

Tartu Ülikool

Psühholoogia Instituut

Galina Halus

Enesestigma ja eelarvamuste seos
psühholoogilise abi otsimisega

Seminaritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc

Läbiv pealkiri: Eelarvamused psühholoogilise abi suhtes

Tartu 2014

Lühikokkuvõte

Käesolevas seminaritöös uurisin enesestigma ja eelarvamuste seost psühholoogilise abi otsimisega. Uuring viidi läbi Tartus, selles osales 171 inimest (43 meest, 128 naist) vanuses 17-69 eluaastat. Küsitluse teel koguti uurimuse seisukohalt olulisi demograafilisi isikuandmeid ning vastanutele esitati küsimusi, mis puudutasid tema varasemaid kogemusi psühholoogilise abi otsimisel võimalikest abiallikatest. Uurimuses osalejad täitsid küsimustikud enesestigma, enesehinnangu ja eelarvamuste skooride määramiseks.

Enesestigma skaala ja eelarvamuste küsimustiku keskmiste skooride võrdlemisel selgitati välja, et meestel on enesestigma ja eelarvamuste skoorid kõrgemad kui naistel. Samuti ilmnas, et enesestigma ja enesehinnangu skaalade vahel esineb nõrk negatiivne seos ($r = -0.3, p < .01$). Enesestigma skaala ja eelarvamuste küsimustiku vahel on aga positiivne seos ($r = 0.4, p < .01$). Kokkuvõttes, uuringu tulemusena selgus, et enesestigma on oluline tegur, mis võib takistada inimest psühholoogi poole pöördumast.

Summary

Relationship between self-stigma and stereotypes toward seeking psychological help.

The aim of this study was to measure self-stigma and stereotypes toward professional psychological help. Questionnaire data was collected from 171 respondents (43 men, 128 women) aged 17-60.

General findings: 1) non-client have less positive attitudes toward psychological service and higher self-esteem compared with the first time client group; 2) men have higher self-stigma and stereotypes scores than women; 3) there was a weak negative relationship between self-stigma and self-esteem values ($r = -0.3, p < .01$), but between self-stigma values and prejudices was mean positive correlation ($r = 0.4, p < .01$). 4) most of stereotypes were not confirmed; 5) internet is most popular information source.

The study revealed that self-stigma is an important factor preventing people from seeking psychological help.

Sissejuhatus

Meie elus võivad sageli tekkida keerulised situatsioonid, mida me püüame iseseisvalt lahendada. Vahel ei saa inimene ise nende keeruliste situatsioonidega hakkama ning tekib vajadus otsida psühholoogilist tuge välispoolt. Eestis eksisteerivad erinevad nõustamis- ning kriisiabikeskused, kus osutatakse psühholoogilise nõustamise teenust. Seal töötavad vastaval alal akadeemilist haridust ning praktilisi kogemusi omavad professionaalid: psühholoogid, kliinilised psühholoogid ja psühhoterapeudid. Eestis on võimalik saada nii tasuta kui ka tasulisi nõustamisteenuseid. Tasuta psühholoogilisi nõustamisteenuseid võib saada mitme projekti raames, nõustamisliinide (näiteks kriisitelefoni) ja interneti kaudu. Tuge osutatakse kriisisituatsiooniga, kohanemiskustega, keeruliste elusündmustega ja teiste eluolukordade ja situatsioonidega toimetulekuks. Samas, vaatamata pakutavate teenuste olemasolule on paljud uuringud näidanud, et inimesed võivad loobuda abi otsimisest professionaalidelt isegi siis, kui nad on sügavas kriisis, neil esinevad emotsionaalsed või käitumisprobleemid (Dubow, Lovko & Kausch, 1990; Vogel, Wade & Haake, 2006; Vogel, Wester & Larson, 2007b). Põhiliseks küsimuseks on: mis takistab kriisis või keerulises situatsioonis olevat inimest abi otsimast? Millised faktorid võivad mõjutada indiviidi otsust hakata abi otsima?

Psühholoogilise abi otsing algab selle kohta informatsiooni leidmisest ja kogumisest. Esimeseks etapiks abi otsimisel on nõustajate ja nõustamisasutuste kohta teabe leidmine. Kaasaegne inimene kasutab vajaliku informatsiooni otsimiseks aktiivselt internetikeskkonda, mis on saanud tänapäeva ühiskonnas asendamatuks abivahendiks. Paljud nõustamis- ja kriisiabikeskused on loonud internetis ametlikke lehekülgi, kus on antud kõik vajalikud andmed asutuse töö, töötajate ja muu organisatsiooni puudutava informatsiooni kohta. Samal ajal võib abi otsija külastada erinevaid suhtlemisfoorumeid, kus ka kõik internetikasutajad (mitte ainult psühholoogilise haridusega isikud) võivad jagada enda arvamusi, esitada küsimusi ja mõtteid. Seega veebist pärinev informatsioon ja andmed ei pruugi olla alati ametlikud ega usaldusväärsed. Esimene tõrge võib tekkida siis, kui inimene, kes vajab psühholoogilist abi, loeb foorumit, milles jagatud arvamused psühholoogidest või psühholoogilisest nõustamisest on negatiivse sisuga. Sel juhul võib inimene edaspidi loobuda mõttest pöörduda professionaalse psühholoogi poole. Uuringud on näidanud, et noored inimesed eelistavad psühholoogiliste probleemidega tegelevate spetsialistide asemel informatsiooni saada pigem mitteametlikest allikatest nagu pereliikmed, sõpruskond, kooliõpetajad, kirikuõpetaja (Sheffield, Fiorenza & Sofronoff,

2004). Käesoleva uuringu raames vastasid osalejad küsimustele, mis käsitlesid infoallikaid, mida nad kasutavad psühholoogilise abi otsimisel vajalike andmete kogumiseks.

Inimestel võivad tekkida erinevad eelarvamused, hoiakud ja hinnangud seoses psühholoogilise abi saamisega ning psühholoogide suhtes. Need hinnangud ja eelarvamused võivad olla nii negatiivse kui ka positiivse sisuga. Sellised eelarvamused on üheks oluliseks barjääriks psühholoogilise abi otsimisel (Vogel et al., 2007b). Kushner ja Sher (1989) näitasid oma uuringus, et osal isikutel kutsub nõustamise ja psühhoteraapia mainimine esile kartust ja järgnevat nõustamise vältimist. Vaid alla 40% isikutest, kes kogevad psühholoogilist muret, otsivad abi vaimse tervisega tegelevatelt spetsialistidelt (Kessler et al., 2001). Juhul, kui ühiskonnas on tekkinud negatiivne ettekujutus psühholoogidest ja abi otsimisest, siis võib see indiviidile tekitada suurt pinget. Kui inimene tunneb vajadust psühholoogilise nõu saamise järele, kuna tal puudub jõud ja vajalikud teadmised iseseisvalt probleemi lahendamiseks, siis otsustades pöörduda professionaali poole peab ta ületama teatud sisemise barjääri. Uuringud on näidanud, et inimesed üritavad vältida valulike tunnete taas läbielamist, mis võib esile kerkida oma emotsionaalsetest ja isiklikest probleemidest rääkides, seetõttu väldivad nad psühholoogi poole pöördumist ja abi otsimist (Komiya, Good & Sherrod, 2000; Vogel, Wade & Hackler, 2007a).

Eelarvamused ja stigmad on niinimetatud inimtegurid, mis mõjutavad nii informatsiooni vastuvõtmise protsessi, kallutades seda ühele või teisele poole, kui ka otsuse tegemist. Abi küsimise otsustamisel võib inimene lähtuda enda subjektiivsest hinnangust ja üldlevinud arvamusest, mitte objektiivsetest põhjustest. Bergin ja Garfield (1994) näitasid, et ühiskonnas kipuvad püsima eelarvamused nõustamisest. Samuti selgus teisest uuringust, et nõustamisteenuste otsimine on inimestele suureks abiks, samas kui abi mitteotsimise tagajärjed võivad sageli olla väga tõsised (Dubow et al., 1990). Seega oli antud uurimustöö ülesandeks välja selgitada, kas ja millised üldlevinud eelarvamused ja stereotüübid psühholoogidest juhivad inimesi professionaalse abi otsimise vältimisel.

Corrigan (2004) kirjutas, et üheks oluliseks teguriks, mis takistab psühholoogilise abi otsimist on stigma. Ta näitas, et eksisteerib kahte tüüpi stigmat: sotsiaalne ja enesestigma. Dean ja Chamberlain (1994) defineerisid sotsiaalset stigmat kui hirmu selle ees, et teised inimesed mõistavad hukka inimest, kes hakkab oma probleemi lahenduseks otsima

psühholoogilist abi. Uuring näitas, et seos sotsiaalse stigma ja professionaalse abi otsimise vahel on mõõdetav ning määrab ära, kas inimene läheb tulevikus psühholoogilist abi otsima või mitte (Komiya et al., 2000). See võib olla tingitud sellest, et ühiskond kipub andma negatiivseid kirjeldusi isikutele, kes kogevad vaimuhaigust (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000).

Enesestigmat defineerisid Vogel et al. (2006) kui alanenud enesehinnangut või eneseaustust, mis on tingitud inimese arvamusel endast, et ta on isikuna ühiskondlikult vastuvõetamatu. Enesestigma on eelarvamus, mille inimesed pööravad iseenda vastu (Corrigan, 2004). Inimene mõistab iseennast hukka, kui ta hakkab oma emotsionaalse probleemi lahendamiseks otsima psühholoogilist abi. Enesestigma on tõsiseks barjääriks professionaalse abi otsimisel jaravimisel (Vogel, Bitman, Hammer, & Wade, 2013). Samuti on uurijad näidanud, et abi otsimise suhtes tugevama enesestigmaga inividid ei ole huvitatud ravi jätkamisest (Fung et al., 2007).

Uuringud on korduvalt näidanud, et inimesed, kes kogevad enesestigmat, omavad negatiivset suhtumist psühholoogilise nõustamise suhtes (Conner et al., 2010). Corrigan ja Shapiro (2010) leidsid, et uskumused ning stereotüübid nende kohta, kes otsivad abi psüühiliste probleemide lahendamiseks, võivad põhjustada eri tüüpi diskrimineerimist nagu võimaluste kaotamine, vältimine, enesehinnangu langus. Sagedased enesestigma väljendused on häbitunne ja vähenenud ühistunne (Kranke, Floersch, Kranke, & Munson, 2011). Seega mängib enesestigma märkimisväärset rolli hoiakute kujunemisel vaimse haiguse ja abi otsimise suhtes (Link, Struening, Nesse-Todd, Asmusse & Phelan, 2001). Samuti näitas uuring, et sarnaselt sotsiaalse stigmaga, on seos enesestigma ja professionaalse abi otsimise vahel mõõdetav (SSOSH test) ning määrab ära, kas inimene läheb tulevikus psühholoogilist abi otsima või mitte (Vogel et al., 2006). Käesolevas uurimustöös mõõdetakse enesestigmat nõustamiskeskuste klientidel, kes pöördusid psühholoogi poole abi saamiseks esimest korda; inimestel, kes pole kunagi pöördunud professionaalse psühholoogi või psühhiaatri poole, ning kolmandana nendel isikutel, kes on saanud psühholoogilist abi.

Eelpool on mainitud, et psühholoogi poole pöördumisel peab inimene ületama teatud sisemise barjääri. Üheks oluliseks teguriks otsuse tegemisel, kas otsida psühholoogilist abi või mitte, on enesehinnang - selle roll professionaalse psühholoogilise abi otsimisel on küllaltki suur. Inimene soovib säilitada oma positiivset minapilti ja seetõttu ei otsi

professionaalset abi (Nadler, 1991), sest kui inimene läheb psühholoogilt abi otsima, siis peab ta tunnistama, et ta ei saa oma probleemidega ise hakkama (Fisher et al., 1982). Shapiro (1983) näitas oma uuringus, et inimene pöördub professionaali poole abi saamiseks harvemini juhul, kui ta tunneb abi otsimise pärast häbi. Nadler (1991) näitas, et hirm olla häbistatud mõjutab oluliselt otsust minna abi otsima.

Ülaltoodust lähtudes tekib loogiline järeldus, et madala enesehinnanguga inimesed lähevad väiksema tõenäosusega abi otsima võrreldes kõrgema enesehinnanguga inimestega. Samas Vogeli ja kaastöötajate (Vogel et al., 2007b) läbi viidud uuringutest selgus, et inimestel, kes tulid psühholoogi juurde teraapiat saama, oli enesehinnang madalam võrreldes nende inimestega, kes ei tulnud, mis on hoopis vastupidine ülaltoodud järeldusele. Kirjanduse põhjal tuli välja, et on olemas vajadus uuringuteks, mis näitaksid, kas kõrgema enesehinnanguga inimesed vajavad vähem abi või on neil kõrgenenud ohutunne oma minapildi ohustamise suhtes, mistõttu nad väldivad teadlikult teraapiat või terapeuti (Vogel et al., 2007b).

Madal enesehinnang võib kaasneda hirmuga vaimse vägivalla ees ühiskonna poolt: näiteks, kui inimene kardab olla "sildistatud" psüühilise häirega. Paljud inimesed, kes vajavad abi, tunnevad piinlikkust, ja seega võivad nad mitte pöörduda psühholoogilisele nõustamisele, et säilitada oma enesehinnang. Madala enesehinnanguga inimene võib emotsionaalsete probleemide või käitumishäirete korral vältida pöördumist toe saamiseks isegi lähedaste inimeste poole (Nadler, 1991).

Järgmiseks oluliseks barjääriks abi otsimisel võivad olla erinevad eelarvamused (müüdid) psühholoogidest. Tänapäeval esineb inimestel mitteusalduslik suhtumine psühholoogiliste probleemidega tegelevatesse spetsialistidesse ja nende poolt pakutavatesse teenustesse. Psühholoogia on teadusharu, mis käsitleb vaimseid ehk psüühilisi protsesse ja käitumist ning nendevahelisi seoseid. Enamike inimeste jaoks ei ole nende protsesside omavaheline seos ilmne või jääb ebamääraseks. Põhjuseks võib olla teadmiste puudumine ning ka erinevate arvamuste, stereotüüpide ja müütide levimine ühiskonnas. Kuidas tekivad müüdid? Üheks võimaluseks võib olla õige informatsiooni puudus, mis soodustab erinevate väärettekujutuste tekkimist. Sellised ekslikud arvamused ja müüdid püstivad psühholoogilist abi vajavatel inimestel barjääri, mis takistab neid abi otsimast. Et taolisi barjääre ületada ning müüte summutada, soovitasid Corrigan ja Penn (1999) ühiskonna "ümberkasvatamiseks" kolme lähenemisviisi: protest, harimine ja kontakteerumine.

Protest kujutab endast meedias psühholoogilisest abist positiivsema kuvandi edastamist, seejuures pöörates vähem tähelepanu negatiivsetele juhtumitele. Sotsiaalne harimine seisneb selles, et psühholoogilist abi propageeritakse ning selle kohta antakse adekvaatset infot raamatute, videote, plakatite, reklaami vms. abiga - kõik ülalnimetatud parandab inimeste hoiakuid. Uuringud näitavad, et inimesed, kes on suhelnud vaimuhaigust kogunud isikutega, on enamasti positiivsema suhtumisega vaimuhaigete suhtes (Reed & Law, 1999), mis osutab selgelt sellele, et kontakt juba ravi saanutega informeerib, muudab tolerantsemaks ning annab võimaluse samastuda. Kõige efektiivsemalt toimib taoline kontakt siis, kui kogemust jagav isik on a) vähemalt võrdse staatusega, b) tajutud kui rühma liige, c) on meeldiv (Corrigan & Penn, 1999). Nii on abiks juhtumid, kus sporditähed või filmikuulsused tunnistavad, et on pöördunud psühholoogilise abi saamiseks professionaali poole.

Eelnimetatud positiivsed eeskujud ning meedias kajastust saavad hariduskampaaniad on iseäranis olulised kuna on leitud, et sotsiaalsed stigmad on otseses seoses enesestigmadega. Enesestigmat on selgitatud kui sotsiaalse stigma peegeldumist ja avaldumist indiviidi isiksuses. Seega ei sünnita müüdid ainult sotsiaalseid stigmasid, vaid võivad mõjutada inimese arvamust endast ja teistest ning see kõik võib peegelduda enesestigma kujunemisel. Uuringud on näidanud, et inimeste teadmised psühholoogilise nõustamise ja psühhoteraapia kohta on puudulikud (Vogel et al., 2006). Indiviidide arvamused põhinevad sageli tegelikkusele mittevastavatel andmetel, mis on saadud meediast või muudest allikatest (Crisp et al., 2000). Sageli on potentsiaalsete klientide hirmud nõustamisteenuste suhtes oma olemuselt kombinatsioon üldlevinud arvamustest nõustajate, sotsiaaltöötajate, psühholoogide või psühhiaatrite kohta, kuna avalikkus tihti ei erista nende ametialade esindajaid (Vogel et al., 2006).

Varasemates uuringutes on täheldatud, et abi otsimisel esineb ka sooline erinevus. Naised on rohkem valmis emotsionaalsete probleemide puhul psühholoogilist abi küsima nõustamisega tegelevatelt spetsialistidelt võrreldes meestega (Vogel et al., 2006). Kui ühiskonnas arvatakse, et psühholoogilise abi otsing on nõrkuse ja saamatuse tunnusteks, siis kipuvad mehed vähem abi otsima. Samas ilmneb, et suurema tõenäosusega saavad tõsisemate diagnooside puhul ravi just mehed (Leaf & Bruce 1987; Vogel et al. 2007b) ning nad hindavad oma stressi taset ka äärmuslikumaks (Tomlinson & Cope, 1988; Vogel et al., 2007a). Põhjus võib tuleneda sellest, et meeste sooroll, mille puhul on rõhk stoilisusel, iseseisvusel ja kontrollil (Hammen & Peters, 1977; Vogel et al. 2007a)

raskendab neil abi otsimist. Tegemist võib olla ka suurema enesestigma ja hirmuga enesehinnangu laastamise ees, kui tuleb tunnistada, et ei saada probleemiga ise hakkama (Addis & Mahalik, 2003). Ka sotsiaalsel stigmal on siin oma roll mängida - ühiskonnas on üldlevinud arusaam, et nõustamise näol on tegemist viimase õlekõrrega, millest tuleks kinni haarata vaid siis, kui kõik muud abimeetmed on läbi kukkunud (Angermeyer, Matschinger & Riedel-Heller, 1999), mistõttu mehed alatähtsustavad oma probleeme. Uuringud on ka näidanud, et mehed kardavad rohkem nõustamisega seotud stigmasid ja "häbivääristamist" (Martin, Wrisberg, Beitel & Lounsbury, 1997). Seejuures leidsid Leong ja Zachar (1999), et naised ja mehed erinevad ka oma suhtumiselt vaimsete haiguste suhtes. Meeste puhul on tõenäolisem seisukoht, et vaimuhaigustega inimesed on ühiskonnale ohtlikud, samas esineb naiste seas rohkem heatahtlikku ja hoolitsevat suhtumist. Neist uurimistulemustest lähtuvalt on selge vajadus soo, soorollide, abiotsimiskäitumise ja vältimistegurite lähemaks vaatluseks.

Kuna uurimustulemused on erisuunalised, siis antud töös otsustati püstitada uurimusküsimus, mille kohaselt on eesmärgiks selgitada, kuidas seostuvad enesestigma ja eelarvamused abi otsimisel.

Uurimistöö eesmärgid:

- selgitada välja, kas esimest korda psühholoogi juurde pöörduvad inimesed erinevad enesestigma, enesehinnangu ja eelarvamuste osas inimestest, kes on korduvalt psühholoogi külastanud või kes ei ole seda üldse teinud;
- kirjeldada enesestigma, enesehinnangu ja eelarvamuste omavahelisi seoseid;
- kirjeldada seoseid erinevate demograafiliste näitajate ja enesestigma, enesehinnangu ning eelarvamuste vahel;
- selgitada välja, kas ja millised üldlevinud eelarvamused ja stereotüübid psühholoogidest juhivad inimesi professionaalse abi otsimise vältimisel;
- uurida, missuguseid informatsiooniallikaid kasutatakse professionaalse psühholoogilise abi kohta info otsimisel.

Uuringu läbiviimise protseduur

Valim

Uuringus paluti osaleda Tartu linna elanikel vanuses 17-60. Uuringus osales kokku 171 inimest vanuses 17-60 ($M = 31.02$; $SD = 8.67$), kellest 43 olid mehed ($M = 32.6$; $SD = 11.86$) ja 128 naised ($M = 30.5$; $SD = 10.27$). Vastajaist 100 (58,5%) olid omandanud kõrghariduse ja 71 (41,5%) ei omanud kõrgharidust. Kõrghariduseta vastanutel oli: ühel algharidus, neljal põhiharidus, 47 keskharidus ja 19 kutseharidus. Vene rahvusest olid 12 vastajat (7,01%) ja eesti rahvusest 157 indiviidi (91,81%) ning kaks küsitletavat (1,17%) olid soome rahvusest.

Uuritava grupi moodustasid vastajad, kes pöördusid psühholoogi poole esimest korda ning nad ei olnud varem psühholoogilist abi saanud. Esimese kontrollgrupi moodustasid isikud, kes pole varem saanud professionaalset psühholoogilist nõustamist ja teise need vastajad, kes olid varem saanud psühholoogilist abi. Uuritava grupi moodustasid kokku 19 indiviidi (11,1%) - neli meest ja viisteist naist. Esimese kontrollgrupi moodustasid kokku 110 isikut (64,3%), 27 meest ning 84 naist. Teise kontrollgruppi moodustasid kokku 42 isikut (24,6%), 12 meest ja 30 naist.

Protseduur

Andmete kogumiseks kasutati valikvastustega ankeetküsitlust ning andmete kogumine viidi läbi ajavahemikus 2013. aasta september kuni 2014. aasta veebruar. Neljast Tartu nõustamiskeskusest sõlmiti kokkulepe kahega: Tartu Nõustamis- ja Kriisiabi keskuse ning Katriito Nõustamis- ja Psühhoteraapiakeskusega.

Uuringus osalejatele selgitati, et uuringus osalemine on vabatahtlik. Vastajatelt oli võetud nõusolek uuringus osalemiseks ning sõlmitud kokkulepe uuringu andmete konfidentsiaalsuse kohta. Nad võisid iga hetk testipaketi täitmise katkestada. Psühholoogilist abi mittesaanute ja abi saanute gruppide vastajaid (kontrollgrupid) leiti sotsiaalvõrgustiku (Facebook), suhte- ja perefoorumite ning erinevate listide kaudu. Testipaketti oli võimalik täita ka internetikeskkonnas (Google Drive) soovijale sobival ajal.

Kõik osalejad said ühesugused instruksioonid ja täitsid ühesuguse testipaketi. Neile, kes pöördusid esimest korda psühholoogi poole, anti ankeedid siis, kui nad tulid vastuvõtule nõustamiskeskusesse. Polnud oluline, kas nad täidavad ankeedi enne või pärast vastuvõttu. Toimus andmete õigsuse kontrollimine. Uurimustöös kasutati vaid neid ankeete ja andmeid, kus oli kõikidele küsimustele vastatud. Kõik saadud ankeedid olid korrektselt täidetud.

Testipakett

Enne, kui respondendid asusid küsimustikke täitma, paluti neil tutvuda infoga, mis puudutas käesoleva uuringu raames käsitletud psühholoogilist nõustamist ja nõustajat. See oli selleks, et vastajate teadmiste puudumine ei mõjutaks anketeerimise tulemusi. Testipakett on esitatud lisas (Lisa 1).

1. Demograafilised andmed

Küsitluse teel olid uurimuse seisukohalt kogutud demograafilised isikuandmeid: sugu, vanus, haridus.

2. Varasemad kogemused psühholoogilise abi saamisel

Osalejatele esitati küsimusi, mis puudutasid inimese varasemaid kogemusi psühholoogilise abi otsimisel: huvi professionaalse psühholoogilise abi vastu, toetuse saamiseks võimalikud abiallikad. Küsimused esitati valikvastustega.

3. Küsimustik stigma määramiseks

3.1 Enesestigma mõõtmiseks kasutati küsimustikku SSOSH (*Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH)*) eestikeelset versiooni, mis koosnes 10-st väitest. Küsimustiku täitjad hindasid väiteid Likerti 5-pallilisel skaalal, kus „1“ näitas väitega täielikku mittenõustumist ja hinnang „5“ väitega absoluutset nõustumist. Eelarvamuste mõõtmiseks kasutatud (SSOSH) küsimustik läbis tõlke-tagasitõlke protseduuri (kolm inimest tõlkis küsimustiku inglise keelest eesti keelde, ning üks inimene tõlkis testi eesti keelest tagasi inglise keelde, et kontrollida, kui täpne on väidete sisu). Vogel jt. (2006) uuringu tulemused näitasid, et SSOSH skaala usaldusväärsus oli hea (alfa = .91, M = 27.1, SD = 7.7). Faktoranalüüs

näitas, et see oli ühefaktoriline mudel, kus faktor kirjeldab 53% tunnuste varieeruvust. Seega antud skaala oli kõrge reliaablusega ja valiidsusega.

3.2. Eelarvamuste küsimustik oli loetelu arvamustest, mis inimestel võivad mõnikord tekkida psühholoogidest ja psühholoogilisest nõustamisest. Töö autor otsis internetist enimlevinuid väärarusaamu või müüte psühholoogidest ning psühholoogilisest nõustamisest ja lisaks konsulteeris psühholoogidega uurimaks nende kogemusi kokkupuutel klientidega. Valiti 17 eelarvamust (müüti), mis osutusid kõige sagedasemateks. Küsimustik põhines Likerti 5-pallilisel skaalal, kus „1“ näitas väitega täielikku mittenõustumist ja hinnang „5“ väitega absoluutset nõustumist. Küsimustiku täitja vastas, millises ulatuses ta nõustub/ei nõustu väidetega.

4. Enesehinnangu küsimustik

Enesehinnangu skaalana kasutati RSES eestikeelset versiooni (The Rosenberg Self-Esteem Inventory, Rosenberg, 1965; Pullmann & Allik, 2000). See on adapteeritud küsimustik kontrollitud reliaablusega ning valiidsusega. Küsimustik koosneb 10-st väitest. Küsimustiku abil mõõdeti ja hinnati katseisikute üldenesehinnangut. Vastajad hindavad ennast Likerti 5-pallilisel skaalal, kus „1“ näitas väitega täielikku mittenõustumist ja hinnang „5“ väitega absoluutset nõustumist.

Statistilised meetodid

Statistiliseks andmete analüüsiks kasutati mitteparameetrilisi meetodeid statistika-programmis SPSS Statistics versiooni 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences), kuna uuritavad muutujad ei vastanud normaaljaotusele ning valimi suurus oli väiksem kui 200 inimest. Kahe sõltumatu grupi andmete (sugu, haridus) võrdlemiseks kasutati Mann-Whitney U testi ning kolme sõltumatu grupi (katsegrupid, vanus) võrdlemiseks valiti Kruskal-Wallise test. Seoste kirjeldamiseks kasutati korrelatsiooni testi ning mõõtvahendi struktuuri kontrollimiseks faktoranalüüsi. Tulemusi iseloomustati kirjeldava statistika abil.

Statistiliselt olulisi erinevusi hinnati olulise tõenäosusega 95%. Esitatud erinevused määrati statistiliselt olulisteks ning nullhüpoteesi ümberlökkamiseks olulisusenivoo $p = 0.05$ juures.

Tulemused

Enesestigma psühhomeetriliste omaduste kontrollimine

Enesestigma skaala struktuuri kontrollimiseks viidi läbi faktoranalüüs peatelgede meetod ning kasutati faktori maatriksi *varimax* pööramist. Kõigi küsimuste faktoranalüüs näitas madalaid kommunaliteete neljanda (Minu enesehinnang tõuseks, kui ma räägiksin psühholoogiga) ja viienda (Minu arvamus endast ei muutuks pelgalt sellepärast, et otsustasin psühholoogi juurde minna) väite puhul ning nende eemaldamisel tõuseb küsimustiku sisereliaablus. Faktoranalüüsisist selgus, et KMO koefitsient võrdus 0,85-ga ja Kaiseri kriteeriumi järgi oli otstarbekas liigutada küsimused ühe faktori alla, mis kirjeldab 38% tunnuste varieeruvusest. Bartlett'i testi tulemus on statistiliselt oluline ($p < .001$) ning seega eeldatakse, et tunnuste vahel on seosed. Analüüsi käigus vaadati, kas käesolevas töös kasutatav skaala on usaldusväärne. Selleks leiti Cronbachi alfa, mis näitas, kui tugev on skaalat moodustavate muutujate omavaheline seos ehk korrelatsioon. Enesestigma küsimustiku reliaabluse määramisel oli Cronbachi alfa 0,80 ($p < .001$). Enesestigma skaala reliaablus on väga hea, kuna esinev muutujate omavaheline korrelatsioon on tugev.

Enesestigma, enesehinnangu skaalade ja eelarvamuste küsimustike tulemuste analüüs

Järgmiseks etapiks oli analüüsida enesestigma, enesehinnangu ja eelarvamuste skaalade tulemusi kirjeldavate statistikute abil. Enesestigma, enesehinnangu skaalade ja eelarvamuste keskmiste tulemuste jaotus eri rühmade vahel on esitatud Tabelis 1, mis on toodud lisas (Lisa 2).

Enesestigma skaala puhul minimaalne pallide summa oli 10 ja maksimaalne summa oli 43 ($M = 21.99$, $SD = 6.66$). Enesehinnangu skaala puhul minimaalne pallide summa oli 3 ja maksimaalne pallide summa oli 40 ($M = 29.01$, $SD = 7.45$). Eelarvamuste küsimustiku puhul minimaalne pallide summa oli 20 ja maksimaalne oli 53 ($M = 33.75$, $SD = 7.35$).

Tabelis 1 on esitatud keskmised näitajad enesestigma, enesehinnangu ja eelarvamuste testides erinevate gruppide lõikes. Enesestigma skaala hindamisel oli kõige suurem skoor esimesel kontrollgrupil ($M = 22.81$, $SD = 7.10$), kõige väiksem skoor teises kontrollgrupis

($M = 20.21$, $SD = 5.62$). Enesehinnangu skaala hindamisel oli kõige kõrgem skoor esimesel kontrollgrupil ($M = 30.26$, $SD = 6.67$), kõige madalam skoor oli uuritava grupil ($M = 24.26$, $SD = 8.78$). Eelarvamuste testi puhul oli kõige kõige suurem pallide arv uuritava grupil ($M = 38.11$, $SD = 4.92$) ning kõige madalam pallide arv oli teisel kontrollgrupil ($M = 30.76$, $SD = 6.59$).

Enesestigma skaala hindamisel oli meeste skoor kõrgem ($M = 23.89$, $SD = 6.80$) kui naistel ($M = 21.35$, $SD = 21.35$). Enesehinnangu skaala hindamisel oli meeste skoor madalam ($M = 28.65$, $SD = 7.28$) võrreldes naiste ($M = 29.13$, $SD = 7.53$) näitajaga. Eelarvamuste küsimustiku hindamisel pallide arv oli meestel suurem ($M = 36.60$, $SD = 8.40$) kui naistel ($M = 32.79$, $SD = 6.98$).

Enesestigma skaala hindamisel oli kõige madalam skoor keskealiste grupil ($M = 21.02$, $SD = 6.36$) võrreldes noorte täiskasvanute ($M = 22.32$, $SD = 6.41$) ja täiskasvanute ($M = 22.60$, $SD = 7.24$) gruppidega. Enesehinnangu skaala hindamisel kõige kõrgem skoor esines täiskasvanute grupil ($M = 30.26$, $SD = 8.37$), võrreldes noorte täiskasvanute ($M = 27.24$, $SD = 7.80$) ja keskealiste ($M = 29.76$, $SD = 5.61$) gruppidega. Eelarvamuste testi puhul kõige väiksem pallide arv esines noorte täiskasvanute grupil ($M = 32.74$, $SD = 7.94$) ning kõige suurem skoor oli keskealiste grupil ($M = 34.56$, $SD = 6.96$).

Enesestigma skaala hindamisel oli kõrgem skoor kõrghariduseta vastanutel ($M = 22.90$, $SD = 7.06$) ja madalam enesestigma tulemus oli kõrgharidusega vastajate grupil ($M = 21.34$, $SD = 6.32$). Enesehinnangu skaala hindamisel kõrgem skoor oli kõrgharidusega vastajate grupil ($M = 30.56$, $SD = 6.13$) võrreldes kõrghariduseta vastajate skooriga ($M = 26.82$, $SD = 8.56$). Eelarvamuste testi korral väiksem pallide arv oli kõrgharidusega vastajatel ($M = 32.29$, $SD = 7.19$) võrreldes kõrghariduseta vastajate pallide summaga ($M = 35.80$, $SD = 7.56$).

Enesestigma, enesehinnangu, eelarvamuste omavahelised seosed

Seoste uurimiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Selgus, et esineb statistiliselt oluline negatiivne seos enesestigma ja enesehinnangu skaalade vahel, kus Spearmani $r = -0.3$, ($p < .01$). Enesestigma skaala ja eelarvamuste skooride vahel esines statistiliselt oluline positiivne seos, kus korrelatsioonikordaja väärtus oli $r = 0.4$ ($p < .01$) ning enesehinnangu skaala ja eelarvamuste skooride vahel esines nõrk negatiivne seos ($r = -0.2$, $p < .05$).

Eelarvamuste kehtivuse analüüs

Tabelis 2 on esitatud loetelu arvamustest, mis inimestel võivad tekkida psühholoogidest ja psühholoogilisest nõustamisest ning väidete tulemused enesekohastes hinnangutes on näidatud protsentides. Tabel 2 on toodud lisa (Lisa 3).

Andmetest eelarvamuste kohta psühholoogide ja psühholoogilise nõustamise suhtes, mis on esitatud Tabeli 2, selgub, et eelarvamuse „Psühholoogilise nõustamise teenushind on väga suur ja seda saavad endale lubada ainult rikkad inimesed“ hindamisel oli 43,9% vastajatest valinud vastusevariandi „ei tea“ ning 29,8% vastasid „ei ole nõus“ ja 26,3% olid nõus. Eelarvamuse „Psühhoteraapia on väga pikaajaline“ hindamisel oli 49,1% vastajatest valinud vastusevarianti „ei tea“ ning 30,4% inimestest vastasid „ei ole nõus“ ja 20,5% valisid vastusevarianti „nõus“. Eelarvamuse „Psühholoogi juures pannakse nahkdiivanile lebama“ hindamisel oli 40,9% vastajatest valinud vastusevariandi „ei tea“. Samas osalejate arv, kes valisid vastusevarianti „nõus“ (55,0%) oli suurem, kui vastusevarianti „ei ole nõus“ (4,1%) puhul. Eelarvamuse „Psühholoog oskab nõustada ja selgitada välja, kes või mis on probleemide allikaks“ hindamisel oli 76,6% vastajatest valinud vastusevarianti „nõus“. See tulemus näitas, et enamus inimestel on usaldus psühholoogide suhtes. Eelarvamuse „Psühholoog lahendab kõik probleemid ja sul endal polegi vaja muud teha, kui see lahendus vastu võtta“ hindamisel oli 98,2% vastajatest valinud vastusevarianti „ei ole nõus“. Seega võib järeldada, et enamik inimestest on teadlikud, et vastutus otsustamise eest ei ole nõustaja käes, vaid igaüks ise otsustab, kuidas ta peab probleemi lahendama, et tekkinud olukorraga või probleemiga toime tulla. Eelarvamuse „Psühholoogilise nõustamise käigus räägitakse ainult unenägudest ja nende tähendustest“ hindamisel oli 93,6% vastajatest valinud vastusevariandi „ei ole nõus“. Seega enamik inimesi hindasid antud väite mittekehtivaks. Ülejäänud eelarvamuste hindamisel küsitletute arv, kes valisid vastusevariandi „ei ole nõus“ jäi vahemikku 70,0-90,6% ning vastajate arv, kes andsid vastusevariandi „nõus“ oli vahemikus 2,9-14,0%. Kokkuvõttes eelarvamuste hindamise analüüsist selgus, et enamik uuritavaid eelarvamusi ehk stereotüüpe psühholoogilise nõustamise ning psühholoogide suhtes ei leidnud kinnitust.

Gruppidevahelised erinevused enesestigmas

Varasema psühholoogilise abi saamise kogemuse alusel jaotatud gruppide keskmiste näitajate võrdlemiseks kasutati Kruskal-Wallise testi. Test näitas, et esimese kontroll-

grupi ($M = 22.81$, $SD = 7.10$), teise kontrollgrupi ($M = 20.21$, $SD = 5.62$) ning esmapöördunute ($M = 21.11$, $SD = 5.54$) grupi vahel ei esinenud statistiliselt olulist erinevust ($p = .173$). Seega tuleb jääda null-hüpoteesi juurde.

Soogruppide vahelise enesestigma skaala keskmiste skooride võrdlemiseks viidi läbi Mann-Whitney U test, mis näitas, et meeste ($M = 21.35$, $SD = 6.79$) ja naiste ($M = 23.88$, $SD = 6.52$) gruppide vahel esines statistiliselt oluline erinevus ($p = .031$).

Vanuse alusel moodustati kolm gruppi: noored täiskasvanud 17-24 aastat - 62 indiviidi (36,3%), täiskasvanud 25-34 aastat - 54 isikut (31,6%) ja keskealised 35-60 aastat - 55 isikut (32,1%). Selle jaotuse eelduseks oli tagada vastanute arvu poolest gruppide ühtlane jaotus ning arvesse võeti ka võimalikud sotsiaalsed ja bioloogilised iseärasused, mis kaasnevad eri vanuserühmadega.

Vanuserühmade keskmiste võrdlemisel kasutati mitteparameetrilist Kruskal-Wallise testi. Tulemusena selgus, et nooremate täiskasvanute ($M = 22.32$, $SD = 6.41$), täiskasvanute ($M = 22.60$, $SD = 7.24$) ja keskealiste 35-60 ($M = 21.02$, $SD = 6.36$) vanusegruppide vahel ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust enesestigma skaala hindamisel ($p = .666$).

Hariduse alusel keskmiste võrdlemiseks viidi läbi Mann-Whitney U test. Enesestigma skaala skooride võrdlemisel kahe haridusgrupi vahel selgus, et kõrgharidusega ($M = 21.34$, $SD = 6.32$) ja ilma kõrghariduseta ($M = 22.90$, $SD = 7.06$) gruppide vahel ei esine statistiliselt olulist erinevust ($p = .215$) ning seega kehtib nullhüpotees.

Gruppidevahelised erinevused enesehinnangus

Võrreldes Kruskal-Wallise testiga esimest kontrollgruppi ($M = 30.26$, $SD = 6.67$), teist kontrollgruppi ($M = 27.85$, $SD = 7.86$) ning esmapöördunute ($M = 24.26$, $SD = 8.78$) gruppidevahelisi keskmisi näitajaid enesehinnangu skaala hindamisel selgus, et esimese kontrollgrupi ja esmapöördunute grupi vahel esineb statistiliselt oluline erinevus ($H(1) = 9.539$, $p = .002$). Samuti esineb statistiliselt oluline erinevus esmapöördunute ja teise kontrollgrupi vahel ($H(1) = 10.711$, $p = .005$). Esimese ja teise kontrollgrupi vahel ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust ($p = .089$).

Mann-Whitney U testi läbiviimisel soogruppide seas keskmiste võrdlemiseks selgus, et meeste ($M = 28.65$, $SD = 7.28$) ja naiste ($M = 29.13$, $SD = 7.53$) vahel ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust ($p = .550$). Seega jääb kehtima nullhüpotees.

Vanuserühmade keskmiste võrdlemisel Kruskal-Wallis testiga selgus, et nooremate täiskasvanute ($M = 27.24$, $SD = 7.80$) ja täiskasvanute ($M = 30.26$, $SD = 8.37$) vanusegruppide vahel ilmnes statistiliselt oluline erinevus enesehinnangu skaala hindamisel ($H(1) = 5.933$, $p = .015$). Samuti ilmnes statistiliselt oluline erinevus nooremate täiskasvanute ja keskealiste ($M = 29.76$, $SD = 5.61$) vanusegruppide vahel ($H(1) = 6.901$, $p = .032$). Seega tuleb ümber lükata nullhüpotees ning jääda sisuka hüpoteesi juurde.

Hariduse alusel keskmiste võrdlemiseks moodustati grupid. Kõrghariduseta grupi moodustasid indiviidid kellel oli alg-, põhi-, kesk- või kutseharidus ning vastavalt kõrgharidusega grupi moodustasid inimesed, kellel oli rakenduskõrg- või kõrgharidus. Tehti Mann-Whitney U test ning selgus, et kõrgharidusega ($M = 30.56$, $SD = 6.13$) ja ilma kõrghariduseta ($M = 26.82$, $SD = 8.56$) enesehinnangu skaala hindamisel gruppide vahel esines statistiliselt oluline erinevus ($p = .006$). Seega tuleb ümber lükata nullhüpotees ning jääda sisuka hüpoteesi juurde.

Gruppidevahelised erinevused eelarvamustes

Võrreldes Kruskal-Wallis testiga esimest kontrollgruppi ($M = 38.11$, $SD = 4.92$), teist kontrollgruppi ($M = 34.14$, $SD = 7.82$) ning esmapöördunute ($M = 30.76$, $SD = 6.59$) gruppidevahelisi keskmisi näitajaid eelarvamuste skooride hindamisel selgus, et esimese kontrollgrupi ja esmapöördunute grupi vahel esineb statistiliselt oluline erinevus ($H(1) = 6.576$, $p = .010$). Samuti esineb statistiliselt oluline erinevus esmapöördunute ja teise kontrollgrupi vahel ($H(1) = 15.531$, $p = .001$) ning esimese ja teise kontrollgrupi vahel ($H(1) = 5.841$, $p = .016$). Seega statistiliselt oluline erinevus on kõikide gruppide vahel, järelikult tuleb ümber lükata nullhüpotees ning jääda sisuka hüpoteesi juurde.

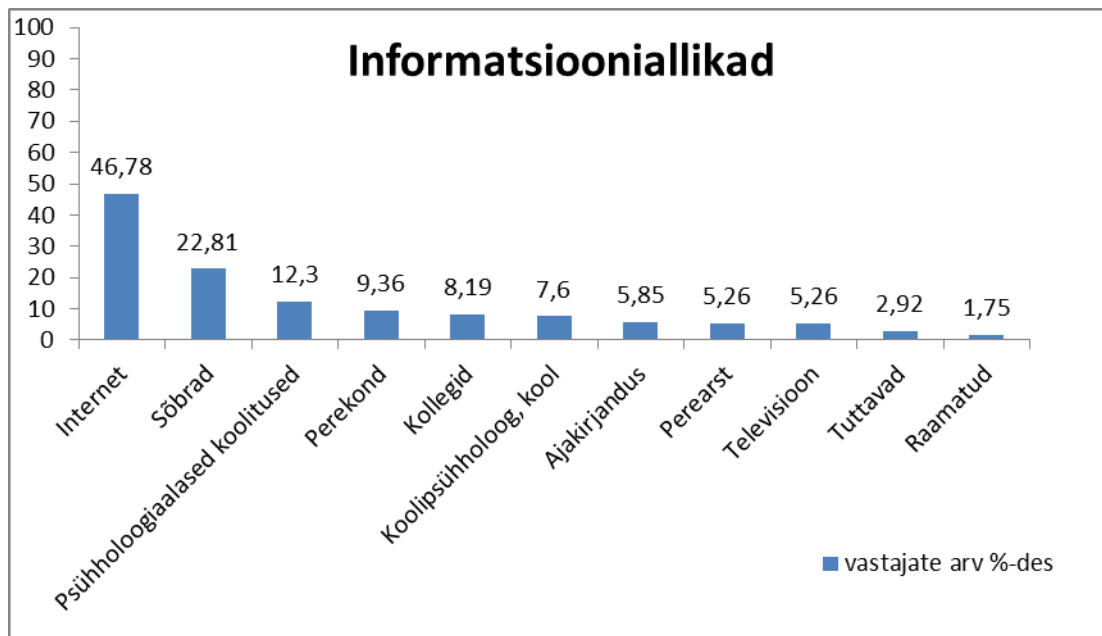
Mann-Whitney U testi läbiviimisel soogruppide seas keskmiste võrdlemiseks selgus, et meeste ($M = 36.60$, $SD = 8.40$) ja naiste ($M = 32.79$, $SD = 6.98$) vahel on ilmnenud statistiliselt oluline erinevus ($p = .010$). Seega tuleb ümber lükata nullhüpotees ning jääda sisuka hüpoteesi juurde.

Vanuserühmade keskmiste võrdlemisel Kruskal Wallis testiga selgus, et nooremate ($M = 32.74$, $SD = 7.64$), keskealiste ($M = 34.07$, $SD = 7.94$) ja vanemate 35-60 ($M = 34.56$, $SD = 6.96$) eelarvamuste skooride hindamisel ei ilmnenud statistiliselt olulisi erinevusi eri vanusegruppide vahel ($p = .344$). Seega tuleb jääda null hüpoteesi juurde.

Hariduse alusel keskmiste võrdlemisel tehti Mann-Whitney U test ning selgus, et kõrgharidusega ($M = 35.80$, $SD = 7.56$) ja ilma kõrghariduseta ($M = 32.29$, $SD = 7.19$) eelarvamuste skooride hindamisel gruppide vahel esines statistiliselt oluline erinevus ($p = .002$). Seega tuleb ümber lükata nullhüpotees ning jääda sisuka hüpoteesi juurde.

Informatsiooniallikate analüüs

Uuringus saadud näitajatest selgub, et psühholoogilise abi otsimisel kõige populaarsemateks informatsiooniallikateks olid internet (46,78%) ja sõpruskond (22,81%). Ebapopulaarseks informatsiooniallikaks psühholoogilise abi otsimisel olid raamatud (1,75%) (Joonis 1).



Joonis 1. Psühholoogilise abi otsimiseks kasutatavate informatsiooniallikate esinemise sagedused.

Arutelu

Käesolevas töös püstitati viis uurimusküsimust, millele püüti vastust leida. Esimeseks eesmärgiks oli välja selgitada, kuidas seostuvad enesestigma ja eelarvamused professionaalse psühholoogilise abi suhtes psühholoogilise abi otsimisega. Samuti sooviti hinnata, kas enesehinnangu ja enesestigma vahel on seos ning välja selgitada, kas ja millised üldlevinud eelarvamused ja stereotüübid psühholoogidest ja psühholoogilisest abist juhivad inimesi professionaalse abi otsimisel. Sooviti välja selgitada, kas esineb seos erinevate demograafiliste näitajate ja enesestigma vahel, enesehinnangu ning eelarvamuste vahel ning teada saada, missuguseid informatsiooniallikaid kasutatakse professionaalse psühholoogilise abi otsimisel.

Käesoleva uurimustöö tulemustest selgus, et kuigi esimest korda psühholoogi poole abi saamiseks pöördunud klientidel olid enesestigma skoor madalam võrreldes esimese kontrollgruppiga ning suurem kui teisel kontrollgrupil, ei olnud gruppidevaheline erinevus statistiliselt oluline. Esimest korda psühholoogi poole abi saamiseks pöördunud klientidel olid eelarvamuste skoorid võrreldes kontrollgruppidega kõige kõrgemad. Enesehinnangu analüüsist selgus, et nõustamiskeskuste klientide enesehinnangu skoorid on madalamad võrreldes indiviididega, kes ei ole varem psühholoogi poole pöördunud. See tähendab, et psühholoogi poole esimest korda pöördunud nõustamiskeskuste klientide arvamused abi otsimisest, psühholoogidest ja psühholoogilisest toetusest on vähem positiivsed võrreldes esimese ja teise kontrollgrupiga. Sellist tulemust on täheldatud ka varasemates uuringutes (Vogel et al., 2007b). Olukord võib olla tingitud sellest, et psühholoogilise abi otsimise otsuse vastuvõtmisel peab inimene ületama teatud sisemise barjääri ning lähtuma objektiivsetest põhjustest hoolimata erinevatest üldlevinud eelarvamustest.

Enesestigma ja enesehinnangu skaalade vahel esines nõrk negatiivne seos. Seega kui inimesel on kõrgem enesehinnang, siis tal kaldub olema madalam enesestigma ja parem suhtumine endasse. Enesestigma ja eelarvamuste skooride vahel esines keskmise tugevusega positiivne seos ($r = 0.4$). See tähendab, et inimestel, kellel on kõrgem enesestigma, on ka suuremad eelarvamused psühholoogide ja psühholoogilise abi suhtes. Neid seoseid täheldati käesolevas uurimustöös soo- ja haridusgruppide omavaheliste keskmiste skooride võrdlemisel. Teiste uuritavate gruppide vahel see tendents ei ilmnenu.

Eelarvamuste analüüsist selgus, et enamus analüüsitud stereotüüpidest psühholoogilise nõustamise ja psühholoogide kohta ei leidnud kinnitust. Samas, kolme eelarvamuse hindamisel (psühhoteraapia on pikaajaline; psühholoogi teenushind on väga suur ja seda saavad endale lubada ainult rikkad inimesed; psühholoogi juures pannakse nahkdiivanile lebama) oli enamik vastajatest valinud vastusevariandi "ei tea". Nendest kahe eelarvamuse puhul (psühhoteraapia on pikaajaline; psühholoogi teenushind on väga suur ja seda saavad endale lubada ainult rikkad inimesed) oli vastajate arv, kes valisid vastusevariandi "ei tea", suurem kui mittenõustunud või nõustunud inimeste arv. Seega nende puhul tuleks tulemusi käsitleda ettevaatlikult ja hoiduda eelarvamuste esinemise lõplikust ümberlukkamisest või kinnitamisest. Lisaks suurele kahevahel olevate inimeste hulgal oli ka positiivsete ja negatiivsete vastuse andjate hulk võrdne. Tõenäoliselt esines ülalnimetatud eelarvamuste hindamisel vastajatel kõige suurem kahtlus sellepärast, et inimestel puuduvad vastavad teadmised ja kogemused. Teraapia kestvus sõltub paljudest teguritest, nagu seda on psühholoogilise probleemi keerulisus ja tüüp, kliendi isiklikud võimalused ja ressursid olukorraga toimetulekuks. See kõik mõjutab nii teraapia efektiivsust kui ka kestvust ning võib olla põhjuseks, miks üks klient hindab teraapia lühiajaliseks ja teine pikaajaliseks.

Nõustamiskeskuste internetlehekülgedel on esitatud psühholoogi poolt pakutavate teenuste hinnakirjad, kuid erinevad inimesed väärtustavad raha erinevalt. Professionaalne psühholoogiline teenus või abi ei ole materiaalne ja selle praktilisus, kasu, väärtus ja olulisus on «nähtamatud». See tähendab, et inimene oskab hinnata ja võrrelda kulutatud raha saadud kasuga siis, kui ta on pöördunud psühholoogi poole ning tal on vastavad kogemused ja teadmised. Seetõttu võib antud eelarvamuse hindamise juures olla kahevahel olevate vastajate hulk väga suur.

Eelarvamus, mille kohaselt "psühholoogi juures pannakse nahkdiivanile lebama", on väga omapärane, ning võib olla tekkinud filmide vaatamisest, kus selline stseen sageli esineb. Samas, antud uuringu vastajatest enamus kahtles selle väite paikapidavuses ning ei nõustunud sellega.

Kokkuvõttes võib märkida, et enamus eelarvamustest psühholoogidest ja psühholoogilisest abist on oma tähtsust ning kehtivust kaotamas, kuna antud uuringus suurem protsent vastanutest ei nõustud selles töös esitatud üldlevinud väidete ja arvamustega. Samas ei tohiks tulemusi liigselt üldistada, sest vastajate koguarv oli väike

ning nende põhjal saab konkreetseid järeldusi teha vaid vastajate eelarvamuste kohta ning tulemusi ei saa teistele gruppidele laiendada.

Selles töös selgus, et eri haridusastme ja vanusegruppide alusel moodustatud gruppide võrdlemisel statistiliselt olulist erinevust enesestigma osas ei ilmnenu. Siinkohal tuleks ära mainida, et eelnevates uurimustes ei ole esinenud katsealuste uurimisgruppide jaotamist vanuse järgi, samas kui selles uurimistöös jaotati osalejad noorteks täiskasvanuteks, täiskasvanuteks ja keskealisteks. Nii on keeruline välja tuua võrdlusmomenti ning järeldused on ainulaadsed. Enesestigma skooride keskmiste näitajate võrdlemisel selgitati käesolevas uurimistöös välja, et haridusastme suurenemisel enesestigma skoor pigem väheneb nagu see väheneb ka vanuse suurenedes. See tähendab, et kõrgemalt haritud inimestel on pigem vähem negatiivsemad stigmad ning vanematel inimestel on samuti väiksem enesestigma tase. Inimese teadmised iseendast ning suhtumine endasse on enamasti mõjutatud suhtlemisest teiste inimestega, mille käigus saadakse pidevalt tagasisidet ehk infot enese kohta nii ennast teistega võrreldes kui ka teiste hinnangutest. Samuti avaldavad mina-pildi kujunemisele mõju ühiskonnas kehtivad hoiakud, stereotüübid ja väärtused. Nooremad inimesed, kes elavad koos vanematega, peavad arvestama pere arvamusega ning on seega rohkem mõjutatud vanemate hinnangutest ja väärtustest. Seega võib noorematel inimestel olla rohkem stigmatiseeritud ettekujutus iseendast. Elu jooksul erinevate teadmiste ning kogemuste omandamisel võivad need ettekujutused ja veendumused muutuda. Samas, inimese mina-pilt ning isiklikud väärtused, ettekujutused ümbritsevast maailmast võivad kujuneda välja lapsepõlves. Need veendumused on suhteliselt jäigad ja püsivad kaua aega, kuigi saavad mingil määral muutuda. See võib olla põhjuseks, miks haridustaseme, vanusegruppide ja enesestigma võrdlemisel ei ilmnenu statistiliselt olulist seost.

Nii nagu leidsid Vogel jt. (2007a), ilmnes ka selles töös, et enesestigma skooride keskmiste näitajate võrdlemisel oli meeste enesestigma skoor suurem kui naistel ning soogruppide vahel esineb statistiliselt oluline erinevus. Seega meeste isiklikud eelarvamused enda suhtes ehk enesestigmad kipuvad nõustamisest hoolimata püsima. See on tõenäoliselt seotud meeste soorollidega, mis sunnib neid oma nõrkusi mitte välja näitama (Vogel et al., 2007a). Varasematest uuringutest selgus, et mehed otsivad vähem psühholoogilist abi kasvõi emotsionaalsete probleemide lahendamiseks ja nende eelarvamused on naistega võrreldes tugevamad (Sheffield et al., 2004). Naised suhtuvad

psühholoogidesse paremini ja nende eelarvamused on väiksemad võrreldes meestega (Sheffield et al., 2004).

Enesehinnangu analüüsil selgus, et soogruppide vahel statistiliselt olulist erinevust ei ole. Enesehinnangu skaala keskmiste tulemuste võrdlemisel ilmnis statistiliselt oluline erinevus ainult vanuse- ja haridusgruppide vahel. Vogel jt. (2007b) uurimuse tulemused näitasid, et kõrgharidusega inimeste enesehinnangu skoor oli suurem kui kõrghariduseta vastanutel. Käesolevas töös ilmnis, et kõrgem enesehinnangu skoor esines inimestel vanuses 25-34, mis võib olla tingitud sellest, et tavaliselt selles eas on kõrgharidus omandatud ning tehakse esimesi edusamme karjääris ja luuakse pere. Saavutades eesmärgi inimese enesehinnang tõuseb. Madal enesehinnang on oluliseks barjääriks terapeutilt abi otsimiseks. Haritud inimesed suhtuvad psühholoogilisse nõustamisse ja abi otsimisse positiivsemalt kui madalama haridustasemega isikud. Siin võib mõju avaldada ka haritud inimeste teadlikkus ning võime eristada psühholoogi psühhiaatrist (Corrigan, 2004; Vogel et al., 2007b).

Eelarvamuste küsimustiku keskmiste skooride võrdlemisel ilmnis statistiliselt oluline erinevus soogruppide ja haridusgruppide vahel, kus meestel oli suurem eelarvamuste skoor ja kõrgharidusega indiviidide skoor oli madalam võrreldes kõrghariduseta vastajate skooriga. Nii nagu enesestigma skaala puhulgi esines soogruppide vahel erinevus, meeste enesestigma skoor oli suurem kui naistel, ilmnis oluline erinevus ka eelarvamuste hindamisel meeste ja naiste vahel. Meeste eelarvamused psühholoogide ja psühholoogilise nõustamise suhtes on tugevamad kui naistel. Eelarvamuste küsimustiku vastuste analüüsi põhjal võib teha järelduse, et kõrgema haridusega inimestel on positiivsem suhtumine psühholoogidesse ja nõustamisse. Madalamad skoorid näitavad eelarvamustevabamat suhtumist ja kõrgemate skooride puhul on vastupidiselt tegemist suuremate eelarvamuste hulgaga.

Töös uuriti, missuguseid informatsiooniallikaid kasutatakse professionaalse psühholoogilise abi otsimisel. Uurimusest selgus, et kõige populaarsemaks infoallikas oli internet ja teiseks oluliseks allikaks olid sõbrad. Käesoleva töö tulemus erineb varasematest Sheffield jt. (2004) uuringu tulemustest, kus näidati, et noored inimesed eelistavad saada informatsiooni psühholoogiliste probleemidega tegelevate spetsialistide kohta oma perelt, sõpradelt, kooliõpetajatelt ja kirikuõpetajalt. Käesolevas uuringus osalesid täiskasvanud inimesed. Sheffieldi jt. (2004) uuringus osalesid alaealised ning see

viidi läbi 10 aastat tagasi. Selle aja jooksul on toimunud infotehnoloogia valdkonna edukas ja kiire areng, interneti abil informatsiooni otsimine on muutunud väga mugavaks ning lihtsaks tegevuseks. Nadler (1991) näitas oma uuringus, et inimesed tunnevad piinlikkust abi küsimise suhtes, kuna see paneb neid ennast ebanormaalsena või saamatuna tundma, samuti on neil hirm saada häbistatud. Seetõttu on mugavam otsida abi internetist. Kõik eelpool mainitud mõjutab oluliselt inimeste otsust abi otsida. See võib olla põhjuseks, miks emotsionaalsete probleemide või käitumishäirete korral ei pöördu inimesed abi saamiseks sõprade poole ja väldivad toe saamiseks isegi lähedaste inimeste abi.

Kokkuvõte ja järeldused

Uuringu käigus mõõdeti ja võrreldi enesestigmat, enesehinnangut ja eelarvamusi kolme gruppi kuuluvate vastajate vahel. Inimestel, kes on varem pöördunud professionaalse psühholoogi või psühhiaatri poole, oli kõrgem enesehinnangu skoor, madalam enesestigma skoor ning madalamad eelarvamuste skoorid psühholoogidest ja psühholoogilisest nõustamisest võrreldes teiste uuritavate gruppidega. Seega eelarvamustest vaba suhtumine nii endasse kui ka psühholoogilise nõustamisega ja psühholoogidsse ning eelnev kokkupuude professionaalse psühholoogilise nõustamisega mõjutavad inimese tuleviku valikuid abi otsimise otsuste langetamisel. Meeste ja naiste enesestigma ja eelarvamused psühholoogidest on erinevad, kuna meestel oli tugevam enesestigma skoor ja suurem eelarvamuste skoor. Üldlevinud eelarvamuste aktuaalsuse analüüsist selgus, et enamik nendest ei olnud enam olulised. Leiti, et vanusega ja hariduse omandamisega seoses tõuseb inimestel enesehinnang ning eelarvamused psühholoogidest vähenevad. Käesolevas töös selgus, et kõige populaarsem andmete kogumise allikas oli internetikeskkond, mida märkisid 47% vastanutest. Psühholoogia valdkonna teemadega seotud teadlikkus omab tähtsust ja mõjutab inimeste abi otsimise käitumist. Inimese väärarusaamad ja eksklikud stereotüübid lükatakse ümber, nende teadlikkus tõuseb, mis parandab inimese elu, enesehinnangut ja annab julgust psühholoogi poole pöörduda.

Üldkokkuvõtteks saab öelda, et enesestigma on oluline barjäär, mis takistab professionaalse psühholoogilise abi otsimist ning eelnev kokkupuude professionaalse psühholoogilise nõustamisega mõjutab inimese tulevikuvalikuid.

Tulevikuperspektiiv

Uurimustöös selgus, et kasutatud skaalad olid hea reliaablusega ehk usaldusväärsed. Samas, enesestigma skaala puhul ilmnes, et neljanda ja viienda väite eemaldamisel skaala reliaablus tõuseb. Seega edaspidiseks uurimuseks tuleb need väited uuesti läbi töötada ning kontrollida enesestigma skaala reliaablust ja valiidsust.

Käesoleva uuringu tulemused näitasid, et enesestigma ja psühholoogilise abi järele pöördumise vahel on tugevam seos meestel võrreldes naistega. Uuringus selgus, et enesestigmas eri vanusegruppide vahel ei olnud statistiliselt olulist erinevust. tulevikus võiks läbi viia uue uurimuse nooremate vastajate seas, et kindlaks teha millises vanuses meestel enesestigma kujuneb.

Internetikeskkond on väga aktuaalne psühholoogilise abi otsimise informatsiooniallikas. Käesolevas uuringus selgitati välja, et meestel on eelarvamused psühholoogidest ja enesestigma suuremad kui naistel. Seega nõustamiskeskuste lehekülgedel võiks luua suhtlemisfoorumi, kus professionaalsed psühholoogid kirjutavad erinevatest eelarvamustest, mis võivad esineda meestel seoses psühholoogilise abi otsimisega ja nende tegelikkusele mittevastamisest. Oluline on ka see, et interneti teel nõu saamisel on tagatud psühholoogilise abi otsija võimalus jääda anonüümseks. Kuna küsimustele vastab professionaalne psühholoog, siis võib see anda võimaluse tulevikuks hea terapeutilise kontakti loomiseks.

Tänuavaldused

Soovin tänada oma juhendajat Kaia Kastepõld-Tõrsi õppesõnade, toetuse ning ettepanekute eest; koostöö eest Tartu Nõustamis- ja Kriisiabikeskuse juhatajat Tiina Sood ning keskuses töötavaid psühholooge ja Katriito Nõustamis- ja Psühhoteraapiakeskust; töökolleege; sõpru, kes mind toetasid ja aitasid seminaritöö tegemisel.

Kasutatud kirjandus

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5–14.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Reidel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 34, 202–210.

Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds III, C. F., & Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: The impact of stigma and race. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 531–543.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776.

Corrigan, P.W. & Shapiro, J. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922.

Deane, F. P., & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance and Counseling*, 22, 207–217.

Dubow, E. F., Lovko, K. R., & Kausch, D. F. (1990). Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 19, 44–54.

Fisher, J., Nadler, A., & Witcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91, 27–54.

Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368–373.

Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 408–418.

Hammen, C., & Peters, S. (1977). Interpersonal consequences of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322–332.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, R., Laska, E. M., & Leaf, P. J. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 987–1007.

Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138–143.

Kranke, D., Floersch, J., Kranke, B., & Munson, M. (2011). A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatric Services*, 62(8), 893-899.

Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fears of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 251–257.

Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15, 275–284.

Leong, F. T. L., Zachar P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *Br J Guid Couns.*; 27, 123–132.

Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.

Martin, S. B., Wrisberg, C. A., Beitel, P. A., & Lounsbury, J. (1997). NCAA Division I athletes' attitudes toward seeking sport psychology consultation: The development of an objective instrument. *Sport Counselor*, 11, 201–218.

McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Kabasakalian-McKay, R. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 616–622.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84–107.

- Nadler, A. (1991). Help-seeking behavior: Psychological costs and instrumental benefits. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior. Review of personality and social psychology*, 12, 290–311. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality & Individual Differences*.
- Reed, J., & Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 216–229.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Shapiro, E. G. (1983). Embarrassment and help-seeking. In B. M. De Paulo, A. Nadler, & J. Fisher (Eds.), *New directions in helping*, New York: Academic Press, 2, 143–163.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E. & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' Willingness to Seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors.
- Tomlinson, S. M., & Cope N. R. (1988). Characteristics of Black students seeking help at a university counseling center. *Journal of College Student Development*, 29, 65–69.
- Turner, E. A. (2012). The Parental Attitudes Toward Psychological Services Inventory: Adaptation And Development of an Attitude Scale. *Community Ment Health J*, 48, 436-449.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325–337.
- Vogel, D. L., Wade, N., & Hackler, S. (2007a). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating role of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40-50.
- Vogel, D. L., Wester, S. R. & Larson, L. M. (2007b). Avoidance of counseling: psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling and Development*, 85, 410–422.
- Vogel, D. L.; Bitman, R. L.; Hammer, J. H. & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60 (2), 311-316.

Lisa 1.

Lugupeetud vastaja,

Kutsun Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on selgitada, kuidas Eestis suhtutakse professionaalse psühholoogilise abi otsimisse ning millised tegurid mõjutavad abi otsimist. See uuring on osa minu Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis valmivast lõputööst, mille juhendajaks on Kaia Kastepõld-Tõrs.

Küsimustike täitmine võtab aega orienteeruvalt 15-30 minutit.

Uuring on **anonüümne**, selle käigus kogutud andmed avaldatakse üldistatud kujul. Uuringus osalemine on **vabatahtlik**, soovi korral võite uuringus osalemisest loobuda. Uuringusse puutuva lisainfo saamiseks pöörduge uuringu teostaja, Galina Halus'e poole (galina.halus@gmail.com).

Enne kui asute küsimustikke täitma, tutvuge palun alloleva infoga. Käesoleva uuringu raames me käsitleme psühholoogilist nõustamist ja nõustajat järgnevalt:

Psühholoogiline nõustamine on ajas kindlalt piiritletud (kokkulepitud kohtumiste arvuga), selgete reeglitega ja struktuuriga koostöösuhete kliendiga, mida viib läbi psühholoog.

Psühholoog-nõustaja on psühholoogiaalase akadeemilise haridusega ja antud valdkonnas kogutud praktiliste kogemustega ning teadmistega spetsialist, kelle pealmine ülesanne on pakkuda klientidele toetust ning aidata kaasa probleemide lahendamisele.

Kliiniline psühholoog on psühholoogiaalase akadeemilise haridusega ja erialases valdkonnas kogutud praktilise kogemusega ning teadmistega spetsialist, kelle pealised ülesanded on psüühikahäirete hindamine ning psühhoteraapia.

Psühhiaater on arstiharidusega ja psühhiaatrilist erialast ettevalmistusest saanud spetsialist, kes tegeleb psüühikahäiretega ja tal on õigus kirjutada välja ka ravimeid. Psühholoog ei ole arst. Nii psühhiaatrid kui ka kliinilised psühholoogid võivad omada lisapädevust psühhoteraapias ning kasutada neid meetodeid ka igapäevases töös.

Psühholoogiline abi on mõistetud siin kui koondnimetus psühholoogilisele nõustamisele, psühhoteraapiale ja teistele teenustele, mida osutavad psühholoogid.

Ankeet

Sugu _____ Rahvus _____ Vanus _____

Amet _____

Haridus (tee rist vastavas lahtris)

- Algharidus
- Põhiharidus
- Keskhariidus
- Keskeri- või kutseharidus
- Kõrg- või rakenduskõrgharidus

Kas Te olete varem pöördunud professionaalse psühholoogilise abi poole?

Tehke sobivale vastusevariandile ring ümber.

Ei ole kunagi professionaalset psühholoogilist abi vajanud	jah	ei
Individuaalne psühhoteraapia	jah	ei
Pereteraapia	jah	ei
Grupipsühhoteraapia	jah	ei
Psühholoogilised treeningud	jah	ei
Psühholoogia alased koolitused	jah	ei
Eneseabiraamatute lugemine	jah	ei
Muu teenus, mida pakuvad professionaalsed psühholoogid või psühhoteraapeudid	jah	ei

Kui Te vastasite viimasele küsimusele „JAH“, siis palun kirjutage, mis see oli.

* Muu mitteprofessionaalne psühholoogiline teenus jah ei

Kui Te vastasite antud küsimusele „JAH“, siis palun kirjutage, mis laadi teenus see oli.

Millisest allikast olete Te saanud informatsiooni professionaalse psühholoogilise nõustamise kohta (näiteks: internet, sõbrad j.m.)?

Järgnevalt on Teie ees väited, mis kirjeldavad arvamusi abi otsimise suhtes. Palun hinnake iga väite sobivust kuivõrd see iseloomustab Teid. Kasutage selleks alljärgnevat skaalat:

1- üldse ei ole nõus 2- pigem ei ole nõus 3- ei oska öelda 4- pigem nõus 5- täiesti nõus.

Tehke sobivale vastusevariandile ring ümber.

1	Ma tunneksin end saamatuna, kui ma läheksin psühholoogi juurde psühholoogilist abi saama	1	2	3	4	5
2	Minu enesekindlust ei ohustaks see, kui ma otsiksin professionaalset abi.	1	2	3	4	5
3	Tunneksin ennast vähem intelligentsena, kui otsiksin psühholoogilist abi.	1	2	3	4	5
4	Minu enesehinnang tõuseks, kui ma räägiksin psühholoogiga.	1	2	3	4	5
5	Minu arvamus endast ei muutuks pelgalt sellepärast, et otsustasin psühholoogi juurde minna.	1	2	3	4	5
6	Psühholoogilt abi küsimine paneks mind tundma end alaväärsena.	1	2	3	4	5
7	Ma oleksin endaga rahul, kui otsustaksin otsida professionaalset abi.	1	2	3	4	5
8	Kui ma läheksin psühholoogi juurde, siis oleksin endaga vähem rahul.	1	2	3	4	5
9	Minu enesekindlus ei muutuks, kui ma otsiksin abi probleemile, mida ma ise lahendada ei suuda	1	2	3	4	5
10	Ma tunneksin ennast halvemini, kui ma ei suudaks enda probleemi ise lahendada.	1	2	3	4	5

Soovi korral lisage kommentaarina juurde omi mõtteid, mis seonduvad psühholoogilise abi poole pöördumisega:

Järgmine loetelu on arvamustest, mis inimestel võivad mõnikord tekkida psühholoogidest ja psühholoogilisest nõustamisest. Palume Teil hinnata, mil määral Teie nende arvamustega nõustute.

Palun hinnake iga väite sobivust kuivõrd see iseloomustab Teid. Kasutage selleks palun alljärgnevat skaalat: 1- üldse ei ole nõus 2- pigem ei ole nõus 3- ei oska öelda 4- pigem nõus 5- täiesti nõus. Tehke sobivale vastusevariandile ring ümber.

Psühholoogi töö on ainult testide tegemine ja läbiviimine.	1	2	3	4	5
Psühholoogiline nõustamine on mõeldud ainult psüühiliste häiretega inimestele.	1	2	3	4	5
Psühholoog oskab mõtteid lugeda ja analüüsib iga öeldud sõna, püüdes leida selle tagamõtet.	1	2	3	4	5
Psühholoogilise nõustamise käigus räägitakse ainult unenägudest ja nende tähendustest.	1	2	3	4	5
Nõustaja juurde on mõtet minna ainult siis, kui oled töö kaotanud, sügavas kriisis või kui oled juba abikaasaga lahku minemise äärel.	1	2	3	4	5
Psühholoog lahendab kõik probleemid ja sul endal polegi vaja muud teha, kui see lahendus vastu võtta.	1	2	3	4	5
Psühholoogilist nõustamist võib teha iga inimene, kelle igapäevatöö on seotud inimestega.	1	2	3	4	5
Psühholoogid urgitsevad minevikus ja see ei too mingit kasu.	1	2	3	4	5
Psühholoog oskab nõustada ja selgitada välja, kes või mis on probleemide allikaks.	1	2	3	4	5
Psühholoogid ei aita probleemidega toime tulla.	1	2	3	4	5
Psühholoogid on ise hullud.	1	2	3	4	5
Psühholoogilise nõustamise teenushind on väga suur ja seda saavad endale lubada ainult rikkad inimesed.	1	2	3	4	5
Psühhoteraapiasse lähevad ainult nõrgad ja haiged inimesed.	1	2	3	4	5
Psühhoteraapia on väga pikaajaline.	1	2	3	4	5
Psühholoogi juures pannakse nahkdiivanile lebama.	1	2	3	4	5
Psühholoogi juures käimisest jääb märk külge igaveseks.	1	2	3	4	5
Pole selge, millega seal tegeletakse, milles see abi seisneb.	1	2	3	4	5

Soovi korral lisage juurde oma arvamus, kui see ei kajastunud täpselt ülaltoodud väidetes:

See küsimustik koosneb 10-st väitest. Palun lugege igat väidet tähelepanelikult ning palun kirjutage, kuivõrd õigeks ja enda puhul kehtivaks esitatud väidet peate. Vastustes oodatakse nende väidete kohta just TEIE arvamust, püüdke vastused enda ja oma arvamuste kohta anda nii täpselt kui võimalik. Lugege iga väide hoolikalt läbi ja kirjutage vastus vastava väite ees olevale punktiirile. Vastake palun kindlasti kõikidele väidetele.

Kirjutage "4" kui väide on Teie arvates **õige / pidevalt kehtiv**
Kirjutage "3" kui väide on Teie arvates **peaaegu õige / sageli kehtiv**
Kirjutage "2" kui Teil on selle väite kohta **raske öelda**
Kirjutage "1" kui väide on Teie arvates **peaaegu vale / harva kehtiv**
Kirjutage "0" kui väide on Teie arvates **vale / ei kehti kunagi**

- 1. Suhtun endasse hästi.
- 2. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel.
- 3. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head.
- 4. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet.
- 5. Olen endaga üldiselt rahul.
- 6. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks.
- 7. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega.
- 8. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et ma olen äpardunud.
- 9. Mul on palju häid omadusi.
- 10. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust.

Tänan!

Lisa 2.**Tabel 1. Enesestigma, enesehinnangu skaalade ja eelarvamuste küsimustiku keskmiste tulemuste jaotus eri rühmade vahel.**

	Enesestigma		Enesehinnang		Eelarvamused		
Muutujad	M	S.D	M	S.D.	M	SD	N
Üldine	21.99	6.66	29.01	7.45	33.75	7.53	171
Sugu							
Mees	23.89	6.80	28.65	7.28	36.60	8.40	43
Naine	21.35	6.52	29,13	7.53	32.79	6.98	128
Vanus							
17-24	22.32	6.41	27,24	7.80	32.74	7.64	62
25-34	22.60	7.24	30.26	8.37	34.07	7.94	54
35-60	21.02	6.36	29.76	5.61	34.56	6.96	55
Haridus							
Kõrghariduseta	22.90	7.06	26.82	8.56	35.80	7.56	71
Kõrgharidusega	21.34	6.32	30.56	6.13	32.29	7.19	100
Katsegrupid							
Esmane	21.11	5.54	24.26	8.78	38.11	4.92	19
Kontrollgrupp 1	22.81	7.10	30.26	6.67	34.14	7.82	110
Kontrollgrupp 2	20.21	5.62	27.85	7.86	30.76	6.59	42

Lisa 3.

Tabel 2. Psühholoogide ning psühholoogilise nõustamise kohta käivate eelarvamuste ehk müütide aktuaalsuse hindamine. Inimeste arv on esitatud % -des.

	Eelarvamused	Nõus	Ei ole nõus	Ei oska öelda
1.	Psühholoogi töö on ainult testide tegemine ja läbiviimine.	89,5	4,1	6,4
2.	Psühholoogiline nõustamine on mõeldud ainult psüühiliste häiretega inimestele.	90,6	7,1	2,3
3.	Psühholoog oskab mõtteid lugeda ja analüüsib iga öeldud sõna, püüdes leida selle tagamõtet.	75,4	9,4	15,2
4.	Psühholoogilise nõustamise käigus räägitakse ainult unenägudest ja nende tähendustest.	93,6	0	6,4
5.	Nõustaja juurde on mõtet minna ainult siis, kui oled töö kaotanud, sügavas kriisis või kui oled juba abikaasaga lahku minemise äärel.	82,5	8,8	8,8
6.	Psühholoog lahendab kõik probleemid ja sul endal polegi vaja muud teha, kui see lahendus vastu võtta.	98,2	0	1,8
7.	Psühholoogilist nõustamist võib teha iga inimene, kelle igapäevatöö on seotud inimestega.	86,0	5,9	8,2
8.	Psühholoogid urgitsevad minevikus ja see ei too mingit kasu.	84,2	2,9	12,9
9.	Psühholoog oskab nõustada ja selgitata välja, kes ja mis on probleemide allikaks.	8,8	76,6	14,6
10.	Psühholoogid ei aita probleemidega toime tulla.	73,7	7	19,3
11.	Psühholoogid on ise hullud.	75,4	4,1	20,5
12.	Psühholoogilise nõustamise teenushind on väga suur ja seda saavad endale lubada ainult rikkad inimesed.	29,8	26,3	43,9
13.	Psühhoteraapiasse lähevad ainult nõrgad ja haiged inimesed.	84,8	8,2	7
14.	Psühhoteraapia on väga pikaajaline.	20,5	30,4	49,1
15.	Psühholoogi juures pannakse nahkdiivanile lebama.	55	4,1	40,9
16.	Psühholoogi juures käimisest jääb märk külge igaveseks.	76	5,9	18,1
17.	Pole selge, millega seal tegeletakse, milles see abi seisneb.	70,8	14	15,2

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.

/Galina Halus/

15.05.2015
