised isiksuseomadused: Meelekindlus, Sotsiaalsus, Avatus Kogemustele, Neurootilisus ja Ekstravertsus (Ackerman, 2017). Kõrge Neurootilisus võib ennustada suuremat riski psühholoogilistele probleemidele ning kõrge Meelekindlus võib pikemas perspektiivis viidata paremale tervisele (John & Srivastava, 1999). Avatus Kogemustele viitab inimese valmidusele proovida uusi asju ja tegevusi. Selle põhjal võiks järeldada, et sotsiaalses rehabilitatsioonis osalevad inimesed, kellel on kõrgem skoor olla kogemustele avatud, oleksid teenusel tulemuslikumad. Kõrgema Sotsiaalsusega inimesed on

aga vähem kangekaelsed ning suurema heameelega koostööaltimad (John & Srivastava, 1999). Sellest võiks omakorda järeldada, et isiksuseomadustel võib olla edukust ennustav omadus ning isiksuse erinevused võivad mõjutada teenuse edukuse määra igal inimesel erinevalt.

Isiksuse uurimiseks saab kasutada erinevaid viise, mõneks näiteks neist on uuritavate intervjuerimine ja nende käitumise vaatlemine. Vaatlust on isiksuse uurimiseks kasutatud mitmetes varasemates uuringutes (Piedmont *et al*, 2000, Furr & Funder, 2007) ning see aitab kirjeldada inimese käitumist välise vaatleja poolt ning täiendab eneseraporti andmeid. Vastavalt vaatluse spetsiifilisusele saab keskenduda nii kvalitatiivsetele kui ka kvantitatiivsetele andmetele ning struktureeritud vaatluse korral on vaatlejal võimalik keskenduda kindlate käitumiste esinemisele (Jhangiani *et al*, 2019). Intervjuu käigus võivad uuritavad erinevatel põhjustel küsimustele vastamiseks kasutada sotsiaalselt soovitatavat vastamist, mille eesmärgiks on näidata end kellenagi, kes nad tegelikult ei ole (Tracey, 2016). Ajendiks võivad sellisel puhul olla madal enesekindlus, emotsionaalne stabiilsus või soov vastata meelepäraselt (Heggstad, 2012). Varasema uuringutulemuste põhjal on vaatluse käigus saadud andmed on eneseraporteeritud andmetest valiidsemad (Piedmont *et al*, 2000), mistõttu kasutatakse käesolevas töös nii eneseraporteeritud andmeid kui ka vaatluse käigus saadud andmeid, et hinnata uuritavate isiksust.

Uurides sotsiaalset rehabilitatsiooni psüühikahäiretega inimeste seas, leidsid Sanches jt (2020) oma uurimuses, et sellele sihtrühmale fokusseeritud psühhosotsiaalne rehabilitatsioon omab tugevat mõju olenemata sellest, millist metoodikat kasutada. Sellist järeldust kinnitavad nende töös saadud tulemused, mille põhjal leidsid valimis osalenud inimesed suuremal määral enda jaoks tähendusrikkaid tegevusi või tasustatud töid võrreldes nendega, kellele rehabilitatsiooniteenust ei osutatud. Erinevalt eelmise sajandi leidudest, kinnitas Mueser jt (2010) uurimus Hardingu jt (2008) leide ka psüühikahäiretega inimestel: sool on sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse läbimisel statistiliselt oluline roll. Olulise aspektina on uurimuses välja toodud, et meeste areng teenusel osaledes oli naiste omast suurem, kuid programmi kasutegurid ei sõltunud uuritava vanusest, psühhiaatrilisest diagnoosist, sotsiaalsetest oskustest ega kognitiivsetest võimetest (Mueser *et al*, 2010). 2011. aasta analüüsist selgub, et psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on psüühikahäirega inimeste toetamisel ning eesmärkide täitmisel efektiivne, kuid ei pruugi elukvaliteeti statistiliselt olulisel määral tõsta (Swildens *et al*, 2011). Ka Svedberg jt (2013) leidsid, et psüühikahäirega inimeste rehabilitatsiooniprogrammis sõnastatud eesmärgid suudeti teenusel edukalt täita ning

täiendavalt oli programmil kasutegureid inimese elukvaliteedi, igapäevase funktsioneerimise ja tervise osas.

Eestis on psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenus veel arengujärgus ning siiani on uuringutes keskendunud peamiselt teenuseosutaja perspektiivile või klientide üldise kogemuse kirjeldamisele (Aasma, 2013, Narusson, 2013, Bugakin, 2015), mitte niivõrd individuaalsetele erinevustele. Seetõttu oli eesmärgiks uurida, mil määral oli psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenus Eestis olnud uuritavate jaoks tulemuslik, hinnates seejuures individuaalsete erinevuste (sh psüühikahäire olemasolu, sugu ja isiksus) mõju. Edukust ehk tulemuslikkust defineeriti käesolevas töös kahel moel: teenuse saajate isiklike hinnangute põhjal, kuivõrd hästi said nad võrreldes varasemaga iseseisvalt hakkama ning spetsialistide hinnangute põhjal – kuivõrd olid teenuse saajad SRT jooksul seatud eesmärgid täitnud. Töös püstitati kaks üldist uurimisküsimust, täpsustavad küsimused ning hüpoteesid:

- 1) Millised tegurid (vanus, puue, hakkamasaamise soov, psüühikahäire, lähedaste abi, toimetulekuressursid, soodustavad ja takistavad tegurid) ennustavad psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust Eesti valimil?
 - a. Kuidas mõjutab sugu psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil osalemist?
 - i. Hüpotees: Naiste tulemuslikkus psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil on suurem kui meestel.
 - b. Millist mõju rehabilitatsiooni tulemuslikkusele omab uuritava psüühikahäire olemasolu?
 - i. Hüpotees: Psüühikahäire olemasolu ennustab eesmärgi täitmist, kuid mitte hakkamasaamise paranemist.
- 2) Millised isiksuseomadused võivad soodustada või takistada psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust?
 - a. Hüpotees: Kõrgem Neurootilisuse tase on seotud madalama tulemuslikkusega.
 - b. Hüpotees: Kõrgem Meelekindluse tase on seotud kõrgema tulemuslikkusega.

Meetod

Töö on osa suuremast projektist (vt Tamm *et al*, 2021) ning jätk ühele varasemalt kaitstud bakalaureusetööle (Purru, 2021). Varasemates uuringutes ei analüüsitud isiksuse ja teiste individuaalseid tegureid kirjeldavate tunnuste (sh sugu) seoseid SRT läbimise eneseraporteeritud tulemuslikkusega (intervjuude andmed) ega tegureid, mis võisid tulemuslikkust soodustada või takistada. Eelmised tööd on keskendunud teenuseosutajate hinnangutele ja klientide üldise kogemuse kirjeldamisele (Aasma, 2013, Narusson, 2013, Bugakin, 2015). Seega keskendus käesolev töö individuaalseid erinevusi kirjeldavate tegurite (sugu, vanus, perekond, isiksus, psüühikahäire olemasolu) ja SRT tulemuslikkuse seoste uurimisele. Enne analüüside läbiviimist uuriti ka lae- ja põrandaefekte *Hakkamasaamise* hinnangutes, mis oleksid võinud tulemusi olulisel määral mõjutada. Koguvallimist (n=56) olid *Hakkamasaamise* hinnangud 36 uuritaval, kellest 12-l puudusid muutused varasemal ning intervjuuaegsel hinnangul; neist kahel oli näha laeefekti, kus mõlemad hinnangud olid maksimaalsed, ning ühel põrandaefekti, kus hinnangud mõlemal ajahetkel olid minimaalsed. Lisaks seoseanalüüsidele, kasutati SRT mõju uurimiseks ka kvaasiekspimenti, kus jagati sihtrühma kuuluvad inimesed vastavalt SRT mittesaanud vs SRT saanud gruppidesse ning võrreldi gruppide vahelisi erinevusi.

Valim

Uurimistöö valim moodustati varasemalt koostatud esinduslikust kihtvalist. St kõigist Eestis SKA andmetel SRT saanutest ja mitte saanutest 2016-2020 perioodil moodustati esinduslik valim 500 inimesega, kelle seast valiti intervjuudesse erinevate gruppide esindajad (vt Tabel 1) eeldefineeritud tunnuste järgi juhuvaliku alusel. Kokku kuulus valimisse 64 inimest, kellega viidi läbi intervjuud. Neist ligikaudu pooled olid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust saanud ning teised mitte. Valimisse kuulunud 64st inimesest 8 inimese intervjuude andmeid ei olnud võimalik tehnilistel põhjustel kasutada, mistõttu jäi lõppvalimisse 56 inimest.

Tabel 1. Valimi kirjeldus ja jaotumine SRT peamiste sihtrühmade vahel

Sihtrühm	Intervjueeritavaid kokku (n=56)	Neist mehi (n=25)	SRT teenusele hinnatud (n=40)		SRT teenust saanud (n=31)	
			n	%	n	%
Alanenud töövõimega inimesed	14	57,14%	10	71,43%	8	57,14%
Psüühikahäirega tööelised	13*	38,46%	9	69,23%	8	61,54%
Liikumis- või liitpuudega tööelised	12*	50%	8	66,67%	6	50%
Liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealised	15	33%	11	73,33%	8	53,33%
Info puudub	2	50%	2	100%	1	50%

*Märkus. Mõne isiku kohta vastav info puudub. SRT sihtrühmad olid moodustatud vastavalt neile peamistele SKA poolt määratletud teguritele (nt puude olemasolu jm), mille alusel Eestis SRT-d oli hetkel võimalik saada.

Enamus (n=31), kes olid teenusele hinnatud, olid teenust ka saanud. Uuritavatest, kes ei olnud veel teenust saanud, oli hinnatud (kas ta vajab teenust?) vaid üheksa. Ülejäänud, kes teenust veel saanud ei olnud, ei olnud ka teenusele hinnatud.

Mõõtmisvahendid

Spetsialistide kirjalikud hinnangud: sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse läbimise kokkuvõtete D-osade raportid

Töös kasutati andmeid SRT teenuseosutajate koostatud rehabilitatsiooniplaani D-osade kirjalikest raportitest (SKA andmed). Kõikide valimisse kuulunud inimeste D-osad ei olnud töö tegemise käigus kättesaadavad, mistõttu mõnede inimeste kohta vastavad andmed puudusid. D-osadest võeti käesoleva töö uuritavateks tunnusteks järgmised:

- 1) Kas eesmärk on sõnastatud? (Jah / Ei)
- 2) Kas eesmärk on täidetud? (Täidetud / Osaliselt täidetud / Täitmata)
- 3) Soodustavad tegurid (Pere toetus / Elukoha lähedus / Sisemine motivatsioon / Koostöövõime / Vastutustunne / Vastavad tegurid puudusid)

- 4) Takistavad tegurid (Toetuse puudumine / Elukoha kaugus / Motivatsioonipuudus / Teenuse vähesus / Limiteeritud võimekus / Kohale mitteilmumine / Madal enesekindlus / Vastavad tegurid puudusid)

Andmed rehabilitatsiooniplaanide kirjalikes D-osades kodeeriti ümber kvantitatiivseteks andmeteks. Andmete kodeerimine läbis kolm etappi: esmane raportite sisuanalüüs; selle põhine kategooriate koostamine, mille viis läbi üks analüütik; kõikide D-osade sisuanalüüs ning andmete ümberkodeerimine. Esimese etapi viis läbi üks analüütik, kes analüüsis raportite sisu ning kvaliteeti, mille põhjal otsustati, kuidas andmeid edasi analüüsida. Teises etapis moodustati erinevad kategooriad ja kriteeriumid, lähtudes esimese etapi sisuanalüüsist. Kategooriate eesmärgiks oli kvalitatiivsete andmete kodeerimine kvantitatiivseteks. Info jagunemine kategooriatesse eeldas, et raportitesse märgitud infot oli võimalik jagada kindlate tunnuste alusel. Kolmandaks etapiks kaasati kõikide raportite analüüsiks neli analüütikut, kes lähtusid teises etapis moodustatud kategooriatest ja kriteeriumitest. Kvalitatiivse analüüsi suure ajakulu tõttu analüüsis igat raportit üks analüütik. Raportid jagunesid analüütikute vahel juhuslikult.

Intervjuud

Uurimisküsimustele vastamiseks kasutati intervjuude käigus kogutud andmeid. Intervjuu uuritavaga kestis ligikaudu 60 minutit, millele eelnes uuringu ning selle eesmärkide selgitamine, informeeritud nõusoleku allkirjastamine ning järgnes intervjuu kokkuvõtmine ja võimalikele küsimustele vastamine. Uuritavalt küsiti kohtumise paremaks analüüsimiseks nõusolekut vestluse heli salvestada. Intervjueerija veendus selles, et uuritav sai aru uuringu riskidest ja kasudest tema jaoks ning mõistis, et tal oli võimalik igal hetkel osalemisest loobuda. Intervjuud viidi läbi silmast silma kohtumisel, kus osales intervjuu läbiviija, vaatleja ning uuritav. Juhul, kui füüsilised vaevused või muud tegurid piirasid kokkusaamist, viidi intervjuu läbi telefonikõnena. Intervjuu koosnes struktureeritud osast, poolstruktureeritud osast ning millele järgnes isiksuse lühiküsimustik (vt Isiksuse hindamine), mille küsimused esitas intervjueerija intervjueeritavale suuliselt. Käesolevas töös kasutati andmeid, mis koguti intervjuu struktureeritud osas ning isiksuseküsimustikus.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust saanutele ning mittesaanutele esitati struktureeritud intervjuu osas samu küsimusi ning see osa kohtumisest kestis ligikaudu 15 minutit. Struktureeritud intervjuu projekti andmete kogumiseks koosnes üheksast valdkonnast, mille kohta inimestele küsimusi esitati. Uurimistöö jaoks kasutati andmeid viie valdkonna kohta, kus

keskenduti inimest kirjeldavatele tunnustele. Valdkonnad, milles küsimusi esitati, mida käesolevas töös käsitletakse, olid järgmised:

- 1) sotsiaaldemograafilised tunnused ja taust,
- 2) enda hinnatud iseseisev igapäevane toimetulek praegu ja varem,
- 3) perekonna või lähedaste abi kasutamise vajadus praegu ja varem,
- 4) motivatsioon ise hakkama saada,
- 5) toimetulekuressursid praegu ja varem.

Sotsiaaldemograafilisi andmeid koguti intervjuu käigus uuritava vanuse, soo, tervisliku seisundi, puude raskusastme ja olemasolevate lähedaste kohta küsides. Subjektiivset iseseisvat igapäevast toimetulekut hinnati Likert-tüüpi 9-pallisel skaalal, paludes uuritavatel vastata järgmisele küsimusele: “Kuidas tuled iseseisvalt igapäevaselt toime? (1 – üldse mitte, ..., 5 – keskmiselt, ..., 9 – väga hästi)”. Küsimus esitati nii varasema toimetuleku kohta kui ka toimetuleku kohta pärast SRT saamist. Samuti kasutati igapäevase toimetuleku hinnanguid edukuse määratlemiseks: selle aluseks võeti praeguse toimetuleku ning varasema toimetuleku hinnangute vahed (mida suurem positiivne vahe, seda paremini saab inimene hakkama). Perekonna ja lähedaste abi kasutamist hinnati samuti Likerti skaalal, küsides “Kuivõrd vajad igapäevaelus lähedaste inimeste abi? (1 – iga päev, 2 – kord nädalas, 3 – kord kuus, 4 – harvem, kui kord kuus, 5 – üldse mitte)”. Küsimus esitati nii varasema abi kohta kui ka abi kohta pärast SRT saamist. Motiveeritust iseseisvalt toime tulla hinnati küsimustega “Kas sa tahad praegu/ oled alati tahtnud ise toime tulla? (1 – jah, 2 – pigem jah, 3 – ei oska öelda, 4 – pigem ei, 5 – ei)”. Toimetulekuressursside kohta informatsiooni kogumiseks esitati küsimus “Mis on peamine, mis aitab sul igapäevaselt hästi toime tulla?”. Võimalikud vastusevariandid olid lähedaste abi, optimistlik ellusuhtumine, õppimine, hobid, toetav keskkond ja midagi muud (siin paluti täpsustada, mis täpselt). Küsimus esitati nii varasemate kui ka toimetulekuressursside kohta pärast SRT saamist. Olukorras, kus uuriti tegureid kahel ajahetkel (varem ja praegu), vastasid intervjueritavad küsimusele subjektiivselt – variant “varem” ei olnud ajaliselt defineeritud.

Intervjuu teine osa oli poolstruktureeritud, kus uuritavad teemad olid ette antud, kuid küsimusi esitati (vajadusel sõnastati ümber) võttes arvesse uuritava vastuseid ja seda, kuidas uuritavad küsimustest aru said. Teises osas koguti täiendavaid andmeid inimese isiklike kogemuste kohta, kuid käesolev töö nendele andmetele ei keskendunud. Intervjuu struktureeritud osa on täpsemalt välja toodud Lisas 1.

Isiksuse hindamine

Kolmanda osa intervjuust moodustas Suurele Viisikule tuginev isiksuse testi 2007. aasta lühiversioon (BFI-10, Rammstedt & John, 2007), mis varasema 44 väite asemel aitab 10 väitega testida inimese isiksust (Lisa 2). BFI-10 esitati uuritavatele suuliselt, seletades eelnevalt ära küsimustiku eesmärk ning kuidas testi läbiviimine välja näeb. Suuline küsimuste esitamise viis sobis käesoleva uuringu sihtrühmale erinevate tervislike piirangute tõttu (sh nägemispuuded, liikumispuuded jm) paremini kui kirjalik test. See võimaldas uuritaval paremini küsimustest aru saada ning vastamiseks ei pidanud uuritav olema võimeline kasutama arvutit või hoidma pliiatsit. Lisaks, kuna valimisse kuulusid nägemis- ja kuulmisvaegusega inimesed, siis kirjaliku testi täitmine ei olnud selle sihtrühma puhul piirangutest tulenevalt võimalik.

Väiteid esitati uuritavale ükshaaval, millele järgnevalt uuritav vastas skaalal 1 kuni 5 - kus 1 tähendas „ei ole väitega üldse nõus“ ning 5 „on väitega täiesti nõus“ - mil määral antud väide tema kohta käis. Uuringus eelistati lühiküsimustikku, kuna pikema küsimustiku kasutamine käesolevas projektis aga ei mahtunud etteantud ajalistesse piiridesse ning oleks olnud ülemääraselt keerukas ja ajakulukas uuritavate jaoks.

Vaatlus

Intervjuu ajal viis vaatlust läbi intervjuerija ise või praktikant/tudeng, kes intervjuul lisaks osales. Vaatleja märkis intervjuu jooksul üles tähelepanekuid uuritava käitumise kohta vastavalt eelnevalt valitud tunnustele (struktureeritud vaatlus). Vaatluse järgselt hinnati saadud info põhjal subjektiivselt uuritavate käitumist ning omadusi samade kriteeriumite puhul valimi mõlema grupi osas. Käitumise hindamisel kasutatud vaatlustabel on leitav Lisas 3. Vaadeldavad tunnused valis projekti läbiviiv meeskond (vt Tamm *et al*, 2021) ning selle koostamisel lähtuti suurema projekti käigus püstitatud eesmärkidest ja teaduskirjandusest, sotsiaalsest soovitatavusest ja võimalikust kallutatusest. Nii teenuse saajaid kui mittesaanuid hinnati isiksuse ja käitumise järgi, nende verbaalse võimekuse järgi ning lisaks tegi intervjueritav lisatähelepanekuid, mis eelnevate kategooriate alla ei liigitunud. Vaatlus viidi läbi vaid juhul, kui intervjuu saadi läbi viia silmast silma ning uuritav oli sellise kohtumisega ise nõus. Protsess viidi läbi piiranguid ning tervisenõudeid järgides, kus mõlemad osapooled kandsid maske, hoidsid distantsi ning järgisid muid ohutusnõudeid.

Vaatlusega hinnati 9-pallisel Likert-tüüpi skaalal isiksuse ja käitumise vallas erinevaid omadusi: kui avatud, kui ärev uuritav suhtlemise ajal oli, kui kiire oli tema kõnetempo, kui

domineeriv ta vestluses oli, kuivõrd uuritav üritas intervjuueeritavale meeldida, kuivõrd üritas ta avaldada oma arvamust, kuivõrd koostööaldis ning agressiivne ta oli. Skaalat tõlgendati järgmiselt: 1 tähendas „ei ole väitega üldse nõus“, 3 „pigem ei ole väitega nõus“, 5 „keskmine“, 7 „pigem on väitega nõus“ ning 9 „on väitega täiesti nõus“.

Eetika

Uuringus osalejatelt võeti kirjalik informeeritud nõusolek, mis hõlmas luba neid intervjuuerida ning kasutada saadud andmeid uuringuks. Andmehalduses ning avalikustamisel anonüümsel kujul lähtuti üldistest põhimõtetest, mis on kooskõlas Eesti seadusandlusega andmekaitsest ning TÜ andmekaitsepõhimõtetega. Uuring järgis inimuuringute eetikat lähtuvalt Helsinki deklaratsioonist, mis hõlmab endast vabatahtlikkust uuringus osalemast, väärikuse säilitamist, kahjude ja kulude minimeerimist, tulude maksimeerimist ühiskonnale ning inimese anonüümsuse säilitamist andmete analüüsil (Maailma Arstide Liidu..., 2011). Projekt on eetikakomiteega kooskõlastatud 2020. aasta oktoobris, loa nr 323/T-11. Projekt on kooskõlastatud ka Sotsiaalkindlustusametiga.

Andmete analüüs

Andmete analüüs viidi läbi kasutades vabavaralist tarkvara JASP 0.16.1.0. Statistilise olulisuse nivooks määrati p -väärtus ≤ 0.05 . Andmete analüüsimiseks kasutati segametoodikat ehk kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid rakendati teineteist täiendavalt. Statistiliste meetodite valikul seadis piirangud väike valim. Intervjuude kvalitatiivsed andmed teisendati kvantitatiivseteks kodeerimise kaudu. Struktureeritud intervjuu osa ja struktureeritud vaatluse andmed olid kvantitatiivsed.

SRT tulemuslikkust analüüsiti kahe erineval tunnuse kaudu: spetsialistide sõnastatud *Eesmärgi Täitmine* ning uuritava enda hinnatud varasema ja praeguse iseseisva hakkamasaamise vahe ehk *Hakkamasaamise Muutuse* põhjal: mida väiksem tulemus hakkamasaamise vahel, seda halvem tulemuslikkus ning mida kõrgem oli vahe, seda tulemuslikum oli teenusel osalemine olnud. *Hakkamasaamise Muutus* kategoriseeriti eraldiseisva tunnuseks, kus võeti arvesse hakkamasaamist kahel ajaperioodil. Samuti näitas kõrgem *Eesmärgi Täitmise* tulemus paremat tulemuslikkust.

Nii esimese kui teise uurimisküsimuse puhul, mille keskmes olid erinevad individuaalsed erinevused ning isiksusetegurid, analüüsiti andmeid kasutades Pearsoni korrelatsiooni ning võrreldi keskmiste tulemuste protsentuaalset vahet. Samuti kasutati ühe sõltumatu tunnusega

dispersioonanalüüsi ANOVA. Kolmanda uurimisküsimuse puhul leidmaks sugudevahelisi erinevusi edukusel kasutati käesolevas töös t-testi ja lineaarset regressiooni. Neljanda uurimisküsimuse puhul psüühikahäire mõju uurimiseks analüüsiti keskmiseid tulemusi edukuse määraga, lisaks kasutati ka t-testi. Juhul, kui uuritava kohta puudus osaliselt informatsioon, mis oli uurimisküsimuse analüüsimiseks oluline, jäeti isik antud analüüsist täielikult välja.

Tulemused

Üldine statistika

Andmetest ülevaate saamiseks kirjeldati esmalt SRT saamise vs mittesaamise ja SRT sihtrühmade kaupa kõigi uuritavate tunnuste jaotuseid (vt Tabel 2). Tunnusteks olid uuritavate vanus, sugu, nende soov ise hakkama saada, mil määral oli spetsialistide sõnastatud eesmärk teenusel täidetud ning toimetulekuressursid nii enne kui pärast teenusel osalemist. Valimi keskmiseks vanuseks oli 56,17 eluaastat ($SD=12,29$; mediaan=57), mis oli sarnane nii meestel ($M=56,16$, $SD=12,05$) kui naistel ($M=56,89$, $SD=12,33$). Suurim keskmine vanus oli ootuspäraselt liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealiste sihtrühmal ($M=70,20$, $SD=3,95$). Vanuse hajuvus koguvalimis oli normaaljaotuslik. Valimi jaotumine SRT sihtrühmade vahel, eesmärgi täitmine ning toimetulekuressursid enne ja pärast teenusel osalemist on leitavad Lisas 4.

Tabel 2. Analüüsitud tunnuste kirjeldused

Uuritavad tunnused	Kust andmed saadi?	Kategooria	Alamkategooria	Mis kujul olid vastused?
	D-osad (spetsialisti hinnang)	Teenuse saamine	SRT teenust saanud	Jah/Ei
			SRT teenust mittesaanud	Jah/Ei
	SKA andmebaas	Sihtrühm	Alanenud töövõimega inimesed	Arvtunnus
			Psüühikahäirega tööelised	Arvtunnus
			Liht- või liitpuudega tööelised	Arvtunnus
			Liht- või liitpuudega vanaduspensioniealised	Arvtunnus
	SKA andmebaas	Keskmine vanus		M=
		Sugu	Mees Naine	Jah/Ei Jah/Ei
	Intervjuu (uuritava hinnang)	Toimetulekuressursid enne (pärast) teenust	Lähedaste abi	%
			Optimistlik ellusuhtumine	%
			Õppimine	%
			Hobid	%
			Toetav keskkond	%
			Sotsiaalteenused	%
		Soov ise hakkama saada		M= Skaalal 1-5, kus „1“ soovi olemasolu
	D-osad (spetsialisti hinnang)	Eesmärgi täitmine	Täitmata	%
			Osaliselt täidetud	%
			Täitmata	%

Peamised tulemused¹

Teenuse läbimise tulemuslikkust mõõdeti nii *Eesmärgi Täitmise* kui *Hakkamasaamise Muutusega*. Nende kahe teguri vahel leiti negatiivne korrelatsioon ($r=-0,265$, $p=0,491$).

Uurimisküsimus 1: Millised tegurid (vanus, puue, hakkamasaamise soov, psüühikahäire, lähedaste abi, toimetulekuressursid, soodustavad ja takistavad tegurid) ennustavad psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust Eesti valimil?

Vanus, puude raskusaste ja psüühikahäire olemasolu

Analüüsid koguvalimit, leiti Psüühikahäire ja *Hakkamasaamise Muutuse* puhul statistiliselt oluline tugev seos ($r=0,590$, $p<0,001$). *Hakkamasaamise Muutuse* ja vanuse ning puude raskusastme ning leiti negatiivsed korrelatsioonid, mis polnud aga statistiliselt olulised ($r=-0,275$, $p=0,105$ ja $r=-0,381$, $p=0,098$). Ka *Eesmärgi Täitmise* ja varasema lähedaste abi vahel leiti tugev seos, kuid see polnud statistiliselt oluline ($r=0,640$, $p=0,064$).

Analüüsid SRT teenusel osalejate andmeid, leiti tugev positiivne korrelatsioon psüühikahäire olemasolu ja *Hakkamasaamise Muutuse* vahel ($r=0,606$, $p=0,006$). See tulemus oli sarnane koguvalimil (SRT saanud ja mittesaanud) leitule (vt eelmist lõiku). Samuti leiti mõõdukas korrelatsioon teenusel osalenud uuritavate vanuse ja *Eesmärgi Täitmise* vahel, kuid tulemus ei olnud statistiliselt oluline ($r=0,211$, $p=0,417$). Sarnane mõõdukas tulemus *Eesmärgi Täitmisele* leiti vanuse ja *Hakkamasaamise Muutuse* vahel ($r=-0,297$, $p=0,218$). Tugev seos leiti puude raskusastme ning *Eesmärgi Täitmise* vahel: kergem puue ennustas *Eesmärgi Täitmist* ($r=-0,530$, $p=0,142$). Puude raskusastme ning *Hakkamasaamise Muutuse* ja puude raskusastme vahel leiti mõõdukas negatiivne seos ($r=-0,391$, $p=0,264$).

Lähedaste abi kasutamine

SRT mittesaanute varasemal lähedaste abi kasutamisel oli tugev positiivne seos ka hilisema lähedaste abi kasutamisega ($r=0,821$, $p<0,001$). Sarnaselt teenust mittesaanutega leiti analoogne tulemus lähedaste abi kasutamises ka SRT saanutel ($r=0,687$, $p=0,001$). Lisaks esines SRT saanud inimeste puhul tugev seos *Eesmärgi Täitmise* ja varasema lähedaste abi kasutamise vahel, mis ei olnud statistiliselt oluline ($r=0,640$, $p=0,064$).

SRT mittesaanute puhul erinesid lähedaste abi kasutamine varem ja praegu mõningal määral: kirjeldava statistika järgi kasutasid nad varem lähedaste abi viiepallilisel skaalal tulemusel

¹ Järgnevalt välja toodud seosed ei pruugi omada statistilist olulisust, kuid omavahelised seosed on märkimisväärsed. Põhjusteks kaasatud valimi unikaalsus.

M=3,526 (1 = iga päev, 5 = üldse mitte), intervjuu ajal oli samaks tulemuseks aga M=3,211. Need, kes olid SRT teenust saanud, kasutasid keskmiselt nii varem kui intervjuu toimumise ajal vähem lähedaste abi (enne M=2,526 ja pärast M=1,842) võrreldes nendega, kes teenust ei olnud saanud. Nende tulemuste järgi vähenes SRT teenust saanute lähedaste abi vajadus kahel erineval ajaperioodil enam kui kaks korda kui kontrollgrupil ($13,68\%/6,3\%=2,17$).

Analüüsitulemused faktorite omavaheliste seoste kohta teenust saanutel on välja toodud Tabelis 3, teenust mittesaanutel Tabelis 4.

Toimetulekuressursid

Märkimisväärselt erinevateks osutusid toimetulekuressursside jaotused sihtrühmade vahel. Leiti, et liikumis- ja liitpuudega tööeliste puhul, kes olid saanud SRT teenust, osutuks enimlevinud toimetulekuressursiks nii enne kui pärast teenuse saamist optimistlik ellusuhtumine (mõlemad 66,67%). Intervjuudest ilmus ka liikumis- ja liitpuudega tööelised ja vanaduspensioniealised, kes ei olnud teenust saanud, märkisid, et nii varasemalt kui ka intervjuu toimumise ajal oli optimistlik ellusuhtumine neid aidanud (vastavalt enne ja praegu 83,33% tööelistel ning 57,14% vanaduspensioniealistel). Teenust mittesaanud uuritavad mainisid optimistlikku ellusuhtumist toimetulekuressursina nii enne kui pärast teenuse saamist rohkematel kordadel (vastavalt 52% ja 56%) kui teenust saanud isikud (35,48% ja 36,48%).

Soodustavad ja takistavad tegurid

Rehabilitatsiooniteenusel osalevaid uuritavaid soodustasid ning takistasid tegurid, mis on leitavad Lisas 5, andmed saadi spetsialistide hinnatud D-osadest ning on iga teenuseosutaja enda hinnang. Neist osutusid märkimisväärselt oluliseks soodustavaks teguriks uuritavate sisemine motivatsioon ning takistava tegurina limiteeritud võimekus. Sisemist motivatsiooni mainiti enim liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealiste seas (75% sihtrühmast), psüühikahäirega tööeliste seas (37,5%) ning ka alanenud töövõimega tööeliste seas (25%). Samuti leidsid liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealised ning nende teenuseosutajad, et ka koostöövõime (37,5%) oli oluliseks abistavaks teguriks. Takistavate teguritena mainiti psüühikahäirega tööeliste seas uuritavate limiteeritud võimekust (37,5%), liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealiste sihtrühmas enim elukoha kaugust ning teenuse vähesust, alanenud töövõimega tööeliste seas asjaolu, et teenus ei vastanud uuritavate vajadusele (eelnevad tegurid kõik 25%). Suurel määral puudusid rehabilitatsiooniteenuse läbimist takistavad tegurid kõikidel sihtrühmadel.

Tabel 3. SRT teenust saanute indiviidipõhiste tegurite seosed teenuse tulemuslikkusega.

Muutujad		Vanus	Eesmärgi Täitmine (täitmata=1, osaliselt=2, täidetud=3)	Ise hakkamasaamise soov (1-5) 1-jah; 5-ei	Psüühikahäire (0=e; 1=jah)	Hakkamasaamise Muutus	Puue (1=kerge puue, 2=keskmise, 3=raske, 4=sügav)	Lähedaste abi praegu	Lähedaste abi varem (1-iga päev; 5-üldse mitte)
Vanus	Pearsoni r	–							
	<i>p</i> -väärtus	–							
Eesmärgi Täitmine (täitmata=1, osaliselt=2, täidetud=3)	Pearsoni r	0,211	–						
	<i>p</i> -väärtus	(0,417)	–						
Ise hakkamasaamise soov (1-5) 1-jah; 5-ei	Pearsoni r	0,126	NaN	–					
	<i>p</i> -väärtus	(0,608)	NaN	–					
Psüühikahäire (0=e; 1=jah)	Pearsoni r	-0,446	0,197	-0,012	–				
	<i>p</i> -väärtus	(0,013)	(0,449)	(0,961)	–				
Hakkamasaamise Muutus	Pearsoni r	-0,297	-0,265	0,118	0,606	–			
	<i>p</i> -väärtus	(0,218)	(0,491)	(0,631)	(0,006)	–			
Puue (1=kerge puue, 2=keskmise, 3=raske, 4=sügav)	Pearsoni r	-0,184	-0,530	-0,111	-0,123	-0,391	–		
	<i>p</i> -väärtus	(0,529)	(0,142)	(0,760)	(0,689)	(0,264)	–		
Lähedaste abi praegu	Pearsoni r	0,131	0,344	0,031	0,161	0,184	-0,446	–	
	<i>p</i> -väärtus	(0,593)	(0,365)	(0,903)	(0,523)	(0,464)	(0,169)	–	
Lähedaste abi varem (1-iga päev; 5-üldse mitte)	Pearsoni r	0,417	0,640	-0,140	-0,132	-0,249	-0,058	0,687	–
	<i>p</i> -väärtus	(0,076)	(0,064)	(0,580)	(0,601)	(0,319)	(0,865)	(0,001)	–

*Märkus: Paksu tekstina on välja toodud statistiliselt olulised tulemused.

Tabel 4. SRT teenust mittesaanute indiviidipõhise tegurite seosed teenuse tulemuslikkusega

Muutujad		Vanus	Ise hakkamasaamise soov (1-5) 1-jah; 5-ei	Psüühikahäire (0=e; 1=jah)	Hakkamasaamise Muutus	Puue (1=kerge puue, 2=keskmise, 3=raske, 4=sügav)	Lähedaste abi praegu	Lähedaste abi varem (1-iga päev; 5-üldse mitte)
Vanus	Pearsoni r	—						
	p-väärtus	—						
Ise hakkamasaamise soov (1-5) 1-jah; 5-ei	Pearsoni r	-0,402	—					
	p-väärtus	(0,098)	—					
Psüühikahäire (0=e; 1=jah)	Pearsoni r	-0,279	0,402	—				
	p-väärtus	(0,209)	(0,110)	—				
Hakkamasaamise Muutus	Pearsoni r	-0,294	0,161	0,583	—			
	p-väärtus	(0,252)	(0,537)	(0,018)	—			
Puue (1=kerge puue, 2=keskmise, 3=raske, 4=sügav)	Pearsoni r	0,090	-0,147	0,083	-0,360	—		
	p-väärtus	(0,780)	(0,666)	(0,808)	(0,306)	—		
Lähedaste abi praegu	Pearsoni r	0,245	-0,127	-0,257	-0,316	-0,376	—	
	p-väärtus	(0,312)	(0,628)	(0,304)	(0,217)	(0,254)	—	
Lähedaste abi varem (1- iga päev; 5-üldse mitte)	Pearsoni r	0,365	-0,373	-0,300	-0,245	-0,354	0,821	—
	p-väärtus	(0,124)	(0,141)	(0,226)	(0,343)	(0,286)	(<0,001)	—

*Märkus: Paksu tekstina on välja toodud statistiliselt olulised tulemused.

Iseseisev hakkamasaamine ja motiveeritus

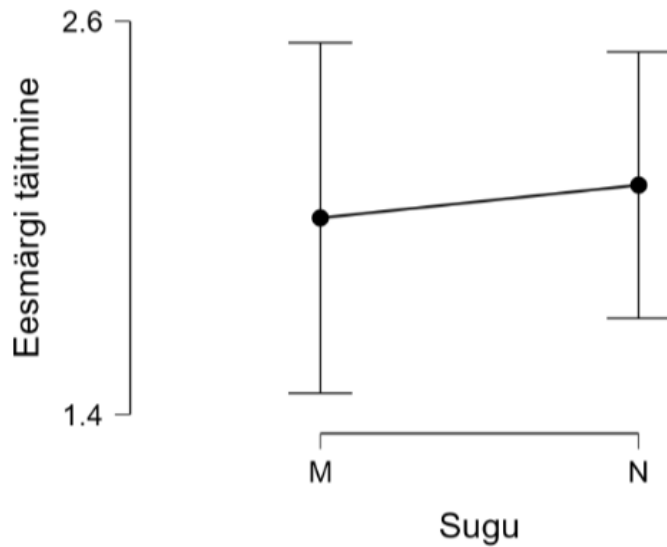
Dispersioonanalüüs (One-Way ANOVA) näitas, et SRT teenust saanute puhul erinevad *Hakkamasaamise Muutuse* keskmised tulemused nelja sihtrühma vahel statistiliselt oluliselt ($F(3,15)=7,958$, $p=0,002$, $\eta^2=0,614$). Tukey post-hoc keskmiste võrdlused näitasid, et psüühikahäirega tööealiste *Hakkamasaamise Muutuse* keskmised tulemused olid kõrgemad ($M=3,000$, $SD=3,317$), erineb statistiliselt oluliselt nii liikumis- või liitpuudega tööealistest ($p=0,002$, $M=-3,400$, $SD=2,191$) kui ka liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealistest ($p=0,045$, $M=-1,667$, $SD=1,155$). Samuti erines alanenud töövõimega tööealiste keskmine *Hakkamasaamise Muutuse* tulemus ($M=0,667$, $SD=1,033$) statistiliselt oluliselt liikumis- või liitpuudega inimeste keskmisest ($p=0,034$, $M=-3,400$, $SD=2,191$).

T-testi tulemusel varasemad hakkamasaamised ega intervjuuaegsed hakkamasaamised teenust saanute ja mittesaanute vahel ei erinenud: vastavalt $t(34)=0,901$, $p=0,374$, $d=0,301$ varasema hakkamasaamise puhul ja $t(34)=0,853$, $p=0,399$, $d=0,285$ intervjuuaegse hakkamasaamise puhul. Samas olid mõlematel sihtrühmadel (teenust saanud ja mittesaanud) aja jooksul hakkamasaamine langenud. Nende puhul, kes olid SRT saanud, langes intervjuuaegse hakkamasaamise hinnang enam kui kaks korda rohkem kui kontrollgrupil ($3,92\%/1,76\%=2,23$) võrreldes varasemaga. Ka *Hakkamasaamise Muutuse* keskmised tulemused ($M=-0,250$, $SD=2,729$) t-testi analüüsil SRT teenust saanute ($M=-0,158$, $SD=3,202$) ning mittesaanute ($M=-0,353$, $SD=2,178$) vahel statistiliselt oluliselt ei erinenud ($t(34)=-0,211$, $p=0,834$, $d=-0,070$).

Teenust saanute väiksem motivatsiooni tase (skaalal 1-5, kus "5" tähendas soovi puudumist) ennustas mõõdukal määral eesmärgi mitte täitumist, kuid tulemus ei olnud statistiliselt oluline ($r=-0,365$, $p=0,125$).

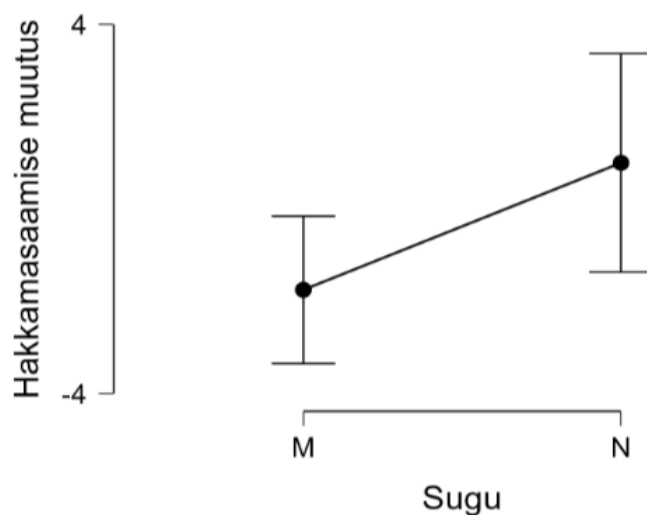
Kuidas mõjutab sugu psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil osalemist?

T-testi tulemusel leiti, et valimi keskmine tulemus ($M=2,059$, $SD=0,556$) sõnastatud *Eesmärgi Täitmisel* SRT teenust saanutel ei ole statistiliselt olulisel määral sugude vahel erinev: $t(15)=-0,355$, $p=0,728$, $d=-0,175$; meeste keskmine tulemus $M=2,000$, $SD=0,577$, naiste keskmine tulemus $M=2,100$, $SD=0,568$ (Joonis 1).



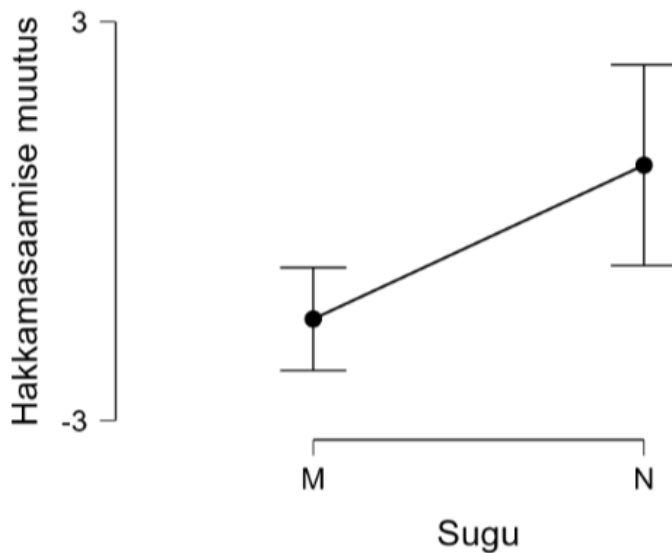
Joonis 1. Teenust saanute *Eesmärgi Täitmine* sugude järgi 95% usalduspiiridega. Märkus: y-telje skaala tähendus: 1=eesmärk täitmata; 2=eesmärk osaliselt täidetud; 3=eesmärk täidetud.

Teenust saanute keskmine tulemus *Hakkamasaamise Muutuse* puhul ($M=-0,158$, $SD=3,202$) ei erinenud statistiliselt oluliselt sugude vahel ($t(17)=-1,996$, $p=0,062$, $d=-0,927$, kuigi esines tendents, et naistel oli muutus suurem kui meestel. Sugude keskmised tulemused on nähtavad ka Joonisel 2.



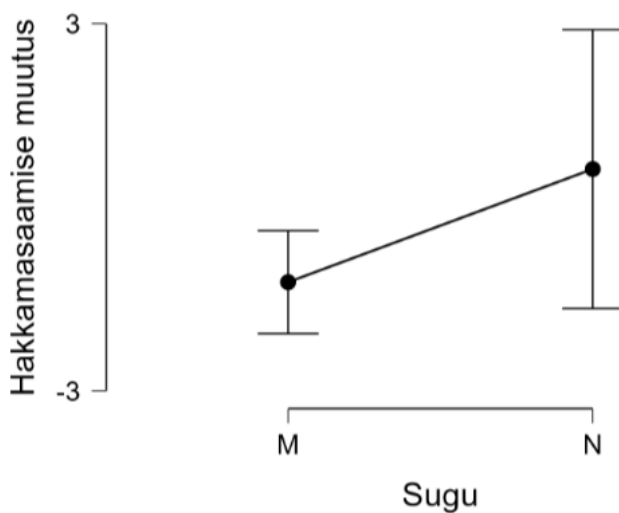
Joonis 2. Sugude *Hakkamasaamise Muutuse* keskmised tulemused teenust saanute puhul 95% usalduspiiridega.

Samuti leiti, et valimi keskmine tulemus koguvalimis – teenust saanud ning mittesaanud – ($M=-0,250$, $SD=2,729$) *Hakkamasaamise Muutuse* puhul olid statistiliselt oluliselt kõrgem naissoost osalejate hulgas ($M=0,842$, $SD=3,132$), $t(34) = -2,769$, $p=0,009$, $d=-0,925$ (Joonis 3).



Joonis 3. Hakkamasaamise Muutus sugude järgi koguvalimis 95% usalduspiiridega. Märkus: y-teljel on nähtavad Hakkamasaamise Muutused, kus positiivne tulemus näitab hakkamasaamise paranemist ajas.

Teenust mittesaanute puhul varieerusid Hakkamasaamise Muutuse tulemused naistel suuremal määral kui meestel, kuid statistiliselt olulist erinevust keskmiste vahel ei leitud $t(15)=-1,879$, $p=0,080$, $d=-0,913$. Tulemused on leitavad Joonisel 4.



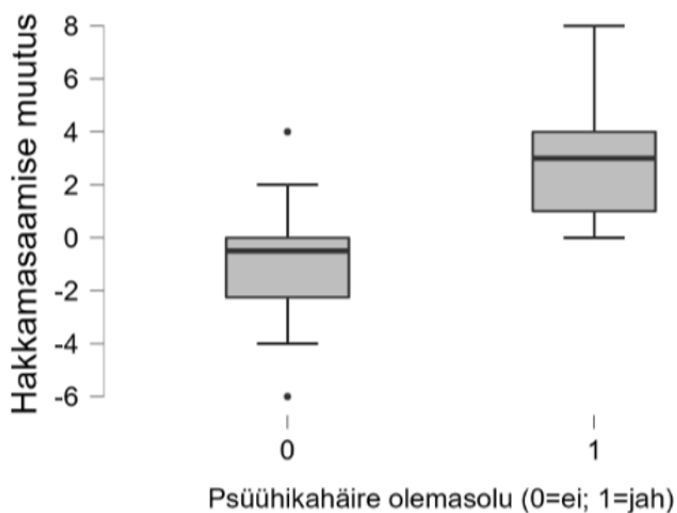
Joonis 4. Teenust mittesaanute Hakkamasaamise Muutuse tulemused sugude järgi 95% usalduspiiridega.

Analüüsid Hakkamasaamise Muutuse seoseid nii vanuse kui soo põhjal koguvalimis – kuna mõlemad tulemused olid märkimisväärsed – lineaarse regressioonanalüüsiga, leiti, et ennustatava muutuja ehk Hakkamasaamise Muutuse koguvariatiivsusest kirjeldasid

prediktorid ehk vanus ja sugu ära 5,3%, kuid mudel ei olnud statistiliselt oluline ($R^2=0,053$, $F(2,14)=0,393$, $p=0,682$).

Millist mõju rehabilitatsiooni tulemuslikkusele omab uuritava psüühikahäire olemasolu?

Psüühikahäireta ja -häirega inimeste *Hakkamasaamise Muutused* on välja toodud Joonisel 5. T-testi tulemusel leiti, et valimi keskmine tulemus ($M=-0,250$, $SD=2,729$) *Hakkamasaamise Muutusel* oli kõrgem uuritavatel, kelle teenusele suunamise põhiliseks eelduseks oli psüühikahäire olemasolu ($M=3,000$, $SD=2,769$), $t(33)=-4,196$, $p<0,001$, $d=1,773$.



Joonis 5. *Hakkamasaamise Muutuste* erinevused psüühikahäireta ja psüühikahäirega inimestel 95% usalduspiiridega. Punkt märgib erindit sihtrühmas, paksud horisontaaljooned märgivad mediaantulemusi, vertikaaljooned tähistavad valimi varieeruvust ning kastid kvartiilhaaret.

Psüühikahäirega inimeste soov ise hakkama saada varieerus vahemikus 1 kuni 3 (skaalal 1-5, kus “1” tähendas soovi ise hakkama saada ning “5” soovi puudumist) ning keskmiseks tulemuseks oli 1,5 ($SD=0,837$). Teistel sihtrühmade varieerus tulemus vahemikus samuti 1 kuni 3, kusjuures keskmiseks tulemuseks oli 1,258 ($SD=0,514$).

Psüühikahäirega uuritavate seas oli eesmärk kas osaliselt või täiesti täidetud 4 uuritaval ($M=2,250$, $SD=0,500$), ülejäänutel puudusid eesmärgi täitmise kohta andmed. *Hakkamasaamise Muutus* oli psüühikahäirega inimestel keskmiselt $M=3,167$ ($SD=2,994$). Teistel sihtrühmadel (alanenud töövõimega tööealised, liikumis- või liitpuudega tööealised ning liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealised) oli samaks tulemuseks $M=-0,933$ ($SD=2,132$).

Psüühikahäiretega uuritavate seas oli enamlevinud eesmärgi täitmist takistavaks teguriks isiku limiteeritud võimekus (esines 23,077% uuritavatest) ning soodustavaks teguriks sisemine

motivatsioon (esines 23,077% uuritavatest). Enamlevinud toimetulekuressurssideks osutusid lähedaste abi (varem 30,769% ja intervjuu ajal 38,462%) ja abistavad sotsiaalteenused (varem 15,385% ja intervjuu ajal 15,385%).

Uurimisküsimus 2: millised isiksuseomadused võivad soodustada või takistada psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkust?

Hakkamasaamise Muutusel oli tugev seos kolme tunnusega Suurest Viisikust, milleks olid Ekstravertsus, Sotsiaalsus ja Meelekindlus (vastavalt $r=-0,648$, $p=0,082$; $r=-0,516$, $p=0,190$; $r=0,527$, $p=0,180$). Samas *Eesmärgi Täitmisel* oli tugev seos kõigi viie isiksuse joonega: nii Ekstravertsuse ($r=0,926$, $p=0,074$), Sotsiaalsuse ($r=0,471$, $p=0,529$), Meelekindluse ($r=-0,522$, $p=0,478$), Neurootilisuse ($r=-0,631$, $p=0,369$), kui ka tunnusega Avatus Kogemusele ($r=-0,653$, $p=0,347$). Suure Viisiku isiksuseomaduste omavahelised seosed uuritavatel on välja toodud Lisas 6.

Vaatluse käigus kogutud info põhjal olid tugevamalt omavahel seotud Agressiivsus ja *Hakkamasaamise Muutus* ($r=0,644$, $p=0,013$) ning Ärevus ja *Hakkamasaamise Muutus* ($r=0,539$, $p=0,047$). Nõrgem, kuid siiski märkimisväärne seos leiti ka *Eesmärgi Täitmise* ja Domineerivuse vahel ($r=0,356$, $p=0,433$), *Eesmärgi Täitmise* ja Üritus Meeldida vahel ($r=-0,339$, $p=0,457$) ning *Hakkamasaamise Muutuse* ja Ärevuse vahel ($r=0,335$, $p=0,241$). Tabelis 5 on leitavad teenuse tulemuslikkuse ning vaatluse käigus kogutud isiksuseinfo omavahelised seosed.

Tabel 5. SRT teenust saanute individuaalsete erinevuste seosed isiksusejoontega vaatlusest.

Muutujad		Eesmärgi Täitmine	Hakkamasaamise Muutus
Eesmärgi Täitmine (täitmata=1, osaliselt=2, täidetud=3)	Pearsoni r	–	
	p-väärtus	–	
Hakkamasaamise Muutus	Pearsoni r	-0,265	–
	p-väärtus	(0,491)	–
Avatud	Pearsoni r	-0,158	-0,101
	p-väärtus	(0,735)	(0,731)
Ärev	Pearsoni r	-0,146	0,539
	p-väärtus	(0,755)	(0,047)
Kiire tempo	Pearsoni r	0,000	0,335
	p-väärtus	(1,000)	(0,241)
Domineerivus	Pearsoni r	0,356	0,135
	p-väärtus	(0,433)	(0,646)
Üritus meeldida	Pearsoni r	-0,339	-0,013
	p-väärtus	(0,457)	(0,964)
Arvamuse avaldamine	Pearsoni r	0,000	0,080
	p-väärtus	(1,000)	(0,785)
Agressiivsus	Pearsoni r	0,000	0,644
	p-väärtus	(1,000)	(0,013)
Verbaalne võimekus	Pearsoni r	-0,191	0,093
	p-väärtus	(0,682)	(0,751)
Elujõulisus	Pearsoni r	0,168	-0,054
	p-väärtus	(0,719)	(0,855)

*Märkus: Paksu tekstina on välja toodud statistiliselt olulised tulemused.

Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida, mil määral oli psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenus Eestis olnud tulemuslik, arvestades individuaalsete erinevuste (sh psüühikahäire olemasolu, sugu ja isiksus) mõju. Varasemaid sellealaseid uuringuid, mis arvestaks individuaalseid erinevusi sotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkuse uurimisel Eestis senini tehtud ei ole, varasemad tööd on keskendunud pigem spetsialistide perspektiivile ja teenusesaajate üldiste kogemuste kirjeldamisele (Aasma, 2013, Narusson, 2013, Bugakin, 2015), mistõttu panustas käesolev töö oluliselt SRT ja selle efektide mõistmisse Eestis.

Töö tulemustena leiti, et sugu on oluline faktor psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkusel: naiste igapäevane hakkamasaamine paranes olulisel määral rohkem kui meestel pärast SRT teenusel osalemist. Samuti leiti, et võrreldes teiste sihtrühmadega, paranesid psüühikahäirega inimeste hakkamasaamise tulemused oluliselt rohkem. Seega ennustab psüühikahäire olemasolu hakkamasaamise paranemist SRT järgselt. Uurides isiksusejooni leiti, et teenusel osalenud inimese kõrgem Neurootilisuse tase viitab kõrgemale SRT tulemuslikkusele. Kõrgem Meelekindluse tase viitab aga madalamale tulemuslikkusele.

Töös leiti, et kasutatud rehabilitatsiooniteenusel osalemise tulemuslikkuse mõõdikud – (1) spetsialisti/teenuseosutaja sõnastatud *Eesmärgi Täitmine* ning (2) igapäevase iseseisva *Hakkamasaamise Muutumine* ehk paranemine uuritava enda hinnangul – võisid anda uurimisküsimusele vastakaid tulemusi ning ühe tulemuse muutudes ei saanud ennustada teise tulemuse täpset muutust. Tegu võib olla mõõdikutega, mis analüüsivad erinevaid aspekte teenuse tulemuslikkusel. Mitme mõõdiku samaaegset kasutamist on selles valdkonnas kasutatud varasemaltki (Swildens *et al*, 2011; Sanches *et al*, 2020), mistõttu on saadud tulemused usaldusväärsemad ning mitmekülgsemad. Seda näitab ka käesolev töö, kus erinevate mõõdikute kasutamine näitab tulemuslikkuse erinevusi kahes aspektis.

Mõõdikute erinevus võis tuleneda asjaolust, et uuritavad ning teenuseosutajad võisid prioritseerida erinevaid ootuseid SRT teenusel osalemisel ja läbimisel või kasutatavad mõõdikud mõõtsid erinevaid tulemusi. Samuti võis põhjus olla sõnastatud eesmärgil, mis ei ühtinud uuritava reaalse ootusega, mis tema igapäevast toimetulekut parandaks. Tulemused võisid olla mõjutatud ka asjaolust, et andmeid spetsialisti hinnangust ehk D-osadest (sh sõnastatud *Eesmärgi Täitmine*) analüüsisid neli analüütikut. Subjektiivsuse kallet rehabilitatsiooniplaanide D-osade raportite analüüsil ei uuritud, kuigi see oleks muutnud

analüüsi objektiivsemaks – põhjuseks töö mahukus ja suur ajakulu. Samuti ei oleks see oluliselt vähendanud subjektiivsust, kuna sisuanalüüsis moodustati kindlad kategooriad ja kriteeriumid.

Järgnevad raporteeritud tulemused ja järeldused ei pruugi kõik olla statistiliselt olulised, seda põhjusel ei valim oli raskesti kättesaadav ning väike, mille tõttu võis mõnda sihtrühma kuuluda liiga vähe inimesi, et statistiline olulisus oleks märgatav. Saadud tulemused võisid tuleneda ka asjaolust, et teenuse saamine on osalejate jaoks vajalik ning seetõttu võisid subjektiivsed hinnangud (eriti hakkamasaamise paranemisel) olla kallutatud, et näidata end motiveeritumana ning edukana – seda selleks, et teenusest mitte ilma jääda. Kuna teenus oli nende jaoks niivõrd olulise tähtsusega, võisid jääda mõned olulised asjaolud teenuse kohta uuritavatel mainimata ja avaldamata. Hirmus öelda midagi valesti, keeldusid mõned esialgsesse valimisse kaasatud inimesed intervjuudel osalemast.

Individuaalsed erinevused ning rehabilitatsioonil osalemine

Sugu, vanus, psüühikahäire ning Hakkamasaamise Muutus ja Eesmärgi täitmine

SRT teenust saanute seas leiti seoseid individuaalsete erinevuste ning *Eesmärgi Täitmise* vahel. Oluliseks osutus inimese vanus, kes teenusel osales: mida vanem oli teenusel osalenu, seda suurema tõenäosusega oli tema (spetsialisti) sõnastatud eesmärk täidetud või osaliselt täidetud. Saadud tulemus kinnitab ka varasemaid uuringuid, mille põhjal võis nooremate inimeste seas olla SRT vähemtulemuslik (Webber & Huxley, 2004, Herinckx *et al*, 1997, Becker *et al*, 1997, Tehrani *et al*, 1996, Hamilton *et al*, 2002). Samas vanuse kasvades vähenes ka teenusel osalenute *Hakkamasaamise Muutus*, millest võib järeldada, et vanemad isikud täitsid enim sõnastatud eesmäärke, kuid nooremad uuritavad tundsid, et nende hakkamasaamine paranes võrreldes varasemaga. Viimast võib väita ka nende kohta, kes teenust ei saanud. Lisaks võib välja tuua asjaolu, et *Eesmärgi Täitmist* teenust saanutel võis takistada inimese puue: määratud puude korral täideti eesmärk enim siis, kui puue oli kerge või keskmine.

Sarnane tendents oli märgatav ka *Hakkamasaamise Muutuse* puhul nii SRT teenust saanutel kui mittesaanutel, kus puude raskusastmel on seos hakkamasaamisega, kuid Mueser jt (2010) sarnaseid tulemusi oma töös ei leidnud. Sellised erinevused võivad tuleneda valimi erinevusest või aspektide võrdlemistest kahes töös, mis ei kattu. Igasse uurimusse kaasatud valim on unikaalne ning seetõttu tekivad erinevused ka saadud tulemustes, kuigi uurimisteema ning kasutatud meetodid on sarnased. Osalised erinevused tulemustes on oodatavad, kuid juhul, kus uurimistulemus on populatsioonile üldistatav ning valiidne, peaksid erinevused jääma minimaalseks. Suured erinevused võivad tekkida, kui kaasatud valim on väike ning spetsiifiline

ja seetõttu ei pruugi oodatavad tulemused analüüsitulemustest selguda. Samuti võivad erinevad tulemused tuleneda asjaolust, et töödes on uuritud erinevaid tegureid – sellisel juhul ei saa analüüsitulemused olla sarnased, kui mõõdetakse erinevaid faktoreid.

Uurimistöö käigus läbiviidud analüüside käigus tehti kindlaks, et psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni edukusega olid statistiliselt oluliselt seotud uuritava sugu, vanus ning psüühikahäire olemasolu. Mida vanem inimene, seda tõenäolisemalt oli teenusel osalemine tema jaoks tulemuslikum ning sõnastatud eesmärk täideti. Vastupidiseid tulemusi andsid aga Hakkamasaamise Muutuse hinnangud ning vanuse omavahelised seosed: kõrgem vanus tähendas väiksemat subjektiivset hinnangut Hakkamasaamise Muutuse osas. Selle põhjal võiks järeldada, et spetsialisti sõnastatud eesmärk ei ühtinud uuritava enda hinnangutega ning sõnastatud eesmärk ei aidanud kaasa uuritava igapäevase toimetuleku parandamisel.

Lähedaste abi, soodustavad ja takistavad tegurid

Lähedaste abi kasutamise uurimisel tuli välja, et teenusel osalejate iseseisvus võis olla suurenenud, kuna lähedaste abi kasutati teenusel osaledes märkimisväärselt vähem kui varem võrreldes nendega, kes teenusel ei osalenud. Selle põhjal võiks väita, et tugev toetus oli abiks teenuse läbimisel ning iseseisvuse taastamisel. Kuigi teenust saanute puhul lähedaste abi kasutamine ei omanud olulist mõju eesmärgi täitmisel, leiti nimetatud tegurite omavaheline seos *Hakkamasaamise Muutusel*, mis kinnitab iseseisvuse ja hakkamasaamise paranemist. Teenuse tulemuslikkust parandav lähedaste abi oli soodustava faktorina välja toodud varasemates töödes (Harding *et al*, 2008, O'Brien *et al*, 2009, National Guideline Alliance (UK), 2020) – käesoleva uurimuse tulemused neid ka kinnitasid. Erinevalt teenust saanutest, ei olnud mittesaanute puhul võimalik analüüsida *Eesmärgi Täitmist*, kuid analüüsi kaasatud tegurid näitasid huvipakkuvaid tulemusi. Teenust mittesaanud inimeste puhul leiti märkimisväärne seos vanuse ning ise hakkamasaamise soovi puhul – mida vanem oli uuritav, seda suurem oli enamasti tema soov ise hakkama saada. Sarnast tulemust teenust saanute puhul ei leitud ning see võis olla ka põhjuseks, miks uuritav veel teenust saanud ei olnud. Samas ei saa seda kindlalt väita ning tegu võis olla vaid juhusliku leiuga.

Töös uuriti lisaks toimetulekuressurssidele ka spetsialistide hinnatud ja kirjeldatud soodustavate ja takistavate tegurite seosed hakkamasaamise näitajatega. Tegurite erinevusena võib välja tuua nende fookuse: soodustavaid tegureid nimetasid teenuse spetsialistid subjektiivselt ise, võttes eelduseks nende kasulikkuse *Eesmärgi Täitmisel*. Toimetulekuressursid nimetasid uuritavad aga ise. Analüüsitulemustest selgus, et oluliseks

toimetulekuressursiks nimetati optimistlikku ellusuhtumist (nii intervjuu ajal kui ka varasemalt), seda eriti teenust mittesaanute puhul. Sama tendents püsis ka teenust mitte saanutel hobidega tegelemisel ning selle abil toimetulekule - teenust mittesaanud nägid seda abistava tegurina. Ka eelmise sajandi lõpul seostasid Penn ja Meuser (1996) positiivset suhtumist heade tulemitega programmis. Teisi tegureid niivõrd olulisteks faktoriteks hakkamasaamisel ei peetud ning suurel määral puudusid toimetulekut abistavad faktorid sootuks. Soodustava tegurina nimetati käesolevas töös enim sisemist motivatsiooni, takistava tegurina nimetasid spetsialistid uuritava limiteeritud võimekust, seda enim psüühikahäirega tööelistel.

Teised uuritud tegurid psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenusel osalemise tulemuslikkust olulisel määral ei mõjutanud.

Sugu ja teenusel osalemine

Analüüsitulemustest selgus, et sugu oli oluliseks faktoriks iseseisva hakkamasaamise subjektiivse hinnangu puhul: naiste hinnangud paranesid kahte ajaperioodi võrreldes tunduvalt rohkem kui meeste hinnangud, kuid sõnastatud *Eesmärgi Täitmise* puhul ei omanud sooline tegur olulist rolli. Samuti osutusid teenuse läbimisel tulemuslikumaks naised, seda subjektiivse *Hakkamasaamise Muutuse* hinnangu põhjal. Sarnane tendents oli nähtav ka koguvalimis, kuhu olid kaasatud ka isikud, kes teenusel ei osalenud. Leiud kinnitavad püstitatud hüpoteesi, mille põhjal on naiste tulemuslikkus psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil suurem kui meestel, kuid varasemaid uuringuid kindlasõnaliselt kinnitada ega ümber lükata ei saa. Kuigi Bogenschutz ja Siegfried'i uurimuse (1998) tulemused ei ühti Hardingu jt (2008) hilisema uuringu tulemustega, leiti käesolevas töös sarnasusi mõlema varasema tööga, kus sool oli oluline roll tulemuslikkusel ning kus aspektides, kus sugu oluliseks aspektiks ei olnud.

Samas võis selline resultaat tuleneda uuritavate subjektiivsel mõistmisel ajajärgu defineerimisel - ajahetk "varem" ei olnud intervjuudes korrektselt defineeritud, mistõttu võisid uuritavate vastused varieeruda. Sellisel juhul võisid uuritavad tõlgendada mõistet "varem" kui "enne haigust", "enne toimetuleku halvenemist", "enne teenusele asumist" või mõnel muul moel. Erinev ajahetke tõlgendus mõjutas aga suurel määral tulemusi ning nende põhjal järelduste tegemisi.

Millist mõju rehabilitatsiooni edukusele omab uuritava psüühikahäire olemasolu?

Analüüsides selgus, et võrreldes teiste sihtrühmadega (alanenud töövõimega tööelised, liikumis- või liitpuudega tööelised ning liikumis- või liitpuudega vanaduspensioniealised)

paranesid psüühikahäiretega inimeste *Hakkamasaamise* tulemused olulisel määral. Ka National Guideline Alliance (UK) (2020) on märkinud, et inimese diagnoos ning sellega elatud aeg omavad mõju igapäevasele hakkamasaamisele ning teenusel osalemisele. Samuti tuli välja, et psüühikahäire olemasolu mõjutas inimeste igapäevast hakkamasaamist ning selle subjektiivset hinnangut, olenemata sellest, kas teenust saadi või mitte. Need tulemused on kooskõlas hiljutise uuringuga, kus leiti, et metoodika psüühikahäiretega inimeste aitamisel tähtsust ei oma, kuid on oluline, et neile pakutakse võimalust saada endaga paremini hakkama (Sanches *et al*, 2020). Töös puudusid aga piisavad andmed, et analüüsida psüühikahäire olemasolu mõju sõnastatud *Eesmärgi Täitmisel*, mistõttu saab järeldusi teha vaid ühe osa kohta hüpoteesis. Hüpoteesi järgi ei ennusta psüühikahäire olemasolu *Hakkamasaamise Muutust*, kuid käesoleva töö tulemused lükkavad selle ümber: võrreldes teiste sihtrühmadega paranesid psüühikahäiretega uuritavate hakkamasaamised aja jooksul olulisel määral.

Võrreldes teiste sihtrühmadega oli psüühikahäirega inimestel suurem soov saada iseseisvaks ning iseseisvalt hakkama saada ja ka subjektiivsel hinnangul muutusid nad aja jooksul iseseisvamaks ning nende hakkamasaamine võrreldes varasemaga paranes. Samas võis siin olla selliste tulemuste taga psüühikahäire ise, mistõttu ei suudetud adekvaatselt enda toimetulekut praegu ja minevikus hinnata. Psüühikahäire olemasolu ning vanus näitasid hakkamasaamise paranemist ajas ning neil on oluline mõju teenuse tulemuslikkusele, kuid omavaheliste seoste leidmiseks ei olnud käesolevas valimis piisavalt andmeid.

Isiksuseomadused ja teenusel osalemine

Isiksuse uurimiseks kasutati töös vaid teenust saanute andmeid, kuna teenust mittesaanute puhul olid andmed puudulikud. Suure Viisiku isiksusejoontel oli nii *Eesmärgi Täitmise* kui *Hakkamasaamise Muutusega* märkimisväärseid ning tugevaid seoseid. Tugevaim seos leiti Ekstravertsuse ning *Eesmärgi Täitmise* vahel, mille põhjal võiks eeldada, et ekstravertsed inimesed täitsid sõnastatud eesmärgi. Samuti leiti tugev seos Neurootilisuse ja *Eesmärgi Täitmise* vahel, mis võib näidata, et Neurootilisemad inimesed on sarnaselt Ekstravertsetele eesmärgipärase käitumisega. Niisiis võib väita, et isiksusejooni puudutava hüpoteesi saab ümber lükata, kuna kõrgem Neurootilisuse tase viitab kõrgemale tulemuslikkusele.

Üllatavad olid tulemused, mis näitasid, et Avatud Kogemusele ja Meelekindlus seostusid märkimisväärselt sõnastatud eesmärgi mittetäitmisega, kuigi võiks eeldada, et need isiksuseomadused suunaksid inimest sarnaselt Ekstravertsusele sõnastatud eesmärgi täitma. Saadud tulemused on aga vastakad varasema isiksuse uurimusega, kus Avatus Kogemusele ja

Meelekindlus kõrgemad skoorid viitavad valmidusele proovida uusi asju ning olla parema tervisega (John & Srivastava, 1999). Samas mainitud töös ei uuritud isiksusejoonte seoseid rehabilitatsiooniteenusel osalemisega ega seatud eesmärkide täitmisega. John ja Srivastava (1999) kirjeldasid oma töös isiksusejooni ning millega nende kõrgemad skoorid seotud võivad olla. Asjaolu, et eelmainitud isiksusejoonte kõrgemad skoorid viitasid valmidusele proovida uusi asju ning olla parema tervisega, ei pruukinud olla seotud eesmärkide täitmisega või olla püsivad pikemaajalisel tegevusel, näiteks rehabilitatsiooniteenusel. Selle põhjal on ka teine hüpotees ümber lükatud ning tulemused on sarnaselt eelmisele hüpoteesile vastupidised: kõrgem Meelekindluse tase viitas madalamale tulemuslikkusele.

Saadud tulemused Neurootilisuse ja Ekstravertsuse edukuse seosega ühtivad varasema uuringuga (Kööts-Ausmees *et al*, 2016), mille järgi oli näiteks Neurootilisusel seos inimese tervisega: mida kõrgem skoor, seda kehvem hinnatud tervis. Rehabilitatsiooniteenusel osalemine mõjutab tugevasti ka inimese tervist, mistõttu on leitud seosed olulised ka käesolevas töös. Vaatluse käigus tehtud tähelduste põhjal leiti üllatav seos *Hakkamasaamise Muutuse* ning *Ärevuse* vahel, kus suurem ärevuseskoor viitas ka *Hakkamasaamise paranemisele*. Samuti kerkis esile vaatleja subjektiivsel hinnangul uuritava agressiivsuse tase, mille kõrge skoor võis ennustada ka paremat hakkamasaamist, kuid põhjuslikuks seoseks eelnevaid kategoriseerida ei saa. Tegu võis olla juhusliku leiuga, kus tegelikud tulemused üksteist ei mõjutanud.

Töö tugevused, piirangud, soovitud

Töö tugevusteks oli valimi mitmekesisus, kuhu kuulusid naised ja mehed neljast erinevast sihtrühmast. Samuti oli tugevuseks indiviidide erinevuste ja subjektiivsete hinnangute analüüsimine kombineerituna spetsialisti hinnangutega. Teenusesaajate isiklike hinnangute kaasamine töösse tõstis tehtud töö valiidsust – töös uuriti inimeste subjektiivseid arvamusi oma igapäevaeluga toimetulemise paranemisel. Kasutades ainult kvantitatiivseid andmeid teenuseosutajatelt, ei oleks pruukinud töö olla niivõrd kõrge väärtus, kuna see ei peegeldaks reaalselt olukorda. Lisaks tõstis töö väärtust asjaolu, et sotsiaalse rehabilitatsiooni valdkonnas ei ole varasemalt sellealaseid töid tehtud ning tehtud töö põhjal on võimalik panna põhi järgnevatele uurimustele, mille fookuseks on edukuse suurendamine rehabilitatsiooniteenusel. Samuti on töö tugevuseks valim ise: Eestis on valimisse kuulunud sihtrühm väike ja unikaalne, mistõttu on käesoleva valimi kättesaamine ja töösse kaasamine oluliseks tugevuseks.

Töö puuduseks oli andmete osaline puudumine, mis võis olla tingitud väikeset ja raskesti kättesaadavast valimist ning soovist teenust mitte kritiseerida. Intervjuudesse kutsutud valim võis olla kallutatud, kuna tegu oli vabatahtliku intervjuuga uuritavate tervise kohta, mistõttu keelduti enamustest intervjuupakkumistest. Samuti mõjutas valimisuurus analüüside kvaliteeti, usaldusväärsust, olulisust ning tehtud analüüside valikut. See võis omakorda põhjustada olukorda, kus tulemused ei olnud statistiliselt olulised, kuigi omavaheline seos leiti. Uuringusse kaasatud inimeste jaoks oli teenus vajalik ning sellest kardeti ilma jääda. Sellel põhjusel keeldusid mitmed isikud intervjuust ning jäid oma seisukohale kindlaks. Isiksuseandmete puudumise põhjenduseks võis olla asjaolu, et intervjuu põhiosa osutus vaimselt uuritavatele raskeks (olgu siis emotsionaalselt või intellektuaalselt) ning võttes arvesse uuritava vaimset seisundit, otsustati lisaküsimused jätta esitamata. Samuti jäeti isiksust puudutavad küsimused esitamata, kui ajaline piirang intervjuul sai läbi.

Eelneva põhjal on oluline märkida, et töös saadud tulemusi ei saa üldistada kogupopulatsioonile ning huvipakkuvale kogusihtrühmale (nt kõik SRT teenust saanud alanenud töövõimega inimesed), kuna töösse kaasatud valimi põhjal tehtud analüüsid seda ei võimalda. Samas on käesolev uurimus olulise tähtsusega, kuna sellealaseid uuringuid ei ole Eestis varasemalt tehtud ning analüüsid psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse edukust, saab teenust edendada ning muuta abivajajatele kättesaadavamaks. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasulikkuse ja tulemuslikkuse uurimine on oluline ning seetõttu on tähtis jätkata sellealast uurimust ka edaspidi. Tuleviku-uuringutesse võiks kaasata suurema valimi ning keskenduda erinevate tegurite koosmõjule, kuna käesolevas töös see ei olnud võimalik. Samuti võiks tähelepanu pöörata erinevustele teenusepakkujate vahel ning mil määral mõjutab teenuse asukoht selle kvaliteeti. Lisaks võivad huvipakkuvateks teguriteks olla teenusesaaja haridustase, konkreetne puue ja elupaik, mida käesolevasse töösse andmete puudulikkuse tõttu ei kaasatud.

Kokkuvõte

Püstitatud hüpoteesidest leidis kinnitust üks hüpotees ning kolm hüpoteesi lükati ümber. Kinnitust leidis väide, et naiste tulemuslikkus psühhosotsiaalsel rehabilitatsioonil on suurem kui meestel. Teised hüpoteesid lükati aga ümber, kuna tulemused saadud töös näitasid vastupidiseid tulemusi. Erinevalt hüpoteesidest ennustas psüühikahäire olemasolu *Hakkamasaamise Muutust*, sõnastatud *Eesmärgi Täitmise* ja psüühikahäire olemasolu vahelisi seoseid andmete puudumise tõttu ei uuritud. Lisaks ennustas kõrgem Neurootilisuse tase kõrgemat tulemuslikkust ning kõrgem Meelekindlus madalamat tulemuslikkust.

Oluliste seostena leiti, et teenuseosutaja ehk spetsialisti sõnastatud eesmärk ning selle täitmine võis olla kliendi enda nägemusega vastuolus. See võis tuleneda erinevatest soovidest või ootustest: kliendi enda soov võis olla saada iseseisvalt paremini hakkama saada igapäevaelus, kuid spetsialisti eesmärk võis olla defineeritud spetsiifilisemalt ning fokusseeritud mõnele kindlale valdkonnale, näiteks liikumisvõime suurendamine. Sõnastatud *Eesmärgi Täitmine* ei pruugi kliendi ootust aga mõjutada, kuna liikumisvõime suurendamine ei aita inimesel iseseisvalt hakkama saada, kui selleks puuduvad ressursid ning võimalused. Sellisel juhul on küll sõnastatud eesmärk täidetud, kuid isiku iseseisev hakkamasaamine ei parane, vaid see võis aja jooksul halveneda. Sellest võib tuleneda ka töös leitud negatiivne korrelatsioon nimetatud kahe teguri vahel. Samas võib tegu olla juhuslikku seosega, kuna töösse kaasatud andmestikus ei olnud piisaval hulgal andmeid, et teha põhjapidavaid järeldusi nimetatud tegurite omavaheliste seoste kohta.

Käesolevas töös analüüsitud tegurite ja teenusel osalemise edukuse omavaheliste seoste põhjal võib kasutatud valimi puhul teha järeldusi, kuid neid järeldusi ei saa üldistada kogupopulatsioonile ega väita, et tegurite vahel on põhjuslik seos. Seosed võivad olla juhuslikud või iseloomulikud vaid analüüsitud valimile. Kuna kaasatud valim oli väike, võisid saadud tulemused olla vastuolulised või anda moonutatud ja kallutatud tulemuse reaalsest olukorrast.

Autori panus

Autor panustas töösse andmete kogumisega intervjuudes, isiksuseandmete lühiküsimustiku ettevalmistamisega, rehabilitatsiooniteenuse kirjalike kokkuvõtete (spetsialisti hinnangud D-osades) kvalitatiivse sisuanalüüsiga ning käesolevasse töösse kaasatud andmete analüüsiga.

Kasutatud kirjandus

- Aasma, L. (2013). Rehabilitatsiooniprogrammide osutamise mõju klienditööle rehabilitatsiooniasutuses. Lõputöö, TÜ.
- Ackerman, C. (2017). Big Five Personality Traits: The OCEAN Model Explained. PositivePsychology. <https://positivepsychology.com/big-five-personality-theory> (25.04.2021).
- Beard, J. H., Malamud, T. J., & Rossman, E. (1978). Psychiatric rehabilitation and long-term rehospitalization rates: The findings of two research studies. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 622–635.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M., & Turner, D. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 171, 15–19. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.15>
- Bogenschutz, M. P., & Siegfried, S. L. (1998). Factors Affecting Engagement of Dual Diagnosis Patients in Outpatient Treatment. *Psychiatric Services*, 49(10), 1350–1352. doi:10.1176/ps.49.10.1350
- Bugakin, J. (2015). Rehabilitatsioonimeeskondade poolt osutatavate tööalase rehabilitatsiooni meetmete arengusuunad Eestis. Magistritöö, TÜ.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). *Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet*. doi:10.1016/s0140-6736(20)32340-0
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589–608. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351
- Furr, R. M., & Funder, D. C. (2007). Behavioral observation. Raamatus Robins, R. W., Fraley, R. C., & Krueger, R. F. (toim), *Handbook of research methods in personality psychology* (273–291). The Guilford Press.

- Hamilton, W., Round, A., & Sharp, D. (2002). Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(477), 317–319.
- Harding, B., Torres-Harding, S., Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., & Hardin, T. (2008). Factors Associated with Early Attrition from Psychosocial Rehabilitation Programs. *Community Mental Health Journal*, 44(4), 283–288. doi:10.1007/s10597-008-9128-9
- Heggestad, E. D. (2012). A conceptual representation of faking: Putting the horse back in front of the cart. *Raamatus Ziegler, M., MacCann, C., & Roberts, R. D. (toim), New perspectives on faking in personality assessment* (87–101). New York, NY: Oxford.
- Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Clarke, G. N., & Paulson, R. I. (1997). Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(10), 1297–1306. <https://doi.org/10.1176/ps.48.10.1297>
- Jacobs, S., Davidson, L., Steiner, J., & Hoge, M. (2002). *Community Mental Health Journal*, 38(1), 73–81. doi:10.1023/a:1013964132596
- Jhangiani, R., Chiang, C., Cuttler, C., & Leighton, D. (2019). *Research Methods in Psychology* (4th edition). Charlottesville, VA: OSF.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2), 102–138. New York: Guilford Press.
- Luk, A.L., & Shek, D. (2008). The experiences and perceived changes of Chinese ex-mental patients attending a holistic psychiatric rehabilitation programme: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 447–457. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01248.x
- Maailma Arstide Liidu (WMA) Helsingi deklaratsioon (2011). *Eesti Arst*, 90(7), 344–346. <https://doi.org/10.1515/ea.v0i0.10893>
- Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Swain, K., Forester, B., Cather, C., & Feldman, J. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older

- people with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/a0019629>
- Narusson, D. (2013). The Disabled person's and rehabilitation specialist's dialogue within the rehabilitation assessment and planning process. *Journal of Social Policy and Social Work in Transition*, 3(2), 10–30. <https://journals.whitingbirch.net/index.php/JSPW/article/view/416>
- National Guideline Alliance (UK) (2020). *Factors associated with successful transition through rehabilitation services: Rehabilitation in adults with complex psychosis and related severe mental health conditions: Evidence review Q*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562545/>
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(7), 558–568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 607–617.
- Piedmont, R. L., McCrae, R. R., Riemann, R., & Angleitner, A. (2000). *On the invalidity of validity scales: Evidence from self-reports and observer ratings in volunteer samples. Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 582–593. doi:10.1037/0022-3514.78.3.582
- Purru, T. (2021). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni tulemuslikkusest Eestis: spetsialistide ajakulu, perekonna, majutuse ja demograafiliste tegurite mõju.
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Realo, A. (2016). Editorial: Disentangling the complex relations among personality, health, and well-being. *European Journal of Personality*, 30, 423–425. DOI: 10.1002/per.2078.
- Ritchie, H., & Roser M. (2018). Mental health. <https://ourworldindata.org/mental-health> (25.04.2021).

- Ruggeri, M., Salvi, G., Bonetto, C., Lasalvia, A., Allevi, L., Parabiaghi, A., Bertani, M., & Tansella, M. (2007). Outcome of patients dropping out from community-based mental health care: a 6-year multiwave follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (437), 42–52. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01092.x>
- Sanches, S. A., Swildens, W. E., Schaefer, B., Moerbeek, M., Feenstra, T. L., van Asselt, A., Danner, U. N., van Weeghel, J., & van Busschbach, J. T. (2020). Effectiveness of the Boston University Approach to Psychiatric Rehabilitation in Improving Social Participation in People With Severe Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 11, 571640. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.571640>
- Sotsiaalkindlustusamet k.a. Sotsiaalne rehabilitatsioon. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon> (27.03.2021).
- Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L., & Jormfeldt, H. (2013). A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 401–408. doi:10.3109/08039488.2013.851737
- Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W. J., Wiersma, D., & van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 751–760. doi:10.1177/070674371105601207
- Tamm, G., Kostabi, E., Trankmann, S., Remmik, M., Puur, S.M., Urmann, H., Espenberg, S. (2021). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile*. Tartu Ülikool. RAKE
- Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., & Munk-Jørgensen, P. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 266–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09859.x>
- Tracey, T. J. G. (2016). A note on socially desirable responding. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 224–232. doi:10.1037/cou0000135

- Webber, M., & Huxley, P. (2004). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(12), 1000–1009. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0836-3>
- World Health Organization. (2001). The World health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 (25.03.2021).
- World Health Organization. (2020). Rehabilitation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (09.05.2021).

LISAD

Lisa 1. Intervjuu struktureeritud osa.

KONTAKTI LOOMINE Intervjuu algab kontakti loomisega. Intervjueerija tutvustab end, uuringut ja selle eesmärgi, selgitab informeeritud nõusoleku lehel olevat infot, vastab uuritava küsimustele ning palub uuritaval nõustumise korral allkirjastada informeeritud nõusoleku leht kahes eksemplaris (üks uuritavale ja üks uurijale). Intervjueerija veendub selles, et uuritav saab aru uuringu riskidest ja kasudest tema jaoks ning mõistab, et tal on võimalik igal hetkel loobuda osalemisest. **RÕHUTADA, ET POLE ÕIGEID JA VALESID VASTUSEID** ja, et **UURITAVA VASTUSEID EI MÕJUTA KUIDAGI TEMA EDASPIDIST TEENUSTEL OSALEMIST** ega **TOETUSTE SAAMIST**. Intervjuusse sisse elamiseks küsib intervjueerija uuritavalt tema hetkeseisundi kohta, kuivõrd valmis on uuritav intervjuus praegu osalema, kuivõrd hästi ta end sellel hetkel tunneb, kas on midagi, mis teda ruumis häirib (nt on lärmakas, raske keskenduda vms). Võimalusel loob intervjueerija uuritavale sobivad tingimused intervjuu andmiseks. Vajadusel tehakse **PAUSE** intervjuu ajal, kui intervjueeritav seda soovib. Intervjueerija selgitab, et ta salvestab intervjuu ainult uuritava nõusolekul. Küsin luba salvestamiseks.

STUKTUREERITUD OSA (~15 min)

· Sotsidemograafilised tunnused, taust: Milline on Sinu: vanus, olulisemad tervisehädad, puuded, haridus, sotsiaalmajanduslik seis (hinnang: kehv, keskmine, hea), perekondlik seis, lähedaste olemasolu praegu? (küside iga tunnust ühekaupa, lühidalt)																													
· Iseseisev enda hinnatud igapäevane toimetulek praegu ja varem: Kuidas tuled praegu igapäevaselt toime? 1 (üldse mitte)... 5 (keskmiselt)...9 (väga hästi) Kuidas Sa varem (mõni aasta tagasi) toime tulid? 1 (üldse mitte)... 5 (keskmiselt)...9 (väga hästi) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Praegu</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>VAREM</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>										Praegu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Praegu	1	2	3	4	5	6	7	8	9																				
VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9																				
· Aktiivne osalemine ühiskonnas praegu ja varem (kogukonnas): Kui palju osaled praegu ühiskondlikes tegevustes (hobiringid, klubid, töötamine vm)? 1(üldse ei osale)... 5 (osalen mõnedes)...9 (olen väga aktiivne, osalen paljudes tegevustes) Kuivõrd osalesid neis tegevustes varem? 1(üldse ei osalenud)... 5 (osalesin mõnedes)...9 (olin väga aktiivne, osalesin paljudes tegevustes) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">PRAEGU</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>VAREM</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>										PRAEGU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PRAEGU	1	2	3	4	5	6	7	8	9																				
VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9																				
· Perekonna v lähedaste abi kasutamise vajadus praegu ja varem: Kuivõrd vajad lähedaste abi praegu oma igapäevaelus?																													

1-Iga päev, 2- kord nädalas, 3 – kord kuus, 4 – harvem kui kord kuus, 5 – üldse mitte.

Kuivõrd vajad abi varem?

1-Iga päev, 2- kord nädalas, 3 – kord kuus, 4 – harvem kui kord kuus, 5 – üldse mitte.

PRAEGU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Motivatsioon ise hakkama saada praegu ja varem:

Kas sa tahad praegu ise toime tulla?

1 – jah, 2 – pigem jah, 3-ei tea, 4 – pigem ei, 5 - ei

Kas oled alati tahtnud ise toime tulla?

1 – jah, 2 – pigem jah, 3-ei tea, 4 – pigem ei, 5 – ei

PRAEGU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Suhtumine/hoiakud SKA (sots.rehab) teenusesse või üldisemalt SKA teenustesse (kui intervjueritav ei suuda eristada sots.rehab teistest) praegu ja varem (**kui ei saa küsimusest arv, jäta vahele**):

Kuidas suhtud SKA teenustesse praegu? (Kas need on pigem head või halvad)

1 – väga halb, 2 – pigem halb, 3 – keskmine, 4 – pigem hea, 5- väga hea.

Kuidas suhtusid SKA teenustesse varem?

1 – väga halb, 2 – pigem halb, 3 – keskmine, 4 – pigem hea, 5- väga hea.

PRAEGU	1	2	3	4	5
VAREM	1	2	3	4	5

- Finantsiline toimetulek (sissetulekute allikad) praegu ja varem:

Kuidas saad igapäevaselt rahaliselt hakkama?

1 – ei tule üldse toime (sõltun rahalisest toest) ... 5 (nii ja naa, vahel tulen vahel mitte)...9 (alati tulen toime)

Kuidas said rahaliselt hakkama varem?

1 – ei tule üldse toime ... 5 (nii ja naa, vahel tulen vahel mitte)...9 (alati tulen toime)

PRAEGU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VAREM	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Toimetuleku ressursid praegu ja varem:

Mis on peamine, mis aitab Sul igapäevaselt hästi toime tulla praegu? (**kui intervjueritav ei saa küsimusest aru, jäta vahele**) Vajadusel tuua näiteid, kas...

- lähedaste abi,
- optimistlik ellusuhtumine,
- õppimine,
- hovid,
- toetav keskkond,

- sotsiaalteenused,
 - midagi muud? Mis?
- Mis aitas Sind varem? Vajadusel tuua näiteid, kas...
- lähedaste abi,
 - optimistlik ellusuhtumine,
 - õppimine,
 - hobid,
 - toetav keskkond,
 - sotsiaalteenused,
- midagi muud? Mis?

- Kas SRT teenust on Sinu arvates Eestis vaja? (**kui intervjuueeritav ei saa küsimusest aru, jäta vahele**)
- Jah---ei---võibolla
- Kellel?

Lisa 2. Isiksusetesti lühiversioon Big Five Inventory-10, (Rammstedt & John, 2007²).

Kui hästi kirjeldavad järgmised väited Teie isiksust?

- 1 = ei ole üldse nõus
- 2 = pigem ei ole nõus
- 3 = raske öelda
- 4 = pigem nõus
- 5 = täiesti nõus

Kas Te peate end inimeseks, kes...

On loomult kinnine	1	2	3	4	5
On üldiselt usaldav	1	2	3	4	5
On laisavõitu	1	2	3	4	5
On rahulik, talub hästi pinget	1	2	3	4	5
Keda kunst ja kultuur ei huvita	1	2	3	4	5
On seltsiv ja suhtlusaldis	1	2	3	4	5
Kaldub teistes vigu nägema	1	2	3	4	5
On oma töödes põhjalik	1	2	3	4	5
Muutub kergesti närviliseks	1	2	3	4	5
On elava kujutlusvõimega	1	2	3	4	5

Venekeelne versioon:

замкнутый по натуре.	1	2	3	4	5
в общем доверчивый/в целом доверяет другим людям.	1	2	3	4	5
порой ленивый.	1	2	3	4	5
спокойный, хорошо выдерживает напряженность/спокойный, легко переносит стресс.	1	2	3	4	5
кого не интересует искусство и культура/не интересуется искусством и культурой.	1	2	3	4	5
общительный.	1	2	3	4	5
склонен видеть в других недостатки.	1	2	3	4	5
досконален в своих работах.	1	2	3	4	5
легко начинает нервничать/нервничает по любому поводу.	1	2	3	4	5
с живым воображением.	1	2	3	4	5

Andmete analüüsil ning isiksusejoonte hindamisel lähtuti järgnevast:

- Ekstravertsus 1R³, 6
- Sotsiaalsus 2, 7R
- Meelekindlus 3R, 8
- Neurootilisus 4R, 9
- Avatus Kogemusele 5R, 10

² <https://www.idrlabs.com/short-big-five/test.php>

³ R tähendab skoori ümberpöörämist, kus 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Lisa 3. Intervjuudel kasutatud vaatlustabeli näide intervjuerijapoolse isiksusehinnangu andmiseks.

VAATLUS:

Hinnang isiksusele ja käitumisele:									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kui AVATUD oli suhtlemisel								X	
Kui ÄREV		X							
Kui kiire oli tempo				X					
Kui domineeriv oli vestluses			X						
Kuivõrd püüdis intervjuerijale meeldida							X		
Kuivõrd julges avaldada oma arvamust (kui see oli ka kritiseeriv)								X	
Kuivõrd KOOSTÖÖALDIS									X
Kuivõrd AGRESSIIVNE	X								
Verbaalne võimekus				X					
Elujõulisus				X					
Iseseisev toimetulek				X					

Lisa 4. Valimi jaotumine, toimetulekuressursid ning Eesmärgi Täitmine koguvalemis.

		Toimetulekuressursid enne teenust*								Toimetulekuressursid pärast teenust*						Soovise hakkama saada	Eesmärgi täitmine		
	Sihtrühm	n=	Keskmine vanus	Lähedaste abi	Optimistlik ellusuhtumine	Õppimine	Hobid	Toetav keskkond	Sotsiaalteenused	Lähedaste abi	Optimistlik ellusuhtumine	Õppimine	Hobid	Toetav keskkond	Sotsiaalteenused	Keskmine skoor 1-5 (1=jah, 5=ei)	Täitmata	Osaliselt täidetud	Täidetud
SRT teenust saanud	Alanenud töövõimega inimesed	8	54,50	50%	50%	12,5%	12,5%	12,5%	25%	37,5%	50%	12,5%	12,5%	12,5%	37,5%	1,5	12,5%	37,5%	0%
	Psüühikahäirega tööealised	8	50,13	25%	12,5%	12,5%	0%	25%	37,5%	25%	12,5%	12,5%	0%	12,5%	37,5%	1,2	0%	37,5%	12,5%
	Liikumis- või liitpuudega tööealised	6	56,67	0%	66,67%	0%	0%	16,67%	0%	50%	66,67%	16,67%	0%	50%	16,67%	1	0%	50%	0%
	Liikumis- või liitpuudega vanaduspensionialised	8	69,00	25%	12,5%	0%	0%	0%	0%	25%	12,5%	0%	0%	0%	0%	1	12,5%	50%	25%
	Kokku	31	56,84	32,26%	35,48%	9,68%	6,45%	12,90%	12,90%	38,71%	35,48%	12,90%	6,45%	19,35%	19,35%	1,211	6,45%	38,71%	9,68%
SRT teenust mittesaanud	Alanenud töövõimega inimesed	6	52,00	16,67%	50%	0%	0%	0%	16,67%	33,33%	66,67%	0%	0%	0%	16,67%	1,4	N/A	N/A	N/A
	Psüühikahäirega tööealised	5	40,75	20%	0%	0%	20%	0%	0%	40%	0%	0%	20%	0%	0%	3	N/A	N/A	N/A
	Liikumis- või liitpuudega tööealised	6	47,80	16,67%	83,33%	16,67%	50%	0%	0%	33,33%	83,33%	0%	33,33%	0%	0%	1,6	N/A	N/A	N/A
	Liikumis- või liitpuudega vanaduspensionialised	7	71,57	42,86%	57,14%	0%	42,86%	14,29%	0%	42,86%	57,14%	0%	42,86%	14,29%	0%	1	N/A	N/A	N/A
	Kokku	25	55,26	28%	52%	4%	28%	4%	4%	40%	56%	0%	24%	4%	4%	1,389	N/A	N/A	N/A
Kokku		56	56,17	30,36%	42,86%	7,14%	16,07%	8,93%	8,93%	39,29%	44,64%	7,14%	14,29%	12,5%	12,5%	1,297			

*Märkus. Teenust mittesaanute puhul vastati subjektiivselt varasemate ning praeguste toimetulekuressursside kohta.

**Märkus. Paksu tekstina on välja toodud statistiliselt olulised tulemused.

Lisa 5. SRT teenust saanud inimeste soodustavad ja takistavad tegurid teenuse läbimisel.

Soodustavad tegurid										Takistavad tegurid								
	Sihtrühm	Pere toetus	Elukoha lähedus	Sisemine motivatsioon	Sotsiaalne aktiivsus	Puuduva d**	Koostöö võime	Vastutustunne	Toetuse puudumine	Elukoha kaugus	Motivatsioonipudus	Teenus vähesus	Limiteeritud võimekus	Kohal mitteilmumine	Madal enesekindlus	Puuduvad**	Füüsilised vaevused	Teenus ei vastanud vajadustele
SRT teenust saanud	Alanenud töövõimega inimesed	0%	0%	25%	0%	62,5%	12,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	62,5%	12,5%	25%
	Psüühikahäirega tööealised	0%	0%	37,5%	12,5%	50%	12,5%	12,5%	0%	0%	0%	0%	37,5%	0%	12,5%	62,5%	0%	0%
	Liikumise- või liitpuudega tööealised	16,67%	0%	16,67%	0%	66,67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16,67%	83,33%	0%	0%
	Liikumise- või liitpuudega vanaduspensioniealised	0%	0%	75%	0%	12,5%	37,5%	12,5%	0%	25%	0%	25%	12,5%	0%	0%	50%	12,5%	0%

*Märkus. Teenust mittesaanute puhul vastati subjektiivselt varasemate ning praeguste toimetulekuressursside kohta.

**Märkus. Vastavasse lahtrisse on koondatud vastused, kus intervjuueeritava sõnul need tegurid puudusid või küsimusele ei osatud vasta

Lisa 6. Suure Viisiku isiksuseomaduste omavahelised seosed teenuse tulemuslikkusega SRT teenust saanutel.

Muutujad		Ekstravertsus	Sotsiaalsus	Meelekindlus	Neurootilisus	Avatus kogemusele	Eesmärgi Täitmine	Hakkamasaamise Muutus
Ekstravertsus	Pearsoni r	—						
	p-väärtus	—						
Sotsiaalsus	Pearsoni r	0,769	—					
	p-väärtus	(0,016)	—					
Meelekindlus	Pearsoni r	-0,167	0,293	—				
	p-väärtus	(0,668)	(0,444)	—				
Neurootilisus	Pearsoni r	-0,444	-0,508	-0,201	—			
	p-väärtus	(0,232)	(0,163)	(0,603)	—			
Avatus kogemusele	Pearsoni r	-0,527	-0,350	-0,059	0,320	—		
	p-väärtus	(0,145)	(0,356)	(0,880)	(0,402)	—		
Eesmärgi Täitmine (täitmata=1, osaliselt=2, täidetud=3)	Pearsoni r	0,926	0,471	-0,522	-0,631	-0,653	—	
	p-väärtus	(0,074)	(0,529)	(0,478)	(0,369)	(0,347)	—	
Hakkamasaamise Muutus	Pearsoni r	-0,648	-0,516	0,527	0,166	-0,162	-0,265	—
	p-väärtus	(0,082)	(0,190)	(0,180)	(0,695)	(0,701)	(0,491)	—

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt 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.

Emily Guitor