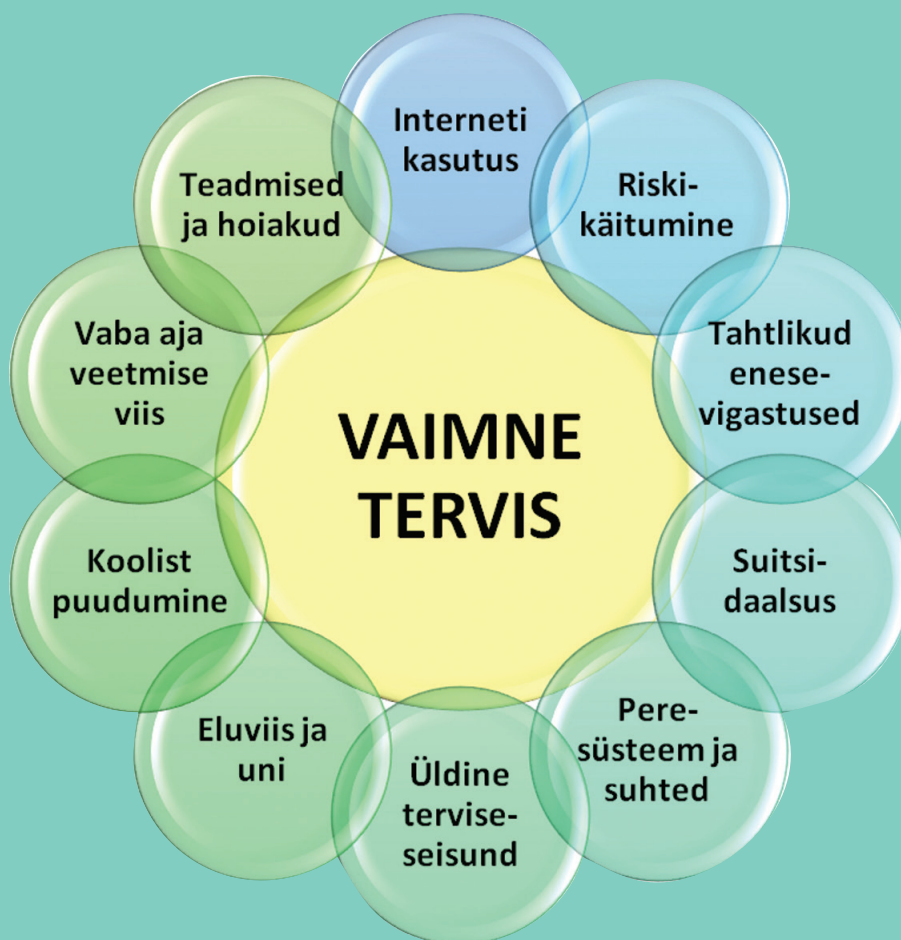


KOOLINOORTE VAIMNE TERVIS

Kokkuvõte – raport



Tallinn 2015



© Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), 2015

ERSI tänab kõiki SEYLE, WE-STAY ja SUPREME projektides osalenud koole, õpilasi, lapsevanemaid ning õpetajaid ja muud koolipersonali, samuti projektide meeskondadesse kuulunud inimesi, kelle pühendunud panust me kõrgelt väärtustame.

Kokkuvõtte – raporti koostajad:

Airi Värnik
Merike Sisask
Peeter Värnik
Lauraliisa Mark
Joosep Vaikma
Katariina Rebane
Airi Mitendorf

Administratiiv-tehniline abi:

Mare Raidla
Rita Pihl

Projektide rahastajad:

Euroopa Komisjoni 7. raamprogramm (Lepingud nr 223091 ja 241542)
Euroopa Komisjon, Rahvatervise programm 2008-2013 (Leping nr 20091219)
Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium



Executive
Agency for
Health and
Consumers



SOTSIAALMINISTEERIUM

KOOLINOORTE VAIMNE TERVIS

1.	Projektide tutvustus ja kasutatud mõõdikud	2
1.1.	SEYLE – Saving and Empowering Young Lives in Europe (Säästame ja võimestame noori elusid Euroopas)	2
1.3.	SUPREME – Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion (Suitsiidide ennetamine interneti abil ja meedial põhinev vaimse tervise edendamine)	6
1.2.	WE-STAY – Working in Europe to Stop Truancy Among Youth (Koolipuudumiste vähendamine Euroopa noorte hulgas)	10
1.4.	Testid ja skaalad vaimse tervise seisundi hindamiseks	15
2.	Riskikäitumise olemus ning skriinimise ja sekkumise vajalikkus	20
3.	Suitsidaalsus ja mittesuitsidaalsed tahtlikud enesevigastused (TEV)	42
4.	Noorte vaimne tervis ja käitumine perekonna kontekstis	54
5.	Internetikasutus ja sellest tulenevad ohud	63
6.	Koolist puudumine ja selle seos vaimse tervisega	78
7.	Vaimne tervis ja eluviis	83
8.	Noorte vaba aja kasutus ja hoiakud	91
9.	Õpetajate vaimse tervise alane kirjaoskus	102
10.	Sekkumisprogrammid vaimse tervise edendamiseks ja kaitseks – mõju hindamine	109
	Koostamisel kasutatud kirjandusallikad	120

1. PROJEKTIDE TUTVUSTUS JA KASUTATUD MÕÕDIKUD

1.1 SEYLE –

Saving and Empowering Young Lives in Europe

(Säästame ja võimestame noori elusid Euroopas)

Euroopa Komisjoni 7.raamprogrammi projekt

EC FP7, HEALTH-F2-2009; Grant Agreement No 223091

www.seyle.eu

Keskus: NASP, Karolinska Instituut, Stockholm (Rootsi); andmebaasi haldamine ja manageerimine: ERSI

Superviisor: Prof Dr Danuta Wasserman

Projekti koordinaator Eestis: Prof Dr Airi Värnik

Projekti juhid: Mari Jushkin (sekkumine), Merike Sisask (administratiiv- ja finantsasjad), Peeter Värnik (andmebaasi haldus)

Läbiviimise aeg: 2009-2011

Rahastajad: Euroopa Komisjoni 7. raamprogramm (Leping nr 223091), Sotsiaalministeerium

Kokkuvõte

Projekti „Säästame ja võimestame noori elusid Euroopas“ (edaspidi SEYLE) on Euroopa teismeliste koolilaste tervist edendav programm, mille üldeesmärgiks on teismeliste tervise parandamine läbi riski- ja suitsidaalse käitumise vähendamise, erinevate preventsooniprogrammide tulemuslikkuse hindamine ning Euroopa riikides teismeliste tervist edendavate programmide rakendamiseks kultuuriliselt kohandatud soovitude väljatöötamine.

SEYLE projekti käigus testitavad preventsooniprogrammid ehk sekkumismudelid on:

- 1) Üldine tervise edendamine läbi kooliõpilaste endi teadlikkuse tõstmise (Awareness)
- 2) Õpetajate jm koolipersonali koolitamine (QPR: Question, Persuade & Refer)
- 3) Riskigruppi kuuluvate laste väljaselgitamine ja vaimse tervise spetsialisti juurde konsultatsioonile suunamine (ProfScreen)
- 4) Infovoldik kontrollgrupile (Information)

Eesmärk

SEYLE (edaspidi SEYLE) põhieesmärgiks oli teismeliste kooliõpilaste tervise edendamine ning riski, vägivaldse ja suitsidaalse käitumise vähendamine.

SEYLE alaeesmärgid olid:

- a) koguda Euroopa kooliõpilaste kohta anonüümse ankeetküsitluse kaudu andmeid nende vaimse tervise ja heaolu kohta, moodustada andmebaas, milles sisalduksid:
 - demograafilised näitajad ja psühhosotsiaalsed andmed
 - elustiil ja väärtushinnangud (nt alkoholi jt uimastite kasutamine, vägivaldsus ja riskivõõtmine) ning selle seos tervisenäitajatega, mõõdetuna heaolu, depressiooni, suitsidaalsuse jt indikaatoritega
 - taju ja hoiakud tervise edenduse ja riskikäitumise vältimise suhtes
 - riskikäitumise erinevad liigid
- b) töötada välja kolm sekkumismudelit:
 1. õpetajate jm koolipersonali koolitamine suunamaks tähelepanu riskigruppi kuuluvatele õpilastele
 2. õpilase enda tervist edendava teadlikkuse tõstmine
 3. õpilaste vaimse tervise skriinimine ja riskigruppi kuuluvatele õpilaste suunamine professionalse abi saamiseks
 4. minimaalse sekkumisega kontrollgrupp
- c) keskenduda riski ja suitsidaalse käitumise vähendamisele ja vaimse tervise edendamisele.
- d) hinnata sekkumiste tulemusi tervise suhtes sotsiaalses, psühholoogilises ja majanduslikus perspektiivis võrreldes kontrollgrupiga.
- e) hinnata riskigrupi moodustanud õpilaste ravi ja sotsiaalse toetuse tulemusi
- f) Levitada tõenduspõhist kooliõpilastele suunatud ja kultuuriliselt adapteeritud preventsiiooni programmi ja tõsta antud ala teadlikkust poliitikute, spetsialistide ja elanikkonnas hulgaks kasutades interneti, meediat, tervisedenduse konverentse, noorte üritusi jne

Uuringu disain ja valim

Koordineeriv keskus – Karolinska Instituut, NASP, Rootsi – kutsus osalema töögrupid 11 Euroopa riigi teadus- ja arendusasutustest: Austria, Eesti, Hispaania, Iirimaa, Israel, Itaalia, Prantsusmaa, Rumeenia, Saksamaa, Sloveenia ja Ungari. Eestit esindas Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogiate Instituut (edaspidi ERSI), Eesti uurimispiirkond oli Tallinn. Edaspidi on Tallinna koolidest kogutud andmeid nimetatud Eesti andmeteks.

SEYLE kestus oli 36 kuud (01.01.2009 kuni 31.12.2011). Kaasfinantseerimise Eestile tagas Sotsiaalministeerium.

SEYLE sihtrühma suuruseks igal uuringust osavõtval maal oli planeeritud 1000 kooliõpilast, seega **kogu uuringuks vähemalt 11 000 kooliõpilast**. Iga riigi uurimispiirkonnas valiti üldhariduslikud koolid kindlatest reeglitest lähtuvalt. Keskusele saadeti piirkonna kõikide üldhariduslike eestikeelsete koolide nimistu, milles olid eristatud suured ja väikesed koolid selle järgi, kas õpilaste arv koolis oli väiksem või suurem piirkonna koolide õpilaste arvu mediaanist. Igast koolist valiti klassid, milles **enamus õpilasi oli 15-aastased** (7-9 klass) ja milles sama soo esindajaid ei olnud vähem kui 40%. Uuringusse võeti koolid juhuvaliku alusel, õpilased kaasati klasside kaupa, **Tallinnas osales 19 kooli 1038 õpilasega**. Ette olid nähtud asenduse reeglid, kui mõni koolidest ei nõustunud uuringus osalema.

Pedagoogidest hõlmati need õpetajad, kelle õpilasi skriiniti, lapsevanematest hõlmati skriinitud laste vanemad. Muu koolipersonali hulgast kaasati tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad nendest koolidest, mis olid valimis.

Edasi **jaotati koolid juhuslikkuse alusel nelja gruppi** selleks, et rakendada igas grupis üht kolmest sekkumismudelist, lisaks koolid, mis sattusid kontrollgrupiks. Igasse gruppi oli ette nähtud vähemalt 250 õpilast, igale kooligrupile määrati koordinaator, kes oli välja õpetatud kureerima ainult selle kooligrupi sekkumismudelit. Kooligrupid ei teadnud, et teistsuguse sekkumismudeliga projektid viiakse läbi teistes koolides, et vältida info ülekandumist ja tulemuse hägustumist nn nakkuse tõttu.

Kõikide õpilaste hulgas viidi läbi **baasuuring** struktureeritud ankeetküsitlusena klassiruumis, sellele järgnesid samalaadsed küsitlused kolme ja 12 kuu pärast, et sedastada sekkumise järgseid muutusi hoiakutes, elustiilis, käitumises vaimses seisundis ja suitsidaalsuses. **Tulemuslikkust ja jätkusuutlikkust hinnati** iga sekkumismudeli suhtes eraldi ja võrreldi kontrollgrupiga. Lisaks analüüsiti sekkumiste protsessi. Projekti tulem võimaldas anda soovitusi Euroopa riikides teismeliste tervist edendavate programmide koostamiseks ja rakendamiseks kultuuriliselt kohandatud vormis.

Uuring registreeriti koodiga DRKS00000214 Saksa Kliiniliste Katsete Registris (inglisekeelne nimetus: German Clinical Trials Register). ERSI taotles ja sai kohaliku loa uuringu läbiviimiseks Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt. Nii õpilase enda kui vanema nõusolek uuringuks oli vältimatu. Küsitlus oli anonüümne ja vastavuses isikuandmete kaitse nõuetega ning eetiliste printsiipidega. Iga õpilane sai personaalse koodi, mida teadis vaid ERSI intervjuuerija ja mida säilitati AKI nõuetele vastavalt ERSIs. Kuna küsimused puudutasid ka õpilaste võimalikke suitsidaalseid mõtteid ning suitsiidikatseid, mis võivad tekitada tugevaid tundeid noortes, kes on suitsiidiprobleemidega lähedalt kokku puutunud, siis küsimustiku täitmine toimus isiku järelvalve all, kellel oli tervisealane kompetents, et vajadusel luua õpilastega kontakt, hinnata nende seisundit ja vajadusel abistada. Uuringud on näidanud, et küsitlusuuringud ei kujuta ohtu suitsidaalse käitumise esilekutsumises.

Saadud andmete registreerimine ja delikaatsete isikuandmete töötlemine toimus ERSI poolt, mis on AKI poolt registreeritud (01.03.2007 nr 2.2-3/07/56r). Kõikide projektpartnerite andmed koondati ERSIsse, kus teostati kvaliteedi kontroll selleks väljatöötatud protseduuride alusel ja arvutati kasutusel olnud testide numbrilised väärtused nii üksikute uuritavate ja riikide lõikes kui ka summaarselt koondandmebaasis.

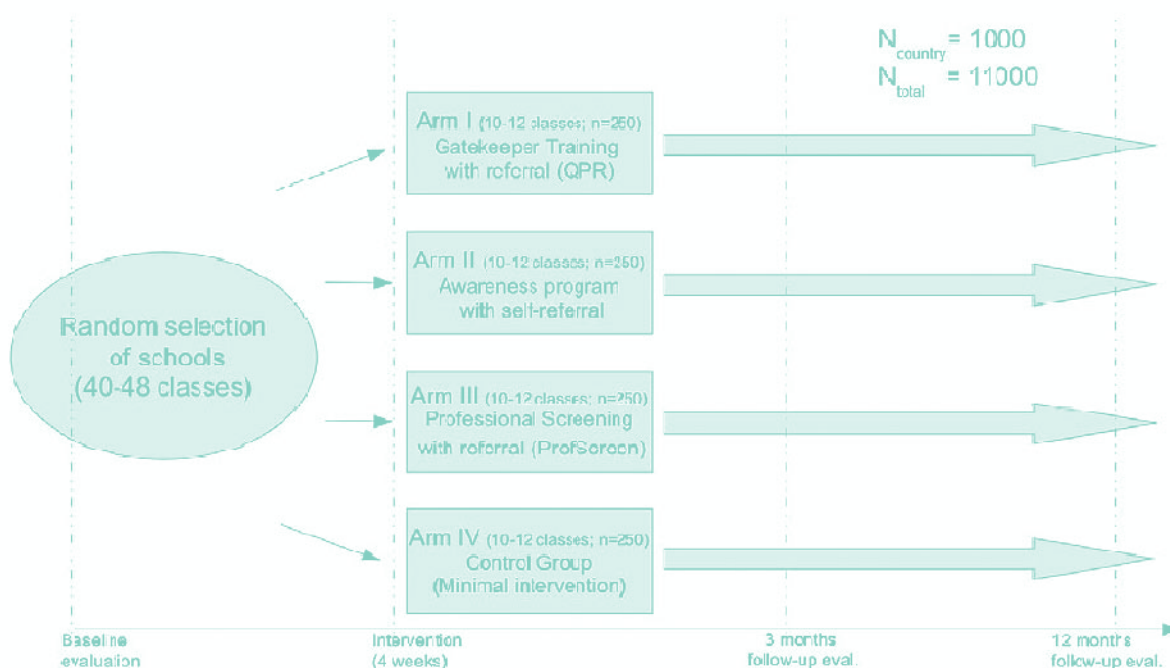
SEYLE projekti ankeetküsimustik oli ulatuslik, selle alusel moodustati epidemioloogiline andmebaas, mis sisaldas andmeid kooliõpilaste tervise- ja riskikäitumise, vaimse tervise seisundi, elustiili valikute ja hoiakute kohta: narkootikumide ja alkoholi tarvitamine, vägivaldne käitumine, liikluskäitumine, suhete iseloom, toitumine, kehaline tegevus, jms. Küsimustiku alusel sai mõõta seoseid nimetatud indikaatorite ja vaimse tervise (heaolu, depressioon, ärevus, suitsidaalsus) vahel ning välja tuua muutusi sekkumiste järgselt. Instrumentidena kasutati: Global School-Based Student Health Survey (GSHS), WHO Well-being scale (WHO-5), Beck Depression Inventory (BDI), Paykel Suicide Scale (PSS) ja Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Zung Self-rated Anxiety Scale (Z-SAS), Deliberate Self-harm Inventory (DSHI).

Õpetajate hulgas viidi samuti läbi küsitlusuuring, et välja selgitada nende hoiakud ja teadmised vaimse tervise suhtes.

Erinevates koolides viidi läbi ja testiti erinevaid allpool nimetatud sekkumismudeleid:

1. üldine tervise edendamine tõstes kooliõpilaste enda teadlikkust (awareness, spetsiaalne infomaterjal tervisliku elustiili ja abivõimaluste kohta);
2. õpetajate jm koolipersonali ning lapsevanemate koolitamine (QPR: Question, Persuade & Refer, www.qprinstitute.com);
3. skriinimine ja riskigruppi kuuluvate teismeliste psühholoogilised või psühhiaatrilised konsultatsioonid ning vajadusel ravi (TeenScreen, www.teenScreen.com);
4. kontrollgrupp, kus sekkumisi läbi ei viidud, kuid õpilased said asjakohaste infovoldiku.

Lisaks kooliõpilastele olid sekkumiste sihtrühmaks lapsevanemad, õpetajad ja muu koolipersonal.



Hinnag läbiviidud projektile

Oodatav tulemus, indikaatorid:

- Programmi kaasatud teismeliste (14-15 a) koolilaste hulgas on vähenenud riski- ja suitsidaalne käitumine ning on paranenud nende vaimse tervise seisund ja psühholoogiline heaolu
- Muutunud on programmi kaasatud õpetajate ja muu koolipersonali ning lastega tegelevate tervishoiuspetsialistide teadlikkus ja hoiakud suitsidaalse käitumise ja vaimse tervise suhtes, küsitlusuuring enne sekkumist ning 3 kuud ja 12 kuud pärast sekkumist
- Kaasatud õpetajate, koolipersonali ja tervishoiuspetsialistide arv
- Välja on töötatud efektiivne, teadus-põhine ja kultuuriliselt adapteeritud vaimse tervise edendamise ja riskikäitumise ennetamise mudel rakendamiseks Eestis (ja samuti teistes Euroopa maades)
- Projekti ja selle tulemuste kohta on levitatud teavet läbi projekti veebilehe, meedias ning konverentsidel (sh SEYLE konverents Eestis)
- Projekti tulemusi on publitseeritud Eesti teadus jm ajakirjades/ajalehtedes ning rahvusvahelistes teadusajakirjades

1.2. SUPREME

**Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion
(Suitsiidide ennetamine Interneti abil ja meedial põhinev vaimse tervise edendamine)**

Euroopa Komisjoni Rahvatervise programmi projekt

Grant Agreement nr 20091219

www.supreme-project.org; sekkumisprogramm - Supremebook.org

Keskus: NASP, Karolinska Instituut, Stockholm (Rootsi)

Superviisor: Prof Dr Danuta Wasserman

Projekti koordinaator Eestis: Prof Dr Airi Värnik

Projektijuhid: Airi Mitendorf (alates 2011), Lauraliisa Mark (2010-2011)

Läbiviimise aeg: 2010-2013

Rahastajad: Euroopa Komisjon, Rahvatervise programm 2008-2013 (), Sotsiaalministeerium

Kokkuvõte

SUPREME üldine eesmärk on organiseerida ekspert-organisatsioonide vahelist partnerlust selleks, et arendada interneti- ja meediapõhist, mitmekeelset, kultuuriliselt kohandatud sekkumistegevust vaimse tervise edendamiseks ja suitsiidide ennetamiseks. Sekkumine hõlmab endas interaktiivset veebilehte ja meediakampaaniat, mis on suunatud teismelistele ja noortele vanuses 14-24. Veebilehte suunamise kahe erineva variandi efektiivsust mõõdetakse. Tulemuste põhjal antakse välja juhised parima praktika kohta interneti ja meedia kasutamisest vaimse tervise edendamise sekkumistegevuste läbiviimisel.

Eesmärk

SUPREME projekt on üle-Euroopalise Terviseprogrammi projekt, mille üldine eesmärk on välja töötada **internetipõhine sekkumismudel** vaimse tervise edendamiseks ja suitsiidide ennetamiseks teismeliste ja noorte hulgas (vanuses 14-24). Projekti teiseks eesmärgiks on hinnata internetikeskkonna kasutamist propageeriva kahe erineva sekkumismeetodi tõhusust: **ühel juhul suunavad õpilasi internetikeskkonda kasutama eakaaslased, teisel juhul vaimse tervise spetsialistid.**

Uuringu disain ja valim

SUPREME veebilehe paremaks kavandamiseks viidi läbi **fookusgrupi intervjuud** Karolinska Instituudis kahe grupi teismelistega. Esimese grupi moodustasid juhuvalmi põhimõttel valitud kooliõpilased. Teise grupi moodustasid psühhiaatriakliiniku patsiendid. Grupiliikmete keskmine vanus oli 17 eluaastat. Fookusgrupi intervjuud viidi mõlemas grupis läbi samadel põhimõtetel ning samadel teemadel. Fookusgrupi intervjuudest saadud tulemusi kasutatakse projekti veebilehe väljatöötamisel.

SUPREME **veebilehe erinevad komponendid** keskenduvad järgmistele aspektidele:

- ebatervislike käitumisviiside vähendamine,
- vaimse tervise teemade tutvustamine,
- vaimse tervise ja suitsiidi teemadega seotud suhtumiste muutmine ja stigma vähendamine,
- suitsidaalse käitumise ja vaimse tervise probleemide ennetamine julgustades osalejaid kasutama kohaseid toimetulekustrateegiaid,
- vaimse tervise spetsialistide poolt pakutav toetus reaalajas,
- vestlusgrupid.

Peamised **hüpoteesid**, mida uuringu raames testitakse on:

1. Internetipõhise sekkumise tulemusena väheneb osalejate depressiivsus, ärevus ja suitsidaalsus võrreldes kontrollgrupiga. Lisaks paranevad osalejate teadmised vaimsest tervisest ning abiotsimise võimalustest vaimse tervise probleemide ilmnemisel.

2. Oluliselt erineb eakaaslaste ja vaimse tervise spetsialistide poolt internetikeskkonda suunamise tõhusus.

Uuring viiakse läbi 7 Euroopa riigis: Eesti, Ungari, Itaalia, Hispaania, Inglismaa, Leedu ja Rootsi. Mõlema hüpoteesi kontrollimine toimub kõikide projektis osalevate riikide kontekstis. Materjalid tõlgitakse vastava riigi keelde ning kohandatakse kultuuriliselt sobivaks (internetikeskkond, seminaride materjalid, küsimustikud jms).

Uuringus osalevate noorte keskmine vanus on 15 eluaastat. Juhuvalimi põhimõttel valitud koolides moodustatakse klastrid lähtuvalt õpilaste vanusest ning uuringu üldkogumiks on valitud koolide õpilased vanuses 14-16 eluaastat. Uuringu valimi moodustavad kõik õpilased, kes on andnud nõusoleku ning kelle vanemad on andnud informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks. Uuringus osalevate noortega viiakse läbi nii baashindamine kui järelhindamine enne ja pärast internetipõhist sekkumist.

Sihtrühma kirjeldus ja suurus:

1. SUPREME sihtühma suuruseks on minimaalselt 300 kooliõpilast vanuses 14-16 eluaastat kolmest

erinevast koolist.

2. Koolide valik toimub järgmiste põhimõtete alusel:

- Kooli juhtkond on andnud nõusoleku osalemiseks
- Tegemist on avalik-õiguslike koolidega
- Koolis õpib vähemalt 150 last vanuses 14-16 eluaastat
- Koolis on rohkem kui kaks õpetajat, kes õpetavad lapsi vanuses 15 eluaastat
- Mitte rohkem kui 60% õpilastest on ühest soost
- Õpilastelt ja nende vanematelt on saadud informeeritud nõusolek

Õpilaste baasihindamise ja järelhindamiste läbiviimiseks kasutatakse kodeeritud SUPREME küsimustikku, mis käsitleb andmeid õpilaste depressiooni, ärevuse, stressi, interneti kasutamise, abi-otsimise oskuste ning vaimse tervise alaste teadmiste ja hoiakute kohta. Küsimustiku täitmine toimub internetis. SUPREME projekti raames toimub õpilaste hindamine kolmel korral: baashindamine enne sekkumist, järelhindamine sekkumisest 2 kuu ja 6 kuu möödudes.

Sekkumiste protseduur:

1. Koolide valik vastavalt SUPREME projekti valimi moodustamise põhimõtetele

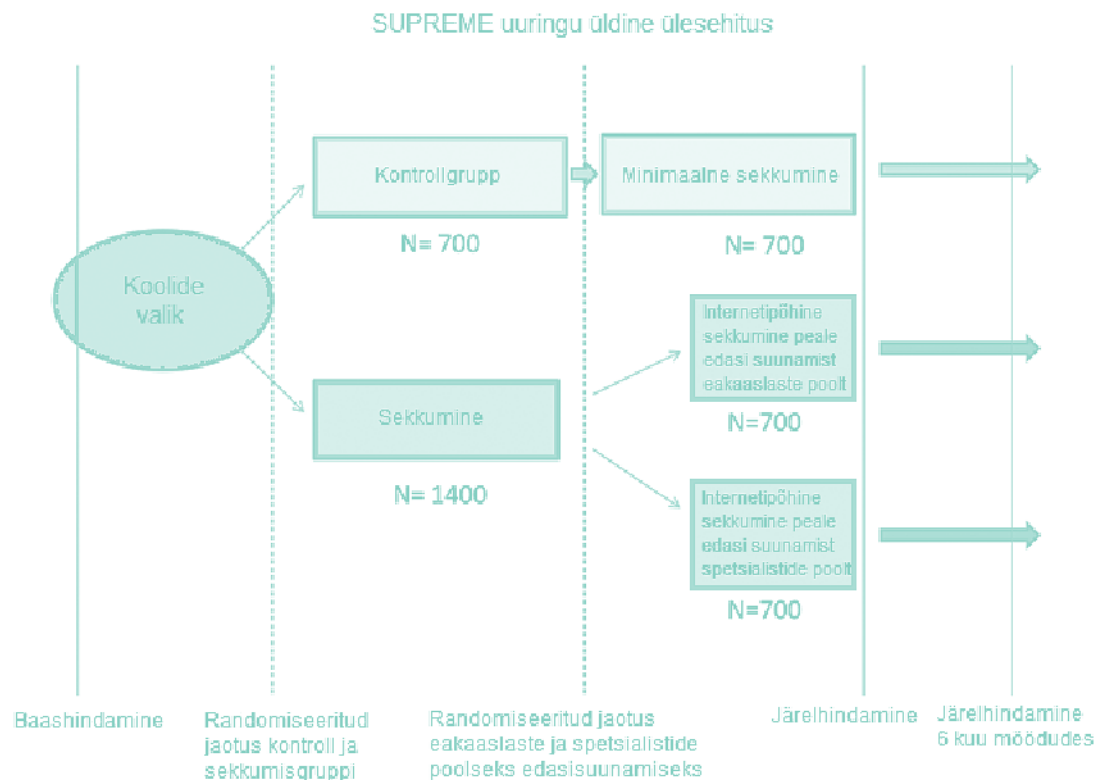
Peale koolide väljaselgitamist toimub koolide randomiseeritud jaotus kontrollgrupiks ja kaheks sekkumisgrupiks. Valitud koolid osalevad kolmest tegevusest ühes:

- a) Kontrollgrupp (minimaalne sekkumine),
- b) Täielik osalus peale edasisuunamist eakaaslaste poolt
- c) Täielik osalus peale edasisuunamist vaimse tervise spetsialistide poolt

2. Kontrollgrupi ja sekkumisgruppide baashindamine (internetipõhine küsimustik õpilastele) enne internetipõhist sekkumist.
3. Informatiivsed kohtumised, mille raames eakaaslased või vaimse tervise spetsialistid suunavad õpilasi sekkumisgruppides SUPREME veebilehekülge kasutama.
 - a) Eakaaslaste poolset suunamist viivad läbi kaks kooliõpilast vanuses 15 eluaastat.
 - b) Spetsialistide poolset suunamist viivad läbi vaimse tervise spetsialistid vanuses 35 eluaastat ja rohkem.

Kooliõpilasi juhendavad meeskonnaliikmed valmistatakse ette projekti SUPREME raames. Informatiivsed kohtumised õpilastega viiakse läbi klassiruumis ning tutvustatakse lühidalt SUPREME eesmärgid ning internetipõhise sekkumise veebilehekülge. Iga õpilane saab anonüümse identifitseerimise numbri (ID nr), mida kasutatakse internetikeskkonda sisenemisel ning küsimustiku täitmisel. Anonüümse ID nr abil saavad noored turvaliselt suhelda projekti meeskonnaliikmetega ja teiste osalejatega SUPREME veebilehel.

4. Noorte vaimse heaolu põhjalikum analüüs viiakse läbi vaimse heaolu küsimustiku korduvtäitmise teel (2 ja 6 kuu möödudes sekkumisest) nii kontrollgrupis ja sekkumisgruppides. Sekkumiste efektiivsust mõõdetakse DASS skaalal (Lovibond & Lovibond, 1995) ning selgitatakse välja osalejate depressiooni, ärevuse ja stressi vähenemine võrreldes kontrollgrupiga. SUPREME spetsiifilise küsimustikuga mõõdetakse osalejate interneti kasutamist, suitsidaalset ja riskikäitumist, abiotsimise oskusi, hoiakuid ja teadmisi vaimsest tervisest.
5. Psühhomeetriliste instrumentide kasutamine, noorte nõustamine veebikeskkonnas.
6. Interneti kasutamise sageduse ja internetile vaba ligipääsuga noorte arvu integreerimine sekkumise tulemustega efektiivsuse hindamiseks.
7. Veebilehe külastatavuse ja veebilehel sooritatud tegevuste analüüs hindamaks erinevate suunamiste (noorelt noorele; vaimse tervise spetsialistilt noorele) efektiivsust.
8. Baashindamise ja järelhindamise läbiviimisel tagatakse õpilaste anonüümsus. Iga õpilane saab personaalse ID numbri, mida säilitatakse AKI nõuetele vastavalt ERSI-s. Käesoleva uuringu läbiviimiseks palutakse nõusolekut lapsevanematelt.



SUPREME projekti tegevuste raames kaardistas ERSI olemasolevad eestikeelsed veebileheküljed, mis avanesid sellistele märksõnadele nagu suitsiid, enesetapp, stress, depressioon ja ärevus. Märksõnad sisestati Google Chrome veebilehitsejale, mis on sagedamini kasutatav keskkond informatsiooni otsimisel. Andmed koguti ajavahemikul 21-25 märts 2011.a. Otsingu tulemusena toodi välja 30 esimesena avanenud veebilehekülge. Põhjalikumalt analüüsiti märksõnadele suitsiid ja enesetapp avanenud lehekülgi. Analüüsi tulemusena selgus, et sagedamini avanesid nendele märksõnadele leheküljed, mis sisaldasid stigmatiseerivat ja suitsiididele ohutavat informatsiooni. Vähe oli välja toodud professionaalsete abistajate kontakte ja telefoninumbreid. Analüüsi tulemuste tutvustamiseks on ERSI-l valminud artikkel "Suitsiiditeema kajastamine internetis: suitsiidimõtetega inimeste abistamine", mille autorid on Airi Mitendorf, Merike Sisask, Lauraliisa Mark ja Airi Värnik. Artikkel on avaldatud ajakirjas „Sotsiaaltöö“.

1.3. WE-STAY

WE-STAY, EK 7RP projekt

„Koolipuudumiste vähendamine Euroopa noorte hulgas“

(Working in Europe to Stop Truancy Among Youth – WE-STAY)

Euroopa Komisjoni 7.raamprogrammi projekt

EC FP7, HEALTH-2010; Grant Agreement No 241542

www.we-stay.eu

Keskus: NASP, Karolinska Instituut, Stockholm (Rootsi)

Superviisor: Prof Dr Danuta Wasserman

Projekti koordinaator Eestis: Prof Dr Airi Värnik

Projektijuht: Mari Jushkin (sekkumine), Merike Sisask (administratiiv- ja finantsasjad), Peeter Värnik (andmebaasi haldus)

Läbiviimise aeg: 2010-2013

Rahastajad: Euroopa Komisjoni 7. raamprogramm (Leping nr 241542), Sotsiaalministeerium

Kokkuvõte

Uuring käsitleb ulatuslikult õpilaste õpilaste elustiili, pere- ja koolielu, tervislikku seisundit, suhteid, riskikäitumist, sh suitsidaalset käitumist ja lingib seda koolist puudumisega. Baasandmete kogumise järgselt rakendatakse kolme erinevat sekkumismudelit, analüüsitakse nende efektiivsust 1 kuu, 6 kuu ning kolme aasta pärast ning esitatakse meetmed koolipuudumiste vähendamiseks.

Eesmärk

WE-STAY on Euroopa teismeliste vaimset tervist edendav programm, mille üldeesmärgiks on koolist põhjusteta puudumiste vähendamine läbi riski- ja suitsidaalse käitumise vähendamine, erinevate preventsiiprogrammide tulemuslikkuse hindamine ning Euroopa riikides teismeliste vaimset tervist edendavate programmide rakendamiseks ning põhjusteta puudumiste vähendamiseks kultuuriliselt kohandatud soovitude väljatöötamine.

1. Koguda infot koolipuudumiste kohta Euroopa teismeliste hulgas
2. Rakendada 3 erinevat koolipõhist teismeliste sekkumisprogrammi eesmärgiga vähendada koolipuudumisi ja parandada õpilaste vaimset tervist
3. Hinnata sekkumiste tulemuslikkust võrrelduna kontrollgrupiga multidistsiplinaarses perspektiivis, sh sotsiaalseid, psühholoogilisi ja majanduslikke aspekte
4. Soovitada efektiivseid ja kultuuriliselt kohandatud mudeleid koolipuudumise ennetamiseks ja vaimse tervise edendamiseks teismeliste hulgas erinevates Euroopa maades.

Alaeesmärgid:

1. Koguda andmeid Euroopa teismeliste koolist põhjusteta puudumiste kohta, sh moodustada epidemioloogiline andmebaas, mis sisaldab:
 - a) andmeid kooliõpilaste koolist põhjusteta puudumiste kohta ja nende seosed vaimse tervisega mõõdetud heaolu, depressiooni, suitsidaalsuse jne indikaatoritega.
 - b) andmeid kooli ja perekonna hoiakutest kooliõpilaste koolist põhjusteta puudumiste kohta.

2. Rakendada sekkumisi teismeliste vaimse tervise parandamiseks ning koolist põhjusteta puudumise vähendamiseks. Kolme sekkumismudeli võrdlus:
 - a) üldine teadlikkuse tõstmine läbi õpilaste, õpetajate jm koolipersonali ning lapsevanemate koolitamise.
 - b) riskigruppi kuuluvate teismelistega tegelemine vaimse tervise spetsialistide poolt.
 - c) kombineeritud sekkumine, mis hõlmab nii üldist teadlikkuse tõstmist kui riskigruppi kuuluvate teismelistega tegelemist vaimse tervise spetsialistide poolt.
3. Hinnata teismeliste suunatud sekkumiste tulemuslikkust multidistsiplinaarses perspektiivis (sotsiaalne, psühholoogiline ja majanduslik aspekt) ning võrrelduna kontrollgrupiga
 - a) hinnata kolme testitud sekkumismudeli tulemuslikkust;
 - b) hinnata, millised sekkumise komponendid on kõige efektiivsemad;
 - c) hinnata sekkumise protsessi;
 - d) hinnata sekkumise jätkusuutlikkust;
 - e) hinnata sekkumise kulu-efektiivsust.
4. Töötada välja efektiivsed kultuuriliselt kohandatud sekkumismudelid teismeliste vaimse tervise edendamiseks ja koolist põhjusteta puudumiste vähendamiseks erinevates Euroopa riikides:
 - a) anda infot tõenduspõhiste teismeliste koolist põhjusteta puudumistele suunatud preventsiiooni-programmide väljatöötamiseks erinevates kultuurides;
 - b) tõsta poliitikakujundajate, spetsialistide ja laia avalikkuse teadlikkust koolist põhjusteta puudumise ning selle psühholoogiliste ja sotsiaalsete mõjude kohta;
 - c) levitada projekti tulemusi projekti kodulehe, meedia, tervise teemaliste konverentside ja teismeliste suunatud ürituste kaudu.

Sihtrühma kirjeldus ja suurus:

1. WE-STAY sihtühma suuruseks on 1600 kooliõpilast vanuses 13-16 eluaastat (7.-9. klass) 24 erinevast koolist. Nende peal testitakse alljärgnevaid sekkumismudeleid:
 - a) üldine vaimse tervise edendamine tõstes kooliõpilaste, õpetajate jm koolipersonali ning lapsevanemate teadlikkust (400 õpilast);
 - b) riskigruppi kuuluvate teismeliste väljaselgitamine ja nendega tegelemine vaimse tervise spetsialistide poolt (400 õpilast);
 - c) kombineeritud sekkumine – üldine teadlikkuse tõstmine koos riskigruppi kuuluvate teismelistega tegelemisega vaimse tervise spetsialistide poolt (400 õpilast, ca 10-20% nendest saab täiendavat psühholoogilist ja/või psühhiaatrilist abi);
 - d) kontrollgrupp (400 õpilast).
2. Lisaks kooliõpilastele on sihtühmaks

- a) lapsevanemad (vähemalt 500 inimest);
 - b) õpetajad (vähemalt 300 inimest);
 - c) muu koolipersonal (vähemalt 200 inimest).
3. Haridus- ja tervisepoliitika kujundajad, teadlaskond.
 4. Koolid, kellele levitatakse projekti tulemustel põhinevaid koolitus- ja infomaterjale.

Värbamisviisi kirjeldus:

Teostatakse juhuvalik Tallinna, Harjumaa ja Raplamaa eestikeelsete koolide hulgas selliselt, et kaasatud oleksid nii suured kui väikesed koolid. Õpilased kaasatakse klasside kaupa. Erinevates koolides viiakse läbi erinevaid eelpool nimetatud sekkumismooduleid: a) vaimse tervise edendamine õpilaste, õpetajate jm koolipersonali ning lapsevanemate teadlikkuse parandamise teel; b) riskigruppi kuuluvate teismelistega tegelemine vaimse tervise spetsialistide poolt; c) üldine teadlikkuse tõstmine koos riskigruppi kuuluvate teismelistega tegelemisega vaimse tervise spetsialistide poolt; d) kontrollgrupp.

Pedagoogidest hõlmatakse uurimuses osalevate koolide õpetajad, kes annavad tunde 7.-9. klassidele. Lapsevanematest hõlmatakse uurimuses osalevate laste vanemad. Muu koolipersonali hulgas kaasatakse selleks valimis olevate koolide töötajad, kes ei ole õpetajad.

Õpilase osalemiseks uurimuses küsitakse õpilaselt endalt ja tema vanemalt informeeritud kirjalik nõusolek. Lapsevanemalt küsitakse uuringus osalemiseks samuti kirjalik nõusolek.

Uurimismetoodika

Õpilaste skriinimiseks kasutatakse kodeeritud küsimustikku, mis käsitleb andmeid õpilase koolist põhjusest puudumise, tervise- ja riskikäitumise, elustiili, valikute kohta (narkootikumide, alkoholi tarvitamine, vägivaldne ja riskikäitumine) ja nende seost vaimse tervisega mõõdetuna heaolu, depressiooni, suitsidaalsuse jne indikaatoritega. Küsimustiku täitmine toimub koolitundide ajal. Kuna uurijad on huvitatud õpilase seisundist ka 1 kuu ja 6 kuu ning aasta pärast, soovitakse õpilaselt teada korduva kontakti võimalust juba esimesel küsitlusel.

Sekkumismudelite testimine:

1. Baasi hindamine:
 - a) kõigil kolmel sekkumismudelil ja kontrollgrupil on küsitlus anonüümne ja vastavuses isikuandmete kaitse nõuetega ning eetiliste printsiipidega;
 - b) instrumentidena on kasutusel Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS), WHO Well-being scale (WHO-5), Beck Depression Inventory (BDI), Paykel Suicide Scale (PSS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), European Values Study Questionnaire (EVS), Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ), School Refusal Assessment Scale-Revised (Children) (SRAS-R), Antisocial Beliefs and Attitudes Scale (ABAS), Children's Perceived Self-Efficacy (CPSE);

- c) hinnatakse õpilase puudumisi koolist, selle põhjuseid, õpilase tegevusi koolist põhjusega puudumise ajal, hoiakuid kooliskäimise suhtes;
 - d) hinnatakse õpilaste toimetulekumehhanisme, mida nad kasutavad probleemide lahendamiseks.
 - e) koolist küsitakse uurimuses osalevate õpilaste kohta andmed nende puudumiste kohta eelneva aasta jooksul, et saada ka objektiivsed andmed.
2. Esimene sekkumine (algab 1 nädal pärast baasi hindamist)
- Testitavad sekkumismudelid on:
- a) üldine tervise edendamine läbi kooliõpilaste, õpetajate jm koolipersonali ning lapsevanemate endi teadlikkuse tõstmise (Truancy-Aware);
 - b) skriinimine ja vaimse tervise spetsialisti juurde ravile suunamine (Truancy-Screen);
 - c) kombineeritud sekkumine: üldine tervise edendamine ja skriinimine (Truancy-Combined).
 - e) Enne teist sekkumist on kaardistatud olemasolevad psühhiaatrilise, psühholoogilise ja kriisiabi võimalused, kuhu riskigruppi kuuluvad kooliõpilased suunata.
3. Teine sekkumine:
- Esimese sekkumise käigus väljaselgitatud riskigruppi kuuluvad kooliõpilased suunatakse konsultatsioonile ja/või ravile vaimse tervise spetsialisti juurde.
4. Tulemuse hindamine (1 ja 6 kuud ning 3 aastat pärast esimest sekkumist):
- Sama metoodika (instrumendid, indikaatorid), mis baasi hindamiseks.

Uuringus järgitud eetilised printsiibid

Uuring viiakse läbi arvestades Euroopa Liidus kehtivate baasiliste eetiliste printsiipidega ning järgides Euroopa Liidu ning Eesti Vabariigi vastavasisulisi õigusakte.

Skriinimisel jäävad õpilased anonüümseks. Iga õpilane saab personaalse koodi, mille annab õpilasele klassiruumis mida teab vaid ERSI intervjuerija ning mida hiljem on õigus nimega linkida vaid projektijuhil. Õpilaste nimed ja koodid ja mida säilitatakse AKI nõuetele vastavalt ERSIs. Käesoleva uuringu läbiviimiseks palutakse lapsevanemate nõusolekut. Saadud andmete registreerimine ja delikaatsete isikuandmete töötlemine toimub ERSI poolt.

Täieliku anonüümsuse nõudest on uuringu läbiviijal õigus taganeda ainult juhul, kui küsitluse tulemusena selgub, et skriinitud laps on akuutselt suitsidaalne ning võib ise enda elule ohtu kujutada. Skriinitud riskigrupi lapsi ei jäeta tähelepanuta, vaid nad suunatakse spetsialisti (psühhiaatri, psühholoogi) juurde abi saamiseks. Selleks värvatakse projekti heaks tööle vastava kvalifikatsiooniga (kooli)psühholoogid ning sõlmitakse koostööleping Tallinna Lastehaiglagaga, et oleks vajadusel tagatud riskilaste kiire psühhiaatriline läbivaatus. Kontrollgruppi kuuluvad lapsed saavad infovoldiku.

WE-STAY uuring keskendub erinevatele teemadele: õpilaste elustiil, pere- ja koolielu, tervislik seisund (kehalised kaebused), omavaheline läbisaamine, koolist puudumine, riskikäi-

tumine. Lisaks puudutavad küsimused ka õpilaste võimalikke suitsidaalseid mõtteid ning suitsiidikatseid, mis võivad tekitada tugevaid tundeid noortes, kes on suitsiidiprobleemidega lähedalt kokku puutunud. Küsimustiku täitmine toimub isiku järelvalve all, kes on otseselt seotud õpilaste tervisealase tööga, et vajadusel luua õpilastega kontakt ning hinnata nende tervislikku seisundit. Uuring on näidanud, et küsitlusuuringud ei kujuta ohtu suitsidaalse käitumise esilekutsumises.

1.4. Testid ja skaalad vaimse tervise seisundi hindamiseks

Kolmes eelkirjeldatud uuringus on osalejate vaimse tervise ja sellega potentsiaalselt seotud asjaolude hindamiseks kasutatud arvukalt rahvusvaheliselt tunnustatud mõõdikuid.

Originaalkeelne nimetus: WHO-Five Well-being Index (WHO-5)

Kasutatav eestikeelne vaste: WHO-5 heaolu indeks

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: WHO-5 heaolu indeks (WHO-5) töötati välja Maailma Terviseorganisatsiooni vaimse tervise koostöökeskuses Taanis (asutuse nimetus inglise keeles: Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand). Projekti eestvedaja oli professor Per Bech. Praegune versioon valmis 1998. aastal. www.who-5.org

Kasutamise eesmärk: WHO-5 mõõdab vaimset heaolu ning on seeläbi depressiooni skriinimise vahendiks.

Olemus: WHO-5 koosneb viiest lihtsast positiivselt sõnastatud küsimusest, millele uuritav viimase 2 nädala enesehinnangust lähtudes vastab kuuepallisel Likert skaalal (0–5).

Tulemuste arvestamine: Kõik vastuste numbrilised väärtused liidetakse. Minimaalseks summaks on 0, mis väljendab heaolu täielikku puudumist, ja maksimaalseks 25, mis väljendab täielikku heaolu.

Tulemuste interpreteerimine: Kui arvutatud skoor on 12 või vähem, siis on tegemist vähese heaoluga ning soovitatakse läbi viia mõni kliinilist depressiooni mõõtev test. Sama soovitus on juhuks, kui ükskõik milline küsimus on vastatud väärtusega 0 või 1. Võimalike heaolu muutuste väljaselgitamiseks kasutatakse 100punktilisele skaalale üle viidud (st neljaga korrutatud) skoori. Üle 10% muutus loetakse oluliseks.

Originaalkeelne nimetus: Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Kasutatav eestikeelne vaste: Becki depressiooniküsimustik

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: BDI-II töötas välja Aaron Beck koos kolleegidega 1996. aastal ning see baseerub sama teadlase juhtimisel 1961. aastal väljapakutud BDI küsimustikul.

Beck AT, Steer RA and Brown GK (1996) "Manual for the Beck Depression Inventory-II". San Antonio, TX: Psychological Corporation

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (June 1961). "An inventory for measuring depression". *Arch. Gen. Psychiatry* **4** (6): 561–71.

Kasutamise eesmärk: BDI-II kasutatakse depressiooni diagnoosimiseks ja selle raskusastme mõõtmiseks.

Olemus: BDI-II koosneb 21 küsimusest, millest igaühele on 4 tekstilist vastust (söömise ja magamisega seotud küsimustel 7), mille vahelt uuritav valib viimase kahe nädala põhjal tema seisukohalt kõige sobilikuma. Neile vastustele on omistatud skoorid vahemikus 0–3.

Tulemuste arvestamine: Kõik vastuste numbrilised väärtused liidetakse. Minimaalseks summaks on 0 ja maksimaalseks 63.

Tulemuste interpreteerimine: Skoor 14–19 viitab kergele depressiivsusele, 20–28 keskmisele depressiivsusele ja üle 29 raskele depressiivsusele.

Originaalkeelne nimetus: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Kasutatav eestikeelne vaste: Tugevuste ja raskuste küsimustik

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: SDQ töötas välja Robert Goodman 1997. aastal. www.sdqinfo.org

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **38**, 581–586.

Kasutamise eesmärk: SDQ on kasutusel laste käitumise mõõtmiseks.

Olemus: SDQ koosneb 25 väitest, mis on temaatiliselt jaotatavad viide rühma: emotsionaalsed probleemid, käitumisprobleemid, hüperaktiivsus, eakaaslastega seotud probleemid ja prosotsiaalsus, igaühes 5 väidet. Vastaja saab igal puhul valida kolme vastusevariandi vahel: kindlasti, mõningal määral ja üldse mitte. Küsimustikku kohaldatakse lastele vanuses 4–17, kusjuures küsimustiku võib täita nii laps, vanem kui õpetaja.

Tulemuste arvestamine: Iga vastuse väärtuseks on 0, 1 või 2 punkti. Skoore on võimalik vaadelda nii teemade kaupa kui tervikuna, üldskoori arvutamisel prosotsiaalsuse skoori arvesse ei võeta. Minimaalne skoor on seega 0 ja maksimaalne 40.

Tulemuste interpreteerimine: Sõltuvalt sellest, kas küsimustiku täitja on laps, vanem või õpetaja, on tulemuste tekstilise tõlgenduse skoorivahemikud mõnevõrra erinevad. Enesekohase vastamise puhul on normaalne vahemik 0–15, piiripealne 16–19 ja kõrge üle 20.

Originaalkeelne nimetus: Paykel Suicide Scale (PSS)

Kasutatav eestikeelne vaste: Paykeli suitsiidiskaala

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: PSS töötas välja Eugene Paykel koos kolleegidega 1974. aastal.

Paykel ES, Mayers JK, Lindenthal JJ & Tanner J. (1974) Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, **124**, 460–469.

Kasutamise eesmärk: PSS eesmärk on hinnata uuritava suitsiidimõtteid ja -kavatsusi ning selle läbi määrata suitsiidirisk.

Olemus: PSS koosneb viiest raskusastme põhjal järjestatud küsimusest suitsiidimõtete olemasolust kuni suitsiidkatse sooritamiseni viimase kahe nädala jooksul. Uuritav saab esinemissageduse kohta vastata viiepallisel Likert skaalal (0–4).

Tulemuste interpreteerimine: Eritähelepanu tuleb kohaldada nendele, kes kahele viimasele küsimusele vastavad suurema väärtusega kui 0.

Originaalkeelne nimetus: Deliberate Self Harm Inventory (DSHI)

Kasutatav eestikeelne vaste: Tahtlike enesevigastuste (TEV) küsimustik

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: DSHI töötas välja Kim Gratz 2001. aastal.

Gratz KL (2001) Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **23**, 253-263.

Kasutamise eesmärk: DSHI võimaldab väga täpselt teada saada uuritava enesevigastuste sageduse ja liikide kohta.

Olemus: Originaalversioonis on 17 küsimust TEV liikide kohta, millele saab uuritav vastata, kas tema puhul seda on esinenud või ei. Täpsustada on võimalik sagedust, kestust, hospitaliseerimise vajadust. Laste üldise skriinimise instrumendiks on küsimustik liiga mahukas, kuid kasutada on võimalik lühemat versiooni DSHI-9 või veelgi lühendatud varianti.

Tulemuste interpreteerimine: Saadud vastuseid võib vaadelda informatiivsena, kuid võib ka rakendada piirmäära, mille ületamisel on tegemist enesevigastusliku käitumisega, mis vajab eraldi tähelepanu. Sõltuvalt küsimustiku pikkusest on piirmäärad erinevad. Kui vigastuste liigid on koondatud viide rühma, siis loetakse piirmäära ületavaks enesevigastamine kahel või enamal moel.

Originaalkeelne nimetus: Zung Self-rating Anxiety Scale (Z-SAS)

Kasutatav eestikeelne vaste: Zungi ärevuseskaala

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: Z-SAS töötas välja William Zung 1971. aastal

Zung WWK (1971) A rating instrument for anxiety. *Psychosomatics*, **12**, 371-379

Kasutamise eesmärk: Z-SAS võimaldab kliiniliselt mõõta ärevuse taset (ärevushäire olemasolu)

Olemus: Z-SAS koosneb 20 väitest enesetunde kohta, mille esinemissagedust viimase nädala või kahe nädala jooksul uuritav hindab neljapallisel Likert skaalal (1–4).

Tulemuste arvestamine: Vastuste numbrilised väärtused liidetakse, kusjuures tuleb tähele panna, et viie küsimuse puhul on skaala ümberpööratud. Summa minimaalne väärtus on 20 ja maksimaalne 80.

Tulemuste interpreteerimine: Skoor 20-44 viitab normaalsele ärevustasemele, 45-59 kergele kuni keskmisele ärevustasemele, 60-74 raskele ärevustasemele ja 75-80 ekstreemsele ärevustasemele.

Originaalkeelne nimetus: Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

Kasutatav eestikeelne vaste: Depressiooni, ärevuse ja stressi skaala

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: DASS töötasid välja Sydney ja Peter Lovibond 1995. aastal. <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/>

Lovibond SH & Lovibond PF (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Lovibond PF & Lovibond SH (1995) The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 335-343.

Kasutamise eesmärk: DASS võimaldab mõõta kolme omavahel seotud negatiivset emotsionaalset seisundit: depressioon, ärevus ja stress.

Olemus: DASS küsimustik koosneb 42 väitest, mida vastaja peab hindama enda arvamusest lähtuvalt 4pallisel Likert skaalal, kus 0 tähendab, et väide ei kehti üldse, ja 3 tähendab, et väide kehtib väga palju või enamuse ajast viimase nädala jooksul. Kolm alaskaalat, igaühe kohta 14 väidet, mõõdavad vastavalt depressiooni, ärevust ja stressi. Küsimustikust on arendatud ka poole lühem versioon, mis sisaldab 21 väidet. Uuritavate soovituslik vanus on 12 eluaastat ja rohkem.

Tulemuste arvestamine: Vastuste numbrilised väärtused liidetakse alaskaalade kaupa. Minimaalne skoor on 0 ja maksimaalne 42. Lühema skaala kasutamisel peab vastuste väärtuste summad korrutama kahega.

Tulemuste interpreteerimine: Skooride tõlgendused on alljärgnevas tabelis.

Raskusaste	Depressioon	Ärevus	Stress
Normaalne	0-9	0-7	0-14
Kerge	10-13	8-9	15-18
Keskmine	14-20	10-14	19-25
Raske	21-27	15-19	26-33
Väga raske	28+	20+	34+

Oluline on kliiniliselt jälgida samaaegselt kõrgeid alaskaalade skooride.

Originaalkeelne nimetus: Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ) for internet dependence

Kasutatav eestikeelne vaste: Young'i internetisõltuvuse küsimustik

Väljatöötaja ja muud olulised asjaolud või viited: YDQ töötas välja Kimberly Young 1998. aastal.

Young KS (1998) Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, **1**, 237-244

Kasutamise eesmärk: YDQ võimaldab lihtsal viisil mõõta internetisõltuvuse taset, sh patoloogilist internetisõltuvust. Täpsemaks uurimiseks võib pärast kasutada komplitseeritumaid mõõtevahendeid.

Olemus: YDQ koostamisel oli lähtekohaks patoloogilise mängurluse kohta varasemalt välja töötatud test. Uuritav vastab jaatavalt või eitavalt kaheksale küsimusele enda internetikäitumise kohta viimase kuue kuu jooksul. Sama autor on välja töötanud ka küsimustiku 20 väitega, millele saab vastata viiepallisel Likert skaalal – Internet Addiction Test (IAT)

Tulemuste arvestamine: Loetakse kokku Jah-vastused. Minimaalne skoor on 0 ja maksimaalne 8.

Tulemuste interpreteerimine: Skoor 0–2 tähendab internetisõltuvuse puudumist, 3–4 mõningast internetisõltuvust ning üle 5 patoloogilist internetisõltuvust.

2. RISKIKÄITUMISE OLEMUS NING SKRIINIMISE JA SEKKUMISE VAJALIKKUS

Noorukid võivad ühel hetkel olla vägagi täiskasvanulikud, järgmisel hetkel aga uskumatult ebaküpsed.

Vastavalt probleemkäitumise teooriale võib riskikäitumise all mõista käitumisviise, mis ohustavad nooruki füüsilist või psühhosotsiaalset arengut. Need on käitumisviisid, mis kutsuvad reeglina esile mingi jõulise (näiteks arest) või vähem jõulise (näiteks hukkamõist) sotsiaalse kontrolli reaktsiooni. Riskikäitumise avaldumisviise on väga erinevaid: suitsetamine, alkoholi tarvitamine, narkootikumide tarvitamine, varased ja/või kaitsmata seksuaalvahekorrad, koolikohustuse mittetäitmine, agressiivsus, erinevate sõiduvahenditega ohtlik liiklemisviis jms.

Probleemkäitumise teooria kohaselt määravad käitumise kolm süsteemi, mis oma loomult ja poolusest sõltuvalt etendavad kas riskikäitumise kaitse- või riskifaktori rolli. Tasakaal nende süsteemide siseselt ja süsteemide vahel määrab ära noore potentsiaali riskivalt või probleemselt käituda. Need süsteemid on:

- keskkonnataju (sotsiaalne kontroll, rollimudelid, toetus)
- isiksus (väärtused, ootused, uskumused, hoiakud, suhtumine iseendasse ja ühiskonda)
- käitumine (sotsiaalselt aktsepteeritud / hukka mõistetud käitumisviisid)

Probleemkäitumise teooria on kinnitust leidnud mitmetes ristläbilõikelistes ja longitudinaalsetes uurimustes. On leitud, et riskikäitumisele on iseloomulik muutumine nii-öelda riskikäitumise sündroomiks: erinevad riskikäitumise viisid mitte ainult ei kipu kumuleeruma, vaid on negatiivselt seotud ka prosotsiaalsete käitumistega (näiteks tervislikult toitumisega).

Põhjused, miks riskikäitumine on sedavõrd levinud just noorte hulgas, on paelunud paljusid teadlasi. Stereotüüp, et noored on irratsionaalsed ega taju adekvaatselt oma käitumise võimalikke tagajärgi, ei ole enamjaolt teaduslikku kinnitust leidnud. Vastupidi – on leitud, et noorte loogiline arutluskäik ja riskitunnetus on sarnane täiskasvanute omale. Sellest tulenevalt on uurijad järeldanud, et noorte teadlikkus erinevate käitumisviiside riskidest on väiksem, kuid paraku ei ole loodetud efekti saavutanud ka sekkumised, mille fookuses on olnud noorte teadlikkuse, hoiakute ja uskumuste korrigeerimine.

Riskikäitumise põhjuseid on püütud seletada läbi noore peaaju arengu, mille kohaselt määrab riskikäitumise noore loogiline arutluskäik ja psühholoogilised faktorid. Erinevalt loogilisest arutluskäigust, mis on 15-aastaselt enamvähem samal tasemel nagu täiskasvanutel, esineb noortel ja täiskasvanutel olulisi erinevusi psühholoogiliste võimete osas (impulsiivne kontroll, emotsioonide reguleerimine, naudingutunde edasilükkamine, vastuseis kaaslaste survele).

Seetõttu võibki väita, et riskikäitumise põhjused peituvad aju sotsiaalemotsionaalse võrgustiku (eriti tundlik sotsiaalsetele ja emotsionaalsetele stiimulitele) ja kognitiivse kontrolli võrgustiku (mille ülesanneteks on planeerimine, ette mõtlemine, eneseregulatsioon) interaktsioonis. Et sotsiaalemotsionaalne võrgustik modelleeritakse hormonaalsete muutuste

poolt juba varajases noorukieas, kuid kognitiivse kontrolli võrgustik küpseb kuni noore täiskasvanueani, nähakse riskikäitumist paljuski võitlusena nende kahe võrgustiku vahel.

Seejuures on oluline silmas pidada, et sotsiaalemotsionaalne võrgustik ei ole kogu aeg kõrgendatud aktiivsusega. Emotsionaalse mitteerutatuse korral (näiteks üksi olles) on kognitiivse kontrolli võrgustik piisavalt tugev kontrollimaks noore impulsse ja riskikäitumist. Sotsiaalse ja emotsionaalse stiimuli toimet aktiveeruvad noortel aga ajupiirkonnad, mis on muuhulgas tundlikud tasule (näiteks kaaslaste heakskiit). See arvatakse seletavat, miks nii palju riskikäitumist leiab aset just grupis – noored veedavad palju aega koos sõpradega, kusjuures ainuüksi sõprade kohalolek muudab tasule tundliku aju piirkonna aktiivseks.

Noorukiea riskikäitumine on otseselt seotud noorte heaoluga, akadeemilise edukuse, tervise, vanem-laps suhte kvaliteedi, erinevate riskikäitumiste samaaegse esinemisega, vägivaldsuse ja eluga rahuloluga üldiselt. Lisades sellele fakti, et riskikäitumised kipuvad kumuleeruma, on vajadus noorte riskikäitumisega tegelemiseks ilmselge.

Kuigi noorukiea riskikäitumine on „normaalne“ ja bioloogiliselt determineeritud nähtus, ei viita see kindlasti efektiivsete sekkumiste võimatusele ega asjaolule, justkui sekkuda ei olekski vaja. Lisaks laiema avalikkuse teadlikkuse tõstmisele tuleks senisest enam keskenduda ebaküpsete ja riskantsete otsuste vastuvõtmise võimaluste piiramisele, noore sotsiaalse kompetentsi tõstmisele ning vaimse tervise ja teiste nõustamisteenuste kergesti kättesaadavuse tõhustamisele. Mõnuainete kõrged hinnad ja müügipiirangud, noore toetamine ja tunnustamine (puudustele fookuseerituse asemel), enesekehtestamise ja –analüüsi oskuse arendamine, asjakohane ja kiire abi võib noorte heaolu märkimisväärselt parandada.

Alkoholi tarvitamise mustrid

Alkoholi tarvitamine on üks tuntumaid ja väga levinud riskikäitumise viise. Ühtlasi on see ka üks olulisemaid rahvatervise riske. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel seondub liigne alkoholi tarvitamine rohkem kui 200 erineva haiguse ja ebasoovitava tervises seisundiga ning vanusgrupis 20-39 on alkohol seotud umbes 25% surmajuhtumitega.

Alkoholi tarvitamisega seonduvad kahjud suurenevad järsult vanuses 12-20. On leitud, et varajases noorukieas alkoholi tarvitamine mõjub ebasoodsalt aju arengule, loob soodsa pinnase hilisema alkoholisõltuvuse tekkeks ja suurendab vaegurluse riski. Keskmises noorukieas (vanuses 15–17), mil sageneb korraga suurtes kogustes alkoholi tarvitamine, seostatakse alkoholi tarvitamist kaitsmata seksuaalvahekordade, avaliku korra rikkumise (sh kriminaalsed teod), vigastuste, enesetappude ja tahtlike enesevigastuste, joobes sõidukijuhtimise (või teadlikult sõitmine autos, mille juht on joobes), alkoholimürgistuste ja õnnetussurmadega.

On leitud, et joobes oldud kordade arv enne 16.-ndat eluaastat on täiskasvanuea alkoholi probleemide tugev ennustaja. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel on Euroopa keskmise alkoholisõltuvuse näitaja on 4,0%, kuid Eesti meeste (vanuses 15+) hulgas on alkoholisõltlasi 9,9% ning naiste hulgas (vanuses 15+) 1,7%. Samuti kuulub Eesti kümne riigi hulka, kus esineb kõige rohkem alkoholiga seotud surmajuhtumeid.

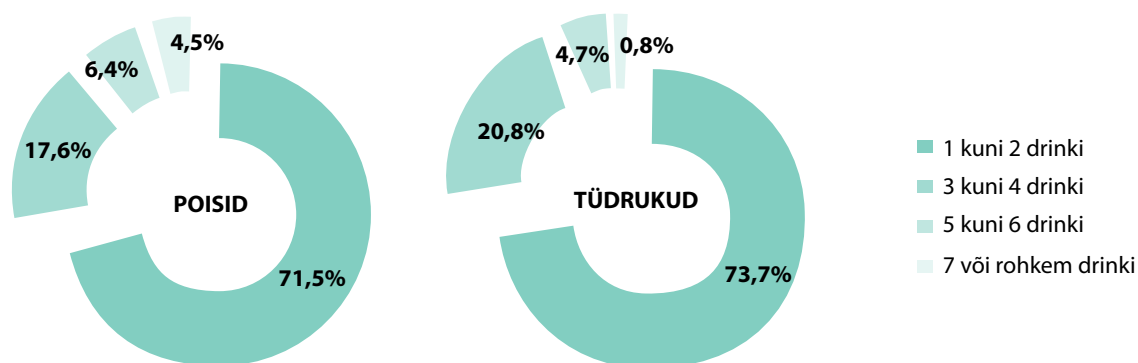
Alljärgnevalt tutvustatakse SEYLE uurimuse andmete põhjal Eesti ja Euroopa noorte alkoholi tarvitamise mustreid. Tabelis 1 on toodud Euroopa kooliõpilaste vastuste jaotus küsimusele: „kui sageli Sa jood mõne alkohoolse joogi? Näiteks 0,33l õlu või siidri; pokaali veini või 4cl kanget alkoholi.“ Andmetest selgub, et alkoholi mitte tarvitanud Eesti poiste (29,0%) ja tüdrukute (31,5%) osakaal on üsna tagasihoidlik. Alkoholi tarvitanute seas moodustavad enamuse need Eesti poisid (35,9%) ja tüdrukud (39,2%), kes tarvitavad alkohoolseid jooke kord kuus või harvem. Seejuures 21 Eesti poissi (4,4%) ja 4 (0,7%) tüdrukut vastasid, et tarvitavad alkohoolseid jooke 4 korda nädalas või sagedamini. On tähelepanuväärne, et alkoholi tarvitamise muster Eesti poistel ja tüdrukutel on üsna sarnane.

Tabel 1. Alkoholi tarvitamise sagedus Euroopa noorete hulgas

	Austria	Eesti	Prantsusmaa	Saksa-maa	Ungari	Iirimaa*	Israael	Itaalia	Rumeenia	Sloveenia	Hispaania
POISS:											
Mitte kunagi	80 22,9%	138 29,0%	91 28,9%	180 26,2%	96 23,2%	421 72,1%	337 34,6%	88 23,3%	146 37,1%	75 21,7%	215 40,6%
Kord kuus / harvem	91 26,1%	171 35,9%	114 36,2%	218 31,7%	178 42,9%	120 20,5%	300 30,8%	93 24,5%	143 36,3%	111 32,2%	127 24,0%
2-4 korda kuus	113 32,4%	117 24,6%	93 29,5%	201 29,4%	111 26,7%	33 5,7%	224 23,0%	119 31,4%	77 19,5%	99 28,7%	124 23,4%
2-3 korda nädalas	53 15,2%	29 6,1%	14 4,4%	75 10,9%	26 6,3%	3 0,5%	77 7,9%	48 12,7%	22 5,6%	42 12,2%	55 10,4%
Enamus päevadel**	12 3,4%	21 4,4%	3 1,0%	13 1,8%	4 0,9%	7 1,2%	37 3,7%	31 8,1%	6 1,5%	18 5,2%	8 1,6%
TÜDRUK:											
Mitte kunagi	121 20,3%	176 31,5%	232 34,1%	227 30,2%	145 24,5%	372 75,5%	133 58,1%	302 37,4%	434 58,6%	209 25,5%	184 37,3%
Kord kuus / harvem	173 29,0%	219 39,2%	329 48,4%	279 37,2%	272 45,9%	85 17,2%	47 20,5%	269 33,4%	227 30,7%	330 40,2%	142 28,8%
2-4 korda kuus	215 36,0%	128 22,9%	99 14,5%	201 26,8%	148 25,0%	28 5,7%	35 15,3%	167 20,7%	61 8,3%	242 29,5%	128 26,0%
2-3 korda nädalas	83 13,9%	32 5,7%	17 2,5%	36 4,8%	26 4,3%	7 1,4%	9 3,9%	54 6,7%	17 2,3%	36 4,4%	36 7,3%
Enamus päevadel**	5 0,8%	4 0,7%	4 0,5%	8 1,0%	2 0,3%	1 0,2%	5 2,2%	15 1,8%	1 0,1%	4 0,4%	3 0,6%
Keskmine vanus	15,1 ±0,77	14,2 ±0,51	15,2 ±0,76	14,7 ±0,81	15,1 ±0,79	13,7 ±0,68	15,9 ±0,76	15,3 ±0,66	15,0 ±0,37	15,2 ±0,72	14,5 ±0,70

* Iirimaa uuritud noorte keskmine vanus on Euroopa noorte keskmisest vanusest oluliselt väiksem, mis kajastub ka alkoholi tarvitanud noorte arvus.

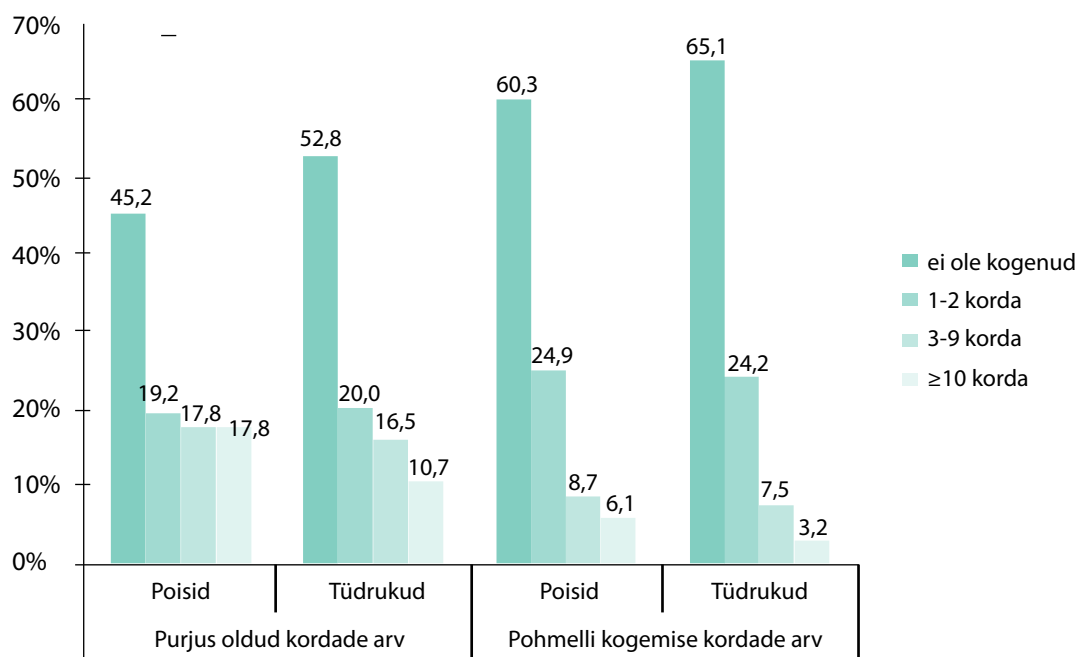
** Nädalas 4 korda või rohkem



Joonis 1. Alkohoolsete jookide tarvitamise kogus tavapärasel tarbimise korral Eesti kooliõpilaste hulgas

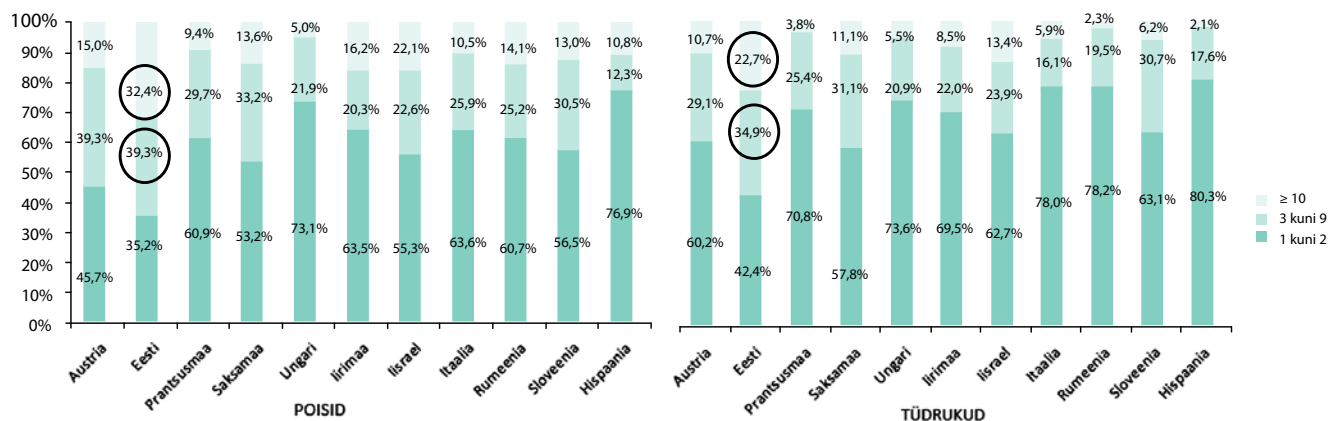
Joonisel 1 on toodud alkohoolsete jookide tarvitamise kogus tavapärasel tarbimise korral Eesti poiste ja tüdrukute hulgas (nende õpilaste seas, kes kinnitasid alkoholi tarvitamist). Õpilastelt küsiti: „sel päeval, kui Sa tarbid alkoholi, siis mitu alkohoolset jooki Sa tavaliselt jood? Selgus, et kõige sagedamini tarbivad nii Eesti poisid (71,5%; N=236) kui tüdrukud (73,7%; N=283) 1 kuni 2 drinki korraga (1 drink = 0,33l õlu või siidrit, 12cl veini või 4cl kanget alkoholi). Rohkem kui 6 dringi tarbijaid oli Eesti poiste hulgas 4,5% (N=15) ja tüdrukute hulgas 0,8% (N=3).

Joonisel 2 on kujutatud alkoholi tarvitavate Eesti kooliõpilaste purjus olemise ja pohmelli kogemise kordade arvu. Purjus olemist hinnati küsimuse abil: „mitu korda oma elu jooksul oled alkoholi tarvitamisest purju jäänud?“ ning pohmelli kogemist küsimusega: „mitu korda oma elu jooksul oled alkoholi tarvitamise tõttu olnud pohmellis või tundnud ennast haiglaselt?“ Selgus, et alkoholi tarvitavatest Eesti poistest 17,8% (N=84) ja tüdrukutest 10,7% (N=60) on olnud elu jooksul purjus 10 korda või rohkem. Pohmelli on 10 korda või rohkem kogunud vastavalt 6,1% (N=29) poistest ja 3,2% (N=18) tüdrukutest.



Joonis 2. Purjus olemise ja pohmelli kogemise kordade arv Eesti alkoholi tarvitanud kooliõpilaste hulgas

Tulemustest selgub, et Eesti kooliõpilaste alkoholi tarvitamise muster on murettekitav. Rohkem kui kolmandik poistest (35,1%; N=167) ja pea kolmandik tüdrukutest (29,3%; N=164) on 14. eluaastaks (õpilaste mediaanvanus uurimuse hetkel) kujunenud regulaarseteks alkoholi tarvitajateks (alkoholi tarvitamine vähemalt 2-4 korda kuus). Kuigi alkoholi tarvitamist peetakse poiste hulgas enam levinuks, on alkoholi tarvitamise sagedus Eesti poiste ja tüdrukute hulgas üsna sarnane ning tüdrukud ei jää palju alla ka tarbitud alkoholi koguse, purju joomise ja pohmelli kogemise mõttes. Võrreldes teiste SEYLE uurimuses osalenud Euroopa riikidega, on Eesti kooliõpilased sagedaste purju joomiste poolest selgel esikohal (joonis 3).



Joonis 3. Purju joomise sagedus end purju joonud poiste ja tüdrukute hulgas 11 Euroopa riigis

Purju joomine ja purju joomise sagedus on omakorda selgelt seotud ka vaimse tervisega (depressiivsusega). Tabelis 2 on esitatud multinominaalne regressioonanalüüs, kus purju joomise sageduse põhjal ennustatakse poiste ja tüdrukute šansse depressiooni kogemiseks. Tabelist on näha, et purju joomine 10 korda või sagedamini seondub poistel 3 korda suuremate šanssidega raske ja mõõduka depressiooni kogemiseks; tüdrukutel vastavalt ligi 5 korda suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks ja ligi 3 korda suuremate šanssidega mõõduka depressiooni kogemiseks (võrreldes alkoholi tarvitanud noortega, kes ei olnud end purju joonud). Statistiliselt mitteoluline seos ilmnes nii poistel ja tüdrukutel vaid 1-2 korda purju joomise ja raske depressiooni kogemise vahel, küll aga suurendas 1-2 korda purju joomine šansse mõõduka ja kerge depressiooni kogemiseks.

Tabel 2. Purju joomise sagedus ja depressiooni kogemise šansid poiste ja tüdrukute hulgas

		POISS		TÜDRUK	
		OR	95% CI	OR	95% CI
raske depressioon ^A	purjus ≥ 10 korda	3,00*	1,42-6,33	4,68*	2,72-8,05
vs	purjus 3-9 korda	3,07*	1,70-5,55	3,16*	2,14-4,65
depressiooni puudumine	purjus 1-2 korda	-	-	-	-
	ei ole olnud purjus	1,00 ^r		1,00 ^r	
mõõdukas depressioon ^A	purjus ≥ 10 korda	3,07*	1,92-4,90	2,91*	1,86-4,57
vs	purjus 3-9 korda	1,80*	1,15-2,82	3,04*	2,32-3,97
depressiooni puudumine	purjus 1-2 korda	1,65*	1,16-2,36	1,85*	1,49-2,30
	ei ole olnud purjus	1,00 ^r		1,00 ^r	
kerge depressioon ^A	purjus ≥ 10 korda	2,64*	1,84-3,78	2,01*	1,35-2,99
vs	purjus 3-9 korda	1,46*	1,03-2,07	1,68*	1,31-2,16
depressiooni puudumine	purjus 1-2 korda	1,64*	1,27-2,12	1,48*	1,25-1,76
	ei ole olnud purjus	1,00 ^r		1,00 ^r	

*p<0,05; - näitab statistiliselt mitteolulist seost; ^r viitab kategooriale, mille suhtes võrreldakse

^A depressiooni raskusastet on hinnatud Becki depressiooni indeksi (BDI) abil

Kuigi SEYLE uurimuse andmete põhjal ei ole võimalik öelda, kas alkoholi tarbimine on depressiooni põhjus või tagajärg, on sagedane purju joomine alarmeeriv märk noorte puuduliku vaimse heaolu ning sekkumisvajaduse kohta.

Eitamata eakaaslaste tähtsust (grupisurve, rollimudelid), on noorte alkoholi tarvitamise harjumuste kujunemisel määravaks ka lapsevanemate eeskuju ja juba lapsest pärit alkoholi seonduvad mälupildid. Mida rohkem näeb noor oma vanemaid alkoholi tarvitamas / end purju joomas ning mida positiivsemad on alkoholiga seonduvad mälupildid, seda suurem on tõenäosus, et alkoholi (liig)tarvitama hakkab ka noor. Riigi võimuses on reguleerida alkoholi kättesaadavust ja vähendada alkoholiga seonduvate mälupiltide tekkimist (reklaam), kuid riik ei saa reguleerida seda, mida näevad lapsed ja noored koduseinte vahel. Kui perekondlik traditsioon on igat tähtpäeva või olulist sündmust vastu võtta alkoholiga, hakkab suure tõenäosusega alkoholi (liig)tarvitama ka noor.

Tubaka tarvitamise mustrid

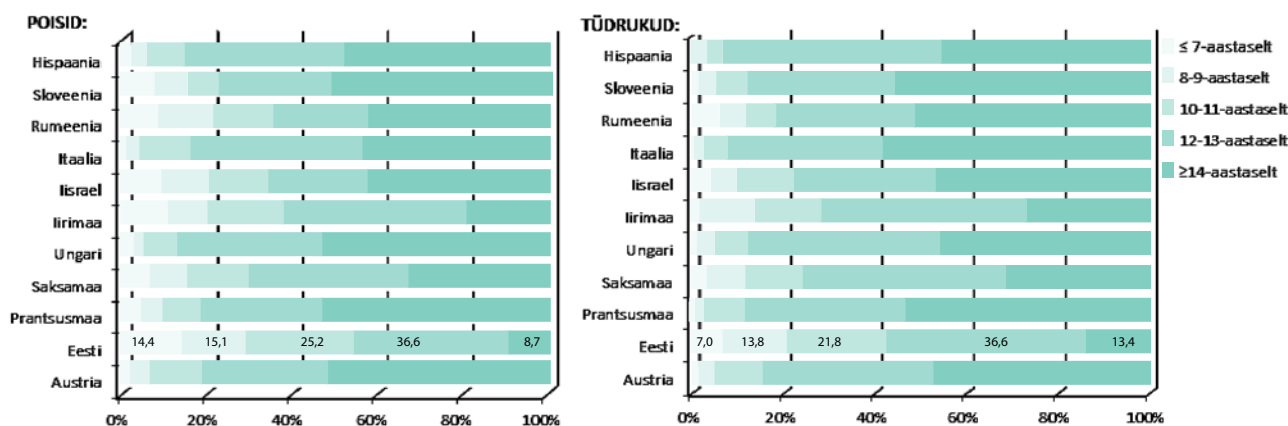
Sigaretide suitsetamine on samuti üks levinumaid riskikäitumise viise, hoolimata seadusega kehtestatud piirangutest ka noorte hulgas. Rääkimata suitsetamisega kaasnevatest füüsilise tervise riskidest, on sigarettide suitsetamine seotud ka puuduliku vaimse heaoluga. On leitud, et sigarettide suitsetamine noorukieas on seotud depressiooni, häirunud söömiskäitumisega, alkoholi tarvitamise ja rohke sigarettide suitsetamisega täiskasvanueas. Ühtlasi on leitud, et sigarettide suitsetamine on seotud kanepi suitsetamisega, mis paljudel juhtudel leiab aset samaaegselt ning võib edasi areneda teiste narkootiliste ainete tarvitamiseks.

Joonisel 4 on kajastatud nende noorte osakaal, kes on suitsetanud sigarette (hinnatud küsimusega: „kas Sa oled suitsetanud sigarette?“). Selgub, et Eesti poisid on 11 Euroopa riigi võrdluses kõige sagedamini sigarette suitsetanud (63,8%; N=301). Eesti tüdrukutest on sigarette suitsetanud 53,2% (N=298), mis on samuti väga kõrge näitaja, sest mõnevõrra rohkem on sigarette suitsetanud tüdrukuid vaid Austrias (57,3%) ja Sloveenias (55,1%).



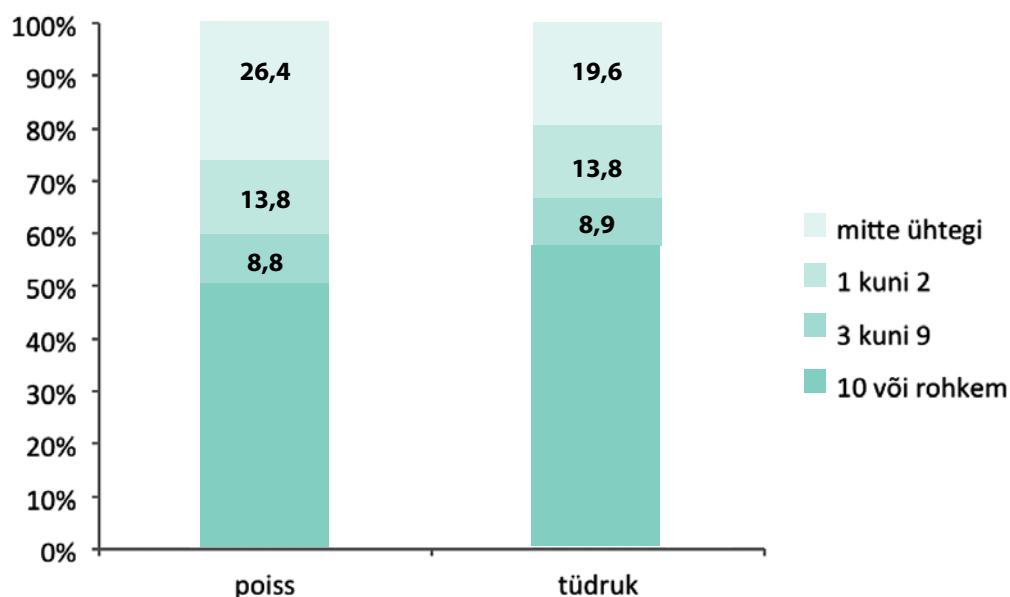
Joonis 4. Sigarette suitsetanud poiste ja tüdrukute osakaal Euroopas.

Joonisel 5 on esitatud kooliõpilaste vastused küsimusele: „kui vana Sa olid, kui esimest korda sigarette proovisid?“ Selgub, et kõige sagedamini suitsetavad Eesti poisid (36,6%; N=109) ja tüdrukud (44,0%; N=131) esimese sigareti vanuses 12-13 eluaastat. Ehmatavalt sageli aga ka 7-aastaselt või varem: 11 Euroopa riigi võrdluses on Eesti poiste (14,4%; N=43) ja tüdrukute (7,0%; N=21) hulgas 7-aastaselt esimese sigareti suitsetanute osakaal kõige suurem.



Joonis 5. Sigarette suitsetanud Euroopa poiste ja tüdrukute vanus esimese sigareti suitsetamisel.

Ühtlasi uuriti küsimuse „mitu sigaretti Sa viimase 6 kuu jooksul päevas suitsetasid?“ abil seda, kui palju sigarette noored suitsetavad. Selgus, et Eesti noortest oli viimase 6 kuu jooksul enam kui pool poistest (51,0%; N=243) ja tüdrukutest (57,7%; N=323) suitsetanud vähemalt pool pakki sigarette päevas (joonis 6). Vaid 26,4% (N=126) sigarette suitsetanud Eesti poistest ja 19,6% (N=110) sigarette suitsetanud Eesti tüdrukutest ei olnud viimase 6 kuu jooksul regulaarselt sigarette suitsetanud.



Joonis 6. Viimase 6 kuu jooksul päevas suitsetatud sigarettide arv Eesti noorte hulgas

Multinomiaalne regressioonanalüüs näitas, et regulaarne sigarettide suitsetamine on seotud depressiooniga (tabel 3). Analüüsi käigus prognoositi viimase 6 kuu jooksul suitsetatud sigarettide arvu põhjal šansse kerge kuni raske depressiooni kogemiseks. Tabelist on näha, et 10 või enama sigareti suitsetamine päevas seondub poistel ligi 7 korda suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks (ja ligi 6 korda suuremate šanssidega mõõduka depressiooni kogemiseks), tüdrukutel vastavalt ligi 5 korda suuremate šanssidega raske depressiooni ko-

gemiseks ning 2 korda suuremate šanssidega mõõduka depressiooni kogemiseks (võrreldes nende sigaretti suitsetanud noortega, kes ei olnud viimase 6 kuu jooksul regulaarselt sigaretti suitsetanud). Ka 1-2 sigareti igapäevane suitsetamine seondus tütarlaste puhul (ligi 2 korda) suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks; poistel ilmnes statistiliselt oluline seos vaid 1-2 sigareti regulaarse suitsetamise ja kerge depressiooni vahel (ligi 2 korda suuremad šansid kerge depressiooni kogemiseks).

Tabel 3. Suitsetatud sigarettide arv päevas ja šansid depressiooni kogemiseks Euroopa noorte hulgas

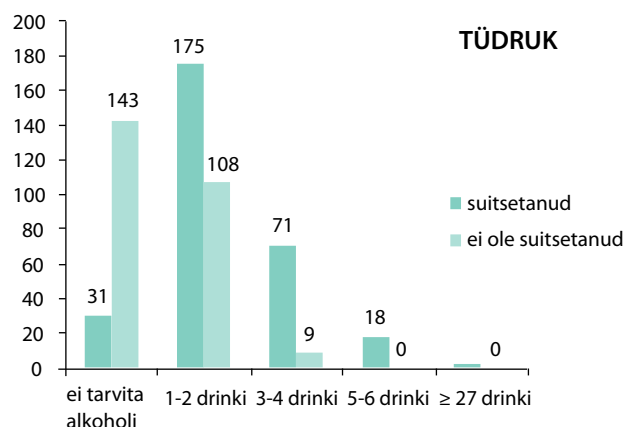
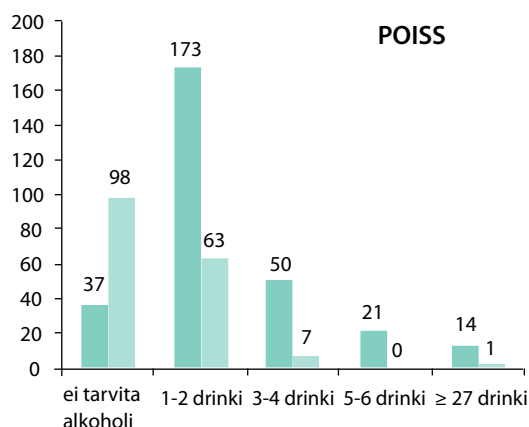
		POISS		TÜDRUK	
		OR	95% CI	OR	95% CI
raske depressioon ^A	10 või rohkem sigaretti päevas	6,72*	2,26-20,26	4,82*	2,75-8,43
vs	3-9 sigaretti päevas	3,78*	1,20-11,97	2,31*	1,33-4,01
depressiooni	1-2 sigaretti päevas	-	-	1,83*	1,07-3,15
puudumine	mitte ühtegi	1,00 ^r		1,00 ^r	
mõõdukas depressioon ^A	10 või rohkem sigaretti päevas	5,71*	2,78-11,71	2,16*	1,47-3,15
vs	3-9 sigaretti päevas	3,85*	1,85-8,02	-	-
depressiooni	1-2 sigaretti päevas	-	-	-	-
puudumine	mitte ühtegi	1,00 ^r		1,00 ^r	
kerge depressioon ^A	10 või rohkem sigaretti päevas	1,77*	1,12-2,79	-	-
vs	3-9 sigaretti päevas	1,66*	1,06-2,58	-	-
depressiooni	1-2 sigaretti päevas	1,76*	1,15-2,70	-	-
puudumine	mitte ühtegi	1,00 ^r		1,00 ^r	

*p<0,05; - näitab statistiliselt mitteolulist seost; ^r viitab kategooriale, millega võrreldakse

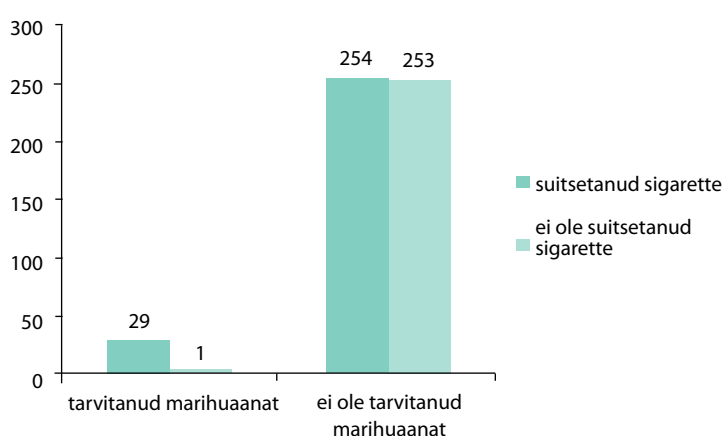
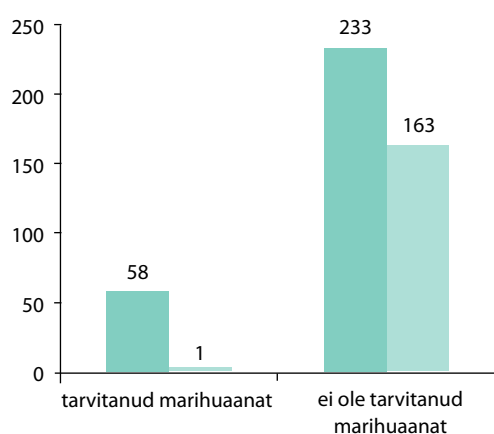
^A depressiooni raskusastet on hinnatud Becki depressiooni indeksi (BDI) abil

Et sigarettide suitsetamist on seostatud ka alkoholi tarvitamisega, on joonisel 7 omavahel seostatud sigarettide suitsetamine ja tarbitud alkoholi kogus tavapärasel tarvitamise korral. Ilmneb selge tendents, et alkoholi tarvitavate noorte seas on rohkem ka sigaretti suitsetanud noori. Mida suurem on drinkide arv tavapärasel alkoholi tarvitamise korral, seda väiksemaks kahaneb sigaretti mitte suitsetanute osakaal. Et 7 või enama dringi tarvitajaid on suhteliselt vähe, on joonisel kajastatud õpilaste absoluutarvud.

Sigarettide suitsetamise ja marihuaana tarvitamise vahel ilmneb sarnane tendents nagu sigarettide suitsetamise ja alkoholi tarvitamise vahel (joonis 8). Marihuaanat tarvitanud noorte hulgas on pea kõik ka sigaretti suitsetanud.



Joonis 7. Alkoholi kogus tavapärasel tarvitamisel ja sigarettide suitsetamine Eesti noorte hulgas



Joonis 8. Marihuaana tarvitamine ja sigarettide suitsetamine Eesti noorte hulgas

Kuigi suitsetamine on sotsiaalselt üks kõige enam aktsepteeritud riskikäitumise viise (mida tehakse ka varjamatult tänaval), ei ole tegemist sugugi nii süütu käitumisviisiga. Sigarettide suitsetamine on seotud teiste riskikäitumise viisidega, puuduliku vaimse heaoluga ning füüsilise tervise riskidega.

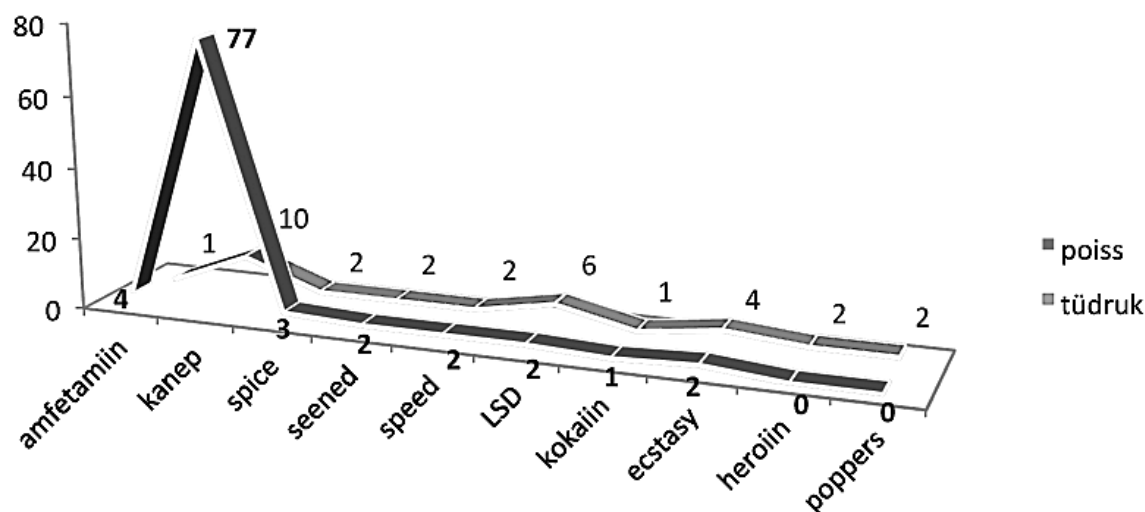
Kuigi käesolevast analüüsist ei selgu, milline on põhjus-tagajärg seos depressiooni ja sigarettide suitsetamise vahel, on varasemates uurimustes leitud mõlemasuunalist seost. Ühelt poolt ennustavad noore depressiooni sümptomid peatset suitsetama hakkamist, teiselt poolt aga ennustab suitsetamine depressiooni sümptomite ilmnemist. Seejuures on leitud, et nii depressiooni sümptomid kui ka sigarettide suitsetamine prognoosib suitsetavate sõprade arvu kasvu – see võib olla tingitud asjaolust, et depressiivne noor on tulenevalt suurenenud tunnustusvajadusest vähem suutlik vastu seisma suitsetavate eakaaslaste survele, kui ka sellest, et sigarette suitsetavad noored valivad endale teadlikult kaaslasid, kellega samastuda (ning koos suitsetamas käia).

Narkootikumide tarvitamise mustrid

Nii nagu legaalse uimastite kasutamine (alkohol, tubakas), seondub ka illegaalsete uimastite ehk nn narkootikumide kasutamine mitmete vaimse ja füüsilise tervise riskidega (Brook, Saar, Zhang et al. 2009). Kõik narkootikumid võivad tekitada sõltuvust – enam kui pooled Tallinna ja Kohtla-Järve süstivatest narkomaanidest alustasid uimastite tarvitamist mingil muul viisil kui süstimine ning suur osa neist alustas narkootikumide tarvitamist juba enne täisikka jõudmist. Seega ei saa kunagi kindel olla, milleni lihtsalt uudishimust katsetamine võib viia.

Uimastite mõjul võib inimese käitumine muutuda ettearvamatuks. Enamus kuritegusid on toime pandud mõne uimasti mõju all ning ka paljud õnnetused on juhtunud just narkootilise aine mõju all olles. Narkootikumide tarvitamine nõuab palju aega ja raha, mis tähendab, et narkootikumide tarvitamine hakkab negatiivselt mõjutama noore kooli- või tööelu. Tekkida võib hulganisti probleeme – täitmata lubadused ja kohustused, võlad, masendus ja valeamine, tõsised tülid lähedastega, sekeldused politseiga jne. Negatiivsete tagajärgede riski suurendab oluliselt seegi, et mistahes illegaalse uimasti tarbimisel (sh kanep) ei tea kunagi, mida see tegelikult sisaldab ja kuidas sellele organism reageerib. Uimasteid segatakse teiste ainetega nii klientuuri kasvatamise (kiire sõltuvuse tekitamiseks) kui ka uimasti omahinna alandamise eesmärgil.

Tabelis 4 on toodud Euroopa koolinoorte vastused küsimusele: „mitu korda oma elu jooksul oled kasutanud uimasteid (amfetamiin, kanep, hašiš, LSD, heroiin jms)?“ Vastuste jaotusest selgub, et narkootikumide kasutamine on Eesti noorte hulgas muu Euroopaga võrreldes üsna levinud. Vaid Sloveenias ja Prantsusmaal on narkootikume tarvitanud poisse rohkem kui Eestis; narkootikume tarvitanud tüdrukuid on Eestiga võrreldes rohkem Sloveenias, Prantsusmaal, Iisraelis ja Hispaanias. Elu jooksul 1-2 korda narkootikume tarvitanud poisse on Eestis 10,2%, tüdrukuid vastavalt 7,7%; 10 korda või rohkem narkootikume tarvitanud Eesti poisse on 3,0% ja tüdrukuid 1,3%.



Joonis 9. Kasutatud uimastid Eesti poiste ja tüdrukute hulgas.

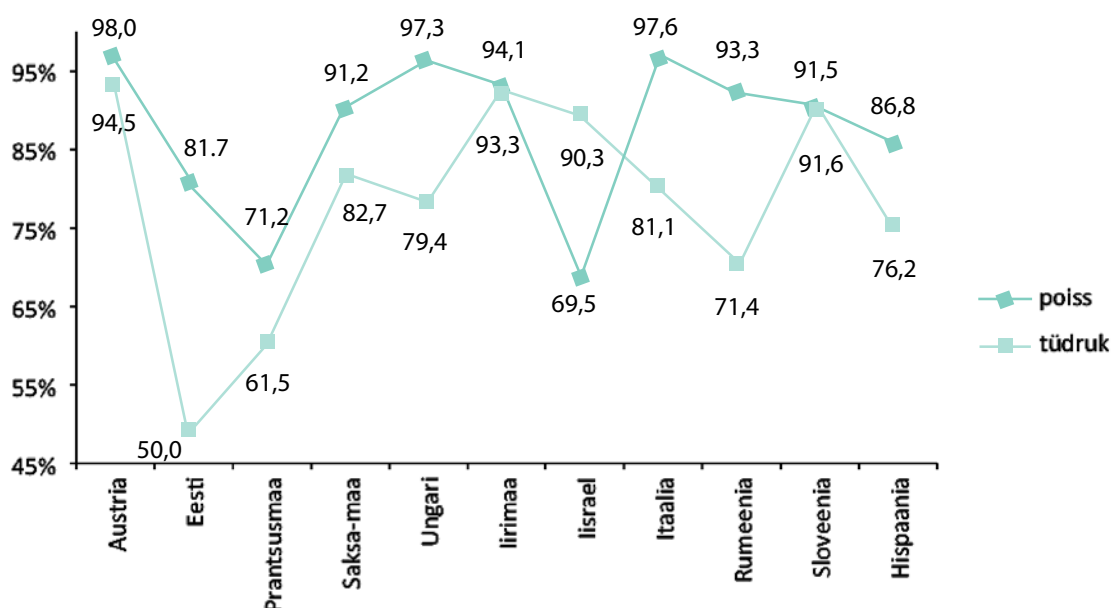
Tabel 4. Narkootikumide tarvitamise kordade arv Euroopa noorte hulgas

	Austria	Eesti	Prantsusmaa	Saksamaa	Ungari	Iirimaa	Israael	Itaalia	Rumeenia	Sloveenia	Hispaania
POISS:											
Mitte	297	388	240	587	375	559	837	339	377	249	454
kunagi	85,6%	81,9%	76,7%	85,1%	91,1%	94,3%	87,6%	89,1%	96,1%	72,6%	85,6%
1-2 korda	32	49	31	52	21	24	86	20	13	45	39
	9,2%	10,2%	9,9%	7,5%	5,1%	4,0%	9,0%	5,2%	3,3%	13,1%	7,4%
3-9 korda	9	23	21	25	8	4	12	10	1	23	12
	2,6%	4,9%	6,7%	3,6%	1,9%	0,7%	1,3%	2,6%	0,3%	6,7%	2,3%
10 korda või rohkem	9	14	21	25	8	6	20	12	1	26	25
	2,6%	3,0%	6,7%	3,6%	1,9%	1,0%	2,1%	3,1%	0,3%	7,6%	4,7%
TÜDRUK:											
Mitte	540	499	565	699	531	478	195	757	729	664	432
kunagi	90,8%	89,2%	84,5%	93,1%	89,4%	97,0%	86,3%	93,5%	98,2%	82,3%	87,3%
1-2 korda	45	43	59	35	40	11	22	26	13	75	41
	7,6%	7,7%	8,8%	4,7%	6,7%	2,2%	9,7%	3,2%	1,7%	9,3%	8,3%
3-9 korda	3	10	20	10	18	2	7	13	1	27	9
	0,5%	1,8%	3,0%	1,3%	3,0%	0,4%	3,1%	1,6%	0,1%	3,3%	1,8%
10 korda või rohkem	7	7	25	7	5	2	2	14	.	41	13
	1,2%	1,3%	3,7%	0,9%	0,9%	0,4%	0,9%	1,7%	.	5,1%	2,6%
Keskmine vanus	15,1	14,2	15,2	14,7	15,1	13,7	15,9	15,3	15	15,2	14,5
	±0,77	±0,51	±0,76	±0,81	±0,79	±0,68	±0,76	±0,66	±0,37	±0,72	±0,70

Noortel paluti ka täpsustada, milliseid uimasteid nad on kasutanud (küsimus: kui Sa oled tarvitanud uimasteid, siis milliseid uimasteid Sa kasutasid?). Kuigi paljud eelistasid kasutatud uimasti täpsustamata jätta, on joonisel 9 välja toodud kasutatud uimastite nimed ja nende nimetamise sagedus absoluutarvudes. Jooniselt selgub, et kanep on kõige sagedamini kasutatud uimasti (eriti poiste puhul). Mõnevõrra üllatava tulemusena selgus, et tütarlapsed nimetasid sagedamini LSD ja ecstasy kasutamist ning töid välja ka heroini ja poppersi kasutamise, mida poisid ei nimetanud kordagi.

Joonisel 10 on kajastatud hašiši/marihuaana tarvitamist (küsimus: „kas Sa oled kunagi tarvitanud hašišit või marihuaanat?“) nende noorte hulgas, kes kinnitasid narkootikumide kasutamist. Nagu joonisel näha, on kanepi tarvitamine poiste seas üldjuhul populaarsem kui tüdrukute seas. Ainsaks erandiks on uurimuses osalenud riikide hulgas Iisrael, kus kanepit tarvitanud tüdrukuid oli rohkem kui poisse.

Jooniselt on näha, et 50-98% narkootikume tarvitanud noortest on kasutanud ka hašišit/marihuaanat. Narkootikume kasutanud poiste hulgas on hašišit/marihuaanat kasutanud rohkem kui tüdrukute hulgas (v.a. Iisraelis), mis tähendab, et tütarlapsed kasutavad või alustavad uimastite kasutamist sagedamini mõnest teisest uimastist. Iseäranis väike on hašišit/marihuaanat kasutanud noorte osakaal Eesti tüdrukute hulgas.



Joonis 10. Hašiši/marihuaana kasutamine Euroopa noorte hulgas, kes on tarvitanud narkootikume.

Tabelis 5 on toodud multinominaalse regressioonanalüüsi tulemused, kus narkootikumide kasutamise põhjal prognoositakse šansse kerge kuni raske depressiooni kogemiseks. Selgub, et narkootikumide kasutamise kogemus suurendab poiste šansse raske depressiooni kogemiseks ligi 4 korda ning tütarlastel natuke üle 4 korra (võrreldes nendega, kes narkootikume kasutanud ei ole). Narkootikumide kasutamine suurendab poiste kui tüdrukute šansse mõõduka depressiooni kogemiseks ligi 3 korda ning kerge depressiooni kogemiseks poistel üle 2 korra ning tütarlastel ligi 2 korda (võrreldes nendega, kes narkootikume kasutanud ei ole).

Tabel 5. Narkootikumide kasutamise kogemus ja šansid depressiivsuse kogemiseks

		POISS		TÜDRUK	
		OR	95% CI	OR	95% CI
raske depressioon ^A	jah	3,89*	2,38-6,34	4,34*	3,13-6,02
vs depressiooni puudumine	ei	1,00 ^r		1,00 ^r	
mõõdukas depressioon ^A	jah	2,90*	2,09-4,03	2,74*	2,14-3,51
vs depressiooni puudumine	ei	1,00 ^r		1,00 ^r	
kerge depressioon ^A	jah	2,37*	1,83-3,07	1,70*	1,36-2,15
vs depressiooni puudumine	ei	1,00 ^r		1,00 ^r	

*p<0,05; depressiooni raskusastet on hinnatud Backi depressiooni indeksi (BDI) abil

^rviitab kategooriale, mille suhtes võrreldakse.

Mitmed uurijad on püüdnud seletada, kuidas narkootikumide (kuri)tarvitamine ning hilisem sõltuvus algab ja areneb. On leitud faktoreid, mis eristavad narkootikume tõenäolisemalt kuritarvitama hakkavat noort: agressiivne käitumine (sh lapsee agressiivsus), vähene vanemlik kontroll, teiste narkootiliste ainete tarvitamine, narkootikumide kättesaadavus, vaesus jms.

Teadusuuringutel baseeruvate soovitude kohaselt tuleb narkomaania leviku tõkestamiseks alustada ennetusprogrammidega varakult ning need peaksid ennekõike keskenduma kaitsefaktorite (noore implusikontroll, vanemlik kontroll, akadeemiline vilumus, narkootikumidevastased poliitikad, tugev kogukondlik sidusus) tugevdamisele. Samuti on oluline silmas pidada seda, et sekkumine oleks eakohane. Lapseeas on suurimaks mõjutajaks perekond, teismeeas aga kaaslased. Ennetusprogrammid peaksid keskenduma kogu laiale uimastite spektrile: illegaalsete ja legaalsete uimastitele, ravimitele ning erinevatele inhaleeritavatele ainetele.

Kiusamine

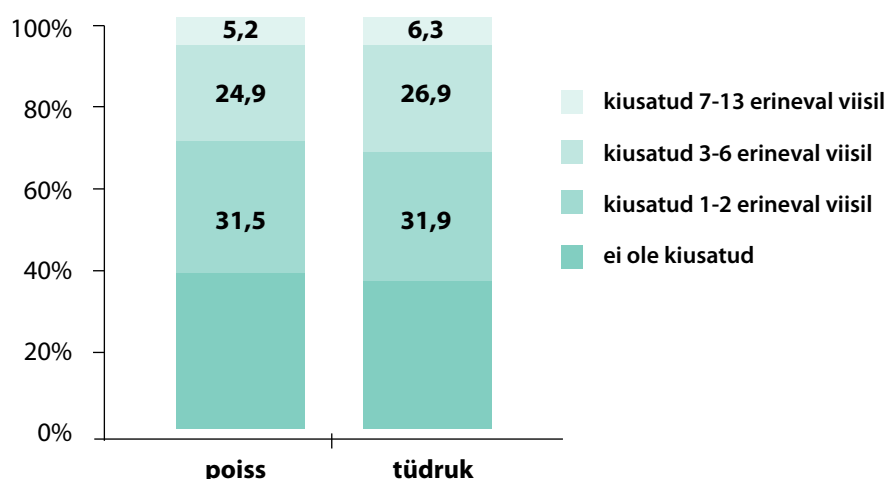
Kiusamine on agressiivne käitumine grupi või üksikindiviidi poolt, millele on iseloomulik korduvus ja ebavõrdne võimujaoitus. Kiusamine on tahtlik tegevus, mille tulemusena kiusatav tunneb end halvasti, väärtusetuna või häbistatuna ning see võib lõppeda väga kurvalt. Nii traditsiooniline kiusamine kui küberkiusamine (kiusamine elektrooniliste seadmete abil, mis on tänapäeval seoses interneti ja nutitelefonide laialdase levikuga üha rohkem levinud) on seotud vaimse tervise probleemidega, sealhulgas kõrgeenenud enesetapuriskiga. Kiusamise ohvrid võivad kergemini langeda ka väärkohtlemise ohvriks. Seda põhjusel, et vajaka olevat lähedust, mõistmist ja tunnustust võidakse otsida internetist, mis muudab noore potentsiaalsele kurjategijale üsna kergeks saagiks. Kiusamise levimust noorte hulgas (kiusatav, kiusaja, kiusatav-kiusaja roll) on hinnatud vahemikku 20-35%, mis tähendab, et tegemist on laialt levinud probleemiga.

Tabelis 6 on esitatud andmed selle kohta, kui suur osa SEYLE uurimuses osalenud koolinoortest kinnitas viimase 12 kuu jooksul erinevate kiusamise viiside kogemist. Et kõrvuti on esitatud Euroopa (kõik riigid kokku) ja Eesti andmed, on selgelt näha, et kiusamine on Eesti koolides oluliselt suurem probleem kui Euroopas keskmiselt. Eesti poiste ja tüdrukute hulgas oli Euroopa keskmisega võrreldes 5 korda rohkem neid, kes ütlesid, et teised on neid viimase 12 kuu jooksul tihti sundinud kellegi teise tööd tegema. Rohkem kui 2 korda sagedamini kinnitasid Eesti poisid ja tüdrukud Euroopa poiste ja tüdrukutega võrreldes ka tõukamist/löömist/togimist, ühistest tegevustest välja jätmist, isiklike esemete äravõtmist, püüdu mõjutada/kontrollida, haiget tegemist.

Tabel 6. Tihti kogetud kiusamise viisid viimase 12 kuu jooksul Euroopas ja Eestis.

Kas viimase 12 kuu jooksul on teisted tihti...		Euroopa		Eesti	
		poiss	tüdruk	poiss	tüdruk
Sind tõuganud, löönud või toginud	N	699	429	129	89
	%	13,2	6,4	27,7	15,9
levitanud Sinu kohta kuulujutte	N	845	1805	85	113
	%	15,9	26,9	18,2	20,3
Sind narrinud	N	1333	1444	79	78
	%	25,1	21,5	17,0	14,0
Sind ühistest tegevustest teadlikult välja jätnud	N	226	337	47	70
	%	4,3	5,0	10,1	12,5
võtnud Sinule kuuluvad esemeid (raha, toitu jne)	N	188	193	39	42
	%	3,5	2,9	8,4	7,5
Sind söömanud	N	1096	1200	126	120
	%	20,6	17,9	27,0	21,5
Sinu välimuse või jutu üle halvustavalt naernud	N	656	928	81	129
	%	12,3	13,8	17,4	23,1
sundinud Sind kellegi teise tööd tegema	N	45	72	20	29
	%	0,8	1,1	4,3	5,2
suhtunud sinusse lugupidamatult	N	698	964	96	105
	%	13,1	14,4	20,6	18,8
Sind paksunahalisemaks muutnud	N	427	665	20	57
	%	8,0	9,9	4,3	10,2
Sind mingil viisil ära kasutanud	N	304	756	39	92
	%	5,7	11,3	8,4	16,5
püüdnud Sind kontrollida/mõjutada	N	233	537	79	118
	%	4,4	8,0	17,0	21,1
teinud Sulle haiget	N	341	777	52	127
	%	6,4	11,6	11,2	22,8

Et tegemist oli küsimusega, kus noor sai vastata jaatavalt mitmele küsimusele korraga, loodi kiusamise indeks, kus vastavalt „ei“ või „jah“ vastustele tekkisid kategooriad: (1) kiusatud 7-13 erineval viisil ($N_{\text{Eesti}}=59$; 5,8%), kiusatud 3-6 erineval viisil ($N_{\text{Eesti}}=266$; 26,0%), kiusatud 1-2 erineval viisil ($N_{\text{Eesti}}=325$; 31,7%) ja ei ole kiusatud ($N_{\text{Eesti}}=374$; 36,5%) (joonis 11). Selgub, et nende Eesti poiste (38,4%) ja tüdrukute (34,9%) osakaal, keda ei ole kiusatud ühelgi nimetatud viisil, on üsna tagasihoidlik. Koguni 5,2% poistest ja 6,3% tüdrukutest kinnitas viimase 12 kuu jooksul 7-13 erineva kiusamise viisi kogemist.



Joonis 11. Kogetud kiusamisviiside kumulatiivsus Eesti kooliõpilaste hulgas

Tabelis 7 on esitatud multinominaalse regressioonanalüüsi tulemused, kus kiusamiskogemuse kumulatiivsuse põhjal prognoositakse šansse kerge ja mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks. Statistilise jaotuse parandamiseks (raske depressiooni sümptomitega ja 7-13 erineval viisil kiusatud õpilaste väike absoluutarv) on Becki depressiooni indeksist (BDI) loodud 2 kategooriat: kerge depressioon ja mõõdukas kuni raske depressioon.

Tabel 7. Kiusamisviiside kumulatiivsus ja depressiivsuse kogemise šansid Eesti kooliõpilaste hulgas

		POISS		TÜDRUK	
		OR	95% CI	OR	95% CI
mõõdukas kuni raske depressioon ^A vs depressiooni puudumine	≥ 7 erineval viisil	10,12*	1,34-76,45	73,20*	14,98-357,81
	3-6 erineval viisil	7,48*	1,56-35,95	19,03*	4,37-82,79
	1-2 erineval viisil	-	-	9,02*	2,02-40,34
	ei ole kiusatud	1,00 ^r		1,00 ^r	
kerge depressioon ^A vs depressiooni puudumine	≥ 7 erineval viisil	10,12*	2,32-44,13	10,68*	3,40-33,47
	3-6 erineval viisil	6,54*	2,09-20,45	5,89*	2,57-13,49
	1-2 erineval viisil	-	-	3,38*	1,46-7,86
	ei ole kiusatud	1,00 ^r		1,0 ^r	

* $p < 0,05$; ^r viitab kategooriale, millega võrreldakse; ^A depressiooni raskusastet on hinnatud Becki depressiooni indeksi (BDI) abil; - statistiliselt mitteoluline seos.

Multinominaalse regressioonanalüüsi tulemused on lausa ehmatavad – tütarlastel, keda on kiusatud eelnimetatud viisidest 7-13 erineval moel, on 73 korda suuremad šansid raske kuni mõõduka depressiooni kogemiseks, võrreldes nende tütarlastega, keda kiusatud ei ole. Poiste šansid on vastavalt 10 korda suuremad. Kolme kuni kuue erineva kiusamisviisi kogemine seondub tütarlastel 19 korda suurmate šanssidega ja poistel 7,5 korda suuremate šanssidega mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks. Viimase 12 kuu jooksul 1-2 erineva kiusamisviisi kogemine poiste šansse mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks statistiliselt olulisel määral ei tõstnud, kuid tütarlastel on ka 1-2 erineva kiusamisviisi kogemine seotud 9 korda suuremate šanssidega mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks.

Kiusamise kogemus suurendab ka kerge depressiooni kogemise tõenäosust. Poiste puhul on kiusamiskogemuse korral šansid kerge või mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks üsna sarnased; tütarlaste puhul tuleb aga selgelt välja, et kiusamiskogemus on seotud suuremate šanssidega mõõduka kuni raske depressiooni kogemiseks (9-73 korda suuremad šansid sõltuvalt kiusamise ulatusest) kui kerge depressiooni kogemiseks (3-11 korda suuremad šansid sõltuvalt kiusamise ulatusest).

Mitme erineva kiusamisviisi kumuleerumine on väga suur risk noore vaimsele tervisele. Kiusamisviiside kumuleerumine suurendab poiste ja tüdrukute šansse depressiooni kogemiseks märkimisväärselt rohkem kui üksikud kiusamise viisid eraldi vaadatuna (Tabel 8). On äärmiselt tähtis, et senisest jõulisemalt tegeletaks koolikiusamise ennetamise ja vähendamisega.

Tabel 8. Üksikud kKiusamisviisid ja depressiivsuse kogemise šansid Eesti kooliõpilaste hulgas

		POISS		TÜDRUK	
		OR	95% CI	OR	95% CI
raske kuni mõõdukas depressioon ^A vs depressioon puudub	Sind tõuganud, löönud või toginud	2,85*	1,04-7,78	2,49*	1,27-4,90
	levitanud Sinu kohta kuulujutte	3,09*	1,09-8,79	3,72*	2,00-6,90
	Sind narrinud	3,52*	1,23-10,04	3,13*	1,58-6,21
	Sind ühistest tegevustest teadlikult välja jätnud	5,22*	1,71-15,93	3,26*	1,61-6,60
	võtnud Sinule kuuluvaid esemeid	-	-	3,72*	1,56-8,87
	Sind sõimanud	3,96*	1,44-10,90	5,00*	2,71-9,25
	Sinu välimuse või jutu üle halvustavalt naernud	3,32*	1,17-9,47	3,99*	2,17-7,36
	sundinud Sind kellegi teise tööd tegema	-	-	4,87*	1,98-11,96
	suhtunud Sinusse lugupidamatult	-	-	3,08*	1,63-5,80
	Sind paksunahaliseks muutnud	-	-	2,64*	1,23-5,70
	Sind mingil viisil ära kasutanud	4,57*	1,38-15,1	3,58*	1,87-6,86
	püüdnud Sind kontrollida/mõjutada	-	-	4,11*	2,22-7,61
	teinud Sulle haiget	-	-	3,41*	1,85-6,29
kerge depressioon ^A vs depressioon puudub	Sind tõuganud, löönud või toginud	-	-	-	-
	levitanud Sinu kohta kuulujutte	-	-	-	-
	Sind narrinud	2,93*	1,31-6,57	2,08*	1,05-4,09
	Sind ühistest tegevustest teadlikult välja jätnud	4,18*	1,73-10,11	2,39*	1,21-4,75
	võtnud Sinule kuuluvaid esemeid	4,17*	1,65-10,57	4,11*	1,88-8,96
	Sind sõimanud	2,36*	1,11-5,02	3,52*	2,00-6,21
	Sinu välimuse või jutu üle halvustavalt naernud	3,21*	1,46-7,06	2,66*	1,51-4,70
	sundinud Sind kellegi teise tööd tegema	-	-	-	-
	suhtunud Sinusse lugupidamatult	4,00*	1,87-8,55	-	-
	Sind paksunahaliseks muutnud	-	-	-	-
	Sind mingil viisil ära kasutanud	3,43*	1,30-9,08	2,55*	1,36-4,75
	püüdnud Sind kontrollida/mõjutada	2,72*	1,22-6,08	2,40*	1,33-4,33
	teinud Sulle haiget	-	-	1,85*	1,03-3,34

*p<0,05; ^A depressiooni raskusastet on hinnatud Becki depressiooni indeksi (BDI) abil; - statistiliselt mitteoluline seos.

Näitajaid teiste riskikäitumiste kohta

Alljärgnevas tabelis (tabel 9) on toodud erinevate riskikäitumiste (seksuaalvahekorras olemine, koolist põhjusest puudumine, kaklustes osalemine, enda tahtlik vigastamine, suitsiidikatse) esinemise osakaalud poiste ja tüdrukute ning Becki depressiooni indeksi (BDI) skoori (möödukas kuni raske depressioon, kerge depressioon, ei ole depressiooni) lõikes. Valdavalt osutusid nii sootunnusel kui depressiooni raskusastmel baseeruvad gruppidevahelised erinevused statistiliselt olulisteks (erandid on märgitud tabeli allmärkustes).

Tabel 9. Erinevaid riskikäitumisi ja depressiooni raskusastme Eesti poiste ja tüdrukute lõikes.

		poiss	tüdruk	kokku	möödukas kuni raske depressioon	kerge depressioon	ei ole depressiooni
olnud seksuaalvahekorras	N	87	63	150	19	15	115
	%	18,6	11,3	14,6	28,8	16,5	13,4
viimase 2 nädala jooksul koolist põhjusest puudunud	N	135	112	247	27	36	179
	%	28,5	20,0	23,9	40,9	39,1	20,8
viimase 12 kuu jooksul osalenud füüsilises kakluses*	N	195	52	247	19	23	202
	%	41,3	9,3	24,0	29,2	25,0	23,5
tahtlikult end vigastanud/ torganud teravate esemetega	N	45	130	175	34	32	106
	%	9,5	23,4	17,0	53,1	34,8	12,3
tahtlikult kriimustanud, põhjusta- des verejooksu /arme	N	59	119	178	32	24	119
	%	12,4	21,4	17,2	49,2	26,1	13,8
tahtlikult end põletanud põleva sigareti, tiku vms-ga**	N	31	22	53	14	10	28
	%	6,5	4,0	5,1	21,9	10,9	3,3
tahtlikult löönud oma pead, tekitades sinikaid**	N	50	64	114	20	23	70
	%	10,5	11,5	11,1	31,7	25,0	8,1
tahtliku vigastamise tagajärjel vaja- nud meditsiinilist abi**	N	6	11	17	6	1	9
	%	1,3	2,0	1,7	9,7	1,1	1,0
teinud suitsiidikatse	N	4	29	33	14	7	12
	%	0,9	5,2	3,2	21,5	7,6	1,4

* depressiooni raskusastmel põhinevad erinevused (BDI) ei ole statistiliselt olulised ($p > 0,05$)

** sootunnusel põhinevad erinevused ei ole statistiliselt olulised ($p > 0,05$)

Tabelis on näha, et depressiooni sümptomaatikaga noorte hulgas esineb erinevat riskikäitumist sagedamini kui nende noorte hulgas, kellel depressiooni sümptomaatika puudub. Iseäranis suured erinevused BDI skoorist lähtuvalt ilmnevad tahtlike enesevigastuste ja eelneva suitsiidikatse puhul. Mööduka kuni raske depressiooniga noorte hulgas on ligi 4-10 korda rohkem ennast tahtlikult vigastavaid noori kui nende noorte hulgas, kellel depressiooni sümptomaatika puudub. Varasemat suitsiidikatset kinnitasid mööduka kuni raske depressiooni sümptomaatikaga noored 15 korda sagedamini kui need noored, kellel vastavalt BDI skoorile depressioon puudus.

Soospetsiifiliste erisustena saab välja tuua, et tahtlikult enesevigastamist ning suitsiidikatsed esineb sagedamini tütarlaste hulgas. Seksuaalvahekorras olemist, koolist põhjustatud puudumist ning kaklustes osalemist aga poiste hulgas.

Oluline on meeles pidada, et riskikäitumised kipuvad kumuleeruma. Seoseid riskikäitumise kumuleerumise ning riskikäitumise ja vaimse tervise probleemide vahel on leitud mitmeid. Näiteks on leitud, et mida nooremas eas poisid ja tüdrukud seksuaalvahekorda kogevad, seda rohkem esineb nende hulgas ka suitsetamist, alkoholi tarvitamist, purju joomist, füüsilisi kaklusi, teiste kiusamist, halba enesehinnangulist tervist ning suitsiidimõtteid. Ja mida rohkem riskikäitumisi noorel esineb, seda suurem on vaimse tervise probleemide risk. Kinnitust on leidnud seegi, et riskivalt käituvate noorte sõpradel esineb samuti riskikäitumist enam.

Kokkuvõte

Riskikäitumine on Eesti poiste ja tüdrukute hulgas üsna levinud. Alkoholi oli 14-aastaselt tarvitanud 71% poistest ja 69% tüdrukutest, kusjuures 29% alkoholi tarvitanud poistest ja 26% alkoholi tarvitanud tüdrukutest tarvitasid tavapärasel alkoholi tarvitamise korral vähemalt 3 drinki korraga. Suur osa alkoholi tarvitanud poistest (55%) ja tüdrukutest (47%) olid olnud purjus ning kogenud pohmelli (vastavalt 40% ja 35%).

Sigarette oli suitsetanud 64% Eesti poistest ja 53% Eesti tüdrukutest. Suur osa sigarette suitsetanud poistest (54,7%) ja tüdrukutest (42,6%) suitsetasid oma esimese sigareti 11-aastaselt või varem. Sigarette suitsetanud poistest (51%) ja tüdrukutest (58%) veidi üle poole moodustasid need noored, kes viimase 6 kuu jooksul regulaarselt vähemalt 10 sigaretti päevas suitsetasid. Sigarettide suitsetamine seondus selgelt ka alkoholi ja marihuaana tarvitamisega – sigarette suitsetanute hulgas oli alkoholi ja marihuaana/hašiši tarvitajaid oluliselt rohkem kui sigarette mitte suitsetanute hulgas.

Narkootikume oli tarvitanud 18% Eesti poistest ja 11% Eesti tüdrukutest. Kõige sagedamini kasutatud illegaalne uimasti oli kanep, mida oli tarvitanud 50% narkootikume kasutanud tüdrukutest ja 82% narkootikume kasutanud poistest. Tütarlapsed tõid aga poistega võrreldes sagedamini välja amfetamiini, LSD, ecstasy, heroini ja poppersi kasutamise.

Viimase 12 kuu jooksul oli kiusamist kogenud 62% Eesti poistest ja 65% Eesti tüdrukutest. Seejuures oli suur osa poistest ja tüdrukutest kiusamist kogenud mitmel erineval viisil – 30% poistest ja 33% tüdrukutest vähemalt 3 erineval moel. Euroopa keskmisega võrreldes on kiusamine Eesti õpilaste hulgas suur probleem. Eesti noored kinnitavad Euroopa keskmisega võrreldes mitu korda sagedamini, et neid on sunnitud kellegi teise tööd tegema, neid on tõugatud/löödud/togitud, ühistest tegevustest välja jäetud, ära võetud isiklikke esemeid, püütud kontrollida/mõjutada, tehtud haiget.

Nii alkoholi tarvitamine, sigarettide suitsetamine, narkootikumide kasutamine kui kiusamine seondusid suuremate šanssidega noorukiea depressiooni kogemiseks. Noore heaolu le mõjus eriti laastavalt just kiusamine – sõltuvalt kiusamise intensiivsusest ja ulatusest olid kiusatud tüdrukute šansid mõõduka/raske depressiooni kogemiseks kuni 73 korda suuremad (võrreldes tüdrukutega, keda ei kiusatud). Kiusatud poistel aga mitte kiusatud poistega võr-

reldes kuni 10 korda suuremad šansid mõõduka/raske depressiooni kogemiseks. Narkootikumide tarvitamise kogemus seondus narkootikume mittetarvitanutega võrreldes poistel ja tüdrukutel 4 korda suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks; 10 või enama sigareti suitsetamine päevas (regulaarselt mitte suitsetajatega võrreldes) poistel 7 korda ja tüdrukutel 5 korda suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks ning vähemalt 10 korral tõeliselt purjus olemise kogemus (võrreldes nende alkoholi tarbinud noortega, kes purjus olnud ei ole) poistel 3 korda suuremate šanssidega ning tüdrukutel 5 korda suuremate šanssidega raske depressiooni kogemiseks.

Noorukiea riskikäitumise ja psühholoogiliste probleemide vahelist seost on esile tõstetud mitmetes varasemates uurimustes. On leitud, et noorukiea riskikäitumine sillutab teed suitsidaalse käitumiseni ja täiskasvanuea psühhiaatriliste häireteni. Seega ei puuduta noore riskikäitumine vaid tema praegust heaolu, vaid mõjutab kogu edasist käekäiku.

Et noor on bioloogiliselt riskikäitumisele altim, peab efektiivne ennetustöö algama vara, olema järjepidev, eakohane ja soospetsiifiline ning hõlmama keskkondi, kus noor suurema osa oma ajast viibib. Potentsiaalsetest tagajärgedest teavitamise kõrval on väga oluline piirata riskikäitumise võimalusi (mõnuainete kõrged hinnad, müügipiirangud), tõsta laste ja noorte enesetõhusust ning sotsiaalset kompetentsi, tagada nõustamisteenuste kergesti kättesaadavus ning korrigeerida noorte hoiakuid. Et hoiakud kujunevad suuresti sotsiaalse õppimise teel, tähendab see paratamatult ka läbimõeldud eeskaju meediapildis, linnatänaval ning perekonnas.

Riskikäitumisele suunatud ennetustööl ja sekkumistel on suur potentsiaal vähendada järjest süvenevat sõltuvuste probleemi ühiskonnas. Samuti on sellel potentsiaal vähendada alaealiste vastu suunatud kuritegusid, sest sõltuvusprobleemide ja paljude riskikäitumiste üheks kandvamaks jõuks on soov end hästi tunda. Seetõttu võibki kergesti juhtuda, et noor, kellel on probleemid koolis/kodus, võib hakata lohutust ja paremat enesetunnet otsima ainetes või mõne tegevuse kaudu. Sellega omakorda kaasneb aga risk jääda politsei huviorbiiti, olla väheedukas koolis või langeda võltsaustust, -lähedust ja -tunnustust pakkuvate kurjategijate küüsi (näiteks interneti vahendusel).

Mida me teada saime?

- Eestis on võrreldes teiste Euroopa riikidega oma lastega koos elavate • Noorte riskikäitumine on sageli vaimse heaolu puudumise indikaator
- Noore vaimsele heaolule mõjub iseäranis laastavalt kiusamine, eriti selle pikaajaline ja erinevaid kiusamise viise sisaldav vorm
- Riskikäitumisel on kalduvus kujuneda nõ riskikäitumise sündroomiks, kus erinevad riskikäitumised kumuleeruvad ja võimendavad üksteise mõju vaimsele tervisele

Kuidas teadmist rakendada?

- Noorte vaimse heaolu edendamiseks peab riskikäitumise ennetamine algama varakult ning olema järjepidev
- Lisaks teavitustööle tuleb piirata riskikäitumise võimalusi keskkonna kujundamise kaudu, tõsta noorte enesetõhusust ja sotsiaalset kompetentsi ning tagada nõustamisteenuste kiire kättesaadavus
- Noore eneseteostuse toetamine tervist edendavatel viisidel ning adekvaatne eeskuju mikro- ja makrotasandil on määrava tähtsusega

3. SUITSIDAALSUS JA MITTESUITSIDAALSED TAHTLIKUD ENESEVIGASTUSED (TEV)

Kooliõpilaste suitsidaalsus

SEYLE uuringus spetsiaalselt suitsidaalsust ei uuritud, suitsidaalsus seostus teiste teemadega ning kokkuvõtvalt oli esindatud järgmiste küsimustega psühholoogiliste testide BDI, WHO5, ZUNG ja SDQ skooride alusel (vt pt 1.4. Projektide tutvustus ja kasutatud mõõdikud - Testid ja skaalad vaimse tevrise seisundi hindamiseks), kust võeti välja järgmised küsimused:

- Minu tulevik tundub mulle tume
- Elu ei ole elamist väärt (viimase 2 nädala jooksul)
- Soovisin, et oleksid surnud (viimase 2 nädala jooksul)
- Mõtlesin endalt elu võtmisele (viimase 2 nädala jooksul)
- Tõsiselt kaalusin enda elult võtmist (viimase 2 nädala jooksul)
- Olen endalt proovinud elu võtta

Tabel 1. Suitsidaalsusele viitavate vastuste osakaal psühholoogilistes testides

	Tulevik tundub tume	Elu ei ole elamist väärt	Soovisin, et oleksin surnud	Mõtlesin enda elu võtmisele	Tõsiselt kaalusin enda elu võtmist	Olen endalt proovinud elu võtta
Austria	3,6%	24,3%	14,6%	17,4%	6,3%	1,4%
Eesti	8,9%	21,8%	15,2%	12,2%	4,7%	3,2%
Prantsusmaa	17,6%	32,2%	21,2%	20,5%	11,4%	7,6%
Saksamaa	6,8%	35,5%	23,1%	24,4%	12,7%	6,6%
Ungari	5,8%	18,8%	12,3%	9,9%	2,7%	2,3%
Iirimaa	5,9%	19,1%	11,9%	12,6%	6,8%	3,4%
Israel	13,7%	30,0%	19,9%	14,2%	9,4%	9,2%
Itaalia	11,5%	23,3%	17,2%	18,8%	5,6%	1,3%
Rumeenia	6,4%	24,4%	14,5%	8,8%	4,3%	2,1%
Sloveenia	8,0%	28,3%	23,7%	18,9%	6,8%	3,2%
Hispaania	9,9%	28,1%	18,8%	15,8%	6,0%	2,9%
Kokku	8,9%	26,3%	17,7%	16,1%	7,2%	4,1%

Tabelist 1 nähtub riikidevaheline küllalt suur erinevus, Eesti ei eristu drastiliselt Euroopa keskmisest, kuid alarmeeriv on, et viiendik õpilastest tunneb, et elu ei ole elamist väärt ning tõsiseid surmamõtteid on kokku üle kolmandiku õpilaste hulgas.

Kooliõpilaste tahtlikud enesevigastused

Tahtlik mittesuitsidaalne EneseVigastus on vabatahtlikult oma keha kudede otsene vigastamine, moonutamine ja valu tekitamine ilma teadliku suitsiidi soovita. See on pikaajalise stressi äärmuslik väljund, emotsioonide väljendamise/ventileerimise moodus, pingete maandamise vorm, see on meeleheitlik püüd kontrollida seesmist hirmu, segadust, ümbritsevast keskkonnast pärit üle jõu käivat probleemi, mis võib tekitada tõsiseid, ka eluohtlikke tagajärgi ja võib kujuneda sõltuvuseks.

Viimastel kümnenditel on olnud mitmeid termineid ja definitsioone tähistamaks tahtlike enesevigastusi. Kõige enam kasutatav neist on „Mitte-suitsidaalne tahtlik enesevigastus“ (NSSI - Non-suicidal self-injury; American Psychiatric Association, 2013, DSM-5), mis iseloomustub vigastuste tekitamisega oma keha pinnale. Teine sagedamini kasutatav termin on „Tahtlik enesevigastus“ (DSH - Deliberate self-harm), milles suitsiiditahtlus ei ole kindlalt piiritletud. See ühtib ka enam praktikaga, sest paljudel juhtudel on inimene ambivalentne, ei oska endalegi aru anda oma tahtlusest, seda enam, kui tegemist on noore inimesega. Käesolevas uuringus on uurimisobjektiks tahtlik enesevigastus, edaspidi TEV.

Keha pinna vigastusi tekitatakse just oma randmetele ja käsivartele, aga ka kõhule ja muudele kehaosadele. Vigastuste liikideks on löikamine, torkamine teravate esemetega (nõelad, kudumisvardad, kirjaklambrid jne); põletamine sigareti, tulemasina või tikuga; terava esemega sõnade või muude märkide kritseldamine kehale; kriimustamine/kratsimine nii, et selle tagajärjeks on olnud armid või verejooks; oma haavade paranemise takistamine; enda hammustamine viisil, mille tagajärjeks on verejooks; oma pea või muu kehaosa löömine millegi vastu nii, et see on verevalumeid tekitanud.

Kõige üldisemal tasandil võib ennastvigastava või ennastkahjustava käitumisena mõista kõike, mida sooritatakse tahtlikult ja teadmise, et selle tulemuseks on /võib olla teatud füüsiline või psüühiline vigastus või kahjustus endale.

Uuringutest selgub, et noorte enesevigastused ilmnevad peamiselt vanuses 10-20 aastat ja et sellist käitumist on otstarbekas jaotada lühiajaliseks ja juhtumiteks, kus enesevigastamine võtab kroonilise kulu. Viimased on seotud mitmesuguste psühholoogiliste ja sotsiaal-demograafiliste probleemidega, kusjuures perekonna faktorid ja noorte omavahelised suhted mängivad olulist rolli. Teada on ka see, et enesevigastusi tekitavad noored on samas aldis ka teiste riskikäitumiste suhtes (suitsetamine, alkoholi ja teiste uimastite kasutamine) ning neil võib olla vaimse tervise häireid (depressioon, ärevus, käitumishäired, suitsidaalsus).

Varasemad uuringud siiski ei anna võrreldavat pilti, kuna kasutatud on tahtlike enesevigastuste erinevaid definitsioone, kultuurilised erinevused segavad, uuritute hulk ja geograafiline kaetus on väike. SEYLE uuringu positiivseks küljeks on suurearvuline representatiivne valim 11 Euroopa riigist, kusjuures uuringu metoodika oli kõikjal täpselt ühesugune. SEYLE uuringu protokoll kirjeldus on ära toodud pt. 1.

Uuringu eesmärk

Uuringu eesmärk oli (a) kaardistada ühtse metoodika alusel 11 Euroopa riigis kokku ja riigiti võrdlevalt elu jooksul sooritatud TEVi levik (jaotatult juhuslikuks TEV-ks ja korduvaks TEVks) ja selleks kasutatud meetodid (lõikumine, põletamine, hammustamine, löömine, naha muul viisil kahjustamise jt) ning (b) leida TEVi seoseid rea psühhosotsiaalsete teguritega nagu sugu, leibkonna struktuur, peresuhted ja suhted eakaaslastega, kaasuvad riskikäitumised ja vaimse tervise probleemid ning (c) võrrelda Eesti andmeid teiste uuringus osalenud riikudega.

Instrument ja andmebaasid

Käesolevas uuringus oli ankeetküsimustiku ammendavalt täitnud 12,068 õpilast (N/M: 6,717/5,351; keskmine vanus 14.9). TEVi hinnati modifitseeritud 6 küsimusega ankeedi abil, mis põhines varemalt kasutatud sihiliku ennastkahjustava käitumise küsimustiku versioonidel. Lisaks hinnati arvukaid demograafilisi, sotsiaalseid ja psühholoogilisi tegureid.

SEYLE enesevigastuste küsimustik:

1. Kas Sa oled kunagi tahtlikult vigastanud oma randmeid, käsivarsi või muid kehaosi; tahtlikult torganud ennast teravate esemetega (nõelte, kudumisvarraste, kirjaklambritega jne) (JÄTA ARVESTAMATA tätoveeringud, kõrvade ning muude kehaosade augustamine, uimastide süstimine)?
2. Kas Sa oled kunagi tahtlikult põletanud end põleva sigareti, tulemasina või tikuga?
3. Kas Sa oled kunagi tahtlikult oma kehale terava esemega kritseldanud sõnu, pilte või muid märke; tahtlikult kriimustanud/kratsinud end viisil, mille tagajärjeks on olnud armid või verejooks?
4. Kas Sa oled kunagi tahtlikult takistanud oma haavade paranemist; tahtlikult ennast hammustanud viisil, mille tagajärjeks on olnud verejooks?
5. Kas Sa oled kunagi tahtlikult oma pead löönud millegi vastu või ennast nii kõvasti löönud, et see on verevalumied tekitanud?
6. Kas Sa oled kunagi tahtlikult ennast nii tõsiselt vigastanud (võttes arvesse ka eelpool nimetatuid), et oled selle tagajärjel sattunud haiglasse või vajanud meditsiinilist abi?

Uuritavad on TEVi esinemissageduse järgi jaotatud juhuslikeks e lühiajalise kestusega enesevigastajateks (1-4 episoodi elu jooksul) ja korduvate enesevigastusega juhtumiteks (viis või enam episoodi elu jooksul). Sotsiaal-demograafiliste näitajatega küsimuste alusel saadud tulemused on jaotatud kaheks vastavalt konkreetse hindamiskaala lõikepunkti järgi.

Tulemused

Tabelist 2 on näha, et uuringus osalenud riikide õpilaste hulgas oli elu jooksul TEVe sooritanud 3327 õpilast, so 27,6%, kõikides riigiti vahemikus 17,1% kuni 38,6%. Eesti osakaal on Euroopa keskmisest suurem (32,9%), so kolmandik õpilasi on ennast tahtlikult vigastanud. See näitaja oli suurem vaid Prantsusmaal ja Saksamaal, Israeliga oleme võrdsel tasandil. Elu jooksul sooritatud TEVi levimus oli riigiti kõige madalam Ungaris (17.1%) ja kõige kõrgem Prantsusmaal 38.6% .

Juhusliku TEVi levimus Euroopas keskmiselt oli 19,7% (n = 2,381) ja korduva TEVi levimus 7,8% (n = 945), seega esineb juhuslikku TEVi kaks ja pool korda enam, kui korduvat. Juhusliku ja korduva TEVi suhtarv oli Eestis sarnane Euroopa keskmisega. Ülevaatlikkuse mõttes on lisatud ka Joonis 1.

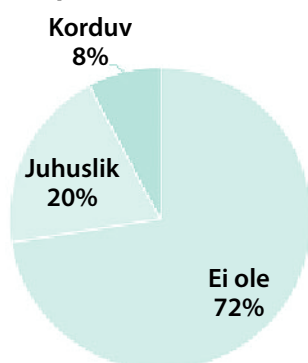
Tabel 2. Tahtlike enesevigastuste (TEV) levik riigiti

	Ei ole TEV		Juhuslik TEV		Korduv TEV		TEV kokku	
Riik	n	%	n	%	n	%	n	%
Austria	687	73,1	188	20,0	65	6,9	253	26,9
Eesti	692	67,1	245	23,8	94	9,1	339	32,9
Hispaania	725	71,1	218	21,4	77	7,6	295	28,9
Iirimaa	837	79,6	160	15,2	55	5,2	215	20,4
Israel	785	67,4	262	22,5	117	10,1	379	32,6
Itaalia	942	79,1	193	16,2	56	4,7	249	20,9
Prantsusmaa	617	61,4	257	25,6	131	13,0	388	38,6
Rumeenia	887	79,4	200	17,9	30	2,7	230	20,6
Saksamaa	927	64,9	327	22,9	175	12,3	502	35,1
Sloveenia	815	72,7	206	18,4	100	8,9	306	27,3
Ungari	828	82,9	125	12,5	46	4,6	171	17,1
Kokku	8,742	72,6	2,381	19,73	946	7,84	3,327	27,57

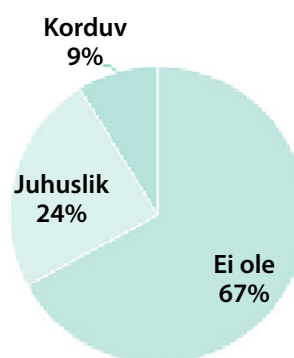
Tabelist 3 nähtub, et tüdrukute elu jooksul sooritatud TEVi ülekaal esines kõikides uuritud maades, va Iirimaa, Itaalia ja Rumeenia, olles eriti silmatorkav Saksamaal (1,8 korda enam kui poistel) ja Prantsusmaal (1,5 korda). Suhteliselt vähene oli elu jooksul sooritatud TEV nii tüdrukute kui poiste hulgas Ungaris. Eestis oli elu jooksul TEVi sooritanud 209 tüdrukut (37,7%), poisse oli vähem - 27,4%, suhtarv vastavalt 1,4.

Tahtlike enesevigastuste (TEV) levik Euroopa kooliõpilastel

Euroopa keskmine (TEV) %



Eesti (TEV) %



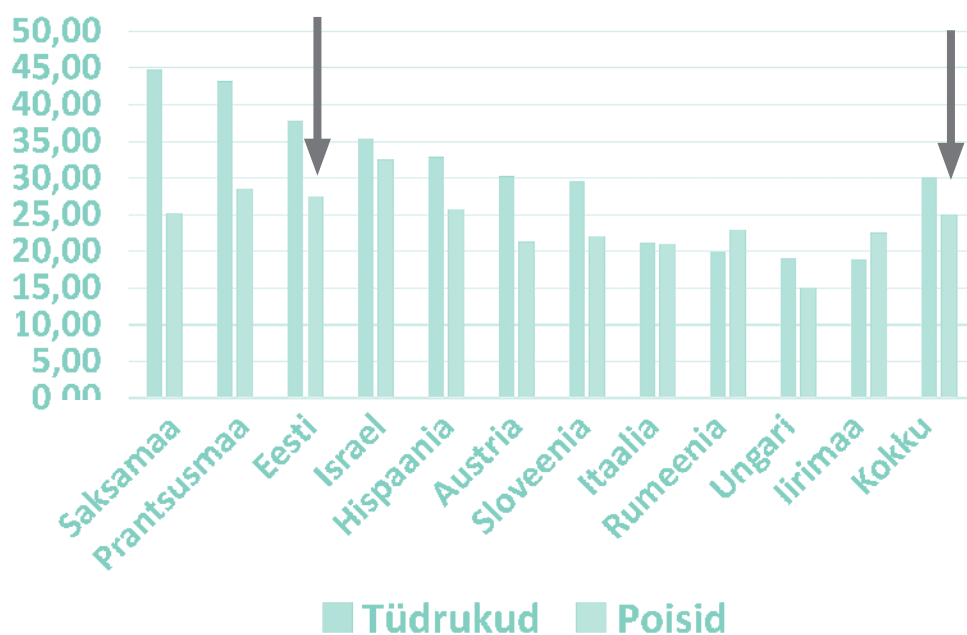
Joonis 1 näitab TEVi liikide levikut Eestis võrrelduna Euroopaga.

Tabel 3. Elu jooksul sooritatud TEV sugude lõikes

	Elu jooksul sooritatud TEV						T/P
	Tüdrukud		Poisid		Kokku		
Riik	n	%	n	%	n	%	
Austria	177	30,1	73	21,2	250	26,8	1,4
Eesti	209	37,7	130	27,4	339	32,9	1,4
Hispaania	160	32,7	134	25,7	294	29,1	1,3
Iirimaa	91	18,8	125	22,4	216	20,7	0,8
Israel	79	35,3	300	32,4	379	32,9	1,1
Itaalia	171	21,1	80	21,0	251	21,1	1,0
Prantsusmaa	295	43,1	90	28,5	385	38,5	1,5
Rumeenia	144	19,9	87	22,9	231	20,9	0,9
Saksamaa	333	44,7	170	25,1	503	35,4	1,8
Sloveenia	233	29,5	71	22,0	304	27,3	1,3
Ungari	112	19,0	61	15,0	173	17,4	1,3
Kokku	2004	30,0	1321	24,9	3325	27,7	1,2

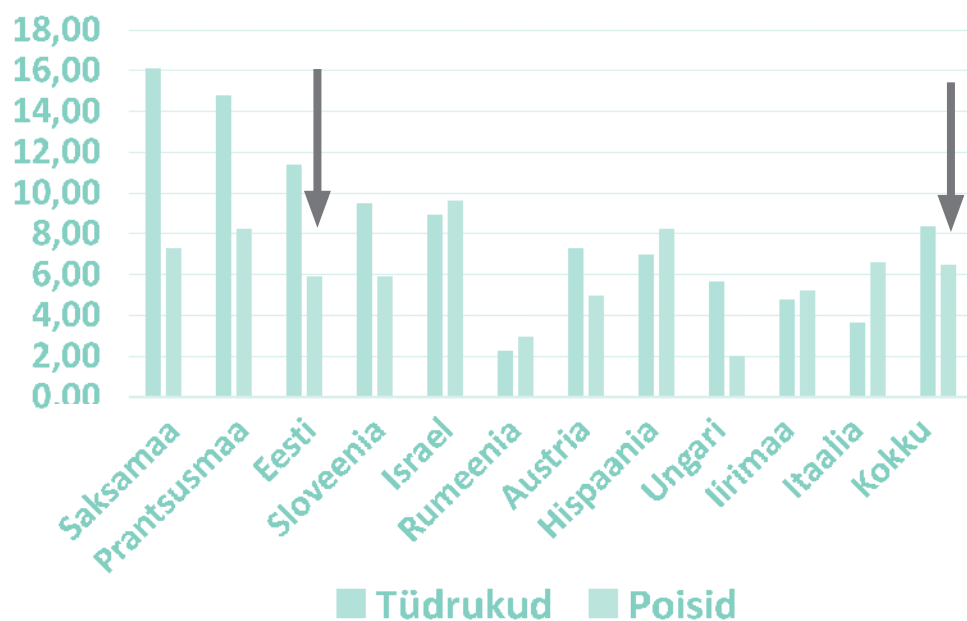
Joonis 2 esitab ülevaatlilikult elu jooksul sooritatud TEVi nii poistel kui tüdrukutel eraldi võetuna (riigid järjestatud poiste TEVi % alusel alanevalt). Samal põhimõttel on koostatud joonis 3 korduvate TEVi näitlikustamiseks.

Elu jooksul sooritatud TEV, %, sooti



Joonis 2.

Korduv TEV, %, sooti



Joonis 3.

Nagu tabelist 4 nähtub on juhuslikke TEVe esinenud tervelt viiendikul uuritud õpilastest, kõikudes riigiti vahemikus 12,5% kuni 25.6% . Enamuses maadest on ülekaalus just tüdrukute TEV. Juhuslike TEVide osakaalu poolest nii poiste kui tüdrukute hulgas kuulub Eesti kõrge TEViga maade hulka nagu Saksamaa, Prantsusmaa ja Israel. Kõige vähem oli juhuslikke TEVe Ungari poiste ja tüdrukute hulgas. Euroopa riikides keskmisena oli juhusliku TEVi sooritanud tüdrukute arv 1,2 korda poistest suurem. Kõige suurem tüdrukute ülekaal oli Saksamaal ja Hispaanias, suhtarv vastavalt 1,6 ja 1,5; Iirimaa ja Rumeenias oli TEVe rohkem just poiste hulgas.

Tabel 4. Juhuslik TEV sugude lõikes

	Juhuslik TEV						T/P
	Tüdrukud		Poisid		Kokku		
Riik	n	%	n	%	n	%	
Eesti	146	26,3	102	21,5	248	24,1	1,2
Hispaania	126	25,8	91	17,4	217	21,5	1,5
Iirimaa	68	14,0	96	17,2	164	15,8	0,8
Israel	59	26,3	211	22,8	270	23,5	1,2
Itaalia	142	17,6	55	14,4	197	16,6	1,2
Prantsusmaa	194	28,4	64	20,3	258	25,8	1,4
Rumeenia	128	17,7	76	20,0	204	18,5	0,9
Saksamaa	213	28,6	121	17,9	334	23,5	1,6
Sloveenia	158	20,0	52	16,1	210	18,9	1,2
Ungari	79	13,4	53	13,0	132	13,2	1,0
Kokku	1447	21,7	977	18,4	2424	20,2	1,2

Korduvad TEVid on eriti tõsine probleem (tabel5). Korduvaid TEVe oli Euroopa riikide õpilaste hulgas 8,7% tüdrukutest ja 6,8% poistest, kusjuures leviku sagedus mees- ja naissoost õpilaste vahel oli riigiti väga erinev kõikudes tüdrukute puhul vahemikus 16,8% (Saksamaa) ja 2,3% (Rumeenia). Tüdrukute osakaal Eestis oli samuti suur – 11,7%. Poiste korduvate TEVide osakaal oli suur Israelis, Prantsusmaal ja Hispaanias. Eestis oli poiste korduvaid TEVe napilt vähem, kui Euroopas keskmiselt. Tüdrukute ja poiste suhtarv oli suurim Ungaris ja Saksamaal, järgnesid Eesti ja Prantsusmaa.

Tabel 5. Korduv TEV sugude lõikes.

Riik	Tüdrukud		Poisid		Kokku		T/P
	N	%	n	%	n	%	
Austria	47	7,9	18	5,2	65	6,9	1,5
Eesti	65	11,7	29	6,1	94	9,1	1,9
Hispaania	34	6,9	43	8,1	77	7,6	0,9
Iirimaa	24	4,9	31	5,5	55	5,2	0,9
Israel	20	8,8	97	10,4	117	10,1	0,8
Itaalia	29	3,6	27	7,1	56	4,7	0,5
Prantsusmaa	104	15,2	26	8,2	130	13	1,9
Rumeenia	17	2,3	13	3,4	30	2,7	0,7
Saksamaa	126	16,8	49	7,2	175	12,3	2,3
Sloveenia	78	9,8	22	6,8	100	8,9	1,4
Ungari	37	6,3	9	2,2	46	4,6	2,9
Kokku	581	8,7	364	6,8	945	7,8	1,3

Sooliste erinevuste põhjused ei ole selged. On väidetud, et seda võib põhjustada suurem depressiooni ja ärevuse esinemissagedus tüdrukute hulgas, kuid mõlema soo puhul on leitud seost emotsionaalsete ja käitumisprobleemidega. Noorematel eagrupidel on samasuguse hulga psühhosotsiaalsete riskitegurite puhul suurem risk ennast vigastada, vananedes TEVi risk väheneb.

Enesevigastuste liiki kajastab Tabel 6, millest nähtub, et soolisi erinevusi leiti kõikide meetodite puhul. Tüdrukud lõikasid ennast poistest sagedamini, kuid enesepõletamine ja -löömine oli vähem levinud. Eestis oli see tendents eriti esindatud. Poiste hulgas oli eneselõikamine, -löömine ja põletamine enam-vähem võrdsel tasemel. Mõlema soo puhul oli sage naha kahjustamine mitmesuguste erinevate meetoditega.

Tabel 6. Tahtlike enesevigastuste meetodid

Meetodid*	Meetodi sagedus (%)					
	Euroopa riigid			Eesti		
	Tüdrukud	Poisid	Kokku	Tüdrukud	Poisid	Kokku
Lõikamine	54,5	34,2	46,4	61,9	34,6	51,5
Löömine	15,8	33,4	22,8	10,5	23,8	15,6
Põletamine	25,1	34	28,6	30,5	38,5	33,5
Naha kahjustamine**	68,8	59,1	65	65,7	56,2	62,1

*Märkida võis mitu meetodit

**Kraapimine, kujundite kritseldamine, hammustamine või haavade paranemise takistamine

TEVi psühhosotsiaalsed tegurid

Tugevamad tahtlikku ennastvigastavat käitumist ennustavad muutujad olid järgmised (järjestatud vastavalt mõju suurusele): suitsidaalsus, ärevuse ja depressiooni sümptomid, narkootikumide tarbimine, eakaaslaste poolt osaks saanud kiusamine, elamuste otsimine ja õigusrikkumised, suitsetamine, alkoholitarbimine, „vanemad ei mõista õpilase probleeme“, „vanemad ei pööra õpilasele tähelepanu“ ja vanemate töötus (tabel 7).

Tabel 7. Ennastvigastavat käitumist ennustavad muutujad

	Ei ole	Elu jooksul	Juhuslik	Korduv	Kokku
Keskmine vanus (SD)	14.95 (.891)	15.04 (.901)	15.02 (.889)	15.09 (.933)	14.97 (.895)
Naissugu; n(%)	4332 (54.0)	1795 (59.9)	1301 (59.6)	494 (60.8)	6127 (55.6)
Religioossus; n (%)	3873 (48.3)	1161 (38.8)	901 (41.3)	260 (32.0)	5034 (45.7)
Vanemate töötus; n(%)	622 (7.8)	393 (13.1)	258 (11.8)	135 (16.6)	1015 (9.2)
Ei ela koos bioloogiliste vanematega; n(%)	119 (1.5)	63 (2.1)	41 (1.9)	22 (2.7)	182 (1.7)
Vanemad ei mõista laste probleeme; n(%)	3144 (39.2)	1756 (58.6)	1209 (55.4)	547 (67.3)	4900 (44.5)
Vanemad ei pööra lastele tähelepanu; n(%)	2722 (33.9)	1529 (51.1)	1063 (48.7)	466 (57.3)	4251 (38.6)
Üksindus/suhteprobleemid; n(%)	231 (2.9)	348 (11.6)	181 (8.3)	167 (20.5)	579 (5.3)
Kiusatav; n(%)	500 (6.2)	357 (11.9)	208 (9.5)	149 (18.3)	857 (7.8)
Depressioon; n(%)	860 (10.7)	1110 (37.1)	640 (29.3)	470 (57.8)	1970 (17.9)
Ärevus; n(%)	285 (3.6)	543 (18.1)	267 (12.2)	276 (33.9)	828 (7.5)
Suitsidaalsus; n(%)	724 (9.0)	1030 (34.4)	591 (27.1)	439 (54.0)	1754 (15.9)
Sensatsiooni janu ja õigusrikkumised; n(%)	329 (4.1)	345 (11.5)	212 (9.7)	133 (16.4)	674 (6.1)
Tubakas; n(%)	1289 (16.1)	1079 (36.0)	721 (33.0)	358 (44.0)	2368 (21.5)
Alkohol; n(%)	2072 (25.8)	1284 (42.9)	873 (40.0)	411 (50.6)	3356 (30.5)
Uimastid; n(%)	211 (2.6)	274 (9.1)	145 (6.6)	129 (15.9)	485 (4.4)
Põhjuseta koolist puudumine; n(%)	212 (2.6)	196 (6.5)	125 (5.7)	71 (8.7)	408 (3.7)

Kui vaadelda psühhosotsiaalsete faktorite seoseid eraldi juhusliku ja korduva ennastvigastava käitumise puhul, siis korduvate TEVise puhul olid seosed tugevamad ja juhuslikud TEVid ei seostunud narkootikumide tarbimisega ja üksilduse/omaealistega suhtlemise probleemidega. Erinevalt juhuslikust TEVist ei leitud statistiliselt olulist seost korduva ennastvigastava käitumise ja soo vahel.

Enesevigastuste tekitamise psühholoogilist tausta on püütud lahti mõtestada mitmeti. Olulised on isiksuse jooned, perega seotud tegurid nagu vähene vanemlik tähelepanu aga samuti vanemate töötus, inimestevaheliste suhete kvaliteet, soov vältida karitust või saada tähelepanu. Käesolevas uuringus olid seosed psühholoogiliste muutujate TEV vahel oluliselt tugevamad korduva TEV puhul võrreldes juhusliku TEVga. Sellegipoolest näitasid kõik psühholoogilised muutujad ka olulisi seoseid juhusliku TEVga. Arvestades suurt valimit tuleb

statistilist olulisust tõlgendada eriti tähelepanelikult. Kui kõrge juhtude riskisuhtega muutujad nagu suitsidaalsus, ärevus ja depressioonisümptomid (kõigil $OR > 3$) näivad omavat suurt mõju ja paljudel juhtudel ka kliinilisi järelmeid, siis teised, madalama riskisuhtega muutujad (näit vanemate töötus, vanemate tähelepanu) avaldavad vähest mõju, kuid võivad individuaalsete juhtumite puhul olla kliiniliselt olulised.

Käesolevas uuringus tuvastati soolist vastasmõju muutujatega, mis on seotud vanemate kaasatusega ja alkoholi ning mõnuainete tarvitamisega. Tugevam seos vanemate tähelepanu puudumise ja TEV vahel naissoost osalejate puhul laseb oletada soospetsiifilist haavatavust hoolitsuse puudumise või halva läbisaamise suhtes vanematega. Samuti näib alkoholi ja mõnuainete tarvitamine tüdrukute puhul kujutavat suuremat TEV riski võrreldes meessoost eakaaslastega. Olles asetanud kõik psühhosotsiaalsed muutujad mitmemõõtmelisse mudelisse, jäi meessugu oluliselt negatiivsemaks ennustusväärtuseks TEVle.

Oluline psühhosotsiaalsete tegurite ja soo vastasmõju avastati järgmiste muutujate puhul: „vanemad ei mõista õpilase probleeme”, tubaka tarbimine, alkoholitarbimine ja narkootikumide tarbimine. Nende psühhosotsiaalsete tegurite puhul oli TEVi risk naisõpilaste seas oluliselt kõrgem kui meesõpilaste hulgas.

Märkimisväärne psühhosotsiaalsete tegurite ja riigi seos avastati mitme teguri puhul (tabel 5). „Õpilane ei ela koos bioloogilise vanemaga /sugulasega”, ärevus, suitsetamine, narkootikumide tarbimine ja koolist puudumine ei näidanud riigiti arvestatavat erinevust.

Käesolev uuring toob välja asjaolu, et mitmed TEVi psühhosotsiaalsed riskifaktorid omavad kõrget kultuuridevahelist variatiivsust ja on kohati raskesti tõlgendatavad, kuid mida peaks arvestama preventatiivses tegevuses ja kliinilises sekkumises ennast vigastavate noorukite hulgas. Näiteks Saksamaal on perekondliku keskkonnaga seotud muutujatel TEVil väga suur mõju, samas kui Lirimaa omasid suurimat mõju riskikäitumine ja psühhopatoloogia. Rumeenias oli psühhopatoloogial ja riskikäitumisel TEVile vaid marginaalne mõju ning Itaalias ei omanud vanematega seotud muutujad peaaegu mingit mõju.

Kooskõlas eelnevate uuringutega tuvastati olulisi seoseid depressiooni sümptomite ja ärevushäiretega noorukite seas, kes tegelesid TEVga. Sellised tulemused näitavad, et TEV osutab ja psühhiaatrilistele probleemidele, mis nõuavad asjakohast tähelepanu. Käesolev uuring näitas tugevat seost TEV ja suitsidaalsuse vahel (enesetapumõtted ja katsed), mida on tuvastanud ka varasemad uuringud. See seos nõuab edasisi uuringuid käimasoleva debati taustal, kus püütakse leida vastust küsimusele, kas TEVi tuleks pidada suitsidaalsest käitumisest eraldiseisvaks nähtuseks või enesekahjustamise kontiinumi osaks, kus otsene ennastkahjustav käitumine on tihedas seoses tulevaste enesetapukatsetega. Lisaks sellele võib TEV viidata teistele riski- ja enesehävitusliku käitumise ilmingutele (mõnuainete tarvitamine, elamuste otsimine ja kuritegelik käitumine). Järgnevate uuringute jaoks jääb üles küsimus, kas riskikäitumine täidab samu funktsioone kui TEV (intensiivse negatiivse emotsionaalse seisundi reguleerimine). Noorukite enesehävituslikkuse kontiinumi mudel on tõstatanud küsimuse, kas TEV (nt eneselõikumine) ja kaudne ennastkahjustav käitumine (nt uimastite tarvitamine) peaksid kuuluma enesekahjustamise kontiinumisse.

Tahtlike enesevigastuste järgne meditsiiniline ravi

Käesoleva uuringu tulemused lubavad väita, et nii korduv kui juhuslik TEV nõuab professionaalset tähelepanu, kuid see ei tähenda, et kõik juhusliku TEViga tegelevad noored vajaksid tingimata psühholoogilist või psühhiaatrilist ravi ning ennastvigastav käitumine taandub soodsate keskkonna tingimuste puhul lühikese aja jooksul. Siiski, ennastkahjustava käitumise ajalugu on oluline kliiniline näitaja järgneva enesetapukatse või muu tervisekahjustuse puhul. Seega tuleks ka juhusliku TEViga noote vaimse tervise seisundit jälgida. TEVi on raske märgata, kuna enesevigastajad varjavad osavalt tekitatud vigastusi ja arme. Vajalikud oleksid edasised longituuduuringud, mis aitaksid avastada riskikäitumisega noori, kes vajaksid ravi või ennetavat sekkumist.

Vaid vähesed meie uuritavatest vastasid, et nad on saanud TEVi järgset meditsiinilist ravi, mis on kooskõlas mitmete varasemate populatsioonipõhiste uuringutega (tabel 7). Põhjuseks võib olla see, et TEV kehalised kahjustused võivad olla väikesed ja maha vaikitud, kuna enast kahjustanud noor leiab lohutust teistelt ennastkahjustavatelt eakaaslastelt. Nimetatud asjaolu kujutab endast meditsiinisüsteemile suurt väljakutset selliste noorte tuvastamisel. Meie uuringus vaadeldud soolised erinevused lubavad arvata, et meessoost uuritavad tekitavad endale tõenäoliselt tõsisemaid vigastusi ja saavad seetõttu ka rohkem meditsiinilist ravi. Soospetsiifiline muster, kus meessoost enesevigastajate juhtumid on harvemad, kuid tõsisemad, on hästi tuntud ilming, mis põhineb noorukite enesetapukatsete juhtumitel.

Tabel 7. Meditsiinilist abi saanud õpilaste osakaal TEVi sooritanud uuritutest

Meditsiiniline abi (%)			
Riik	Tüdrukud	Poisid	Kokku
Austria	1,4	0,6	1,1
Eesti	1,8	1,1	1,5
Hispaania	1,5	0,6	1,2
Iirimaa	2,8	3,7	3,2
Israel	1,0	0,7	0,9
Itaalia	0,4	2,3	1,4
Prantsusmaa	4,0	6,1	5,7
Rumeenia	0,4	1,6	0,8
Saksamaa	0,7	1,0	0,8
Sloveenia	1,5	2,8	1,9
Ungari	0,8	3,8	2,4
Kokku	1,3	2,7	2,0

Tabel 7 toob välja TEV järgset meditsiinilist ravi saanud õpilaste osakaalu sooti TEVi sooritanud õpilaste hulgas. Variatiivsus riigiti on gtaas suur. Valimis tervikuna olid meessoost õpilased sagedamini peale tahtlikke enesevigastusi ravi saanud. Israelis oli TEVi järgne ravi kõige tavapärasem, Prantsusmaal kõige harvaesinevam. Eestis oli ravi saanute osakaal teiste Euroopa riikide keskmisest suurem tüdrukute, kuid tunduvalt väiksem poiste puhul.

Mida me teada saime?

- Viiendik õpilastest tunneb, et elu ei ole elamist väärt ning tõsiseid surmamõtteid on kokku üle kolmandiku õpilaste hulgas.
- Eesti oli elu jooksul sooritatud TEVide poolest riikide lõikes kolmandal kohal (32,9%)
- Naisõpilastest kolmandik ja meesõpilastest veerand oli elu jooksul ennast tahtlikult vigastanud. Tüdrukutel esines suuremal määral juhuslikku TEVi, kusjuures eelistatakse enese lõikamist.
- TEV-ga oli tugev seos suitsidaalsusel, ka muud liiki psühhopaatoloogiatel, riskikäitumistel, pereprobleemidel ja hooletussejätmisel ning eakaaslaste poolt osaks saanud tõrjumisel/kiusamisel.
- Ainult väike osa (1,5%) õpilastest oli saanud ravi.

Kuidas teadmist rakendada?

- Abistamine on mitmemõõtmeline (pere, kool eakaaslased, keskkond, eneseabi)
- Tõsta õpetajate ja vanemate teadlikkust enesehävitusliku käitumise varase märkamise ja esmaabi suhtes
- Spetsialisti abi TEVi ja suistiidikatsete puhul ei tohi piirduda vigastuse raviga, obligatoorne on psüühiline kompleksravi
- Registreerida ja ravida meditsiinasutustes rutiinselt suitsiidikatseid ja TEVe ning kohaldada ravi mitte üksnes vigastuse liigi, vaid enesevigastamise põhjuse suhtes

4. NOORTE VAIMNE TERVIS JA KÄITUMINE PEREKONNA KONTEKSTIS

Perekonda kuulumist ja peretunde olemasolu on inimene tähtsustanud läbi sajandite. Inimene vajab perekonda, ehkki erinevatel eluperioodidel eri moodi. Perekonda võib pidada keskseks elamise vormiks – enamik inimesi sünnib perekonda ja loob mingil eluperioodil oma perekonna. Perekonda on mõistetud erinevalt, aga just perekonnast, kuhu inimene sünnib, on olulisel määral sõltunud see, kelleks ta saab, kes teda elus toetab, millised on tema kohustused ning õigused. Ja seda mitte ainult lapsena, vaid ka täiseas. Igapäevaelu rutiinis võib inimene unustada, kuivõrd oluline perekond ikkagi on, mida pakub ja mida nõuab, et kodus valitseks harmooniline õhkkond.

Rääkides lastest mängivad väga olulist rolli ema ja isa. Vanemate perekonnaseis, haridus ja tegevusala määravad suures osas perekonna üldise sotsiaalse tausta ning laste heaolu. Selles peatükis presenteerime SEYLE projekti põhjal perekonna struktuuri ning lapse vaimse tervise ja sotsiaalse käitumise andmeid Eesti kohta võrdluses ülejäänud kümne uuringus osalenud Euroopa riigi keskmisega (edaspidi: Euroopa keskmine).

Euroopa ja lääne kultuuridest on traditsiooniliselt mõistetud perekonda kui isikute kooslust, keda ühendab esmalt kas abielu või põlvnemine. Perekonna siseselt jagatakse omavahel kodu, ressursse, ühiseid väärtusi, vastutust üksteise suhtes ja eesmärgi. Kuna elame perekonnas ja suhtleme inimestega, kes samuti kuuluvad perekondadesse, peaksime hästi teadma, mis on perekond – ometi see nii pole. Perekonna mõiste määratlemine on äärmiselt raske, seda eriti tänapäeva mitmekesisuses ja muutuv maailmas. Argipäevaselt kasutades sõna perekond mõtleme sellest tänapäeva Eesti kontekstis, kuid perekond on muutuv ajas ja kultuuris.

Perekond on ajas pidevas muutuses ning omab erinevat kuju ja tähendust igas kultuuris. Traditsiooniline arusaam perekonnast on aastakümnete jooksul (eriti Euroopas ja teistes lääne kultuurides) oluliselt laiali valgunud ja mitmekesisestunud mitmetel põhjustel nagu sooline ja ealine iseseisvumine, väärtuste ja eesmärkide pluralism, linnastumine, heaolu ja individualismi tõus, infoajastu võimalused jne.

Pikka aega on argiteadvuses perekond koosnenud abielus olevast heteroseksuaalsest mehest ja naisest ning mõnest lapsest. Rahvastikuteaduses viitab perekonna struktuur erinevatele pere tüüpidele, näiteks abielus kahe vanemaga perekond koos lastega või ilma lasteta, koos elavad pered, üksikvanemad, kasuvanematega perekonnad jne. Koos perevormide mitmekesisuse suurenemisega on mitmekesisestunud ka kooseluvormid. Eelneva sajandi lõpus vaadeldi registreerimata kooselu tavaliselt abielu ettevalmistava faasina. Nüüdseks on tavaline, et selline kooseluvorm kestab aastaid ning on õigem nimetada seda vabaabieluks. Ühiskonna hoiak kahe inimese seadustamata koosellu ja väljaspool abielu sündinud lastesse on muutunud sallivaks. Enne lapse sündi sõlmitud abielu ei ole enam tähtis. Kuigi enamik lastest sünnivad tänapäeval perre, kus vanemad ei ole seaduslikult abielus, sünnib suurem osa neist siiski perekonda, kus neil on nii ema kui ka isa.

Tabel 1. Vanemate keskmine arv ning ema ja isa olemasolu peres

	Mitu vanemat sul on?	Kas sa elad oma emaga?	Kas sa elad oma isaga?
	Keskmine	Jah %	Jah %
Eesti	1.78	96.5%	62.2%
Euroopa keskmine	1.84	96.2%	81.3%

Eestis on olnud üksikvanemate osakaal ühiskonnas suur juba eelnevate põlvkondade jook-sul, kusjuures enamik Eesti üksikvanematest on üksikemad. Alates taasiseseisvumisest suurenes Eestis vallassündide arv, kus sündinud lapse ema ei ole ei vaba- ega seaduslikus abielus, 9%-ilt kuni 17%-ini aastal 2000, kuid uuel sajandil on see number pidevalt langenud ning aastal 2008 oli see koguni 7%. Perekonda sündinud lapsed võivad kaotada ühe vanema vanemate lahkuminekku või surma läbi. Üksikvanemad ei tarvitse jääda üksikuks, kordusabielud ja uued kooselud muudavad samuti olukorda.

Edaspidise arutelu ja uurimise hõlbustamiseks defineerime järgnevad perekonna tüübid. **Traditsiooniliseks pereks** loeme sellist perekonda, kus laps elab koos ema ja isaga võtmata arvesse vanemate kooseluvormi. **Kasuvanemaga pere** all mõtleme edaspidi peret, kus lapsel on vähemalt üks kasuvanem, sinna alla kuuluvad ka pered, kus jagatud hooldusõigusega kasvatatakse last üles mitmes leibkonnas, kuid mitte need pered, kus last kasvatab kasuvanem üksi. Kolmandaks defineerime **üksikvanemaga pere**, loeme selleks perekonda, kus lapsel on ainult üks vanem ning siin me ei erista vanemaid kasuvanematest. SEYLE andmestikust nendele kolmele kategooriale vastavaid lapsi saame kokku 12154 (Eestist 1028), mis erineb kogu andmestikust 254 (Eestis 10) juhtumi võrra, millest 157 (Eestist 8) on lapsed kes märkisid, et nad ei ela koos vanemate ega kasuvanematega ning ülejäänud 97 (Eestist 2) noore kohta andmed puuduvad.

Tabel 2. Perestruktuur

	Perestruktuur					
	Traditsiooniline		Üksikvanem		Kasuvanem	
	n	%	n	%	n	%
Eesti	609	59.2%	228	22.2%	191	18.6%
Euroopa keskmine	8868	79.7%	1571	14.1%	687	6.2%
Austria	766	80.1%	133	13.9%	57	6.0%
France	782	78.4%	110	11.0%	105	10.5%
Germany	1043	72.9%	257	18.0%	130	9.1%
Hungary	700	69.7%	184	18.3%	120	12.0%
Ireland	910	83.9%	133	12.3%	42	3.9%
Israel	888	74.4%	259	21.7%	47	3.9%
Italy	1092	92.1%	71	6.0%	23	1.9%
Romania	956	87.0%	103	9.4%	40	3.6%
Slovenia	968	83.2%	136	11.7%	59	5.1%
Spain	763	75.4%	185	18.3%	64	6.3%
Kõik kokku	9477	78.0%	1799	14.8%	878	7.2%

Tabelist 2 näeme, et Eestis on traditsiooniliste perekondade osakaal oluliselt madalam kui teistes Euroopa riikides. Eestis moodustasid traditsioonilised pered kõigist perestruktuuridest 59,2%, mis on viiendiku võrra väiksem kui teistes riikides (79,2%). Sellest tulenevalt on oluliselt suurem osakaal kasuvanemaga ja üksikvanemaga peredel, täpsemalt moodustavad Eestis just sellised pered kõigist perestruktuuridest ühiskonnas suurema osa kui mis tahes teises küsitlusel osalenud Euroopa riigis. Tabeli põhjal võib öelda, et küsitluses osalenud riikidest erineb Eesti perekonna struktuuri põhjal teistest oluliselt.

Tabel 3. Ema ja isa olemasolu, asendamine kasuvanemaga või nende puudumine peres

	Ema?			Isa?		
	Ema	Kasuema	Pole ema	Isa	Kasuisa	Pole isa
	%	%	%	%	%	%
Eesti	96.5%	1.7%	1.8%	61.9%	15.9%	22.2%
Euroopa keskmine	96.2%	0.7%	3.0%	81.2%	5.1%	13.7%
Austria	98.1%	0.1%	1.8%	81.7%	5.2%	13.1%
Prantsusmaa	95.8%	1.8%	2.4%	82.1%	8.2%	9.8%
Saksamaa	95.9%	1.1%	3.0%	76.1%	7.2%	16.7%
Ungari	97.2%	0.7%	2.1%	72.6%	10.3%	17.1%
Iirimaa	96.3%	0.8%	2.8%	85.5%	3.0%	11.5%
Iisrael	92.7%	0.9%	6.4%	75.4%	3.6%	21.0%
Itaalia	98.2%	0.8%	1.0%	93.0%	1.0%	6.0%
Rumeenia	94.7%	0.2%	5.1%	85.1%	3.1%	11.7%
Sloveenia	97.3%	0.6%	2.1%	84.7%	4.2%	11.1%
Hispaania	96.4%	0.4%	3.2%	76.2%	5.6%	18.2%
Kõik kokku	96.2%	0.8%	2.9%	79.6%	6.0%	14.4%

Tabel 3 annab selgitusi ja võrdleb väga hästi Eesti olukorda Euroopa taustal. Kui teistes riikides elavad koos isaga 81,2% lastest, siis Eestis on see number kõigest 61,9%. Tulenevalt sellest on Eesti peremudel kolm korda suurem osakaal kasuisadel, täpsemalt 15,9% Eesti noortest elavad koos kasuisaga, teistes riikides keskmiselt on see number 5,1%. Eestis 22,2% ehk ligi veerand ja teistes riikides 13,7% vastanutest ei ela koos isaga. Kuigi Eestis puuduvad peredest isad oluliselt rohkem kui mujal Euroopas, siis emade poolest oleme pigem üle keskmise. Noori, kes vastasid, et elavad koos emaga, on Eestis praktiliselt sama protsent kui mujal Euroopas, vastavalt 96,5% ja 96,2%. Samas Eestis 1,8%-il ja Euroopas 3,0%-il vastanute peredest puudus ema. Selle erinevuse võrra oli Eestis aga rohkem kasuvanemaid kui teistes riikides keskmiselt, täpsemalt 1,7% ja 0,7%. Lapsed, kes ei ela koos ühegi vanemaga, ei kajastu selles tabelis.

Kas siis laps, kellel pole ema või isa, erineb teistest? Kuidas mõjutavad erinevad peretüübid peres kasvavate laste vaimset tervist? Kas on võimalik leida seoseid perekonna struktuuri ja noore vaimse tervise vahel? Lapse ja tema vanema vaheline kiindumus suhe on sotsiaalse arengu aluseks ning tundekasvatus juba esimesel eluaastal. Usalduse väljakujunemiseks ja vastastikuse läheduse tekkimiseks on vajalik perekonnas emotsionaalne heaolu, mis täidab perekonnas ka terapeutilist funktsiooni.

Uuringud on näidanud, et noortel, kes ei kasva üles oma bioloogiliste vanematega, esineb suurema tõenäosusega emotsionaalseid, psühholoogilisi ja käitumisprobleeme. Käitumuslike ja emotsionaalsete kõrvalekallete hulk on madalaim lastel, kes elavad koos oma mõlema bioloogilise vanemaga. Kasuvanematega ja üksikvanematega laste kasvukeskkond on ebasoodsam noore kognitiivse, emotsionaalse ja käitumusliku arengu suhtes.

Perekond pole oluline ainult indiviidi jaoks, vaid mängib väga olulist rolli ka ühiskonna seisukohalt. Perekond on just see osa ühiskonnast, mis annab esmaseid väärtusi edasi põlvkonnalt põlvkonnale ning laps saab perekonnas kogeda, kuidas ja mil viisil mees ja naine elu näevad ning sündmustele reageerivad. Tänapäeva elukestvalt õppivale ühiskonnale omaselt arenevad perekonnas nii lapsed kui ka lapsevanemad ise. Vanemaid jälgides ja matkides, nende heakskiitu ja pahameelt tajudes omandab laps eluks vajalikud väärtused. Laps saab kogeda, milline on kellegi roll nii perekonnas üksteist toetades ja täiendades kui ka ühiskonnas laiemalt. Nii kasvabki just kodus arusaamine mehelikkusest ja naiselikkusest, harjutades last vastavate ühiskonna tavade ja valmistades teda ette tulevasteks kooseludeks. Last ümbritsev pere toimib kui filter, vahendades lapsele maailmas toimuvat ning seda talle selgitades. Sealjuures on perekond tavaliselt keskkond, kus laps õpib arvestama ja tajuma seksuaalsust.

Tabel 4. Noore lahkuminek poiss- või tüdruksõbrast ja seksuaalkogemused – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Läksid lahku poiss-/tüdruksõbrast viimase aasta jooksul	Eesti	23.6%	26.8%	41.6%
	Euroopa keskmine	32.0%	37.3%	39.5%
Oled olnud seksuaalses vahekorras	Eesti	11.0%	16.7%	22.5%
	Euroopa keskmine	20.7%	31.2%	31.8%

Tabel 4 kinnitab seda, et lapsed, kes elavad ema ja isaga, suudavad juba noores eas olla suhetes stabiilsemad. Erinevus Eestis traditsioonilise ja kasuvanemaga pere vahel on peaaegu kahekordne, 23,6% traditsioonilise perega ja 41,6% kasuvanemaga noortest on viimase aasta jooksul läinud lahku oma poiss- või tüdruksõbrast. Samuti tundub, et traditsioonilises perekonnas edasi antud seksuaalsed väärtused mõjutavad last, sellistes peredes on oluliselt vähem lapsi olnud seksuaalses vahekorras (meenutagem siinkohal, et tegemist on 14-15-aastaste noortega). Siin on Eestis traditsioonilise ja kasuvanemaga erinevus veel suurem, nimelt traditsioonilistes peredest on 11,0% noortest olnud seksuaalses vahekorras, üksikvanemate korral 16,7% ja kasuvanematega peredes 22,5%. Tabelist saame järeldada, et võrreldes ülejäänud Euroopaga on Eestis noorte suhted tagasihoidlikumad, esineb vähem seksuaalsuhteid ja ka vähem lõhenenud suhted kõikide perestruktuuride korral.

Kuigi noorukieas väheneb emotsionaalne seotus vanematega ja kasvab eakaaslaste heakskiidu tähtsus, on siiski leitud, et vanemad mõjutavad noore arengut üldiselt ja ka väärtushinnangute arenemist kuni täiskasvanuks saamiseni.

Tabel 5. Koolipuudumised – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Koolist põhjuseta puudunud 2 nädala jooksul?	Eesti	21.9%	24.1%	30.4%
	Euroopa keskmine	14.7%	20.4%	16.0%

Perekond mängib väga olulist rolli ka hariduses. Hariduse tähtsuse väärtustamine ja selle edasi andmine järglastele mõjutab otseselt meie tulevaste põlvkondade edukust. Tabelist 5 näeme, kuidas koolist põhjuseta puudumine on madalaim just traditsioonilises perekonnas. Huvitav on ka tähele panna, et kõige suurem põhjuseta puudujate osakaal on Eestis kasuvanematega laste seas, kuid teistes riikides on see üksikvanematega laste seas. Noores eas omandatud kohusetunne enda ja ühiskonna ees on väga olulised tööriistad, mis aitavad noort elus edaspidi. Uuringud näitavad, et nõ lõhutud perekondade lastel on ebasoodsamad võimalused hariduses ja nad on sotsiaalselt halvemas olukorras võrreldes teistega. Seda võib seletada sisetuleku erinevustega, ajaliste piirangutega ja lapse heaolule pühendumise määraga.

Üleminekuetapis täiskasvanuikka kaasnevad noorukil bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed muutused elus. Osa muutustest on tingitud ümbritsevate täiskasvanute käitumisest, emotsioonide ja mõtteprotsesside imiteerimisest. Nii ongi tihti just kodune keskkond see, mis voolib suure osa nooruki psüühikast ja käitumisest. Perekonna struktuur võib hõlbustada või piirata viise, kuidas vanemad saavad positiivselt mõjutada oma laste tuleviku väljavaateid.

Tabel 6. Noorte alkoholi tarvitamine ja suitsetamine – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Ei ole alkoholi tarvitanud	Eesti	34.3%	26.3%	22.5%
	Euroopa keskmine	38.5%	29.3%	26.7%
Kord kuus või vähem	Eesti	39.7%	36.0%	33.5%
	Euroopa keskmine	32.2%	34.0%	35.5%
2-4 korda kuus	Eesti	19.3%	28.9%	31.9%
	Euroopa keskmine	21.6%	26.4%	26.4%
Rohkem	Eesti	6.8%	8.8%	12.0%
	Euroopa keskmine	7.6%	10.4%	11.3%
Suitsetanud	Eesti	53.5%	59.5%	70.4%
	Euroopa keskmine	42.3%	55.2%	58.3%
		Keskmine	Keskmine	Keskmine
Mitu suitsu päevas	Eesti	2.2	2.9	3.6
	Euroopa keskmine	4.8	6.9	6.5

Kuigi eelnevalt nägime, et Eestis on noored seksuaalselt tagasihoidlikumad kui Euroopas, siis nii ei ole see alkoholi tarvitamisega. Suurem alkoholi tarvitamine noorte seas on seotud ka suurema tarvitamisega täiskasvanute (sh lapsevanemate) seas. Perekonnas kasvades näeb Eesti laps rohkem alkoholi tarvitamist kui keskmine Euroopa laps. Olulist rolli alkoholi tarvitamisel mängib perekonna struktuur. Näeme, et traditsioonilise perekonna laste kaks suuremat gruppi olid „ei ole alkoholi tarvitanud“ ja „kord kuus või vähem“ nii Eestis (vastavalt 34,3% ja 39,7%) kui ka Euroopas (vastavalt 38,5% ja 32,2%). Üksikvanemaga ja kasuvanemaga Eesti noortel on alkoholi tarvitamise sageduse jaotus erinev võrreldes traditsioonilisest perest pärit noortega. Euroopas muutub küll tarvitamise sageduse kategooriate järjekord, kuid esimesed kaks vastusevarianti jäävad siiski domineerima. Üksikvanemaga noorte seas olid Eestis populaarsemad vastused „kord kuus või vähem“ (36,0%) ja „2-4 korda kuus“ (28,9%). Euroopas jäävad kaheks suuremaks grupiks „ei ole alkoholi tarvitanud“ (29,3%) ja „kord kuus või vähem“ (34,0%). Kõige rohkem alkoholi tarvitavad kasuvanematega lapsed. Kolmandik nendest vastas „kord kuus või vähem“ (Eestis 33,5%, Euroopas 35,5%) ning rohkem kui neljandik märkis „2-4 korda kuus“ (Eestis 31,9%, Euroopas 26,4%).

Sarnaselt alkoholi tarvitamisele suureneb ka suitsetamine perekonnastruktuuride lõikes. Kui Eestis rohkem kui pooled (53,5%) traditsiooniliste perede lastest ja Euroopas 42,3% on suitsetanud, siis üksikvanematega lastest on need mõlemad arvud üle poole (59,5% ja 55,2%). Nagu alkoholi tarvitamise puhul, on ka suitsetamist proovinud noorte osakaal kõige suurem just kasuvanematega peredes, Eestis küündib see arv lausa 70,4%-ini ja Euroopas 58,3%-ini. Huvitav on aga see, et kuigi Eestis on suitsu teinud suurem hulk noori, siis nende poolt tarvitatav keskmine kogus on umbes kaks korda väiksem võrreldes teiste Euroopa riigi keskmistega. Näeme, et perekonnastruktuur ei mängi rolli mitte ainult suitsetamise proovimises, vaid ka edaspidise suitsetamise harjumuse väljakujunemisel.

Perekond on noorele elementaarse hoolitsuse allikas, siin arendatakse ühtekuuluvustunnet ja pereliikmed õpivad arvestama üksteise arvamustega. Perekonnas saadakse kogemus teiste eest hoolitsemisest ja hoolitsetud olemisest ning võetakse eeskuju vanemate omavahelisest hoolitsussuhtest.

Tabel 7. Vanemate hoolitsust väljendavad tegevused – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Vanemad ei aita sul otsuseid teha	Eesti	11.4%	11.0%	17.8%
	Euroopa keskmine	9.6%	16.1%	15.1%
Vanemad ei võta aega sinuga rääkimiseks	Eesti	10.9%	11.0%	12.1%
	Euroopa keskmine	14.0%	17.4%	16.3%
Vanemad ei käi sinu esinemisi vaatamas	Eesti	18.5%	25.3%	26.5%
	Euroopa keskmine	14.6%	22.9%	23.0%
Vanemad ei kuula sinu arvamust	Eesti	4.6%	5.7%	7.4%
	Euroopa keskmine	6.2%	8.6%	8.8%

Tabel 7 näitab meile, kuidas vanemate vaimne ja ajaline investering muutub perekonna struktuuride lõikes. Kuigi siin pole erinevused mitmekordsed, näeme siiski kindlat tendentsi, et üksikvanemaga ja kasuvanemaga peredes on neid lapsi rohkem, kes ei saa oma vanematelt vajalikku tähelepanu. Teiste riikidega võrreldes näeme, et kõige suurem erinevus on üksikvanematega laste seas – reeglina suudab Eestis üksikvanem rohkem oma lapsega tegeleda kui teistes küsitluses osalenud riikides.

Arvatavasti üks algupäraseim perekonna ülesanne on kaitsta selle liikmeid välismaailma ohtude eest. Kuigi varasemad metsinimese ohud on asendunud uute ja moodsamate ohtudega, suhtutakse välismaailma ikkagi ohutundega. See on oluline koduse turvatunde loomisel, süvendamisel ja kindlustamisel. Turvatundega käib käsikäes stabiilsus ning arenev laps vajabki stabiilset ja turvalist keskkonda. Kuid lapsed pole alati ka oma kodus kaitstud. Kodune vägivald õõnestab perekonna ühtsust ja turvatunnet ning rikub stabiilsust.

Tabel 8. Noore kogemus rünnakuga lapsevanema poolt – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Lapsevanem on sind rünnanud	Eesti	6.0%	14.3%	18.9%
	Euroopa keskmine	10.9%	8.8%	16.9%

Tabelist 8 näeme, kuidas kasuvanematega perede hulgas koduse vägivalla osakaal on kolm korda suurem traditsioonilisest perest, see tõuseb nimelt 6,0% pealt 18,9% peale Eestis, teiste riikide keskmine muutub 10,9% pealt 16,9% peale. Tabelist 8 tuleb samuti välja Eesti üksikvanemate eripära. Teistes riikides on kõige väiksem koduse vägivalla osakaal just üksikvanematega peredes (8,8%), ligi kaks korda väiksem kui kasuvanematega peredes. Eestis langevad traditsioonilise perekonna lapsed kõige vähem koduse vägivalla ohvriks, üksikvanematega noorte hulgas on osakaal kaks korda kõrgem (14,3%) ja kasuvanematega perestruktuuris lausa kolm korda.

Teoreetilisi mehhanisme, mis võiksid seletada perekonna struktuuri ja lapse vaimse tervise omavahelist suhet, on palju, sest vanemate mõju oma lastele on mitmekülgne ja keeruline. Kindlat põhjuslikku mehhanismi, mille kaudu perekonna struktuur mõjutab last, ei ole teada. Kuigi juhuslikud eksperimendid pakuvad parimaid tõendeid põhjuslikeks suheteks, ei sobi need aga perekonna struktuuri uurimiseks. Neli peamist kirjanduses arutatud põhjuslikku mehhanismi on: majanduslik staatus, vanemate sotsialiseerumine, lapsepõlve stress ja ema psühholoogiline heaolu. Need mehhanismid ei ole kindlasti eksklusiivsed ega ammendavad ning mitmed erinevad mehhanismid võivad toimuda üheaegselt või interaktiivselt.

Tabel 9. Enesevigastamine ja depressioon – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Oled ennast vigastanud	Eesti	30.1%	33.6%	41.4%
	Euroopa keskmine	25.3%	33.6%	36.3%
Depressioon	Eesti	13.3%	18.1%	18.1%
	Euroopa keskmine	16.5%	23.5%	26.5%

Teadmata, mis mehhanism ja kuidas täpselt selle seose puhul toimib, on tabelist 9 siiski selgelt näha, kuidas perestruktuur mängib olulist rolli noore lapse vaimset tervise seisundi puhul. Tahtlike enesevigastuse ja depressiooni osakaalu tõusetendents on perekondade struktuuride lõikes silmnähtav – mittetraditsioonilises peres elav laps on suurema tõenäosusega ennast elu jooksul vigastanud ning samuti suurema tõenäosusega langeb tema Becki depressiooni indeks alla kriitilise piiri. Kui võrrelda Eestit teiste Euroopa riikidega, siis näeme, et Eestis on Euroopa võrdluses rohkem ennast vigastavaid, kuid vähem depressiivseid noori.

Tabel 10. Enesetapukatse sooritamine – seos perestruktuuriga

		Perestruktuur		
		Traditsiooniline	Üksikvanem	Kasuvanem
		%	%	%
Oled proovinud oma elu võtta?	Eesti	2.2%	2.7%	6.9%
	Euroopa keskmine	3.5%	7.5%	7.7%

Kuigi riigiti enesetapukatse teinud noorte osakaal on erinev, siis perekonnastruktuuride vahelised suhted jäävad. Kui Eestis on 3,2% noortest on teinud enesetapukatse ja Euroopas keskmiselt 4,4%, siis traditsiooniliste perede hulgas on need numbrid madalamad, vastavalt 2,2% ja 3,5%. Kõikidest vastanutest kasvab mittetraditsioonilise perestruktuuriga noortel risk teha enesetapukatse rohkem kui kaks korda. Kasuvanemaga peres kasvavate laste seas on Eestis üritanud oma elu võtta 6,9% ja Euroopas 7,7%. Erandina järjekordselt eristuvad ülejäänud Euroopa üksikvanemaga pered Eesti omadest, nimelt on Eesti lapsed, keda kasvatavad üles üksikvanemad, oluliselt väiksema riskiga grupp võrreldes Euroopa keskmisega – enesetapukatseid tegid üksikvanematega noortest Eestis 2,7% ja Euroopas keskmiselt 7,5%.

Perekonna kontekstis avaldavad noorte vaimsele tervisele ja käitumisele mõju sellised pere omadused nagu struktuur, sotsiaalsed ja majanduslikud ressursid. Seejuures on tähelepanuväärne, et pelgalt pere struktuur on tänapäeva muutuv ja mitmekesisel maailmas niivõrd olulise mõjuga – traditsiooniline perestruktuur, kus noor elab ja kasvab kahe omaenda vanemaga peres, on igati soodne nii käitumisvalikute, sotsiaalsete ressursside kättesaadavuse kui ka vaimse tervise seisukohast.

Olukorra parandamiseks Eestis tuleks jätkuvalt suunata tähelepanu vallassündide arvu vähendamisele. Samuti tuleks lõhutud perede noortele pakkuda professionaalset nõustamist ja tuge. Stabiilse pere kui väärtuse tähtsustamine peaks algama juba koolipingist ning samuti tuleks rõhutada pereplaneerimise tähtsust, et oleks vähem katkiseid perekondi ja rohkem vaimselt terveid noori.

Mida me teada saime?

- Eestis on võrreldes teiste Euroopa riikidega oma lastega koos elavate lapsevanemate arv madalaim
- Traditsiooniline kahe vanemaga pere on võrreldes katkise perega (üksikvanem, kasuvanemaga pere) noorele soodsaim keskkond – noorel esineb vähem riskikäitumist ja vaimse tervise probleeme
- Katkistes peredes on vanematelt saadav tähelepanu väiksem ning koduse vägivalla oht suurem

Kuidas teadmist rakendada?

- Traditsioonilise pere jätkuv väärtustamine, isa rolli rõhutamine
- Teavitustöö noorte, lapsevanemate ja vaimse tervise spetsialistide hulgas – milles seisneb perestruktuuriga seonduv risk ja kuidas seda maandada

5. INTERNETIKASUTUS JA SELLEST TULENEVAD OHUD

Internet – sõber või vaenlane

Interneti sünnipäevast ei ole ülemaailmselt kokkuleppele jõutud, aga enamasti ollakse ühel meelel, et interneti sünd toimus millalgi 80ndate alguses või keskpaigas. Tänapäevaks on internet oma ca 30 eluaasta jooksul inimeste elus olulise koha haaranud ning muutunud igapäevaelu praktikaks. Interneti kättesaadavus ja sellega seonduvalt ka kasutus üha kasvab ning praeguseks on internetil maailmas umbes 2 miljardit kasutajat. Suur osa nendest kasutajatest on noored, kes on üles kasvanud digitaalsel ajastul ning kelle jaoks virtuaalne reaalsus ja reaalsus ei ole kaks erinevat entiteeti, vaid on omavahel põimunud. Internet on paradoksaalne fenomen: kuigi tehnoloogia liigtarvitamisel võivad olla negatiivsed tagajärjed, ei saa eitada, et internet avadab maailmataju, on loovuse, hariduse, koos-loome jm positiivsete võimaluste ja algatuste allikaks.

Ei saa märkimata jätta, et internet on olulise tähtsusega meedium ja ressurss vaimse tervise alase info ja nõustamisteenuste kättesaadavaks tegemisel nii ajas kui ruumis praktiliselt piiramatult ja samas kulu-efektiivselt ning seda eriti nooremate inimeste puhul. ERSI poolt Eestis läbiviidud SUPREME projektis väitsid noored, et meelsamini otsivad nad abi Internetist kui pöörduvad otse spetsialisti poole. Veebipõhised lahendused vaimse tervise heaks vähendavad koormust tervishoiusüsteemile ning parandavad eneseabi oskusi. On väidetud, et veebipõhiste nõustamiste efektiivsus ja inimeste rahulolu sellega on leitud olevat vähemalt samaväärne silmast-silma nõustamisteenusega või isegi parem.

Kuigi internetiga on seotud rida ohtusid nagu veebisõltuvuse tekkimine, reaalse elu sotsiaalsete kontaktide nõrgenemine, suitsiidile ohutavate veebilehtedele sattumine

Ühelt poolt kaasaegne elu dikteerib ja väärtustab igapäevase internetikasutust, teisalt võib interneti liigkasutus mõjuda halvasti nii meie vaimsele kui ka kehalisele tervisele, noorte emotsionaalsele ja käitumuslikule arengule. Näiteks on leitud, et laste ülekaalulisuse üheks põhjuseks võib olla suurenenud meedia tarbimine. Internetti võib võrrelda erinevate sõltuvust tekitavate ainetega (tubakas, alkohol, narkootikumid) või ka tegevustega (hasartmängud, seks), mida inimesed kipuvad kuritarvitama. Vaatamata sellele, et internet pakub suhtlemiseks palju erinevaid võimalusi (sotsiaalvõrgustikud, jututoad jm) võib see inimest hoopis üha enam isolatsiooni viia ning kärpida suhtlemisioskusi reaalses elus. On välja toodud, et ülemäärane internetikasutus võib mõjutada erinevaid aspekte noore toimimises nagu hinnete halvenemine koolis, isegi koolist välja langemine, eelnevate hobide hülgamine, psühholoogilised probleemid nagu depressioon, ärevus, madal enesehinnang ja sellest tulenevalt isolatsioon ning suurenenud pinged perekonnas.

Sõltuvuslikule käitumisele lisaks võivad esineda interneti kasutamisel negatiivsed sotsiaalsed interaktsioonid nagu küberkiusamine ja seksuaalsele kõlvatusele ahvatlemine, samuti materiaalsed kaotused tulenevalt hasartmängu mängimisest või muul moel petta saamisest, aga ka laste väärtustele ja arengule kahjuliku informatsiooni pealetungina.

Seoses ülaltoodud negatiivsete ilmingutega on läinud käibele termin internetisõltuvus, mida seostati korduva, kompulsiivse ja kontrollimatu tehnoloogia kasutusega. Patoloogiline internetisõltuvus (Pathological Internet Use - PIU) ei ole tänapäeval veel ametlikult haiguste klassifikatsioonides kasutuse ja defineeritud, mistõttu me ei leia seda Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni praegu kehtivas kümnendas versioonis, kuid peatselt valmivas peamiselt teadustöös ja Ameerika Ühendriikides kasutusel olevas Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) viiendas väljaandes on internetisõltuvus tõenäoliselt omaette diagnoosina defineeritud või vähemalt lisasse sisse viidud kui uurimist vajav nähtus.

Läbiviidud uuringud tuvastavad, et interneti ülemäärasel kasutamisel võivad välja areneda sümptomid, mis on omased sõltuvushäiretele. Osa teoreetikuid räägivadki interneti sõltuvusest (ing: Internet addiction), teised interneti käitumuslikust sõltuvusest (ing: Internet addictive behavior), kolmandad probleemsest (ing: Problematic internet addiction) või patoloogilisest (ing: Pathological internet use) interneti kasutusest. Suur osa uurijatest on arvamisel, et internetisõltuvus on lähedane hasartmängusõltuvusele.

Patoloogilisel internetikasutusel ongi sõltuvushäiretele iseloomulikke jooni nagu (a) tugev, sageli vastupandamatu tung või lausa sundmõte viibida online, (b) võimetus kontrollida ajakasutust vaatamata sellele, et eelnevalt on kavatsenud end vaos hoida, (c) internetist eemalolekul tekivad (intensiivne) pahurus, konfliktisus või depressiooni sümptomid, mis kaovad, kui taas interneti naastakse, (d) muude tegevuste ring ja reaalne suhtlus jääb tahaplaanile, (e) arusaam oma seisundist kui häirest enamasti puudub.

Samas on ka leitud, et patoloogiline interneti kasutus (PIU) on laiem termin kui interneti sõltuvus ning ei kõneta mitte ainult kliinilisi juhtumeid, vaid ka erinevaid situatsioone, kus interneti kasutust iseloomustab kontrolli puudumine ja negatiivsed tagajärjed kasutajatele. Hetkel ei ole täit selgust antud sõltuvuse põhjustest: internetisõltuvus viitab ühelt poolt sellele, et inividid satuvad sõltuvusse internetist kui meediumist, teisalt näitavad uuringud, et sõltuvust tekitavad pigem kindlad tegevused, mida internetis tehakse.

SEYLE interneti-uuringu rakenduse lühiülevaade

Rahvusvahelise projekti „Noorukite tervise edendamine läbi ennasthävitava ja riskikäitumise ennetamise” („Saving and Empowering Young Lives in Europe - SEYLE”) uuringu interneti-lõigu eesmärgiks oli teha kindlaks internetisõltuvuse ulatus 11 maa 15-aastaste kooliõpilaste seas, leida võimalikke seoseid, mis annaksid võimaluse preventsiooniks ja võrrelda tulemusi uuringus osalenud riikide vahel. Käesolevas peatükis, nii nagu teisteski, vaadeldakse Eesti andmeid eraldi ja võrdlevalt teiste riikide andmetega. Siin on 2 alapeatükki, kus ühes neist, mis puudutab patoloogilise interneti kasutuse demograafilisi ja sotsiaalseid faktoreid, on ammendavalt vastavatele küsimustele vastanud õpilasi üldvalimis 11 956 (Eestis ???) ja teine, kus teemaks on vaimsed häireid – 11 357 (Eestis ???) õpilast. Täpsemalt projekti SEYLE eesmärkidest, tegevustest ning uuringu metodoloogiast, kohta saab lugeda antud kogumiku sissejuhatuses lk ???.

Projekti käigus läbiviidud uuring selles osas, mis käsitles interneti kasutust, jaotati uuritavad õpilased diagnostilise instrumendi „Noorte internetisõltuvuse küsimustik” (ing: Young’s

Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction; edaspidi YDQ) abil kolme gruppi: mõõdukad interneti kasutajad (adaptive use), ülemääraselt interneti kasutajad (maladaptive internet use – MIU) ja patoloogilised interneti kasutajad (pathological Internet use – PIU).

Seoses eelpoolnimetatud segadustele patoloogilise internetikasutuse (PIU) piiritlemisel on erinevates uuringutes ilmnunud küllaltki suured tulemuste erinevused. SEYLE uuringus on kõik projektipartnerid kasutanud ühtset metoodikat, mistõttu saadud andmed on projektis osalenud riikide vahel võrreldavad.

YDQ on struktureeritud küsimustik, mis on välja arendatud DSM-IV patoloogilise hasartmängu diagnoosi kriteeriumidest, seejuures on skaalat modifitseeritud vastavalt patoloogilise internetikasutuse (PIU) olemusele. Skaala on eelnevates uuringutes valideeritud. Diagnoos baseerub viimase kuue kuu interneti kasutuse muustril, mis näitab kas ja millisel määral internet on sekkunud uuritava igapäevaellu tekitades probleeme või kahjustusi. Antud kriteeriumi mõõdetakse kaheksale küsimusele "Ja" või "Ei" vastuse kaudu ning punkte võib saada vahemikus 0-8 (vaata Lisa 1). Vastavalt punktisummale tekivad kolm erineva raskusastmega alamkategoriat: mõõdukas kasutaja 0-2 punkti, ülemäärane kasutaja (MIU) 3-4 punkti ja patoloogiline kasutaja (PIU) ≥ 5 punkti.

„Noorte internetisõltuvuse küsimustik“ (ing : Young’s Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction – YDQ) koosneb järgmistest küsimustest:

1. Kas Sa tunned end pidevalt mõtetega internetis olevat (mõtled varasema online aktiivsuse peale või ootad järgmist online sessiooni)?
2. Kas Sa tunned vajadust kulutada rohkem aega internetis, et saavutada rahulolu?
3. Kas Sa oled korduvalt teinud ebaõnnestunud katseid selleks, et kontrollida, vähendada või lõpetada interneti kasutamist?
4. Kas Sa oled rahutu, tujukas, depressioonis või ärritatud kui püüad vähendada või lõpetada oma internetikasutust?
5. Kas Sa jääd internetti kauemaks, kui algselt planeerisid?
6. Kas Sa oled interneti tõttu ohtu seadnud või riskinud tähtsa inimsuhte, töö või haridusliku võimalusega?
7. Kas Sa oled valetanud pereliikmetele, terapeutidele või kellelegi teisele selleks, et varjata oma internetikasutuse ulatust?
8. Kas Sa kasutad internetti selleks, et põgeneda probleemide eest või leevendada pahurat meeleolu (näiteks: abituse tunne, süütunne, ärevus või depressioon)?

Kahe järgmise alapeatüki lõpul on toodud SEYLE internetti käsitleva uuringu tulemused ja lühidalt kokkuvõte (mida me teada saime?) ja soovitused tegevuskavaks (kuidas teadmist rakendada?)

Patoloogilise ja ülemäärase internetikasutuse levik ning seonduvad demograafilised ja sotsiaalsed aspektid

Uuringu eesmärgiks oli kaardistada kooliõpilaste internetikasutuse mustrid 11 Euroopa riigis keskmiselt ja riigiti ning otsida seoseid võimalike mõjuritega nagu interneti kättesaadavus, internetis viibitud aeg, suhted vanemate ja eakaaslastega, vanemate töötus ja religioossus ning soolised erinevused. Eraldi on välja toodud Eestiga seonduv. Küsimustele interneti kasutamisest andis anketeerimisel ammendava vastuse 11 956 õpilast (N/M: 6731/5225) üheteistkümne Euroopa riigi juhuvalimiga saadud üldhariduslikust koolist. Vastanute protsent oli 88, kuna küsitluse läbiviimise päeval puudus koolist 1720 õpilast ning 439 vastajat jäeti välja puuduliku informatsiooni tõttu. Uuritavate keskmine vanus oli 15 aastat (14.9 ± 0.9).

Instrument ja andmebaasid

Noored jagati soo ja interneti kasutamise harjumuse põhjal kolme gruppi: mõõdukad e tava-kasutajad (*ing: adaptive users*), ülemäärased kasutajad (*ing: maladaptive users*) ja patoloogilised kasutajad (*ing: pathological users*). Antud jaotus baseerub Noorte diagnostika küsimustikule interneti sõltuvuse kohta (*ing: Young's Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction; edaspidi YDQ*), mida laialdaselt kasutatakse internetisõltuvuse uuringutes.

YDQ on struktureeritud küsimustik, mis on välja arendatud DSM-IV patoloogilise hasart-mängu diagnoosi kriteeriumidest, seejuures on skaalat modifitseeritud vastavalt PIU olemusele. Skaala on eelnevates uuringutes valideeritud. YDQ diagnoos baseerub viimase kuue kuu interneti kasutuse muustril, mis viib kliinilise sümptomaatika halvenemise või probleemide/kahjustuste tekkimiseni. Antud kriteeriumit mõõdetakse kaheksa "Ja" või "Ei" küsimuse kaudu ning punkte võib saada vahemikus 0-8. Vastavalt punktisummale tekivad kolm erineva raskusastmega alamkategoriat: mõõdukas kasutaja 0-2 punkti, ülemäärane kasutaja 3-4 punkti ja patoloogiline kasutaja ≥ 5 punkti. IDQ küsimused on ära toodud peatüki alguses.

Seoste leidmiseks koguti demograafilisi andmeid, andmeid leibkonna, sünnikoha, vanematepoolse kaasatuse, sõprussuhete, vanemate tööstaatus ja religiooni kohta kasutades küsimusi Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS) ja European Values Study (EVS) küsimustikest. Andmed interneti kättesaadavuse kohta riigiti saadi Eurostati andmebaasist. Kogutud informatsiooni hulgas oli ka keskmine tundide arv, mis internetis veedeti ja milliseid tegevusi harrastati.

PIU ja MIU levimus

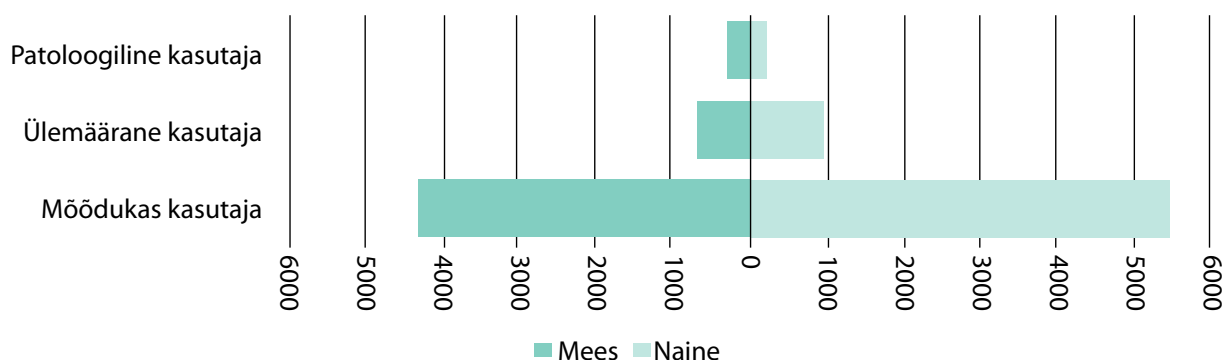
Tabel 1 on üles ehitatud nõnda, et saaksime ülevaate 11 riigi keskmistest tulemustest kõigi kolme erineva interneti kasutuse muustriga rühma kohta (KOKKU 1). Kuid kuna meid huvitab just Eesti asend uuritavate riikide hulgas, siis arvutused on tehtud ka 10 riigi peale (Eesti välja arvatud), et Eesti võrdlus teiste riikidega oleks arvutuslikult korrektne (KOKKU 2). **Uuringust nähtub, et 10 uuritava riigi peale kokku esines PIU 4,3% juhtudest, Eestis aga 5,3%, so tervelt 1% enam. Üheteistkümne riigi noortel on väljakujunenud PIU kõrgem poiste puhul (5.2% vs. 3.6%), kuid Eestis on poiste PIU madalam - 4,6% ja tüdrukutel kõrgem**

- **5,9%**. Kõige kõrgemad näitajad nii poiste kui tüdrukute seas olid Iisraelis, kus patoloogilisi interneti kasutajaid oli 11,8% (M 13,2 % ja N 6,1%) ja kõige madalam Itaalias 1,2 % (M 1,6% ja N 1.0%). Peale Eesti esineb suurem PIU protsent tüdrukutel veel neljas riigis: Austrias, Prantsusmaal, Sloveenias ja Hispaanias. Saksamaal oli poiste ja tüdrukute osakaal võrdne. Seega, kuigi PIU keskmine % uuritud maades on kõrgem poiste seas, siis riigiti esineb pooltes uuritud riikides siiski kõrgem internetisõltuvus tüdrukute seas.

Ülemäärast interneti kasutust (MIU) esines 10 riigi õpilaste hulgas 13,1% (tüdrukud 13,7% ja poisid 12,4%), **Eestis oli MIU osakaal suurem - 17,0%, eriti just tüdrukute puhul (20,6%)**. Poiste MIU levimus oli sarnane 10 riigi keskmisega (12,8%). MIU oli poiste puhul suurem kui tüdrukutel ainult kolmes riigis - Austria, Iisrael ja Rumeenia ning võrdne protsent oli Ungaris.

Mõõdukaid interneti kasutajaid on Eestis uuritud riikide keskmisest vähem (77,7% vs 82,6%), Eestist väikem oli see näitaja vaid Iisraelis - 70,0.

Ülevaate kolmest erinevast interneti kasutajate gruppist sooti üheteistkümnes Euroopa riigis keskmiselt absoluutarvudes YDQ skaala alusel annab joonis 1.



Joonis 1. Kolm internetikasutuse gruppi poiste ja tüdrukute lõikes 11 Euroopa riigis keskmiselt absoluutarvudes

TABEL 1. Interneti kasutus 11 Euroopa riigi kooliõpilaste hulgas

Riik	Mõõdukas kasutamine			Ülemäärane kasutamine - MIU			Patoloogiline kasutamine		
	M	N	Kokku	M	N	Kokku	M	N	Kokku
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Austria	289 (82.8)	495 (83.3)	784 (83.1)	50 (14.3)	80 (13.5)	130 (13.8)	10 (2.9)	19 (3.2)	29 (3.1)
Hispaania	452 (85.4)	392 (79.2)	844 (82.4)	58 (11.0)	78 (15.8)	136 (13.3)	19 (3.6)	25 (5.1)	44 (4.3)
Iirimaa	506 (87.2)	417 (85.6)	923 (86.5)	47 (8.1)	57 (11.7)	104 (9.7)	27 (4.7)	13 (2.7)	40 (3.7)
Israël	513 (67.9)	153 (78.1)	666 (70.0)	142 (18.8)	31 (15.8)	173 (18.2)	100 (13.2)	12 (6.1)	112 (11.8)
Itaalia	341 (89.7)	729 (90.2)	1,070 (90.1)	33 (8.7)	71 (8.8)	104 (8.8)	6 (1.6)	8 (1.0)	14 (1.2)
Prantsusmaa	281 (88.4)	558 (81.5)	839 (83.6)	30 (9.4)	108 (15.8)	138 (13.8)	7 (2.2)	19 (2.8)	26 (2.6)
Rumeenia	303 (77.3)	629 (84.5)	932 (82.0)	69 (17.6)	83 (11.2)	152 (13.4)	20 (5.1)	32 (4.3)	52 (4.6)
Saksamaa	573 (83.4)	588 (78.3)	1,161 (80.7)	81 (11.8)	127 (16.9)	208 (14.5)	33 (4.8)	36 (4.8)	69 (4.8)
Sloveenia	288 (83.5)	611 (74.6)	899 (77.2)	41 (11.9)	156 (19.0)	197 (16.9)	16 (4.6)	52 (6.3)	68 (5.8)
Ungari	369 (88.9)	533 (89.9)	902 (89.5)	37 (8.9)	53 (8.9)	90 (8.9)	9 (2.2)	7 (1.2)	16 (1.6)
Kokku 1	3,915 (82.4)	5,105 (82.7)	9,020 (82.6)	588 (12.4)	844 (13.7)	1,432 (13.1)	247 (5.2)	223 (3.6)	470 (4.3)
Eesti	392 (82.5)	411 (73.5)	803 (77.7)	61 (12.8)	115 (20.6)	176 (17.0)	22 (4.6)	33 (5.9)	55 (5.3)
Kokku 2	4269 (82.4)	5488 (81.9)	9793 (82.1)	642 (12.4)	954 (14.2)	1610 (13.5)	268 (5.2)	256 (3.8)	528 (4.4)

Online-tegevused

Tabelis 2 ja 3 on näha, et **kõige populaarsemad online-tegevused** kõiges kolmes interneti kasutust iseloomustavas rühmas nii 10 Euroopa riigi keskmisena kui Eestis **olid sarnased: videote vaatamine, sotsiaalvõrgustike külastamine ning muusika ja videote allalaadimine. Eesti õpilased** eristusid positiivsena selle poolest, et huvid olid teise riikide õpilastega võrreldes **intellektuaalsemad**, näiteks kõrgmal positsioonil oli lugemine/postitamine/diskuteerimine ja kodutööde tegemine internetis. Jututubade külastamine, mis oli küllalt populaarne teistes riikides, jäi Eestis viimasele kohale. Samuti võib välja tuua, et kui 10 riigi lõikes võis märgata, et mida suuremaks läks internetisõltuvus seda enam langes kodutööde osakaal, siis Eesti puhul sellist seaduspära ei olnud. Olulise erinevusena sugude vahel ilmnes, et **tüdrukud veetsid enam aega sotsiaalvõrgustikes ja poisid mängisid enam arvutimänge**, kusjuures arvutimängude mängimine oli ligi kaks korda suurem patoloogilise kasutaja puhul võrreldes mõõduka interneti kasutajaga.

TABEL 2: Euroopa 10 riigi noorte levinumad *online*-tegevused

	Möödukas kasutaja						Ülemäärane kasutaja						Patoloogiline kasutaja					
	M		N		Kokku		M		N		Kokku		M		N		Kokku	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Videote vaatamine (YouTube, etc.)	2361	69,9%	3342	68,0%	5703	68,8%	371	84,9%	685	84,7%	1056	84,8%	120	82,8%	184	87,6%	304	85,6%
Sotsiaalvõrgustikud (Facebook, etc.)	2173	63,9%	3633	73,9%	5806	69,8%	313	70,7%	718	88,4%	1031	82,2%	104	71,2%	179	86,1%	283	79,9%
Muusika ja videote allalaadimine	2325	60,1%	2753	54,4%	5078	56,9%	409	70,2%	577	68,6%	986	69,2%	173	71,5%	170	76,2%	343	73,8%
Jututoad	1873	48,4%	2457	48,7%	4330	48,6%	367	63,4%	560	66,7%	927	65,3%	165	67,9%	159	71,9%	324	69,8%
E-mail	1857	47,9%	2712	53,6%	4569	51,2%	312	53,7%	505	60,2%	817	57,5%	134	54,9%	133	59,6%	267	57,2%
Koolitööd	1112	28,6%	2080	40,9%	3192	35,6%	145	24,9%	290	34,4%	435	30,5%	54	22,1%	72	32,3%	126	27,0%
Lugemine/postitamine/arutamine gruppides	973	25,1%	1165	23,1%	2138	24,0%	176	30,4%	255	30,3%	431	30,3%	67	27,6%	80	36,2%	147	31,7%
Ühe kasutaja <i>online</i> mängud	1200	31,0%	584	11,5%	1784	19,9%	274	47,2%	118	14,1%	392	27,7%	125	50,8%	36	16,2%	161	34,4%
Mitme kasutaja <i>online</i> mängud	1071	31,8%	244	5,0%	1315	15,9%	224	50,6%	63	7,8%	287	22,9%	88	60,7%	25	12,0%	113	31,9%

Tabel 3. Eesti noorte levinumad *online*-tegevused

	Möödukas kasutaja								Ülemäärane kasutaja								Patoloogiline kasutaja							
	M		N		Kokku		M		N		Kokku		M		N		Kokku							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Videote vaatamine (YouTube, etc.)	335	86,3%	315	77,4%	650	81,8%	56	93,3%	102	88,7%	158	90,3%	20	90,9%	33	100,0%	53	96,4%						
Muusika ja videote allalaadimine	287	73,4%	292	71,7%	579	72,6%	49	80,3%	88	76,5%	137	77,8%	17	77,3%	27	84,4%	44	81,5%						
Sotsiaalvõrgustikud (Facebook, etc.)	178	45,6%	307	75,4%	485	60,9%	28	45,9%	99	86,1%	127	72,2%	9	42,9%	27	81,8%	36	66,7%						
E-mail	188	48,1%	229	55,7%	417	52,0%	32	52,5%	56	48,7%	88	50,0%	10	47,6%	20	60,6%	30	55,6%						
Lugemine/postitamine/arutamine gruppides	197	50,4%	175	42,7%	372	46,4%	28	45,9%	49	42,6%	77	43,8%	13	61,9%	15	45,5%	28	51,9%						
Koolitööd	142	36,2%	152	37,0%	294	36,6%	16	26,2%	41	36,0%	57	32,6%	5	23,8%	18	54,5%	23	42,6%						
Mitme kasutaja online mängud	150	38,5%	17	4,1%	167	20,9%	29	47,5%	12	10,5%	41	23,4%	14	66,7%	2	6,3%	16	30,2%						
Ühe kasutaja online mängud	64	16,4%	55	13,5%	119	14,9%	20	32,8%	19	16,5%	39	22,2%	7	33,3%	9	27,3%	16	29,6%						
Jututoad	64	16,5%	48	11,7%	112	14,1%	15	24,6%	21	18,4%	36	20,6%	4	19,0%	6	18,2%	10	18,5%						

Internetis veedetud aeg

Tabelis 4 näeme, et keskmiselt **veetis ülemäärane interneti kasutaja igapäev internetis 2,9 tundi ning patoloogiline kasutaja 3,7 tundi**. Mõõduka ja patoloogilise kasutajate grupi vahel oli peaaegu kahekordne vahe internetis veedetud ajas: mõõdukas grupp veetis keskmiselt 2,0 tundi *online*-is ja PIU grupp 3,7 tundi. Mõnel juhul ulatus tundide arv päevas 11-ni. Need tulemused viitavad sõltuvuse astme ja internetis veedetud aja vahelisele seosele. Samuti on näha, et poisid veedavad *online* rohkem aega kui tüdrukud ning selline sooline erinevus esines kõiges kolmes internetikasutuse grupis.

Tabel 4: Online-is veedetud aeg tundides, Eesti ja 10 Euroopa riigi keskmine

		Eesti			Teised 10 riiki			Kokku	
		Keskmine	Min-Max	Standard-hälve	Keskmine	Min-Max	Standard-hälve	Keskmine	Standard-hälve
Interneti mõõdukas kasutamine	Mees	2.6	0 - 8	1.5	2.1	0 - 12	1.7	2.1	1.7
	Naine	2.4	0 - 10	1.5	1.8	0 - 12	1.4	1.9	1.4
	Kokku	2.5	0 - 10	1.5	1.9	0 - 12	1.5	2.0	1.5
Interneti ülemäärane kasutamine	Mees	3.8	1 - 10	2.0	3.2	0 - 12	2.5	3.3	2.4
	Naine	3.5	1 - 10	1.9	2.8	0 - 12	1.8	2.8	1.8
	Kokku	3.6	1 - 10	1.9	2.9	0 - 12	2.1	3.0	2.1
Patoloogiline interneti kasutamine	Mees	3.4	1 - 8	1.9	3.9	0 - 12	2.6	3.9	2.6
	Naine	4.3	1 - 11	2.6	3.5	0 - 12	2.5	3.6	2.5
	Kokku	3.9	1 - 11	2.3	3.7	0 - 12	2.6	3.8	2.6

Nagu tabelis 4 esitatud andmetest võib näha **veedavad Eesti noored võrreldes Euroopa kümne riigi keskmisega internetis rohkem aega**. See tendents esineb kõigi interneti kasutajate gruppide puhul. Kui PIU grupi puhul ei ole tegemist väga suure erinevusega (Euroopa riikide keskmine 3,7 vs Eesti keskmine 3,9), siis mõõduka ja ülemäärase internetikasutajate grupi puhul on tegemist suurema erinevusega. Ülemäärane internetikasutaja Eestis veedab iga päev keskmiselt 3,6 tundi internetis, samal ajal kui kümne Euroopa riigi keskmine näitaja on 2,9 tundi. Mõõduka grupi puhul oli Eesti õpilaste internetis viibimise aeg 2,5 tundi vs 1,9 tundi teiste riikide keskmine.

Internetis veedetavat aega on peetud üheks oluliseks määrajaks sõltuvuse astme mõõtmisel ning nagu ka antud tulemustest näeme, veedab PIU grupp *onlines* enam aega kui teised interneti kasutajad. See arvamus ei ole siiski valdav. On olukordi, mille kohaselt internetis viibitud aeg ei ole tingimata interneti sõltuvuse kriteeriumiks vaid on enesearenduse mõttes kvaliteetaeg. Mängude mängimine virtuaalmaailmas või jututubades vestlemine on leitud olevat potentsiaalsed sõltuvust tekitavad tegevused.

Demograafilised ja sotsiaalsed tegurid

Uuringu käigus tuvastati (Tabel 5) MIU ja PIU riski seoseid mõnede demograafiliste ja sotsiaalsete teguritega. Üheks olulisemaks faktoriks patoloogilise internetikasutuse väljakujunemisel on **vanemate vähene osalus noorukite elus**. Õpilased, kes ei elanud oma bioloogiliste vanematega koos, kelle vanemad ei tegelenud nendega piisvalt või kelle vanemad oli töötud, näitasid kõige kõrgemat riski nii MIU kui PIU väljakujunemisel. Kõrgem risk oli ka õpilastel, kes leidsid et nende vanemad „ei mõista neid”, „ei tea, mida nooruk teeb oma vabal ajal” ja „ei pööra noorukile tähelepanu”.

Tavaliselt esineb noorte riskikäitumine väljaspool kodu ning on enamasti vanematele teadmata, samal ajal kui PIU kujuneb välja just kodus ja vanemad on sellest teadlikud. Seega arvati kui „lapsehoidja” võib olla vanematele küll mugav, kuid kätkeb enada ohtu lapse vaimsele kui füüsilisele tervisele.

Tabel 5. Valik demograafilisi ja sotsiaalseid faktoreid seoses PIU ja MIUga 11 Euroopa riigis.

Demograafilised ja sotsiaalsed faktorid		Ülemäärane kasutus (n=1,608)			Patoloogiline kasutus (n=525)		
		RRR*	95% CI**	P***	RRR	95% CI	P
Vanus		1,03	0.95-1.10	0,494	1,06	0.94-1.20	0,327
Meessugu		0,83	0.73-0.95	0,005	1,21	0.97-1.50	0,086
Juurdepääs internetile		1,00	1.00-1.01	0,151	1,01	0.99-1.02	0,288
Elab linnas		1,20	1.04-1.37	0,010	1,29	1.03-1.63	0,030
Majapidamis kooslus	Õpilane ei ela bioloogilise vanema või sugulase juures	1,98	1.28-3.06	0,002	2,60	1.42-4.74	0,002
	Õpilasel ei ole sugulasi	1,15	0.98-1.35	0,093	1,29	0.98-1.70	0,065
Sündinud välisriigis	Õpilase isa oli sündinud mujal riigis	1,42	1.14-1.76	0,002	1,09	0.75-1.60	0,639
	Õpilase ema oli sündinud mujal riigis	1,11	0.88-1.39	0,380	1,30	0.89-1.89	0,178
	Õpilane oli sündinud mujal riigis	0,93	0.70-1.22	0,600	0,92	0.58-1.46	0,739
Vanemate kaasatus	Vanemad ei mõista õpilase probleeme	1,64	1.42-1.89	<.001	2,36	1.82-3.05	<.001
	Vanemad ei tea, mida õpilane teeb vabal ajal	1,92	1.68-2.20	<.001	1,98	1.57-2.49	<.001
	Vanemad ei pööra õpilasele tähelepanu	1,44	1.26-1.65	<.001	2,04	1.61-2.59	<.001
Sõprussuhted	Õpilasel on tüdruksõber/poiss-sõber	1,20	1.04-1.38	0,014	1,53	1.22-1.93	<.001
	Õpilasel ei ole lähedasi sõpru	1,15	0.70-1.90	0,581	1,16	0.53-2.57	0,708
Vanemate töötus	Õpilase vanem/hooldaja on töötu	1,19	0.97-1.45	0,094	1,90	1.42-2.54	<.001
Religioon	Õpilane peab ennast usklikuks	1,15	1.01-1.30	0,038	1,19	0.95-1.48	0,132

RRR* – relative risk ratio

CI** – confidence interval

P*** – rasvases kirjas näidatud, millised seosed PIU ja MIU puhul olid statistiliselt tõenäosed

Noored suhtlevad omavahel väga palju just arvuti vahendusel. Siin ilmnes kaks tendentsi. Üksildase ja isoleeritud lapse, kelle suhtlus maailmaga ujeduse tõttu piirdub internetiga, võib arvuti viia reaalsest suhtlusest veelgi kaugemale ja liialt siduda internetiga. Teiselt poolt ilmnes, et need, kellel oli püsiv neti suhtluspartner, olid ka suurema MIU või PIU riskiga.

Nii MIU kui PIU levimuses ei olnud olulisteks faktoriteks religioon, juurdepääs internetile, sünnikoht ja vanemate päritolu.

Mida me teada saime?

- Noorte internetikasutus Eestis on problemaatiline. Eestis oli PIU leviku poolest (5,3% õpilastest) kolmandal kohal, MIU suhtes teisel kohal (17,3%). Vastupidiselt Euroopa noortele oli nii PIU kui MIU Eestis tühtrikutel kõrgem.
- Eesti õpilaste valikud internetis on intellektuaalsemad (lugemine/postitamine/diskuteerimine ja kodutööde tegemine). Poiste PIU puhul kulus aeg just arvutimängudele.
- PIU ja MIU olid enam välja arenenud nendel lastel, kes ei elanud koos bioloogiliste vanematega, kui vanematel ei olnud piisavalt huvi laste tegevuste suhtes ja kui vanemad olid töötud.

Kuidas teadmist rakendada?

- Hoida tähelepanu all laste internetikasutuse kestust ja tegevusi.
- Tõsta vanemate ja õpetajate teadmisi interneti ohtudest
- Toetada ja väärtustada perekonda
- Sõltuvuskahtluse ilmnemisel pöörduda spetsialisti poole.

Vaimsed häired patoloogilise internetikasutuse puhul

Viimastel aastatel on uurijate tähelepanu pälvinud üksikud lõigud noorte internetikasutuse ning psühhopatoloogia sh ennasthävitava käitumise seostest, samuti patoloogilise internetikasutuse ja erinevate riskikäitumise seostest. Euroopa Komisjoni projekti SEYLE („Saving and Empowering Young Lives in Europe“) uuring hõlmab nimetatud teema laia spektri (Tabel 1). Uuringust võttis osa esinduslik valim 11 Euroopa maast - 11,356 õpilast (M/N: 4,856/6,500; keskmine vanus: 14.9). Käesolevas alapeatükis on kirjeldatud tulemusi kolmes õpilaste grupis lähtudes internetikasutuse mustrist (analoogiliselt eelneva alapeatükiga): PIU – patoloogiline interneti kasutus (ing: pathological internet use), MIU – ülemäärane interneti kasutus (ing: maladaptive internet use) ja mõõdukas interneti kasutus (ing: adaptive internet use - AIU).

Mõõdikutena kasutati järgmisi skaalasid: interneti kasutuse intensiivsust mõõdeti Noorte diagnostilise skaalaga (Young's Diagnostic Questionnaire – YDQ), vaimset seisundit Beck'i depressiooni skaalaga (Beck Depression Inventory-II), Zungi enesehinnangulise ärevuse skaalaga (Zung Self-Rating Anxiety Scale) ja Tugevuste Strengths and Difficulties Questionnaire. Suitsidaalsust mõõdeti Deliberate Self-Harm Inventory ja Paykeli suitsiidiskaalaga (Paykel Suicide Scale) (lähemalt pt. Projektide tutvustus ja kasutatud mõõdikud)

Kui vaadata kümne riigi koondtulemusi, siis MIU grupi õpilaste hulgas (n=1342) esines kerget depressiooni 19,0 %, mõõdukat 12,7% ning rasket 4,8%. PIU grupis tuvastati depressiooni kõiki raskusastmeid enam (Tabel 6). Tabelit edasi jälgides veendume, et sama muster on ka ärevuse, emotsionaalsete sümptomite, hüperaktiivsuse/tähelepanu häire ja käitumisprobleemide puhul nii Euroopa riikides kui Eestis – psühhopatoloogia osakaal suureneb lineaarselt mõõdukate interneti kasutajate grupist patoloogilise interneti kasutajate suunas.

Tabelis 6 toodud andmetest nähtub, et teiste maade keskmised näitajad ja Eesti andmed on küllaltki sarnased. PIU grupis on ligemale 60% lastest depressioonile viitavaid sümptomeid (erinevad depressiooni raskusastmed liidetult) ning peaaegu pooltel on kas hüperaktiivsus/tähelepanu häire või käitumisprobleemid. Kõige vähem on esindatud ärevus ja suhteprobleemid. Siiski, just mõõdukat ärevust on leitud Euroopa riikide õpilastel PIU grupis küllalt sageli (23,1%), Eestis vähem (15,%). Alarmeriv Eesti andmetest on 11,3% rasket depressiooni PIU grupis, 21,8% raskeid emotsionaalseid häireid, 25,5% rasket

Tabel 6. Psühhopatoloogia ja interneti kasutamise seos Eesti ja 10 Euroopa riigi kooliõpilastel

		Jaotus YDQ skaala alusel					
		mõõdukad kasutajad		ülemääraselt kasutajad		Patoloogilised interneti kasutajad	
		n	%	n	%	n	%
Depression							
Eesti	Puudub	717	90.5%	122	70.9%	23	43.4%
	Kerge	46	5.8%	30	17.4%	13	24.5%
	Mõõdukas	24	3.0%	15	8.7%	11	20.8%
	Raske	5	.6%	5	2.9%	6	11.3%

Kõik	Puudub	8464	87.1%	1014	63.5%	247	48.0%
	Kerge	763	7.8%	304	19.0%	100	19.4%
	Mõõdukas	361	3.7%	202	12.7%	106	20.6%
	Raske	133	1.4%	76	4.8%	62	12.0%
Ärevus							
Eesti	Puudub	778	98.0%	151	88.3%	43	81.1%
	Mõõdukas	15	1.9%	19	11.1%	8	15.1%
	Raske	1	.1%	1	.6%	2	3.8%
Kõik	Puudub	9062	95.0%	1299	83.3%	366	72.8%
	Mõõdukas	458	4.8%	245	15.7%	116	23.1%
	Raske	23	.2%	16	1.0%	21	4.2%
Emotsionaalsed sümptomid							
Eesti	Normaalne	742	92.8%	148	84.1%	35	63.6%
	Piiripealne	32	4.0%	12	6.8%	8	14.5%
	Raske	26	3.3%	16	9.1%	12	21.8%
Kõik	Normaalne	8717	89.1%	1228	76.5%	364	69.7%
	Piiripealne	478	4.9%	163	10.2%	58	11.1%
	Raske	584	6.0%	214	13.3%	100	19.2%
Hüperaktiivsuse/tähelepanu häire							
Eesti	Normaalne	690	86.3%	129	73.3%	31	56.4%
	Piiripealne	62	7.8%	23	13.1%	10	18.2%
	Raske	48	6.0%	24	13.6%	14	25.5%
Kõik	Normaalne	8311	85.0%	1142	71.2%	330	63.0%
	Piiripealne	727	7.4%	201	12.5%	81	15.5%
	Raske	744	7.6%	261	16.3%	113	21.6%
Käitumisprobleemid							
Eesti	Normaalne	653	81.6%	119	67.6%	31	56.4%
	Piiripealne	90	11.3%	27	15.3%	11	20.0%
	Raske	57	7.1%	30	17.0%	13	23.6%
Kõik	Normaalne	8060	82.4%	1088	67.8%	304	58.2%
	Piiripealne	960	9.8%	226	14.1%	86	16.5%
	Raske	758	7.8%	291	18.1%	132	25.3%
Suhteprobleemid							
Eesti	Normaalne	707	88.4%	141	80.1%	44	80.0%
	Piiripealne	78	9.8%	24	13.6%	6	10.9%
	Raske	15	1.9%	11	6.3%	5	9.1%
Kõik	Normaalne	8532	87.3%	1248	77.8%	356	68.1%
	Piiripealne	1003	10.3%	261	16.3%	118	22.6%
	Raske	242	2.5%	95	5.9%	49	9.4%
Pro-sotsiaalne käitumine							
Eesti	Normaalne	628	78.5%	138	78.4%	40	72.7%
	Piiripealne	107	13.4%	22	12.5%	8	14.5%
	Raske	65	8.1%	16	9.1%	7	12.7%
Kõik	Normaalne	8366	85.5%	1312	81.7%	388	74.5%
	Piiripealne	824	8.4%	148	9.2%	61	11.7%
	Raske	590	6.0%	145	9.0%	72	13.8%

Tahtlikku enesevigastamist esines peaaegu kolm korda enam MIUde puhul ja viis korda enam PIUde puhul võrreldes mõõduka interneti kasutajaga. Tabelis 2 esitatud tulemused näitavad, et 32,0% Euroopa PIU grupi ja 41,5% MIU grupi õpilastest väljendasid mingis vormis suitsiidist mõtlemist, Eestis PIU hulgas isegi 49,1%. Suitsiidikatseid oli sooritanud 3,6% Eesti õpilastest ja 3,4% Euroopas keskmiselt. PIUde seas oli suur hulk noori (Euroopas 17,5% ja Eestis 17,0%), kes olid ennast varasemalt tahtlikult vigastanud. Täpsemalt peatükis 'Suitsidaalsus ja mitesuitsidaalsed tahtlikud enesevigastused (TEV)'

Tabel 7. Ennastkahjustava käitumise ja interneti kasutamise seos Eesti ja 10 Euroopa riigi kooliõpilastel

		Jaotus YDQ skaala alusel					
		mõõdukad kasutajad		ülemääraselt kasutajad		Patoloogilised interneti kasutajad	
		n	%	n	%	n	%
Tahtlik enesevigastamine							
Eesti	Ei	777	97.6%	158	91.3%	44	83.0%
	Jah	19	2.4%	15	8.7%	9	17.0%
Kõik	Ei	9403	97.5%	1449	92.1%	415	82.5%
	Jah	238	2.5%	125	7.9%	88	17.5%
Suitsidaalsus							
Eesti	Ei esine	738	92.3%	134	76.1%	26	47.3%
	Suitsiidist mõtlemine	60	7.5%	41	23.3%	27	49.1%
	Suitsiidikatsed	2	.3%	1	.6%	2	3.6%
Kõik	Ei esine	8528	87.1%	1076	66.8%	291	55.1%
	Suitsiidist mõtlemine	1238	12.6%	515	32.0%	219	41.5%
	Suitsiidikatsed	27	.3%	19	1.2%	18	3.4%

Kokkuvõtvalt, käesolev on esimese mahukam üleeuroopaline (11 Euroopa riiki) uuring, mis võttis vaatluse alla ja tuvastas psühhopatoloogia ja enesehävitusliku käitumise ning MIU ja PIU vahelised seosed. Noortel, kes kuulusid MIUesse esines võrreldes mõõdukate interneti kasutajatega suurenenud risk komorbiidsele psühhopatoloogiale. Kuid kõige raskemakujulisem komorbiidne psühhopatoloogia esines patoloogiliste interneti kasutajate hulgas. See viitab võimalusele varajaseks ennetuseks ja sekkumiseks enne kui PIU ei ole veel välja kujunenud. Nii nagu uuringutes üldse, nii ka siin on raske teha järeldust, mis on põhjus, mis tagajärg, so kas vaimsed häired on eeltingimuseks, et laps satub internetisõltuvusse või tekitab ülemäärane internetikasutus vaimseid häireid. On võimalik, et õpilased, kellel ilmneb psühhopatoloogia ja suitsidaalse käitumise sümptomeid kasutavad internetti selleks et põgeneda oma psühholoogilise valu ja probleemide eest. Interneti kasutamine võib sel juhul olla hakkamasaamise strateegia. Kuid see ei ole ainus võimalus. Samuti võib oletada, et õpilastel võivad ilmneda ägedad psühhopatoloogia sümptomid ja/või suitsidaalne käitumine virtuaalsest maailmast saadud kogemuse tõttu. Näiteks noorukid võivad langeda küberkiusamise ohvriks. Probleemaatiline käitumine teistes eluvaldkondades ja madal perekondlik funktsioneerimine – neid nähakse samuti interneti sõltuvuse ennustajateks. Risk suureneb *online* mängurite puhul. Näiteks Ida-Aasia riikidest on teada, et poisid on suurema riski all tõenäoliselt *online* mängu-

de suure populaarsuse tõttu nendes riikides, mis reeglina on atraktiivsed pigem poistele kui tüdrukutele.

Sugudevahelist erinevust näitab ka see, et meessoost õpilased, kes kogesid depressiooni, ärevust ja probleeme sõpradega, langesid enam PIU kategooriasse kui tüdrukud. Meie uurin-gutulemuste järgi on tüdrukud, kellel esinevad käitumisprobleemid või hüperaktiivsus/tähe-lepanematus, tõenäolisemalt patoloogiliste internetikasutajate grupis kui poisid. Tavapärast esinevad hüperaktiivsus/tähelepanematus ja käitumisprobleemid sagedamini poiste seas, seega võib oletada, et oma soole mittetüüpiliste probleemide all kannatamine seostub PIUga.

Noorukid, kellel on käitumisprobleemid ja hüperaktiivsus/tähelepanematus on tihti impulsiivsed ning impulsiivsust omakorda seostatakse suitsidaalse käitumisega. Patoloogilist inter-netikasutust peetakse impulsi kontrolli häireks, seega eeldatakse, et seisundid, mida seosta-takse impulsiivsusega, ilmnevad ka PIU puhul ning antud oletust toetavad ka meie uuringu tulemused. PIU sümptomaatika sarnaneb noorte riskikäitumisega, näiteks ainete kuritarvita-misega, mida seostatakse samuti tugevalt psühhopatoloogia, suitsidaalse käitumise ja impulsiivsusega. Kuna impulsiivsust seostatakse omakorda temperamendi ja isikliku arenguga, siis võivad need omadused olla olulised faktorid PIU kujunemisel. See võib olla üheks seletuseks leitud seostele impulsiivsusega seotud emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide, suitsi-daalse käitumise ja PIU vahel. Edasised isikuomaduste uuringuid oleksid

Mida me teada saime?

- Psühhopatoloogial ja ennasthävitaval käitumisel on tugev lineaarne seos interneti kasutuse mustri-ga
- Kõige sagedamini on PIU grupis väljendatud depressiivset sümptomaatikat. Seos käitumisprobleemide, hüperaktiivsuse/ tähelepanu probleemide ja PIU vahel oli tugevaim naissoo hulgas; seosed PIU ja depressiooni, ärevuse ja suhte-probleemide vahel oli tugevam meessoos puhul
- Suitsidaalsusel on väga tugev seos patoloogilise internetikasutusega

Kuidas teadmist rakendada?

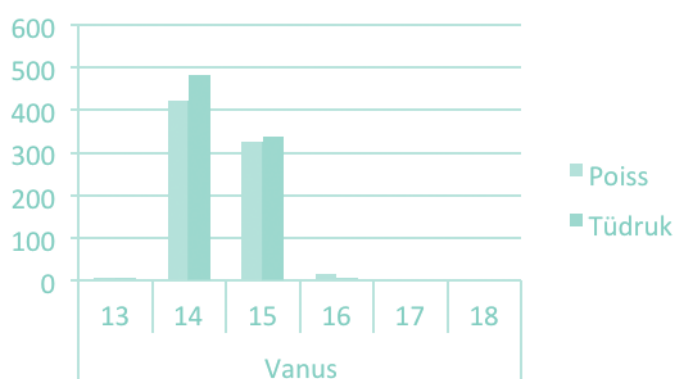
- Hoida tähelepanu all laste internetikasutuse kestust ja tegevusi.
- Tõsta vanemate, õpetajate ja õpilaste teadmisi vaimsest tervisest ja interneti ohtudest
- Märgata sõltuvuse riski varakult ja leida lastele alternatiivset tegevust
- Sõltuvuskahtluse ilmnemisel pöörduda spetsialisti poole.

6. KOOLIST PUUDUMINE JA SELLE SEOS VAIMSE TERVISEGA

WE-STAY projekti keskse osana viidi läbi uuring õpilaste koolist puudumise kohta ning selle seostest vaimse tervise, riskikäitumise, hoiakutega.

Eestis osales 1636 õpilast, sealhulgas 790 poissi ja 837 tüdrukut. Üheksa osalejat ei avaldanud küsimustikus oma sugu. Osalejate keskmine vanus baasuuringu ajal oli 14,4 aastat.

Kogu projekti baasküsitluses osales 11186 õpilast kuuest riigist ning nende keskmine vanus oli 15,1 aastat. Edaspidi on esitatud Eestit puudutavad andmed, kui ei ole märgitud teisiti.

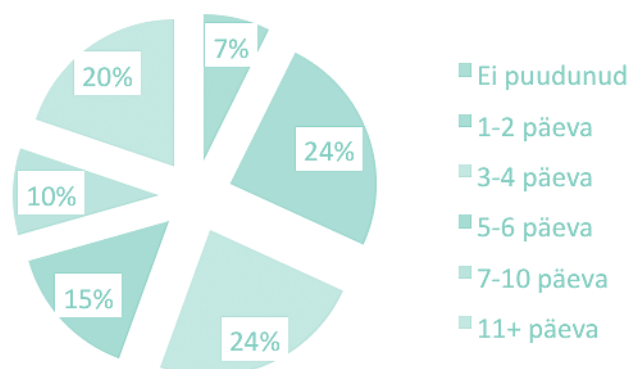


Joonis 1. WE-STAY uuringus osalenud õpilaste arv soo ja vanuse lõikes.

Koolist puudumise kohta oli õpilastel võimalus vastata kolmele küsimusele.

- A) Kuu keskmisena, möödunud õppeaastal, mitmel päeval puudusid sa koolist vanemate või õpetaja nõusolekuta?
- B) Kuu keskmisena, möödunud õppeaastal, mitmest tunnist puudusid sa koolist vanemate või õpetaja nõusolekuta?
- C) Kuu keskmisena, möödunud õppeaastal, mitmel päeval puudusid sa koolist vanemate või õpetaja nõusolekul (haigus, esinemine spordi- või kultuurivallas)?

Põhjusega puudumine ühe kuu jooksul oli sedavõrd ulatuslik, et mitte puudunuid oli vaid 7%.



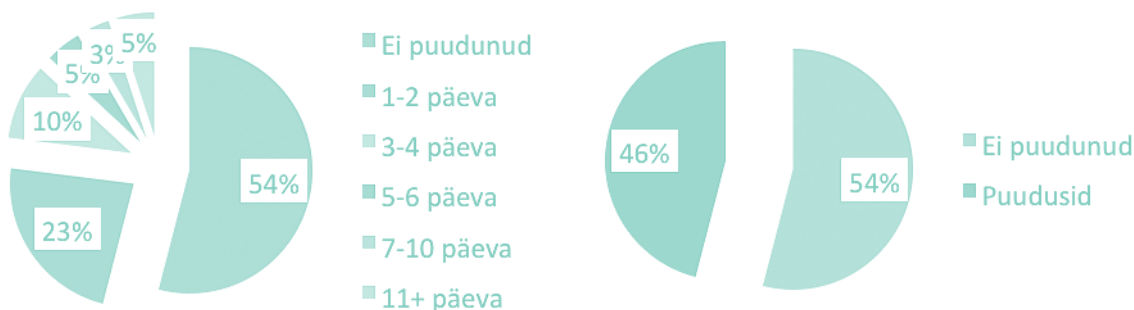
Joonis 2. Põhjusega koolist puudunud õpilaste osakaal puudutud päevade lõikes ühe kuu jooksul.

Põhjusta koolist puudumise kohta on kõik õpilaste poolt avaldatud enesekohased andmed koondatud Tabelisse 1. 27 osalejat neid andmeid ei avaldanud.

Tabel 1. Põhjusteta koolist puudunud õpilaste osakaal päevade ja üksikute tundide lõikes ühe kuu jooksul.

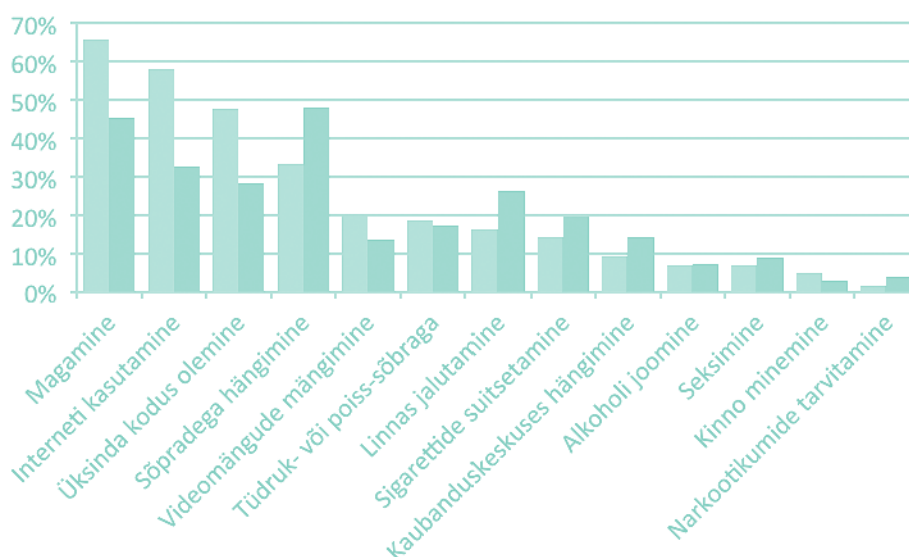
		Päevade arv, mil on puudunud üksikuid tunde							Kokku
		0	1	2	3-4	5-6	7-10	11+	
Puudutud päevade arv	0	40.8%	6.3%	3.7%	2.1%	.6%	.2%	.4%	54.1%
	1	4.6%	4.0%	1.4%	1.7%	.4%	.1%	.1%	12.3%
	2	3.2%	2.1%	2.5%	1.4%	1.0%	.3%	.1%	10.7%
	3-4	2.8%	1.5%	1.7%	2.2%	1.0%	.3%	.3%	9.9%
	5-6	1.0%	.4%	.9%	.9%	.7%	.5%	.2%	4.7%
	7-10	.8%	.3%	.6%	.4%	.6%	.2%	.4%	3.4%
	11+	.7%	.5%	.3%	.8%	.3%	.4%	2.0%	5.0%
	Kokku	53.9%	15.2%	11.2%	9.6%	4.6%	1.9%	3.6%	100.0%

Tabelist nähtub, et erinevused kahel viisil mõõdetud põhjusteta puudumise vahel on väikesed. Edasiselt on aluseks võetud põhjusteta puudutud tervikpäevad kui tõsisem normist kõrvalekalde ilming. Kui Eestis oli neid õpilasi, kes põhjusteta ei puudunud 54,1%, siis kõikides uuringus osalnud riikides oli selliseid õpilasi 59,8%.



Joonis 3. Põhjusteta koolist puudunud õpilaste osakaal puudutud päevade lõikes ning dihhotomiseerituna ühe kuu jooksul.

Õpilastel oli küsitluses toodud valikvastuseid märkides võimalik kirjeldada oma tegevusi koolist puudumise ajal. Iga vastaja võis teha niipalju valikuid kui õigeks pidas. Silmatorkavalt vastas ligi 2/3 Eesti õpilastest, et magavad koolist puudumise ajal. Teiseks ja kolmandaks platseerunud tegevused – interneti kasutamine ja üksinda kodus olemine – pole samuti seltskondliku iseloomuga. Kõikide uuringus osalenud riikide hulgas on esikohal sõpradega hängimine.



Joonis 4. Tegevused koolist puudumise ajal, järjestatud Eesti sageduse alusel (sinised tulbad), võrrelduna kõigi uurigus osalenud riikidega (punased tulbad).

Kokkuvõtval tasemel on kõik vaimse tervise näitajad koolist põhjuseta puudunudel halvemad kui mittepuudunudel. Jätku-uuringu andmetest nähtub, et sekkumiste järel kõik vaimse tervise näitajad paranesid.

Tabel 2. Õpilaste vaimse tervise indikaatorite keskmised väärtused koolist põhjuseta puudumise lõikes baasuuringu ja jätku-uuringu andmetel.

Uuringu laine	Nõusolekuta puudumine	Vaimse tervise indikaator					
		WHO-5	SDQ	BDI-II	DSHI	PSS	YDQ (internet)
Baasuuring	Ei puudunud	16.5	11.1	7.8	0.5	0.8	1.9
	Puudusid	15.8	12.5	9.7	1.0	1.4	2.5
Jätkuuuring	Ei puudunud	16.9	10.4	7.1	0.5	0.7	1.8
	Puudusid	16.3	11.8	8.0	0.8	1.1	2.1

* Indikaatorite kohta täpsemalt vt peatükis 1.4. Projektide tutvustus ja kasutatud mõõdikud.

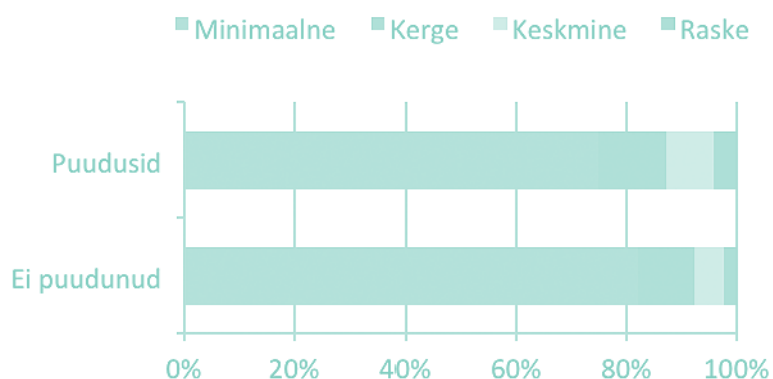
Sarnased tulemused on ka teistes uuringus osalenud riikides. Eesti näitajad on pisut kehvemad kõigi indikaatorite osas välja arvatud WHO-5 heaolu indeks.

Tabel 3. Kõigi uuringus osalenud riikide õpilaste vaimse tervise indikaatorite keskmised väärtused koolist põhjuseta puudumise lõikes baasuuringu ja jätku-uuringu andmetel.

Uuringu laine	Nõusolekuta puudumine	Vaimse tervise indikaator					
		WHO-5	SDQ	BDI-II	DSHI	PSS	YDQ (internet)
Baasuuring	Ei puudunud	15.5	10.0	6.0	0.4	0.7	1.4
	Puudusid	15.0	12.0	8.7	0.9	1.3	2.1
Jätkuuuring	Ei puudunud	15.9	9.5	5.4	0.3	0.6	1.4
	Puudusid	15.6	11.2	7.1	0.6	1.0	1.8

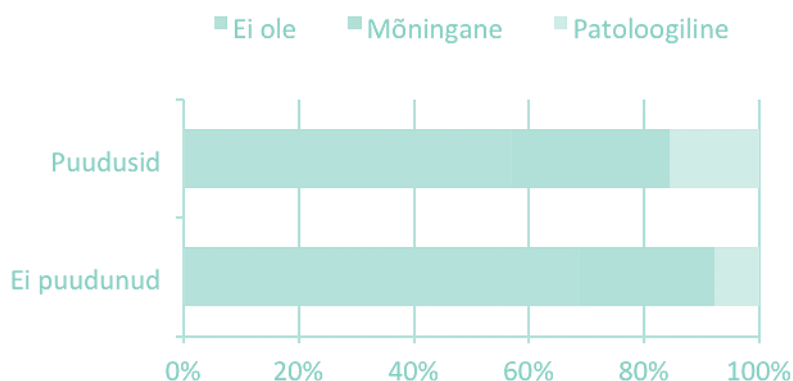
Teistest riikidest mõnevõrra rohkem eristuvad Eestis depressiivsus ja internetisõltuvus.

Depressiivsust on koolist põhjusta puudujate hulgas rohkem, eriti rasket depressiivsust, mida on ligi poole rohkem kui mittepuudujate hulgas (2,4% ja 4,2% vastavate õpilaste seast).



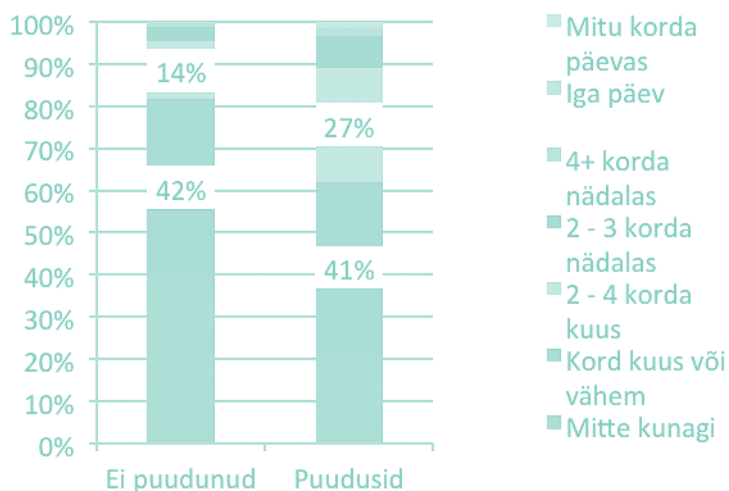
Joonis 5. Depressiivsuse esinemine ja raskusaste lähtuvalt BDI-II mõõtetulemustest koolist põhjusta puudumise lõikes.

Internetisõltuvus on koolist põhjusta puudujatel oluliselt rohkem esindatud. YDQ abil mõõdetud patoloogilist sõltuvust on neil kaks korda rohkem (7,8% ja 15,7% vastavate õpilaste seast).

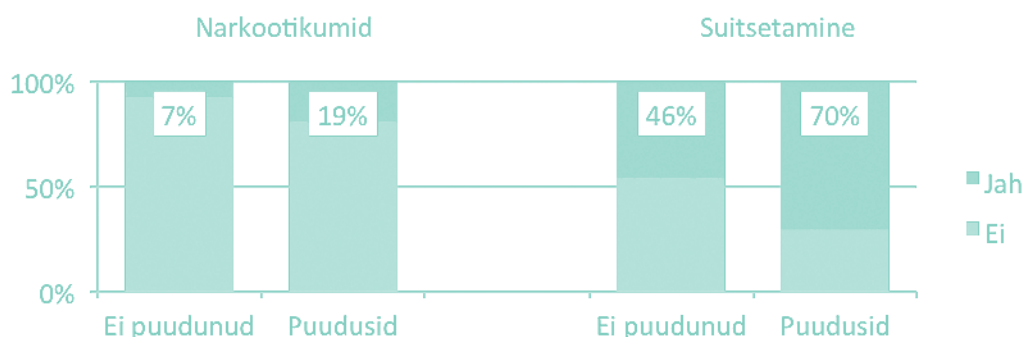


Joonis 6. Internetisõltuvuse esinemine ja raskusaste lähtuvalt YDQ mõõtetulemustest koolist põhjusta puudumise lõikes.

Alkoholi tarvitamine on oluliselt sagedasem koolist põhjusta puudujate hulgas. Nädalas 2-3 korda või rohkem joovad (4,5% ja 10,8% vastavate õpilaste seast). Samuti tarvitavad koolist põhjusta puudujad rohkem narkootikume ja suitsetavad sigarette.



Joonis 7. Alkoholi tarvitamise sagedus koolist põhjusta puudumise lõikes



Joonis 8. Narkootikumide tarvitamine ja suitsetamine elu jooksul koolist põhjusta puudumise lõikes.

Mida me teada saime?

- Koolist nõusolekuta puudumine on Eestis põhjendamatult kõrge – 46% õpilastest puudub vähemalt ühe päeva kuus
- Koolist nõusolekuta puudumine on seotud kehvemate vaimse tervise näitajatega
- Koolist nõusolekuta puudumine on veelgi rohkem seotud riskikäitumisega

Kuidas teadmist rakendada?

- Tegelemine koolist nõusolekuta puudumise vähendamisega võib positiivselt mõjutada õpilaste vaimset tervist

7. VAIMNE TERVIS JA ELUVIIS

Väsimus ja ebapiisav uni on koolinoortel seotud mitmete psühho-sotsiaalsete ja terviseprobleemidega nagu näiteks meeleolu langus, tähelepanu ja mälu nõrgenemine, kontrolli vähenemine oma käitumise üle, elukvaliteedi langus. Seetõttu on oluline välja selgitada need potentsiaalselt muudetavad tegurid, mis suurendavad koolinoorte võimalust olla päevasel ajal puhanum ja värskem ning seeläbi parema funktsioneerimisvõimega ja akadeemiliselt edukam.

Adekvaatne uni on hädavajalik hea tervise ning optimaalse füüsilise ja kognitiivse toimimise jaoks. Ebapiisav uni ei mõjuta mitte ainult elukvaliteeti ja üldist heaolu, vaid see võib ohustada inimese tervist. Vähene uni võib mõjutada negatiivselt meeleolu ja krooniliselt häiritud uni võib suurendada meeleoluhäirete tekkimise riski. Eriti selgelt on ilmnenud seos ärevuse ja uneprobleemide vahel ja seda mõlemat pidi – kehv uni suurendab ärevushäirete tekkimise riski ning üldine ärevus põhjustab unetust. Unega seotud kaebused on sagedasemad suitsidaalsete patsientide hulgas, kuid ka depressiooni ja muude psühhopatoloogiliste seisundite puhul, mis on seotud suurema suitsiidiriskiga.

Ka lastel ja noortel on uneprobleemid küllaltki sagedased. Uuringud on näidanud teismeeas olulisi muutusi unestruktuuris, sealhulgas vajadust pikema une järgi. Muutused tulevad sisse ka ööpäeva rütmis, teismelised eelistavad magama minna ning samuti ärgata suhteliselt hilja. Vaatamata füsioloogilisele vajadusele magada vähemalt 8-9 tundi igal ööl, magavad teismelised öö jooksul keskmiselt 7 tundi. Seejuures enamasti ei korva argipäevastest vähestest unetundidest tekkinud kahjusid ei järgi magamine nädalavahetusel ega lõunauinak. Kuid olulisem täpsest tundide arvust on lihtne fakt, et noor inimene magab vähem, kui ta seda vajab. Kooliõpilaste puhul kujutab väsimus ja krooniline unepuudus tõsist ohtu nende akadeemilisele edukusele.

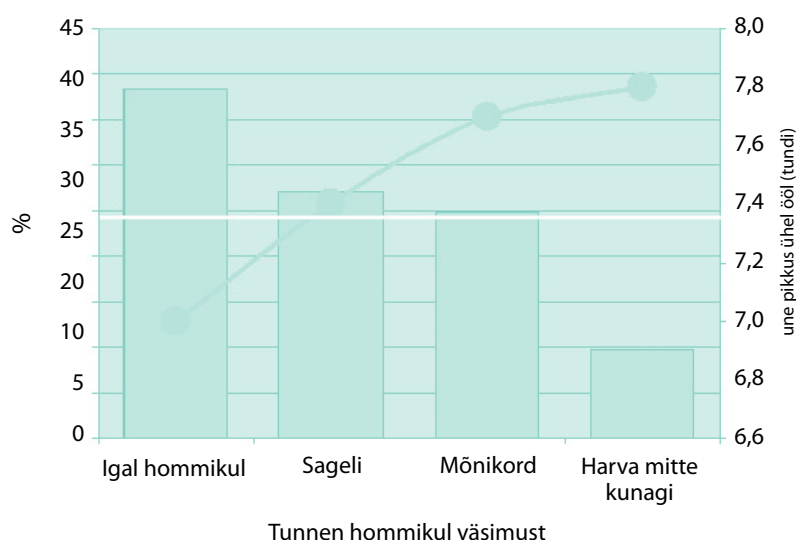
Varasemates uuringutes teismeliste unemustrite kohta on välja toodud terve rida tegureid, mis kõik soodustavad kroonilist unepuudust – elektroonilise meedia kasutamine (eriti öhtusel ja öisel ajal ning mitme seadme kasutamine üheaegselt), online valmisolek suhelda sotsiaalvõrgustikes, kofeiini sisaldavate jookide tarvitamine, vähene vanemlik kontroll ja reeglite puudumine öhtuse magamamineku suhtes jne. Vajalikust lühema une põhjusena on välja toodud ka teismeliste päevaplaani poolt esitatavaid väljakutseid, millesse peavad mahtuma nii õppimine, hovid, osalise ajaga töötamine kui ka perekond ja sõbrad.

Koolipäeva algust pisut hilisemal ajal peetakse ülemaailmselt üheks universaalsemaks ja lihtsamini muudetavaks keskkonnateguriks teismeliste unisuse vähendamisel. Seejuures on leitud, et koolipäeva alguse nihutamine näiteks 1 tunni võrra hilisemaks ei tingi enamasti samavõrra hilisemat magamaminekut, vaid noored reaalselt saavadki magada argipäevadel ühe lisatunni rohkem. See parandab oluliselt nende akadeemilist edukust (nii kooliskäimist üldiselt kui ka õppeedukust).

Igapäevane väsimustunne ja sellega seonduvad tegurid SEYLE uuringu põhjal

Kui SEYLE uuringu süvaintervjuude läbiviijad peegeldasid oma vahetuid muljeid sellest, mis on riskikäitumise künnise ületanud ja seetõttu intervjuule kutsutud koolilaste peamine probleem, siis esimesena nimetati – koolilapsed kurdavad väsimust. SEYLE uuringus esitati kooliõpilastele küsimus „Kui sageli tunned hommikuti enne kooliminekut väsimust?“. Vastused näitasid tõepoolest, et 38,4% oli väsinud igal hommikul, 27,1% sageli (3-4 hommikul nädalas) ning 24,8% mõnikord (1-2 hommikul nädalas). Ainult 9,7% vastanutest olid vaid harva või mitte kunagi hommikuti kooli minnes väsinud.

Hommikune väsimus enne kooli minekut on oluliselt seotud öiste unetundide keskmise arvuga argipäevadel (esmaspäevast reedeni). Kui keskmiselt magas Eesti teismeline koolilaps öösel 7,36 ($\pm 1,18$) tundi (poisid 7,46 tundi, tüdrukud 7,27 tundi), siis enne kooli igal hommikul väsinud olnud õpilased magasid 7,00 ($\pm 1,27$) tundi, sageli väsinud magasid 7,40 ($\pm 1,11$) tundi, harva väsinud 7,69 ($\pm 1,01$) tundi ning väsimust mitte kurtnud 7,81 ($\pm 1,05$) tundi (vt joonis 1).

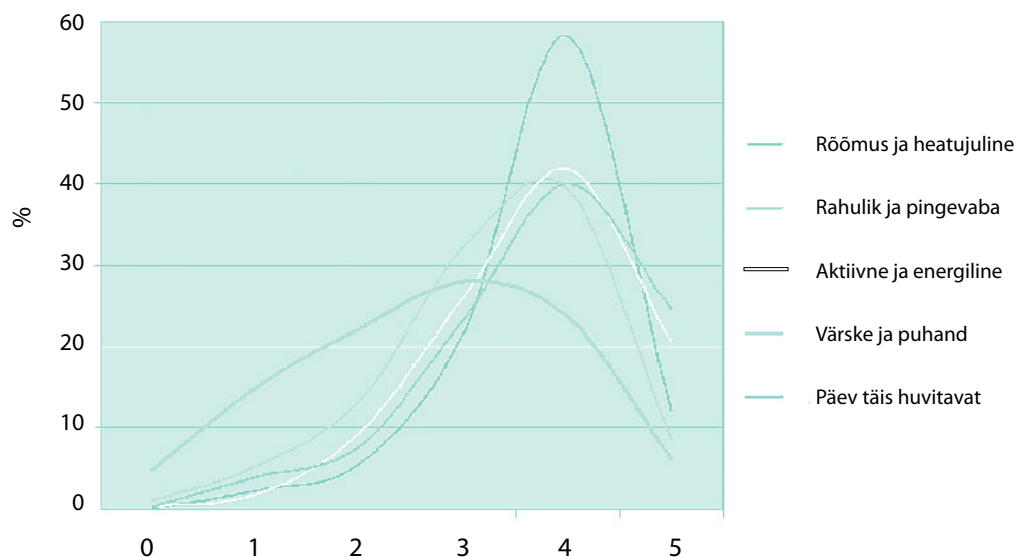


Joonis 1. Kooliõpilaste hommikuse väsimustunde (%) ja öiste unetundide keskmise arvu seos

Väsimus hommikul enne kooliminekut oli Eesti teismelistel kooliõpilastel seotud enamiku vaimset tervist iseloomustavate tunnustega – depressiivsus, ärevus, tahtlikud enesevigastused, suitsidaalsus.

Väsimuse suur levimus torkas silma ka subjektiivse heaolu skaalal WHO-5 üksikkomponentide võrdlemisel (vt joonis 2). Vastused heaolu skaala neljale väitele („Ma tunnen end rõõmsa ja heatujulisena“, „Ma tunnen end rahulikuna ja pingevabana“, „Ma tunnen end aktiivse ja energilisena“, „Mu igapäevaelu on täidetud mind huvitavate asjadega“) andsid suhteliselt sarnase tulemuse – valdav enamus õpilastest (39,3 – 58,2%) valis vastusevariandi „enamuse ajast“ ning graafik on tugevasti kaldu kõrgema skoori poole. Vastused aga väitele „Ma ärkan värskelt ja puhanuna“ andsid hoopis teistsuguse tulemuse – „enamuse ajast“ vastusevariandi valis 23,7% õpilastest, kõige suurem osa vastajatest valis variandi „enam kui pool ajast“ (28,0%), kuid paljud vastasid ka „mitte kunagi“ (5,0%), „vahete-vahel“ (15,0%) ja „vähem kui

poole ajast" (22,2%) ning selle väite vastuste põhjal kujundatud graafik on suhteliselt ühtlane normaaljaotuse kõver.



Joonis 2. Subjektiivse heaolu skaala (WHO-5) üksikkomponentide keskmiste skooride jaotus (0=mitte kunagi; 1=vahete-vahel; 2=vähem kui poole ajast; 3=enam kui pool ajast; 4= enamuse ajast; 5=kogu aeg)

Tähelepanu vääriv on ka unetundide keskmise arvu ja subjektiivse heaolu indeksi koguskoori omavaheline seos. Nagu näha jooniselt 3, on kõige kõrgem heaolu skoor (18<) nendel õpilastel, kes magavad öösel keskmiselt 8-10 tundi. Alla kriitilise piiri (<13) langeb heaolu skoor nendel õpilastel, kes magavad öösel keskmiselt vaid 4 tundi ning kriitilise piiri lähedal on skoor nendel, kes magavad 5-6 ja 12 tundi.



Joonis 3. Öiste unetundide arvu seos subjektiivse heaolu skaala (WHO-5) keskmise skooriga

Väsimustunde seos eluviisi valikute ja vaimse tervise seisundiga

SEYLE uuringu andmetele tuginedes testiti kogu Euroopa kooliõpilaste valimi peal seda, millisel määral igapäevane enesehinnanguline väsimustunne on seotud nende eluviisi valikute ja vaimse tervise seisundiga. Selleks koostati kõigile käesoleva analüüsi jaoks vaimse tervise seisundit ja eluviisi valikuid iseloomustavatele küsimustele vastanud Euroopa kooliõpilaste ($n=10010$) andmete põhjal logistilise regressiooni mudel. Mudelis oli vaatluse all, kuidas on mõjutatud subjektiivse heaolu skaala WHO-5 väsimust puudutav väide („Ma ärkan värskelt ja puhanuna“) niisuguste näitajate poolt nagu alkoholi tarvitamine, üldine hinnang oma tervises seisundile, stressis olemise sagedus, hommikune söömine enne kooli, unetundide arv, kehaline aktiivsus, depressiivsus (BDI skoor). Heaolu skaala väsimust puudutavale väitele antud vastused jaotati kaheks – enam kui pool ajast (vastusevariandid „kogu aeg“, „enamuse ajast“, „enam kui pool ajast“) ning vähem kui pool ajast (vastusevariandid „vähem kui poole ajast“, „vahete-vahel“, „mitte kunagi“).

Pooled (50%) kooliõpilastest ei ärka hommikuti värskelt ja puhanuna. Kuid mis siis mõjutab seda, kui sageli kooliõpilane end värskelt ja puhanuna tunneb? Ühte logistilise regressiooni mudelisse pandi analüüsiks kõik eelpool nimetatud eluviisi valikuid ja vaimse tervise seisundit iseloomustavad tunnused. Niisugune analüüs võtab arvesse kõigi tunnuste mõju korraga, mitte ei vaata seoseid paarikaupa. Arvutatakse välja konkreetsest tunnusest tulenevad šansid olla rohkem kui pooltel hommikutest väsinud, võttes samal ajal arvesse kõigi teiste mudelisse kaasatud tunnuste mõju. Näiteks on hästi teada varasematest uuringutest, et väsimusel ja depressioonil on tugev seos ning sageli võibki väsimus olla mitte omaette seisund, vaid depressiooni tunnus. Seega on kindlasti oluline depressioonitunnuse kaasamine mudelisse ning kui vaatamata depressiooni mõju arvesse võtmisele on väsimuse seos nende muude tervist ja eluviisi kirjeldavate tunnustega oluline, siis võib järeldada, et ainult depressiooniga ei saa väsimust ära seletada.

Ootuspäraselt suurendas depressioon statistiliselt oluliselt šansse olla rohkem kui pooltel hommikutest väsinud ($OR=1.07$). Kui õpilased hindasid oma tervises seisundit viimastel päevadel halvaks (vastusevariandid „rahuldav“, „vilets“, „väga vilets“), suurenesid šansid olla väsinud üle kahe korra ($OR=2.19$) ning kui õpilased vastasid, et tunnevad stressi sageli (vähemalt kord nädalas), suurenesid samuti šansid olla rohkem kui pooltel hommikutest väsinud ($OR=1.73$). Ka alkoholi tarvitamine oli oluliselt unemustriga seotud – tarvitades alkoholi 2 või enam korda nädalas suurenesid šansid olla rohkem kui pooltel hommikutest väsinud ($OR=1.69$). Samuti tuli välja, et kui hommikusööki ei süüakse harva, siis olid šansid väsimuseks suuremad ($OR=1.23$).

Kaitseteguritena jäi olulise tulemusena sõelale see, et üks tund lisaund argipäeviti öösel vähendab šansse olla rohkem kui pooltel hommikutest väsinud ($OR=0.78$). Kehalisel aktiivsusel oli samuti positiivne efekt. Näiteks olles kehaliselt aktiivne 6 päeval viimase 2 nädala jooksul (mis oli valimi keskmine), vähenesid šansid olla väsinud ($OR=0.98$).

Halb unemuster ning selle seos vaimse tervise probleemide ja suitsidaalsusega

SEYLE uuringu üks eesmärkidest oli uurida unetundide arvu mõju emotsionaalsetele ja käitumuslikele probleemidele teismeliste hulgas. Unetundide arvu mõõtmiseks kasutati SEYLE küsimustikus järgmist küsimust: Keskmiselt võttes, mitu tundi Sa ühe öö jooksul magad (esmaspäev-reede, vasta tundides)?. Analüüsis vaadati unetundide arvu seost erinevate psühholoogiliste skaalade skooridega: Zungi ärevuse skaala (Z-SAS), Paykeli suitsiidiskaala (PSS) ning tugevuste ja raskuste skaalal (SDQ).

Kokku vastas küsimusele unetundide kohta 11788 Euroopa kooliõpilast. Õpilased magasid Euroopas keskmiselt $7,7 \pm 1,3$ tundi öö jooksul (esmaspäev-reede). Erinevused maade vahel olid mõõdukad, Eesti koolilapsed magavad öö jooksul pisut vähem kui Euroopa riikides keskmiselt. Unetundide arv öösel näitas vanuse kasvades kerget vähenemise tendentsi ning tüdrukud magasid keskmiselt vähem kui poisid.

Unetundide arv oli negatiivses korrelatsioonis SDQ tugevuste ja raskuste alaskaalade skooridega – mida vähem unetunde öö jooksul, seda kõrgem skoor emotsionaalsete sümptomite, käitumisprobleemide ja eakaaslastega probleemide alaskaalal. Ka üldine SDQ skoor oli keskmiselt kõrgem, kui unetunde öö jooksul oli vähem. Lisaks korreleerus väiksema unetundide arvuga kõrgem ärevus (Z-SAS skoor) ja suitsidaalsus (PSS skoor). Kui kõik eelpoolnimetatud omavahel korreleeruvad tunnused pandi ühte regressioonimudelisse, mis võttis arvesse ka nende koosmõju, jäi unetundide arv oluliselt seotuks järgmiste tunnustega – vanus, emotsionaalsed sümptomid ja probleemid eakaaslastega, suitsidaalne mõtlemine.

SEYLE uuringust unemustri ja vaimse tervise näitajate seoste kohta jäi kõlama tulemus – väiksem unetundide arv öö jooksul argipäeviti on teismeliste kooliõpilaste puhul seotud emotsionaalsete probleemide ning suurenenud suitsidaalse mõtlemise riskiga. Vähenenud unetunnid olid teismelistel seotud ka käitumisprobleemidega ning eakaaslaste vaheliste suhte probleemidega. Kuna tegemist oli ristlääbilõikelise uuringuga, siis ei saa midagi kindlalt väita seose suuna kohta – kas vähenenud unetundide arv põhjustab emotsionaalseid häireid või tuleneb vähenenud unetundide arv emotsionaalsetest häiretest, jääb meil selle uuringu raames välja selgitamata. Varasematest uuringutest on teada, et see seos võibki olla mõlemasuunaline – kehv uni suurendab tulevikus emotsionaalsete häirete riski ning väljakujunenud emotsionaalsed probleemid suurendavad tulevikus unetuse riski.

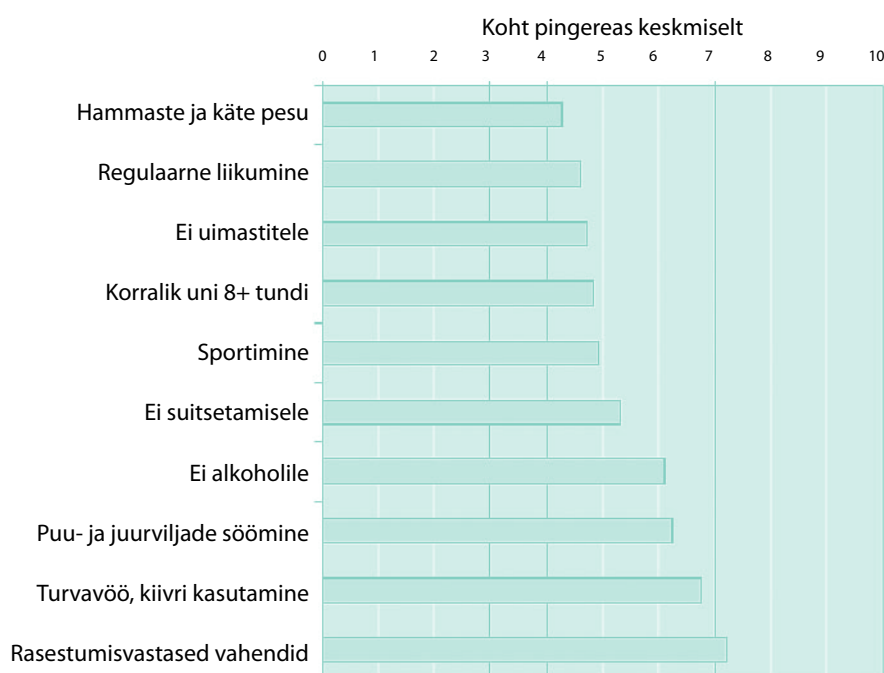
Muidugi võib väita, et väiksemat unetundide arvu võib seletada ka igasuguste muude põhjustega nagu näiteks unetus, tervisehäiretest tulenevad unehäired, perekonna ja indiviidi eluviis, normaalne erinevus unevajaduse osas. Neid tunnuseid käesolevas uuringus polnud võimalik arvesse võtta. Siiski on alust arvata, et nii suure valimi põhjal üldistust tehes ei omaks täiendavad tunnused saadud tulemusele olulist mõju.

Kuna probleemid unega on selles vanuses tavalised, siis peaksid nii lapsevanemad kui teismelistega tegelevad spetsialistid käsitlema uneprobleeme kui väga olulist vaimset tervist ja heaolu mõjutavat tegurit ning ellu viima sekkumisi, mis aitavad teismelistel kujundada tervislikke harjumusi ning teha tervislikke eluviisi valikuid. Seejuures ei tohi unustada seda lihtsat tõsiasja, et pelgalt adekvaatne unetundide arv öösel on äärmiselt olulise mõjuga.

Tervislike ja ebatervislike käitumisviiside pingerida – koolinoorte teadmised ja hoiakud

SEYLE uuringus anti osalejatele ette loetelu tervislikest käitumisviisidest ning ebatervislikest käitumisviisidest. Need käitumisviisid paluti reastada alates kõige tervislikumast (või vastavalt ebatervislikumast) ning lõpetades õpilase jaoks vähem tervisliku (või ebatervisliku) käitumisviisiga. Kõige tervislikum (või ebatervislikum) käitumisviis tähistati numbriga „1” ja kõige vähem tervislik (või ebatervislik) käitumisviis numbriga „10”. Eesti kooliõpilaste poolt antud vastuste tulemused on antud joonistes 4 ja 5.

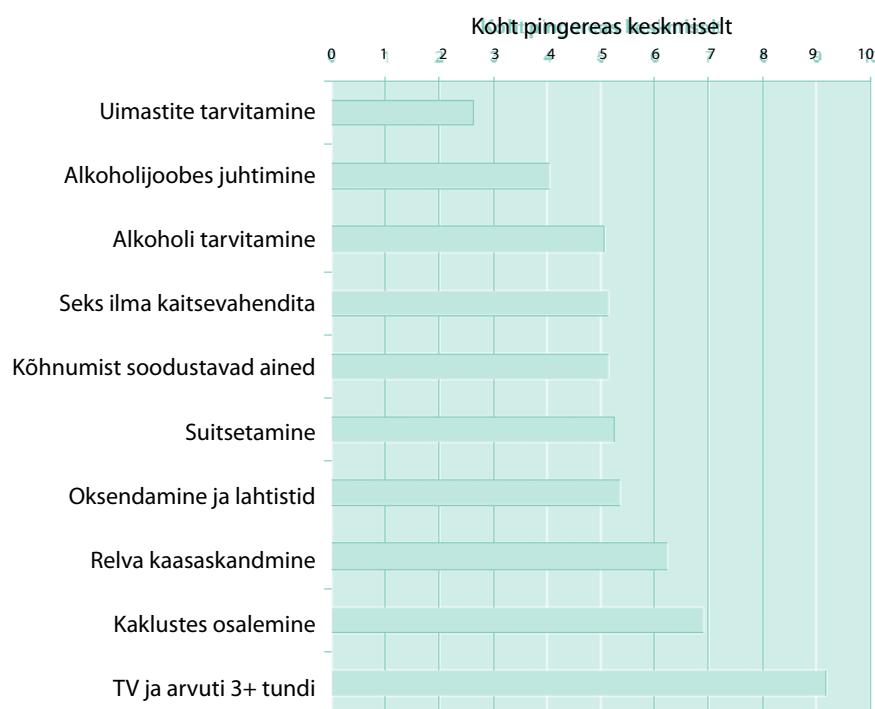
Eesti lastele tundub olevat hästi tehtud tervisekasvatuse tööd selles osas, mis puudutab hammaste ja käte pesemist, regulaarse liikumise, kehalise aktiivsuse ja spordiga tegelemise olulisust, vajadust korraliku une järele (8 tundi või rohkem) ning erinevatest sõltuvusainetest hoidumist (tubakas, alkohol, uimastid). Vähem tähtsaks tervislike käitumisviiside hulgas peetakse tervislikku toitumist (puu- ja juurviljade söömist 5 korda päevas või enam) ning riskikäitumise ennetusmeetmeid (turvavöö ja kiivri kasutamist ning rasestumisvastaste vahendite kasutamist) (vt joonis 4).



Joonis 4. Loetelu tervislikest käitumisviisidest, mis paluti kooliõpilastel reastada alates kõige tervislikumast (koht 1 üleval) kuni kõige vähemtervislikumani (koht 10 all)

Eesti laste keskmiste põhjal koostatud ebatervislike käitumisviiside pingereas on kõrgeimaltel kohtadel erinevad ainete tarvitamisega seotud käitumisviisid nagu uimastite kasutamine, alkoholi tarvitamine, joomatuurid ja alkoholijoobes juhtimine või sellise juhiga kaasasõitmine, suitsetamine. Vähem ebatervislikeks peetakse seksuaalvahekorra ajal kaitsevahendite mittekasutamist ning kehakaalu langetamise või säilitamise eesmärgil kõhnumistablettide, -pulbrite või -vedelike kasutamist ning oksendamist või lahtistite kasutamist. Ebatervislike

käitumisviiside pingereas veelgi tahapoole paigutasid õpilased relva kaasas kandmise ja kaklustes osalemise. Erilist ebatervislikkust ei näinud teismelised televiisori vaatamises ja/või arvuti kasutamises üle 3 tunni päevas (vt joonis 5). Viimati mainitud tulemus näitab eriti selgelt teadlikkuse tõstmise vajadust, kuna mitmetes teistes käeoleva kogumiku peatükkides tuleb välja just nimelt liigse ekraani ees istumise negatiivne mõju.



Joonis 5. Loetelu ebatervislikest käitumisviisidest, mis paluti kooliõpilastel reastada alates kõige ebatervislikumast (koht 1 üleval) kuni kõige vähem ebatervislikumani (koht 10 all)

Kokkuvõtteks võib öelda, et valdav väsimustunne ja madal psühholoogiline heaolu koolinoorte hulgas on seotud öösel argipäeviti magatud unetundide vähese arvuga ning ebatervislike eluviisi valikutega, mis mõlemad on kõrgema teadlikkuse, häid valikuid soodustava keskkonna ja tugeva sisemise motivatsiooni korral muudetavad suhteliselt kergesti, nõudmata seejuures olulisi lisaressursse.

Mida me teada saime?

- Õpilastest 2/3 on koolipäeviti väsinud kas igal hommikul või sageli ning vaid 1/10 pole üldse väsinud või on seda harva
- Unetundide arv ja väsimustunne on seotud vaimset tervist iseloomustavate tunnustega
- Hommikust väsimustunnet mõjutavad oluliselt nii unetundide arv, üldine tervises seisund, stressi kogemise sagedus kui ka eluviis laiemalt

Kuidas teadmist rakendada?

- Vajalik on noorte endi teadlikkuse tõstmine erinevate eluviisi valikute mõjust nende (vaimsele) tervisele ja akadeemilisele edukusele ning motivatsiooni suurendamine oma käitumisvalikute muutmiseks
- Vajalik on vanemlik kontroll ja ka spetsialistide tähelepanu teismeliste „unehügieeni“ suhtes (näiteks magamamineku aeg, ekraani ees istumine)
- Keskkonda kujundava tegurina võiks kaaluda koolipäeva alguse nihutamist hilisemaks

8. NOORTE VABA AJA KASUTUS JA HOIAKUD

Lühendid: SEYLE – Euroopa Komisjoni ja Sotsiaalministeeriumi kaasfinantseeritud projekt „Saving and Empowering Young Lives in Europe“; KMI – Kehamassiindeks – Body Mass Index; M – poisid, N – tüdrukud;

Noored kirjeldavad ja määratlevad ennast tihti just läbi vaba aja tegevuste – olen see, millega tegelen. Kuigi meie uuringutulemused ei anna võimalust määratleda uuritud noorte identiteeti, saame siiski veidike piiluda nende sisemaailma. Võimalus vaba aega meelepäraselt veeta ja seda sisustada ennast arendavate ja lõõgastavate tegevustega on oluline osa noorte elust. Väga paljuski pannakse noores eas alus oma edasisele elule, mis muidugi ei tähenda, et mõtlemis- ja käitumismustrid hilisemas elus enam ei muutuks. Hobidest ja harrastustest võib välja kasvada teadmine, mida hiljem edasi õppida ning millist elukutset hilisemas elus omandada. Noorte vaba aja veetmise viis peegeldab ühelt poolt noorte väärtushinnanguid, teiselt poolt aga olemasolevaid võimalusi. Seega on taolised uuringud ja ülevaated olulised erinevate teenuste pakkujate ja arendajate jaoks kui ka üldisema ülevaate saamiseks noorte suhtumistest ja elufilosoofiast.

Vaba aeg ei ole üheselt mõistetav, kuid üldiselt on see kohustuslikest tegevustest üle jääv aeg, mida inimene saab sisustada endale meelepärase tegevustega. Valdavaks vaba aja definitsiooniks kooliõpilaste seas on kas kodus olles või sõpradega koos veedetud aeg, mis ei hõlma organiseeritud ja juhendatud tegevusi. See on aeg, mil noor saab ise valida mida ja kuidas ta teeb, mil ta saab olla vabalt selline, milline ta on. Palju on hakatud rääkima nn magamistoa kultuurist, kuna üha enam oma vabast ajast veedavad noored oma toas tarbides erinevat sorti meediat. Nende tuba on nende privaatsfäär ning kui varasemalt kogunes perekond õhtul peale tööd ja kooli koos televiisori ette, siis tänapäeval on seda üha vähem. Noored, kellel on oma toas arvuti ja muud meediatarbimise vahendid eelistavad meediat tarbida omaette või sõpradega.

Antud uuringus käsitleti noorte meedia tarbimist, sportlikke eluviise, kultuuritarbimist ning suhtumisi/hoiakuid. Andmed koguti pool-struktureeritud anonüümse küsimustiku abil. Töö põhineb rahvusvahelise projekti „Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)“ raames läbiviidud uuringuandmetel. Täpsemalt projekti eesmärkide, tegevuste ning uuringu metodoloogia kohta saab lugeda antud kogumiku esimeses peatükis.

Televiisori ja arvuti kasutus

Meie uuringutulemused näitavad, et arvuti kasutamine kas mängimiseks või netis surfamiseks ning televiisori vaatamine on tüüpiline noorte vaba aja veetmise viis. Küsitluses paluti noortel hinnata, kui palju tunde nad veedavad päevas kas televiisorit vaadates või arvutis mängides/surfates. Tabelist 1 nähtub, et suurem osa Euroopa noori jäi oma meediakasutuselt 1-2 tunni (41,6%) või 2-3 tunni juurde (32,2%) päevas. Marginaalseks jäid noored, kes kasutasid arvutit või vaatasid televiisorit enam kui 8 tundi päevas (1,4%) ja need, kes tegid seda vähem kui tunni päevas (15,7%). Kui vaadata eraldi Eesti noori, siis 32,2% vaatasid televiisorit/kasutasid arvutit 1-2 tundi päevas ja 45% vaatas televiisorit/kasutas arvutit 3-4 tundi iga päev.

Keskmiselt kasutasid Eesti noored internetti päevas 2,8 tundi, 11 riigi keskmine oli 2,2 tundi päevas. Selgub, et 79,5% Eesti noortest kasutavad internetti igapäevaselt, Euroopa noorte keskmine oli 61,4%. Vaid mõned korrad nädalas kasutas internetti 25,4% kõigi uuritud riikide noortest ja 18% Eesti noortest. Neid, kes üldse internetti ei kasutanud oli alla 1%.

Tabel1: Televiisori/arvuti kasutamine Euroopa noorte seas

Riik	Aega kulunud televiisori vaatamiseks, arvutis mängimiseks või netis surfamiseks päevas						
	Vähem kui 1 tund	1-2 tundi	3 – 4tundi	5 - 6 tundi	7- 8 tundi	Rohekm kui 8 tundi	Kokku
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Austria	158 (16.6%)	477 (50.2%)	273 (28.7%)	36 (3.8%)	4 (.4%)	3 (.3%)	951
Eesti	57 (5.5%)	332 (32.2%)	464 (45.0%)	140 (13.6%)	28 (2.7%)	11 (1.1%)	1032
Prantsusmaa	235 (23.8%)	480 (48.6%)	219 (22.2%)	41 (4.1%)	7 (.7%)	6 (.6%)	988
Saksamaa	135 (9.4%)	537 (37.2%)	543 (37.6%)	151 (10.5%)	39 (2.7%)	38 (2.6%)	1443
Ungaru	173 (17.3%)	433 (43.2%)	328 (32.7%)	56 (5.6%)	9 (.9%)	3 (.3%)	1002
Iirimaa	294 (27.2%)	521 (48.2%)	217 (20.1%)	38 (3.5%)	6 (.6%)	6 (.6%)	1082
Israael	165 (16.8%)	295 (29.9%)	307 (31.2%)	102 (10.4%)	41 (4.2%)	75 (7.6%)	985
Itaalia	166 (13.9%)	515 (43.2%)	405 (33.9%)	88 (7.4%)	13 (1.1%)	6 (.5%)	1193
Rumeenia	151 (13.3%)	393 (34.7%)	442 (39.0%)	118 (10.4%)	25 (2.2%)	5 (.4%)	1134
Sloveenia	174 (14.9%)	519 (44.5%)	391 (33.5%)	69 (5.9%)	6 (.5%)	7 (.6%)	1166
Hispaania	181 (17.6%)	487 (47.5%)	280 (27.3%)	61 (5.9%)	10 (1.0%)	7 (.7%)	1026
Kokku	1889 (15.7%)	4989 (41.6%)	3869 (32.2%)	900 (7.5%)	188 (1.6%)	167 (1.4%)	12002

Seega võib öelda, et kuigi Eesti noorte meediatarbimine on kõrgem teiste uuritud riikide keskmisest, ei ole erinevus väga suur. Noorte tegevustest internetis saab lähemalt lugeda peatükist „Interneti kasutus ja sellest tulenevad ohud“. Siin võiks lisada, et nii arvutit kui internetti kasutatakse ka filmide ja seriaalide vaatamiseks ning ka sõpradega suhtlemiseks. See-ga ei pruugi kajastuda kogu sõpradega veedetud aeg nõ näost-näku kohtumiste all, vaid suhtlemine toimub ka virtuaalses keskkonnas. Niisiis, noorte vaba aja tegevus on muutunud privaatsemaks, enam ei pruugi külastada või istuda koos perega televiisori ees. Internet ja arvuti/tahvelarvuti/nutitelefon on vähemalt osaliselt asendanud raamatukogu, kino, väljas mängimise (arvutimängud!), vahetu suhtlemise ja veel palju teisi funktsioone inimelus.

SEYLE uuris ka patoloogilist interneti kasutust (loe lähemalt peatükist „Interneti kasutus ja sellest tulenevad ohud“) ning antud uuringutulemuste põhjal võib öelda, et uuritud üheteist-kümnes riigis kuulub internetisõltuvuse riskirühma (ülemäärane interneti kasutus) 13,4% uu-ritud noortest ning sõltuvus on juba välja kujunenud 4,4% noortest. Vaadates eraldi Eestit on antud näitajad kõrgemad: riskirühma kuulub 17% noortest ning sõltuvus on väljakujunenud 5,3% noortest. Seega kuigi arvuti ja interneti kasutusel on palju positiivseid omadusi enese-arendamise jm näol, tuleb vanematel siiski ka enam tähelepanu pöörata interneti võimalikele kahjulikele mõjudele noorte vaimse tervise suhtes.

Sama uuringu kohaselt on kõige populaarsemateks tegevusteks internetis videote vaatamine (youtube, vimeo jms), sotsiaalmeedia (Facebook) ja muusika ning videote allalaadimine, mis kinnitab eelnevalt väidetut, et noored kasutavad interneti omavahelise suhtluskanalina kui ka nn kino aseainena. Siin võib ühe põhjusena näha ka elukallidust. Filmi allalaadimine on põhimõtteliselt tasuta, samal ajal kui kino pilet on 3-8 eurot, sama käib kontsertide, CD-de jms kohta

Kehaline aktiivsus

SEYLE uuring selgitas, kui palju oli viimase kahe nädala jooksul on olnud päevi, mil noored tegid sporti vähemalt ühe tunni jooksul. Keskmise tulemus 11 riigi peale oli 6,5, Eesti noorte keskmine aga 7,8 tundi, mis tähendab, et noored teevad sporti keskmiselt üle päeva. Kõige sagedamini tegelesid spordiga Sloveenia noored – kahe nädala jooksul keskmiselt 8,4 päeva ning kõige vähem Itaalia noored – 3,8 päeva.

Viimase kuue kuu jooksul oli regulaarselt sporti teinud 69,5% uuritud riikide noortest. Eestis oli antud näitaja 75,3%. Kõige madalam regulaarse sportimise protsent - 52,4% oli Rumeenias ning kõige kõrgem Iirimaa - 86,2%. Eesti olid teisel kohal. Üldiselt võib öelda, et kõigis riikides olid tulemused küllaltki head – üle poolte noortest tegeleb regulaarselt spordiga. Lemmik spordialadeks Eesti noorte seas olid tantsimine, jalgpall, kergejõustik, tennis, korvpall, ujumine, jooksmine ja jõusaalis käimine. Mitmed noored tegelesid ka bädmintoni, jalgrattaspordi ja võrkpalliga.

Kui vaadata soolisi erinevusi, siis tüdrukud teevad vähem sporti kui poisid. SEYLE andmete põhjal näeme, et keskmiselt on tüdrukud kahe nädala jooksul teinud vähemalt ühe tunni trenni 5,9 päeval ja poisid 7,2 päeval.

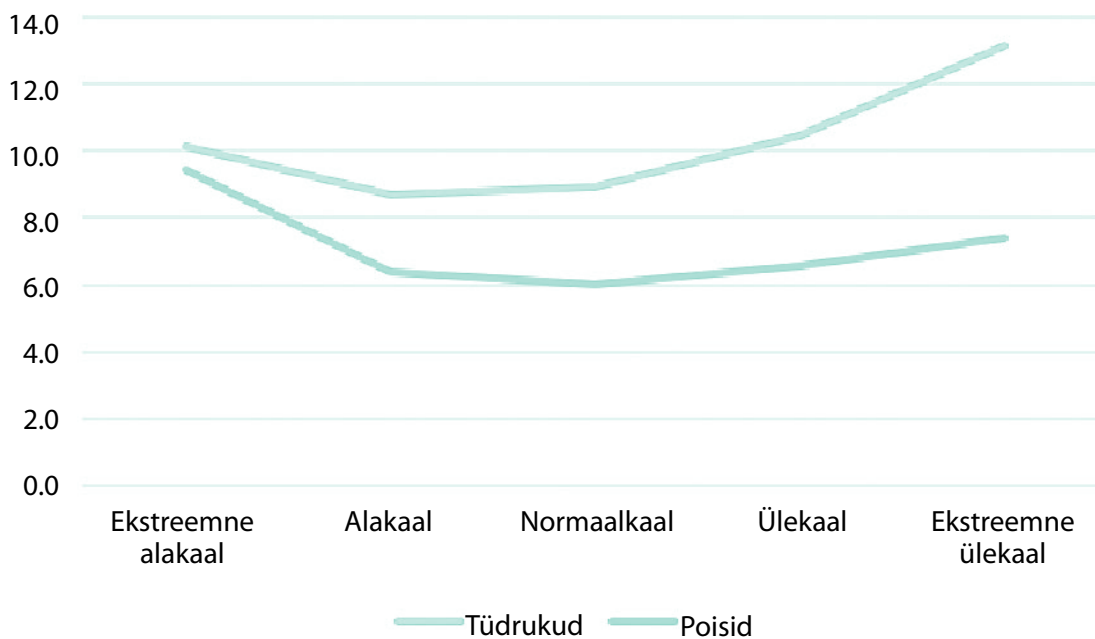
Kehamassiindeks

Kehamassiindeks (KMI - Body Mass Index) on tihedas seoses inimese kehalise aktiivsusega ja näitab inimese kaalu ja pikkuse suhet. Seda kasutatakse rasvumise määramiseks ning südame-veresoonkonna haigustesse haigestumise riski hindamiseks. KMI määrad töötas 1985 a välja Maailma Terviseorganisatsioon (Kehamassiindeks.com) ja seda arvutatakse jagades inimese kehakaalu kilogrammides pikkuse (märgituna meetris, mitte sentimeetrites) ruuduga. Normaalkaalu vahemik on 19-24,9.

Kehamassindeksi järgi oli enamusel Euroopa noortest normaalne kehakaal, kuid ülekaalulisus on tänapäeval noorte hulgas suurem probleem kui alakaalulisus. Ülekaalulisi oli uuringus keskmiselt 17,5 % (M - 23,1 %, N - 13,0 %), Eestis ülekaalulisi isegi 11,9 % (15,4% poisse ja 9% tüdrukud). Alakaalulisi oli uuringus keskmiselt 1,8% (2,5% poisse ja 1,3% tüdrukud), Eestis olid vastavalt 2% (2,2% poisse ja 1,8% tüdrukud). Nendele andmetele toetudes ei ole anoreksia, dieedipidamine jms õnneks noorte seas eriti suure levikuga, samas on ülekaalulisus hilisem südame ja veresoonkonna haiguse ning diabeedi risk.

Kui seostada KMI ja füüsilise aktiivsuse taset siis näeme, et alakaalulised tüdrukud treenivad kõige enam, mida kõrgem on KMI seda vähem trenni tehakse. Kõige enam spordivad normaalkaalu poisid, seejärel tulevad alakaalulised ning kõige vähem treenivad ülekaalulised poisid. Lisaks käivad alakaalulised tüdrukud kõige rohkem internetis ning neil on kõige

rohkem seksuaalpartnereid, poistel aga vastupidi – just ülekaalulised käivad kõige rohkem internetis ning neil on kõige aktiivsem seksuaalelu. Lisaks torkas silma, et alakaalulised tüdrukud kaklevad võrreldes teistega rohkem. Stressinäitajad on suurimad ekstreemsemate keha-kaalude puhul: tüdrukute stressinäitajad on suurimad ülekaaluliste tüdrukute puhul, poistel vastupidi – alakaaluliste puhul.



Joonis 1. Becki depressiooni skaala seos kehamassi indeksiga

Õpilaste kehamassi indeksi ja depressiivse sümptomaatika seos mõõdetuna Becki depressiooni skaalaga näitab, et normaalkaalus õpilastel leiti vähem depressiooni sümptomaatikat. Ekstreemse ülekaaluga tüdrukutel on depressiivne sümptomaatika kõige kõrgem (Joonis 1).

Lugemus, filmid ja muusika

SEYLE uuringu raames küsiti noorte käest nende viimati loetud raamatute, vaadatud filmide ning muusikapalade kohta. Tabelis 2 on välja toodud top kümme Euroopa ja Eesti noorte viimati loetud raamatut.

Tabel 2. Viimased loetud raamatud.

	Euroopa TOP	Lugejate arv	Eesti TOP	Lugejate arv
1	Videvik	901	Kolm Musketäri	201
2	Harry Potter	563	Väike Prints	103
3	Noorkuu	500	Videvik	96
4	Päikesevarjutus	348	Päikesevarjutus	86
5	Mara	243	Noorkuu	81
6	Koidukuma	157	Oliver Twisti Seiklused	55
7	Kolm musketäri	209	Kõrboja Peremees	54
8	Amore 14	130	Libahunt	52
9	Väike Prints	108	Kärbeste Jumal	49
10	Poiss triibulises pidžaamas	104	Kalevipoeg	40

Antud ülevaatest selgub, et noorte raamatute valikud tulenevad suurel määral popkultuurist ning on seotud samanimeliste filmihittidega nagu Videviku saaga ja Harry Potteri järjefilmid (Tabel 3). Koidukuma (2008), Päikesevarjutus (2007), Noorkuu (2006) ja Videvik (2005) on kõik teismeliste romantilised seiklusdraamad, millest kõigist on ka kinos jooksnud filmid. Antud küsitlus on läbi viidud aastal 2009-2010, samas kõige populaarsem raamat noorte seas oli 2005.aastal ilmunud „Videvik“, mis ei olnud toona enam uudiskirjandus. Kui aga arvesse võtta, et film antud raamatu põhjal tuli välja aastal 2008 võib arvata, et noored jõudsid antud raamatuni alles peale filmi vaatamist. Sama tendentsi võib näha teiste populaarsete raamatute puhul: Harry Potteri sarjast, John Boyne „Poiss triibulises pidžaamas“ ning ka Itaalia novellist „Amore 14“ oli küsitlusele eelnenud ja/või samal aastal film kinno jõudnud. „Kolm Musketäri“ ja „Väike Prints“ on ilmselt kooli kohustusliku kirjanduse raames läbi loetud. Siit võib järeldada, et noored loevad raamatuid, mis on olnud aluseks neile meeldinud filmidele või kohustusliku kirjandusena läbi loetud. Seega film tundub olevat esimene meedium, mitte raamat, millest järeldame, et visuaalne kultuur on noorte hulgas olulisem.

Tabel 3. Viimased vaadatud filmid

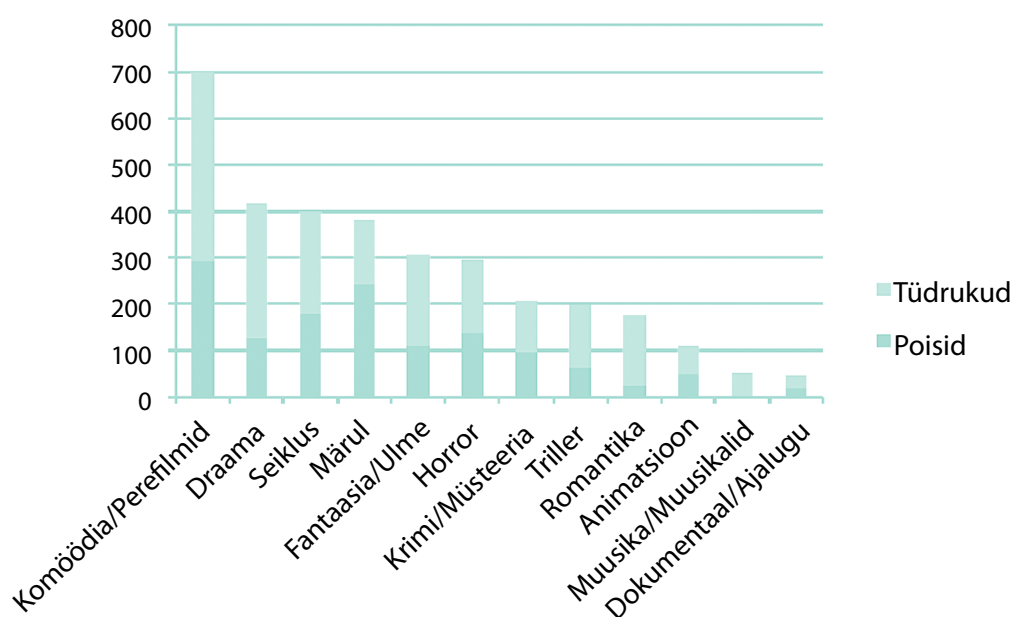
	Euroopa TOP	Vaatajate arv	Eesti TOP	Vaatajate arv
1	Avatar (2009)	1211	Videvik (2005)	115
2	Videvik (2008)	942	Orb (2009)	92
3	Noorkuu (2009)	646	Inetu Tõde (2009)	86
4	Pohmakas (2009)	507	Pohmakas (2009)	82
5	2012 (2009)	462	Tere Tulemast Zombimaale (2009)	73
6	Harry Potter (2009, 2010)	388	Transformerid (2007)	63
7	Titanic (1997)	348	Lõpp-Punkt 4 (2009)	57
8	Kuum pirukas (1999)	245	Riskikuller (2008)	47
9	Üles (2009)	228	Hr. Ja Pr. Smith (2005)	44
10	Sherlock Holmes (2009)	181	Ettepanek (2009)	34

Sarnaselt raamatute valikuga figureerivad filmide nimekirjas samad nimed: taaskord näeme Videviku ja Harry Potteri saagasid, mis küsitluse korraldatud ajal olid just filmidega välja tulnud (Tabelid 3 ja 4). Kõige populaarsemad ehk TOP kümnesse jõudnud filmid on ilmselt hiljutised kinohitid, vaid kaks filmi top kümnes ei ole äsja kinos jooksnud: „Titanic“ (1997) ja „Kuum pirukas“ (1999). Tegemist on peaaesjalikult ameerika kinoga, see tundub erinevate riikide noorte ühine maitse ehk see, mida igal pool vaadatakse. Siin ei ole aga tegemist ainult noorte sihtrühmaga, 1970nendatest alates on USA filmid hõivanud umbes 50% eetriaast tänu väga heale turundusele, samal ajal kui nende filmitoodang jääb maailmamastaabis vaid ligi 5% juurde. Antud situatsioon ei ole tänaseks suuresti muutunud. Noored mainivad ka Euroopa kino ja oma riigi filme, kuid nende vaatajaskond võrreldes Ameerika kinoga on märkimisväärselt väiksem.

Kui vaadata ainult Eesti noorte filmieelistusi, siis näeme, et sarnaselt teiste riikide noortega on kõige populaarsemad Hollywoodi kinohitid ning raamatuvalik peegeldab ennist kirjeldatud – menukad on Videviku saaga filmist raamatuni või kohustusliku kirjanduse raamatud. Kogu nimekirja ulatuses sattus nende sekka vähesel määral ka Euroopa kino sh Eesti filme. Eesti filmidest mainisid noored: „Mina olin siin“ (2008; režissöör Rene Vilbre), „Kevade“ (1969; režissöör Arve Kruusement), „Klass“ (2007; režissöör Ilmar Raag), „Kuhu Põgenevad hinged“ (2007, režissöör Rainer Sarnet), „Ruudi“ (2006, režissöör Katrin Laur), „Jan Uuspõld läheb Tartusse“ (2007, režissöörid Andres Maimik ja Rain Tolk), „Kuldrannake“ (2006, režissöör Jüri Silart), „Püha Tõnu kiusamine“ (2009, režissöör Veiko Õunpuu), „Kunksmoor“ (1977, 1978 režissöör Heino Pars), „Disko ja tuumasõda“ (2009, režissöör Jaak Klimi) ning USA ja Eesti ühisfilm „Laulev revolutsioon“ (2006, režissöörid James Tusty, Maureen Castle Tusty). Kui analüüsida antud filmide valikut, siis siin leidub nii noortele omasemat ja teemakohasemat valikut nagu „Klass“, „Kuhu põgenevad hinged“ või „Jan Uuspõld läheb Tartusse“, kui ka filmiklassikat, mis võib olla seotud kas kooli kohustusliku kirjanduse vm kooli nõuetega, aga ka sooviga Eesti filmi ajalooga tutvust teha nagu „Kevade“, „Kunksmoor“ või ka dokumentaalfilm Laulvast re-

volutsioonist. Teisalt torkab silma näiteks „Püha Tõnu kiusamine“, mis oma olemuselt on raske-
mini mõistetav, eksistentsiaalne ning kindlasti mitte peavoolu meelelahutus.

Vaadates Eesti noorte filmieelistusi žanrite järgi näeme (Joonis 1), et kõige populaarsemad olid poiste seas komöödiad, märulid ja seiklusfilmid, tüdrukute top kolmeks olid komöödia, draama ja seiklusfilmid. Tüdrukud vaatasid märkimisväärselt enam romantilisi filme, fantaasia filme ja thrillereid. Poisid vaatasid tüdrukutega võrreldes palju enam märuleid ja krimi filme. Õudusfilmid (horror kategooria) olid üpris tasavägiselt esindatud mõlema soo puhul. Ootuspäraselt oli vähe mainitud dokumentaalfilme, muusikafilme jm spetsiifilisemaid žanre, kuid reaalsuses linastub antud filme ka kinodes vähem ning samuti ei näidata neid nii palju televiisorist. Teisalt, tänapäeval on oma lemmikžanre ja filme noortel väga lihtne leida ja hankida, seega tuleb arvata, et siinne tulemus peegeldab noorte tegelikke filmieelistusi.



Joonis 2. Eesti noorte lemmikžanrid

Noorte poolt väljatoodud filmide hulgas oli ka mõningaid huvitavaid pärleid. Nimekirjas leidsid mainimist näiteks Taani vastuolulise suurmeistri Lars von Trieri „Tantsija pimeduses“ (2000), mis räägib ühe üksikema unistustest ja kurvast saatusest ja „Antikristus“ (2009). Välja võib tuua veel autismi teemat puudutava Austraalia filmi „Black Balloon“, filmiklassika „Breakfast at Tiffanies“ (1961) ja „Birds“ (1963), Gei ja lesbi teemalise „Transameerika“ (2005) ja „The last year“ (2002), Prantsuse ajaloolise filmi „Moliere“ (2007), Soome ajaloolise draama „Talvesõda“ (1989), Hispaania müstilise horror-draama „The Nameless“ (2000), Roman Polanski „Ninth Gate“ (1999) või näiteks Jim Jarmouschi „Kohvi ja sigaretid“ (2003). Valikusse olid sattunud ka mõned dokumentaalfilmid näiteks 70-80ndate psühhedeelsest rokkbändist Pink Floyd (2004), Lätis vändatud „Nõukogude lugu“ (2008) ning film 20nenda sajandi esimesel poolel elanud prantsuse kuulsast lauljannast Edith Piafist (2007).

Kuna kõik meid ümbritsev avaldab paratamatult meile mingil määral mõju, siis arvatakse, et vägivaldsete filmide, mängude jms ülemäärane tarbimine genereerib noortes agressiivsust.

Antud matejali alusel statistiliselt tõenäolist kinnitust me sellele väitele ei saanud, kuna uuritavad rühmad jäid väga väikesearvulisteks. Samuti on raske otsustada, kas suitsidaalse kalduvudega või agressiivsed noored eelistavad vägivalda sugemetega filme või sellised filmid genereerivad noortes vägivaldsust.

Muusika osas võib öelda, et top kümnesse jõudsid sarnaselt filmidega popkultuuri ja klubi hitid nagu „Sexy Bitch“ või „Stereo Love“ ning jällegi USA muusikamaastiku suurnimed nagu Lady Gaga, Rihanne, Linkin Park, Beyonce jpt (Tabel 4).

Tabel 4: Eesti noorte enim kuulatud muusikapalad

Nr	Muusikapala	Kuulajate arv
1	DAVID GUETTA FT AKON - SEXY BITCH	71
2	EDWARD MAYA - STEREO LOVE	37
3	BLACK EYED PEAS - I GOTTA FEELING	19
4	LINKIN PARK - NEW DIVIDE	18
5	LADY GAGA - BAD ROMANCE	17
6	BEYONCE - SWEET DREAMS	16
7	PITBULL - HOTEL ROOM SERVICE	16
8	BLACK EYED PEAS - MEET ME HALFWAY	14
9	RIHANNA - RUSSIAN ROULETTE	14
10	SIDNEY SAMSON - RIVERSIDE	14

Noorte muusikamaitse oli mõneti laiahaardelisem filmide valikust. Mainiti igihaljaid muusikapalu Elton Johnilt, Bob Marlylt, Led Zepplinilt, biitlitelt, Micheal Jacksonilt, ABBAlt kui ka vähesel määral klassikalist muusikat Chopin, Beethovenilt, Debussy'lt. Pop ja pop-rokk muusika seas esines üpris palju ka raksemakoelisemat muusikat nii legendaarselt Maetaalicalt, AC/DC-lt, Judas Preist'lt kui ka tänapäevasemaid lugusid Kornilt, Rammsteinilt, Slipknotilt, Rise Againstilt, Nightwishilt ja teistelt. Lisaks kuulavad Eesti noored Eesti muusikat palju enam kui nad vaatavad Eesti filme – Noorkuu, Kreisiraadio, Ott Lepland, Ruja, Meie Mees, Smilers, Metsatöll, Vaiko Eplik ja Eliit, Liisi Koikson, Kruuv, Jaan Tätt, Terminaator, Mari-Liis, Urban Symphony, Jaak Joala, Dagö, Nexus, Ivo Linna, JMKE, Vennaskond ning veel palju teisi leidis noorukite viimati kuulatud lugude seas. Nagu näha on tegemist nii Eesti vanategijate kui uute tulijatega ning muusikažanrid on sama kirjud kui välismaise muusika puhul. Seega võib öelda, et kui filmide eelistus tundus noorukitel olevat üksluisemalt Hollywoodikeskne ning raamatu nimekiri suures osas kooli kohustusliku kirjandusest tulenev, siis muusikavalik oli kõige mitmekülgsem.

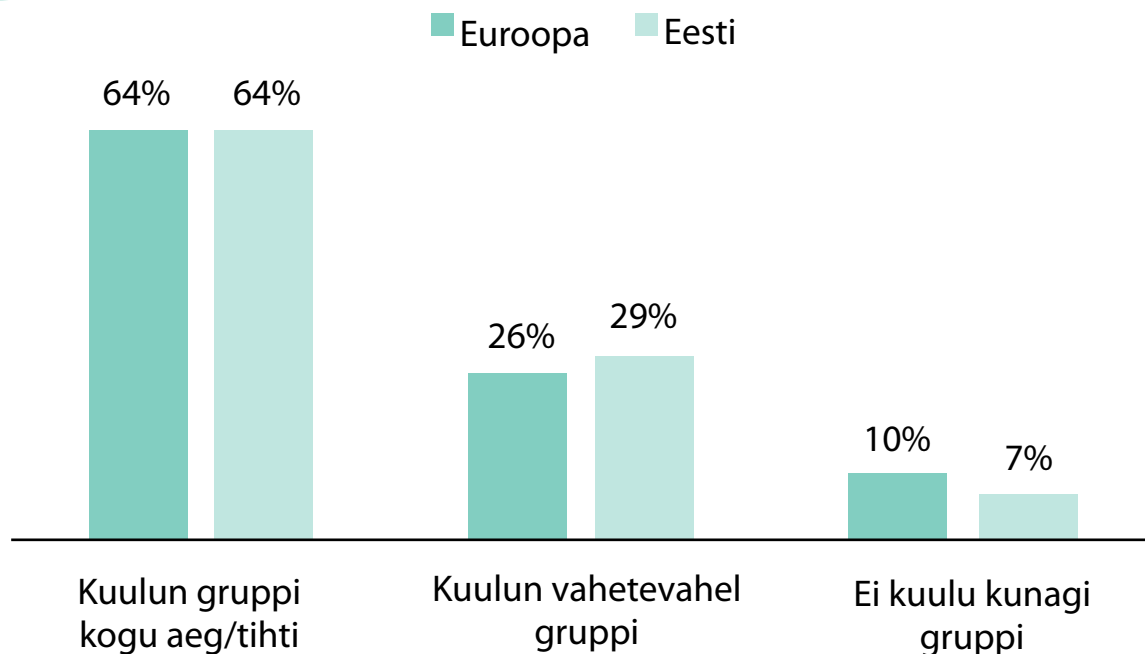
Hoiakud: gruppi kuulumine, pere, sõbrad, töö, religioon, poliitika

Noorte käest küsiti kuivõrd nad tunnevad, et kuuluvad mingisse gruppi: kas peaaegu mitte üldse, vahetevahel või tihti. Ühtekuulumistunne on enamuse noorte jaoks väga oluline, see tagab teatud turvatunde ning väldib isolatsiooni ja tõrjutust. Muidugi olenevalt inimtüübist on kuulumine mõne jaoks oluline, mõni aga eelistab olla väljaspool kindlaid gruppe ning tunnevad ennast paremini maailma üksinda avastades. Teatud ühtekuuluvust ning oma elu teistega jagamist peetakse aga enamasti oluliseks just iseenda tundmaõppimise seisukohalt.

Tabelist 5 näeme, et uuritud riikides 63,7% noortest tundis, et nad kuuluvad kogu aeg või tihti gruppi; 26,2% tundis seda vahetevahel ning 10,1% leidis, et nad ei kuulu peaaegu üldse mingisse gruppi. Gruppi kuulumise tunne oli kõige kõrgem Sloveenia noorte seas - 84,3% ning kõige madalam Prantsusmaa noorte puhul, kus ainult 42,6% noortest leidis, et nad kuuluvad gruppi kogu aeg. Prantsusmaal oli ka kõige suurem protsent vastanuist, kes leidsid, et nad peaaegu kunagi gruppi ei kuulu – 19,2%. Eesti noortest leidis 63,7% ehk sama mis 11 riigi keskmine, et nad kuuluvad gruppi kogu aeg või tihti; 29,5 % leidis, et nad kuuluvad gruppi vahetevahel ning 6,8% vastas, et nad ei tunne gruppikuuluvust peaaegu kunagi.

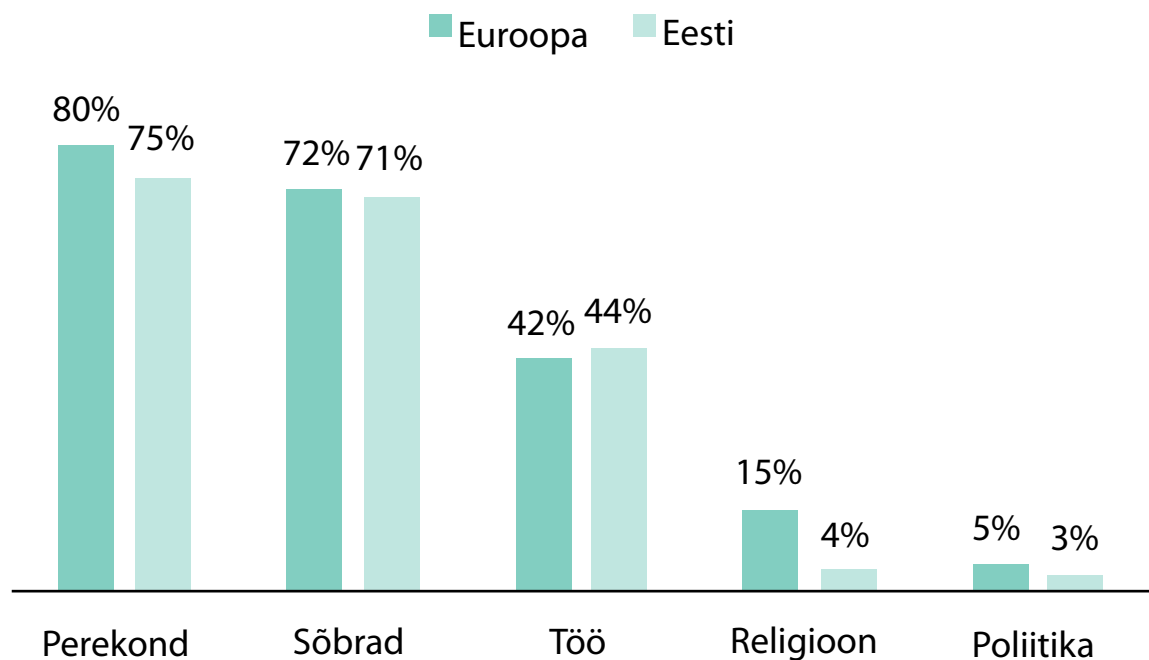
Tabel 5. Noorte hinnang enda gruppikuuluvusele

		Kas sa tunnend, et sa kuulud gruppi?					
		Harva või mitte üldse		Vahetevahel		Tihti või kogu aeg	
		Arv	%	Arv	%	Arv	%
	Austria	95	10,1%	208	22,2%	633	67,6%
	Eesti	70	6,8%	304	29,5%	657	63,7%
	Prantsusmaa	192	19,2%	381	38,1%	426	42,6%
	Saksamaa	149	10,4%	406	28,3%	882	61,4%
	Ungari	58	5,9%	176	17,8%	756	76,4%
	Iirimaa	57	5,6%	248	24,5%	707	69,9%
	Israel	134	11,5%	347	29,8%	685	58,7%
	Itaalia	120	10,1%	317	26,7%	749	63,2%
	Rumeenia	129	11,4%	336	29,6%	671	59,1%
	Sloveenia	30	2,6%	153	13,1%	984	84,3%
	Hispaania	185	18,0%	287	28,0%	553	54,0%
	Kokku	1219	10,1%	3163	26,2%	7703	63,7%



Joonis 3. Gruppi kuuluvuse tunne

Uuritud Euroopa riikide noorte käest küsiti ka nende hoiakuid: kui oluliseks peavad nad oma elus perekonda, sõpru/tuttavaid, tööd, religiooni ja poliitikat. Kõige olulisemaks peeti perekonda (79,5%), millele järgnes sõpruskond (72%). Tööd pidas väga oluliseks 42% noor- test, religiooni 15,2% ja poliitikat 5,2% (Joonis 4).



Joonis 4. Euroopa ja Eesti õpilaste hoiakuid

Eesti noorte puhul olid näitajad sarnased: 74,5% leidis, et perekond on väga tähtis, 71,2% et sõbrad on väga olulised, tööd hindas väga oluliseks 44,1% ja 2,9% poliitikat ja 4,1% religiooni. Kui vaadata riike eraldi, siis tööd hindasid kõige kõrgemalt Israeli ja Itaalia noored, samal ajal kui lirimaal leidis koguni 5,4 % noortest, et töö ei ole üldse oluline. Pere hindasid kõige enam Rumeenia noored (92%) ning kõige enam noori oli Iisraelis, kes leidsid, et perekond ei ole üldse oluline (2,6%). Sõprussuhteid hindasid kõige enam Iiri noored (80,9%), 13,6% Iisraeli noortest aga leidis, et sõbrad ja tuttavad ei ole üldse olulised.

Iisraeli noored hindasid silmatorkavalt palju oluliseks poliitikat. Koguni 27,4% noortest leidis, et poliitika on väga oluline, samal ajal kui 11 riigi keskmine oli 5,2% ning näiteks Eesti näitaja oli 2,9%. Vaadates aga Israeli keerulist poliitilist ajalugu ja hetkeolukorda tundub see loogiline. 42,7% Rumeenia noortest leidis, et religioon on nende elus väga olulisel kohal, samal ajal kui kõige enam noori oli Prantsusmaal, kes leidsid, et religioon ei ole üldse oluline - 56,9%. Eesti oli siin teisel kohal 55,3% noori pidas religiooni mitteoluliseks. Jällegi tuleb arvesse võtta riikide erinevaid kontekste. Eesti ei ole paraku eriti religioosne riik ning seega on ka antud tulemus arusaadav.

Mida me teada saime?

- Noored füüsiliselt aktiivsed – sport endiselt populaarne vaba aja veetmisvorm
- Mida enam veedetakse aega erinevate ekraanide taga, seda kõrgem on depressiooni tase
- Füüsiline aktiivsus ja kehakaal on stressiga seotud. Stressinäitajad on suurimad ekstreemsete kehakaalude puhul: poistel alakaalu puhul ja tüdrukutel ülekaalu puhul
- Noored tarbivad enamasti ameerika popkultuuri, seda eriti filmide puhul. Muusikamaitse on mitmekesisem
- Suurem osa noori tunneb grupikuuluvust. Kõige enam väärtustavad noored perekonda, seejärel sõpru ning tööd

Kuidas teadmist rakendada?

- Lapsevanemad ja õpetajad peaksid rohkem huvituma noorte vaba aja tegevustest, et nendega seeläbi paremat kontakti saavutada
- Lapsevanemad peaksid jälgima noorte liigset ekraani ees viibimist ning vajadusel suunama alternatiivtegevuste juurde
- Ekstreemse kehakaaluga noored on riskirühm, kes vajab lapsevanemate ja õpetajate tähelepanu

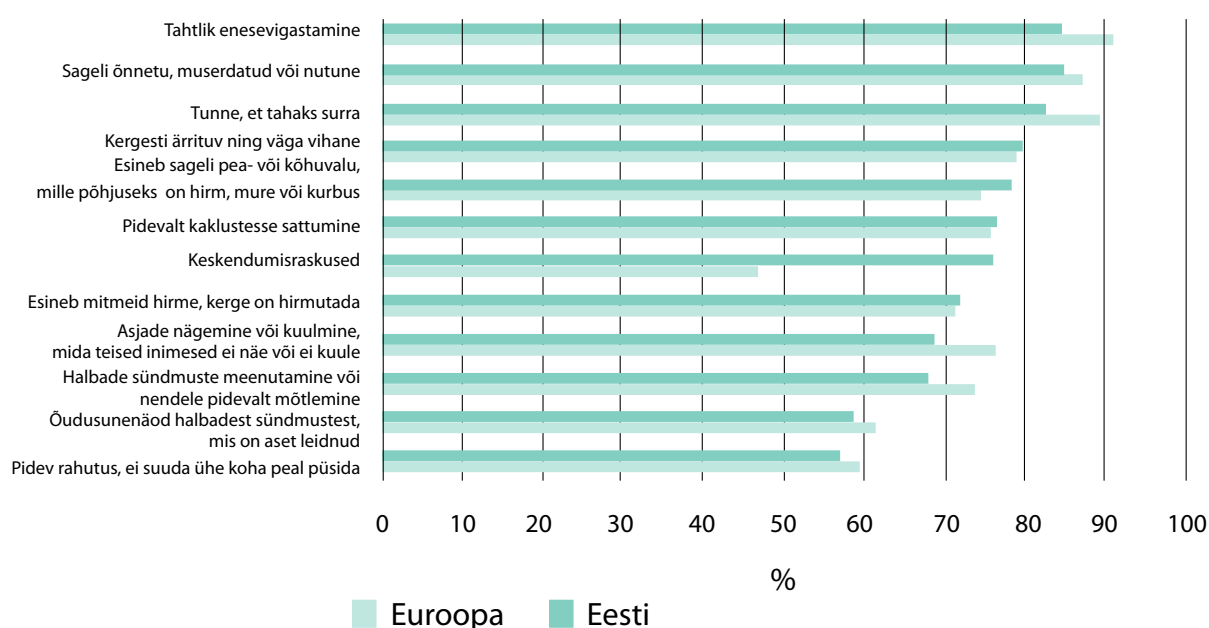
9. ÕPETAJATE VAIMSE TERVISE ALANE KIRJAOSKUS

Kuna noorte vaimse tervise probleemid on aktuaalsed nii meil kui mujal Euroopas, siis on tungiv vajadus otsida ja leida teid olukorra parandamiseks. Kool on kindlasti üks institutsioonidest, kus on võimalik ja vajalik teadmiste jagamise kõrval tähelepanu pöörata ka õpilaste tervisele, nii vaimsele kui kehalisele tervisele ning muidugi hea seista ka selle eest, et õpetajaid endid stress ei murraks.

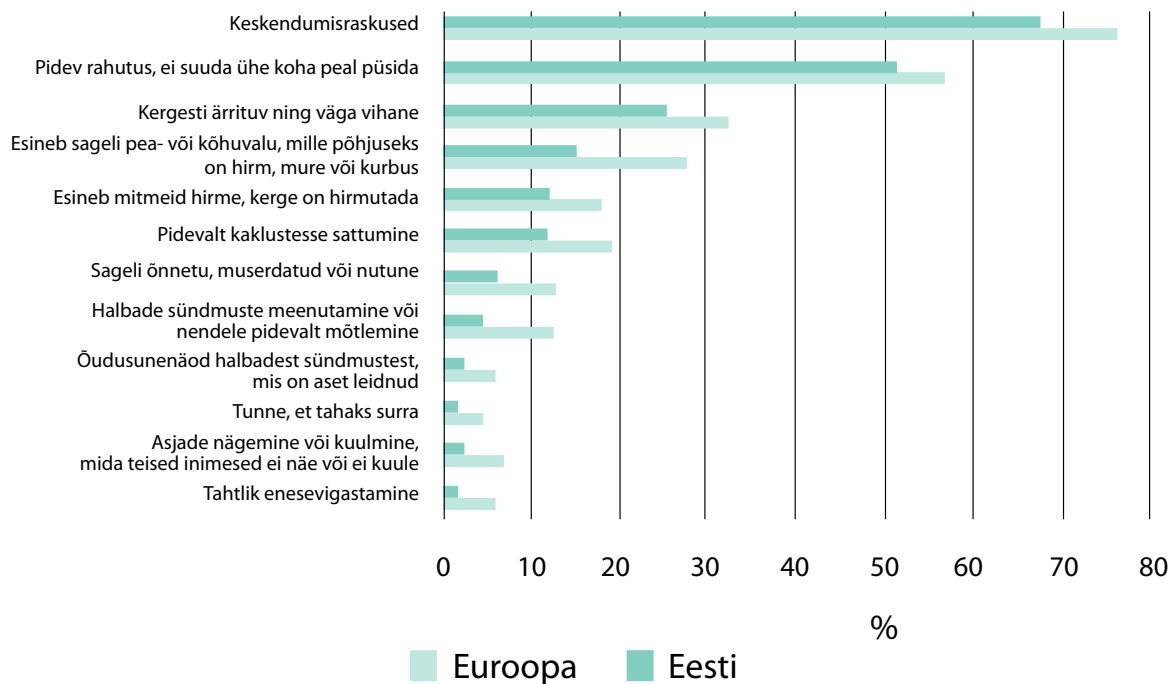
Euroopa Komisjoni projektis SEYLE („Saving and Empowering Young Lives in Europe“ – „Säästame ja võimestame noori elusid Euroopas“, täpsemalt pt 1. „Projektide tutvustus ja kasutatud mõõdikud“) oli fookuses 14-15 aastaste üldhariduslike koolide õpilaste tervis ja riskikäitumine 11 Euroopa maal, sealhulgas ka Eestis. Koolid valiti kõikidele uurimiskeskustele ühise spetsiaalse meetodikaga, Eestis sattus valimisse 19 kooli ning väike osa projektist oli seotud ka nende koolide 8. ja 9. klasside õpetajatega. Projekti Eesti-poolne partner oli Eesti-Rootsi vaimse tervise ja suitsidoloogia Instituut (ERSI).

Õpetajatel paluti elektrooniliselt täita küsimustik, milles puudutati õpetajate teadmisi, hoiakuid ja oskusi vaimse tervise alal kui ka nende endi vaimset tervist. Võlgname tänu 325 õpetajale, kes nende saadetud küsimustikule vastasid. Uuringus osalenud õpetajatest oli 271 nais- ja 54 meessoost, vanusvahemik 21-78 (keskmine 44,7). Kõigist projektiga seotud maa-dest tuli vastuseid kokku üle 3000.

Alltoodud ülevaade tulemustest lubab Eesti suhtes vaid orienteeruvaid järeldusi teha, kuna meetodika ei võimaldanud representatiivset valimit. Lühiduse mõttes on siin nimetatud Euroopa keskmiseks 11 maa tulemust, mis tegelikult ei ole ju Euroopa keskmine kõikide Euroopa riikide ulatuses ning partnermaadeski oli uuringu valim vaid teatud piirkonnast, Eestis osalesid uuringus Tallinna eestikeelsed üldhariduslikud koolid.



Joonis 1. Kas see on väga tõsine probleem?

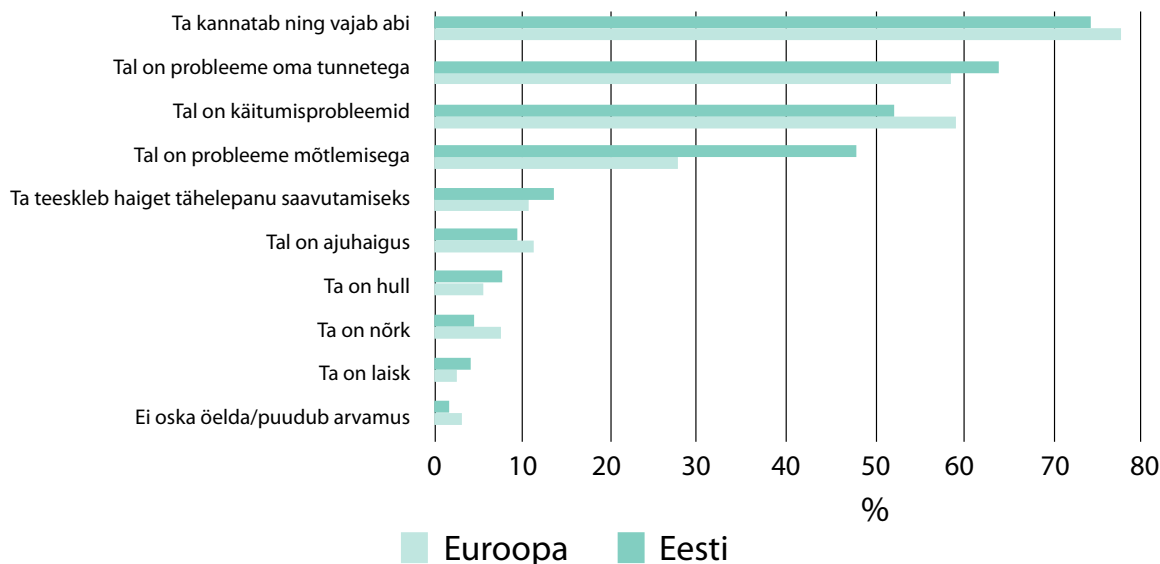


Joonis 2 Kas paljudel lastel esineb seda probleemi?

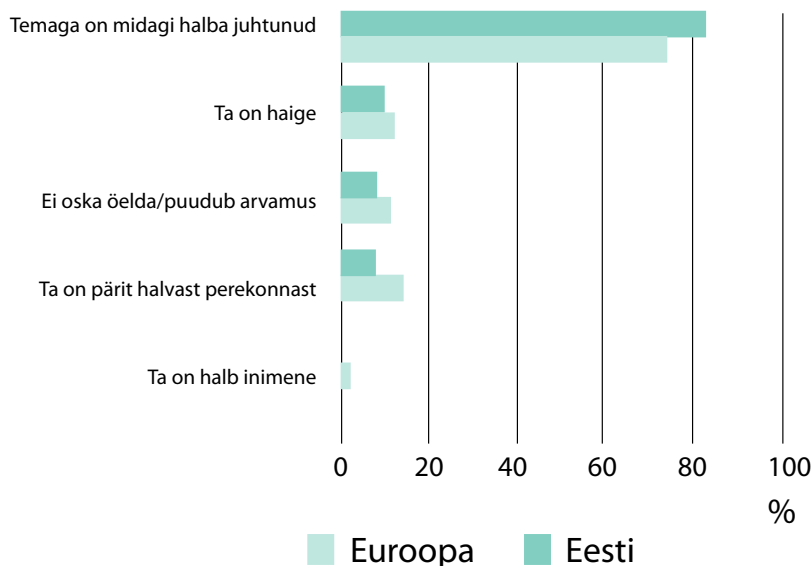
Õpetajatele saadetud ankeedis oli 32 küsimused ja vastused on alljärgnevad. Joonis 1 kajastab vastuseid küsimustele, kus on nimetatud vaimse tervise probleemid või sümptomid on rasked häired. Vastused on kokkuvõtvalt esitatud protsendina, so mitu % vastanud õpetajatest pidas nimetatud häiret tõsiseks vaimse tervise probleemiks. Paralleelselt on kujutatud Eesti ja Euroopa andmeid. Erinevaid ankeedis loetletud häireid tõsiseks häireks nimetanud õpetajate protsent jääb Eestis Euroopa keskmisest alla enamuse sümptomite puhul. Vaid keskendumisraskused (easily distracted) on teiste maadega võrreldes silmatorkavalt paljude Tallinna õpetajate poolt tõsiseks vaimse tervise probleemiks arvatud. Hämmastama paneb, et üle 15% eesti õpetajatest ei pea tahtlikke enesevigastusi ja surmasoovi raskeks vaimse tervise häireks ja nad ei arva, et selliste sümptomitega õpilasi neil on (joonis 2). Prantsusmaal, Hispaanias ja Saksamaal läheneb tõeselt vastanute arv 100%-le.

Edasi küsiti õpetajatelt, kas nende õpilaste seas on ankeedis nimetatud vaimsete häiretega õpilasi (joonis 2). Euroopa keskmisega võrreldes arvas suhteliselt väike osa küsitlusele vastanud õpetajatest Eestis, samuti ka Hispaanias, Sloveenias ja Rumeenias, et nende õpilastel on nimetatud vaimse tervise häirete sümptomeid. Vastupidiselt eelnevale oli Austrias tähelepanuväärselt palju neid õpetajaid, kes leidsid, et nende õpilastel esineb nii või teistsuguseid ankeedis loetletud vaimse tervise häireid.

Järgmises küsimuste blokis paluti anda hinnang oma oskustele abi andmise suhtes, so toimetulekuks õpilaste vaimse tervise probleemidega (joonis 3). Eesti õpetajatest 82% tunnistab, et nad ei ole teemaga piisavalt kursis ja 86%, et nad sooviksid teada rohkem. Kõige kriitilisemad enese suhtes olid Iirimaa ja Hispaania õpetajad, kõige enesekindlamad Israeli ja Saksamaa õpetajad. Samas vastas veerand uuringus osalenud Tallinna õpetajatest, et nad suudavad kenasti toime tulla õpilaste kriisiseisunditega. Saksamaa oli selles suhtes kadestamisväärselt heas positsioonis (71%). Pooled Eesti õpetajatest vastasid, et neil ei ole kogemust kriisiseisundisse sekkumisega ja nad ei tee seda.

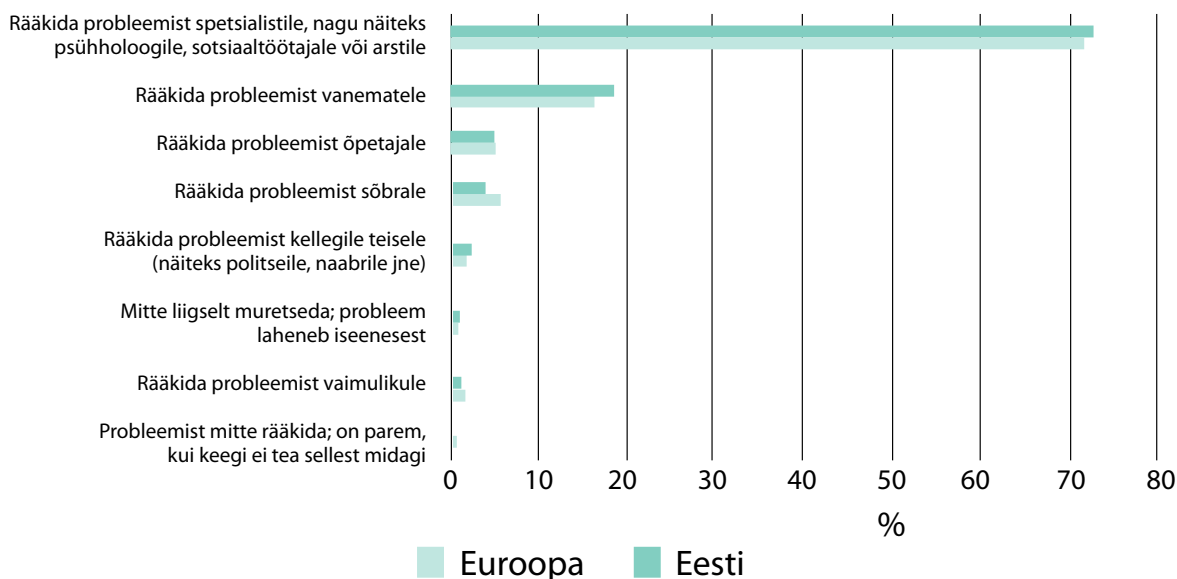


Joonis 3 Kui lapsel on “vaimse tervise probleemid”, siis mida see Teie arvates tähendab?



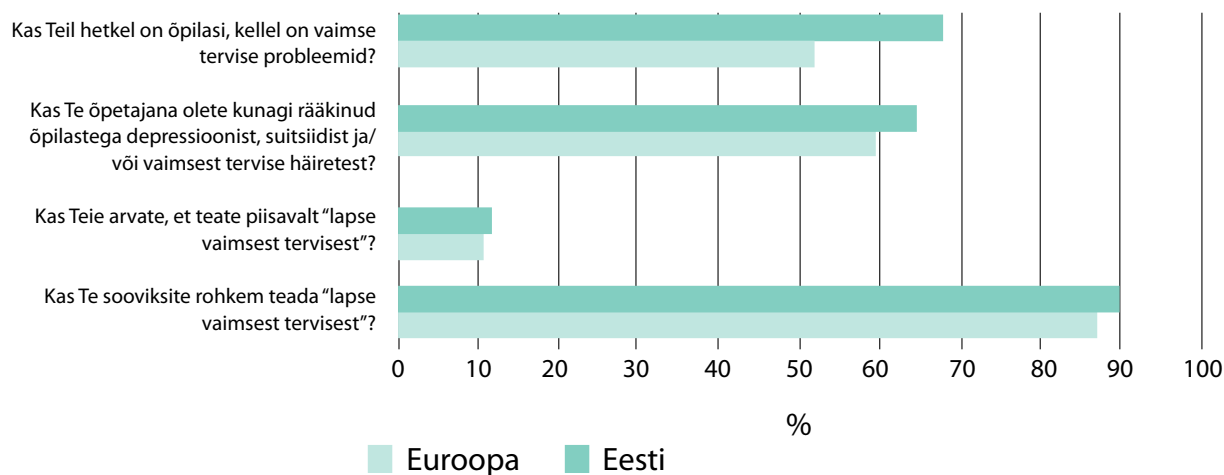
Joonis 4. Mis on Teie arvates kõige tõenäolisem põhjus, kui laps on pidevalt vihane, õnnetu või muretsev või ei suuda teistega läbi saada?

Joonisel 4 toodud küsimus püüab välja selgitada, kuidas õpetajad interpreteerivad vaimse tehvise häireid. Haigeks kvalifitseeritud on kahetsusväärselt vähe nii Eestis kui Euroopas.



Joonis 5. Kui lapsel on probleeme, siis mis oleks Teie arvates kõige parem lahendus probleemist vabanemiseks?

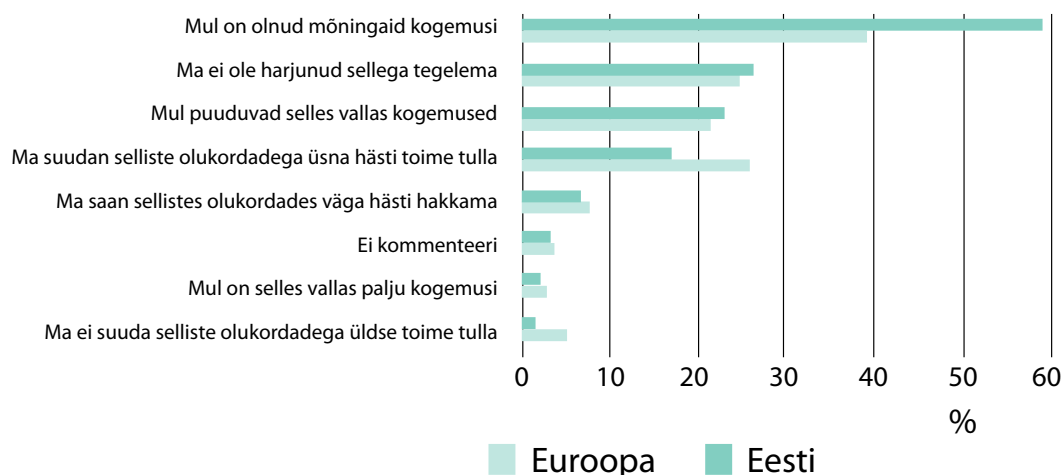
Joonise 5 küsimusele vastavad õpetajad gradatsioonis spetsialist, vanem ja õpetaja, mis on põhimõtteõiseõtt õige, kuid õpetaja 5% nii Euroopas kui Eestis jutustab võib-olla sellest, et vajaka jääb nii pädevusest kui ajast.



Joonis 6. Õpetajate hinnang oma teamistele ja oskustele seoses vaimse tervisega

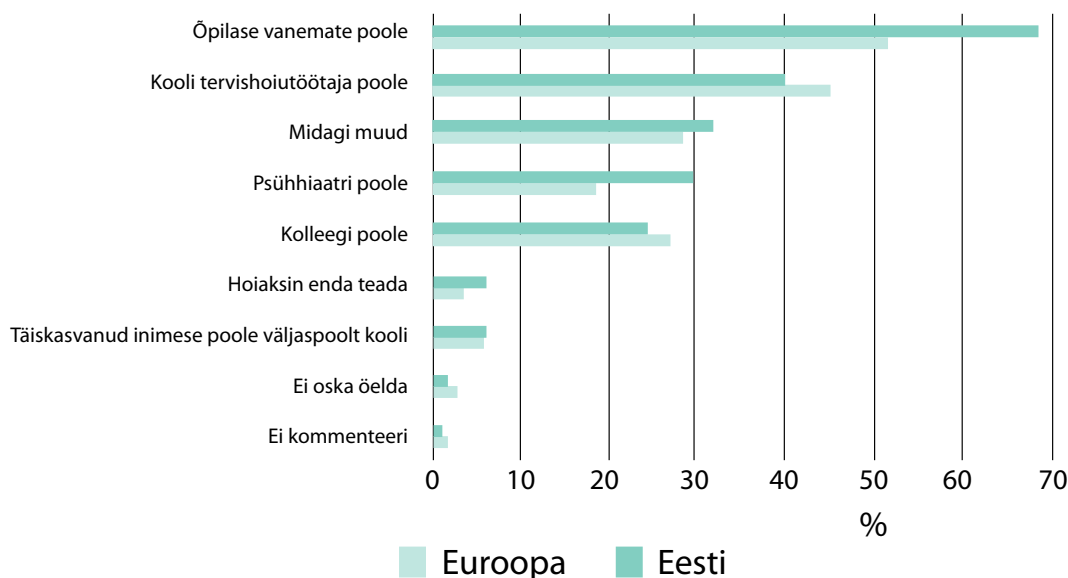
Küsimusele joonisel 6 on rõõmustavad vastused, eriti Eesti suhtes. Õpetajad tunnetavad, et on vaimse tervise häirega lapsi, et depressioonist ja suitsiidist on räägitud ning kõõige olulisem – mõistetakse, et on vaja enam teadmisi.

Joonis 7 jutustab sellest, et oma võimekusele kriisiseisundis noortega toime tulla on diameetraalselt vastupidiseid arvamusi, negatiivse varjundiga kogemusi on siiski tunduvalt rohkem.



Joonis 7. Kuidas Te hindate oma võimeid aitamaks/ravimaks kriisis olevaid noori?

Joonisest 8 ilmneb, et Eestis on eriti suur usk vanemate rolli. Sama kinnitavad ka laste vastused, kus nad väärtustavad kõrgelt suhteid vanematega (vt pt 9 „Noorte vaba aja kasutus ja hoiakud”). 5% vastustest – hoiaksin enda teada viitab ilmselt läbipõlemisle.



Joonis 8. Kui õpilane räägib Teile, et ta ei tunne ennast vaimselt hästi, kuhu/kelle poole Te pöörduksite?

Küsimusele, kas koolil on olemas plaan, mida peale hakata suitsiidijuhtumi puhul, ilmnes vastustest, et 9% õpetajatest teab sellise plaani olemasolu ja 80% ei tea, kas selline plaan on koolil olemas. Teiste maade õpetajate vastused vastava tegutsemisjuhise olemasolu suhtes kõiguvad 28% (Iirimaa) ja 88% (Prantsusmaa) vahel.

Rida küsimusi andis vastuse sellele, kuidas õpetajad ise enda seisundit hindavad. Instrumendina oli kasutusel lühike ja informatiivne WHO-5 Heaolu Küsimustik, kus vastuste variandid võivad kõikuda 0 ja 25 vahel. Kui skoor on alla poole võimalikest punktidest, siis on põhjust edasi minna täpsema uuringuga, et täpsustatada võimalik depressioon.

WHO-5 heaolu indeks:

*Palun märkige ära iga järgneva väite juures, milline neist on lähim Teie enesetundele **kahe viimase nädala jooksul**. Tehke ainult üks märg iga väite kohta. Pange tähele, et suuremad numbrid tähendavad paremat heaolu.*

5 = Kogu aeg; 4 = Enamuse ajast; 3 = Enam kui pool ajast; 2 = Vähem kui pool ajast; 1 = Vahete vahel; 0 = Mitte kunagi

Ma tunnen end rõõmsa ja heatujulisena	5	4	3	2	1	0
Ma tunnen end rahulikuna ja pingeabana	5	4	3	2	1	0
Ma tunnen end aktiivse ja energilisena	5	4	3	2	1	0
Ma tunnen end värskena ja puhanuna	5	4	3	2	1	0
Mu igapäevaelu on pakub mulle huvi	5	4	3	2	1	0

Kahetsusväärselt oli 16% Eesti õpetajate hulgas neid, kelle suhtes võis jääda kahtlus, et nende vaimne tervis ei küüni heaolu tasemeni, et nad vajaksid konsultatsiooni ja võib-olla isegi terapeutilist sekkumist. Vaid Austrias oli vastav protsent 18 ja Itaalias 15, kõigis teistes maades tunduvalt madalam, so kõrgem heaolutunne. Kolmandik õpetajatest Eestis hindas oma seisundit kõrge heaolu tasemel olevaks, mis oli Euroopa keskmisega peaaegu võrdne.

Kokkuvõtteks tasub rõhutada tõdemust, et õpetajad tunnetavad, et neil on vajaka vaimse tervise kohta käivatest teadmistest, nad soovivad vastavaid teadmisi omandada, nad märkavad vaimse tervise häiretega lapsi ja teavad, et neid lapsi tuleb abistada. Õpetajate subjektiivne hinnang oma vaimse heaolutundele tekitab mõningast murelikkust, sest aidata saab see, kes ise on heas vormis. Tallinna Õpetajate rahulolu koolikeskkonnaga on enam-vähem samal tasemel Euroopa keskmisega.

Mida me teada saime?

- Õpetajate vaimse tervise alane kirjaoskus ei rahulda
- Õpetajad teavad seda ja soovivad võimalusi oma teadmisi suurendada
- Õpetajate endi heaolutunne kogusummas võiks olla parem

Kuidas teadmist rakendada?

- Vaimse tervise alaseid teadmisi on vaja koguda
- Vaimse tervise alased õppused võiksid olla rutiinsed
- Rakendada teadmisi iseenese heaolutunde parandamiseks, õpilaste probleemide varaseks märkamiseks ja abistamiseks ning proaktiivselt vaimse tervise edendamiseks
- Koolil peaks olema vaimse tervise temaatikat valdav spetsialist ja suitsiidijuhtumiks tegevuskava

10. SEKKUMISPROGRAMMID VAIMSE TERVISE EDENDAMISEKS JA KAITSEKS – MÕJU HINDAMINE

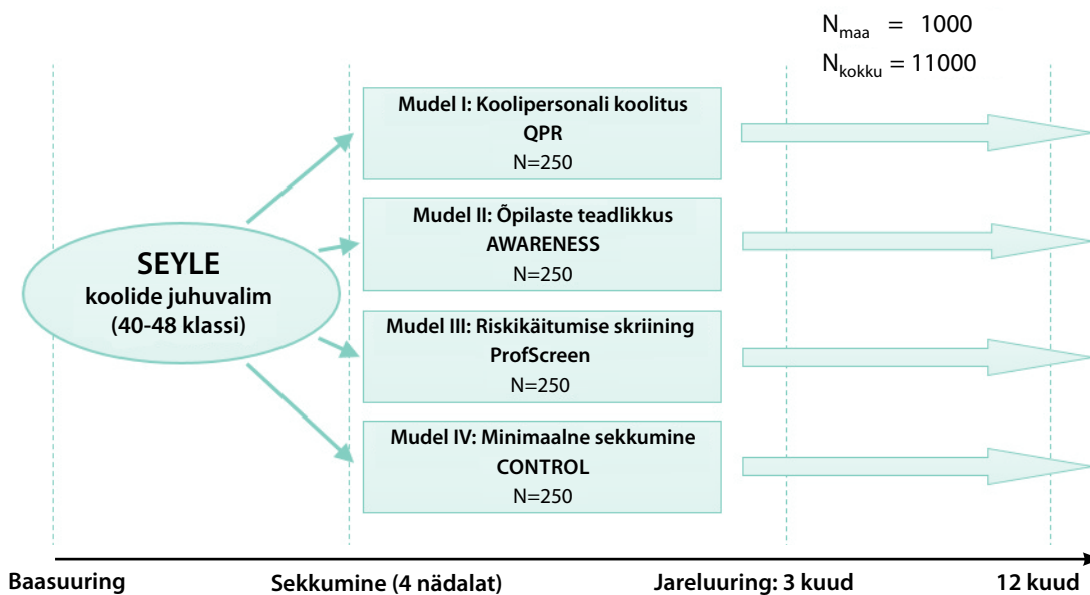
Noortel on elus kolm peamist tugisammast – kodu, kool ja sõbrad. Kuigi kodu ja perekonna toetuse tähtsust ei tohi sugugi alahinnata, peetakse teismeliste vaimse tervise edendamisel oluliseks just koolipõhiseid sekkumisprogramme. Miks? Kool on kindel koht, kus erinevatesse sekkumistegevustesse saab korraga kaasata palju noori. Kool on keskkond – nii füüsiline kui psühho-sotsiaalne keskkond – kus noor veedab suurema osa oma päevast, mis on täis õppimist ja suhtlemist. Koolipõhiste sekkumisprogrammide puudusena on välja toodud, et nad jätavad kõrvale tõeliselt kõrge riskiga noored – need, kes on juba koolist välja langenud või kes puuduvad palju kas ilma põhjuseta või haiguse tõttu. Niisuguste noorteni jõudmine vajab hoopis teistsugust lähenemist. Siiski on senised uuringud näidanud, et koolipõhiseid sekkumisprogramme vaimse tervise heaks on paljulubavad ning rõhutatud on jätkuvat vajadust neid rakendada ja hinnata selleks, et selgitada välja tõenduspõhised komponendid.

Koolipõhiseid sekkumisprogramme on rakendatud erinevaid. Need võivad olla suunatud õpilaste endi teadlikkuse tõstmisele ja oskuste arendamisele, tugevdades seeläbi nende toimetulekuvõimet ja vaimset tervist. Need võivad olla ka skriiningprogrammid, et selgitada välja ja haavatavad õpilased (indikaatoriteks näiteks erinevad riskikäitumised või depressioon) ja tegeleda aktiivselt neile abi pakkumise ja edasi suunamisega. Lisaks sellele on oluline treenida õpetajaid ja muud koolipersonali riskirühma kuuluvaid õpilasi märkama, nendega vaimse tervise teemadel vestlema (arendada vaimse tervise alast „kirjaoskust“) ning vajadusel psühholoogilise või psühhiaatrilise abi juurde edasi suunama. SEYLE, WE-STAY ja SUPREME projektide käigus testiti erinevaid sekkumisprogramme, mille sisu ja tulemusi on alljärgnevalt tutvustatud.

SEYLE sekkumisprogrammi kirjeldus ja tulemused

SEYLE projekti sekkumisprogrammi rakendamise peamiseks eesmärgiks oli koolinoorte vaimse tervise parandamine läbi riski- ja suitsidaalse käitumise vähendamise. SEYLE sekkumisprogramm oli juht-kontrolluuring, mille käigus rakendati kontrollgrupiga (CONTROL) võrdluses kolme erinevat sekkumismudelit – QPR, AWARENESS ja ProfScreen. Sekkumisperiood algas peale baasuuringu küsitlusuuringu lõppemist ja kestis kokku 4 nädalat. Baasuuringuga sarnaseid andmeid koguti pärast sekkumistegevuste läbiviimist kahe järeluuringu käigus – 3 kuu ja 12 kuu möödudes (vt joonis 1).

MUDEL I – QPR. Esimene sekkumismudel pärineb Ameerika Ühendriikidest ja on maailmas laialt levinud ning tunnustust leidnud. See kannab nime „QPR – Question, Persuade, Refer“ (eesti keeles: „KVS – küsi, veena, suuna“). Sekkumudel oli suunatud õpetajate ja muu koolipersonali teadlikkuse suurendamisele. Kogemustega koolitaja poolt viidi läbi loeng ja kogu koolipersonal sai endale brošüüri, mis sisaldas järgmisi teemasid: mis on KVS, kes on „väravavaht“, ohumärgid ja vihjed suitsiidile, kuidas küsida inimeselt suitsiidimõtete kohta, kuidas veenda inimest abi otsima, kuidas ja kuhu suunata inimest abi saama.



Joonis 1. SEYLE sekkumismudel

MUDEL II – AWARENESS. Teine sekkumismudel oli suunatud üldisele tervisedendusele läbi kooliõpilaste endi teadlikkuse tõstmise. See oli spetsiaalselt komponeeritud SEYLE programmi jaoks ning see kestis kokku neli nädalat ning kandis pealkirja „Sa saad mõjutada ja parandada oma enesetunnet“. Õpilastele viidi kogemustega suhtlemistreenerite poolt läbi:

- Avaloeng (kognitiivsete protsesside stimuleerimiseks)
- Kolme erineva sisuga rollimängud (emotsionaalseks õppimiseks)
 - Teadlikkus valikutest igapäevaelus ning selle motiividest
 - Teadlikkus oma tunnetest ning kuidas toime tulla stressi ja kriisidega
 - Teadlikkus depressioonist ja suitsidaalsetest mõtetest
- Lõpuloeng (positiivne kokkuvõte ja õpitu reflekteerimine)

Loengud toimusid kogu klassile, rollimängud viidi läbi väikestes gruppides (kuni 12 õpilast). Lisaks jagati kooliõpilastele brošüür, mis sisaldas järgmisi teemasid: vaimne tervis, eneseabi nõuanded, stress ja kriis, depressioon ja suitsidaalsed mõtted, hädasoleva sõbra aitamine, nõuande saamine ehk kellega kontakteeruda. Needsamad teemad olid kajastatud ka loengute ja rollimängude ajal klassiruumis üles riputatud plakatitel.

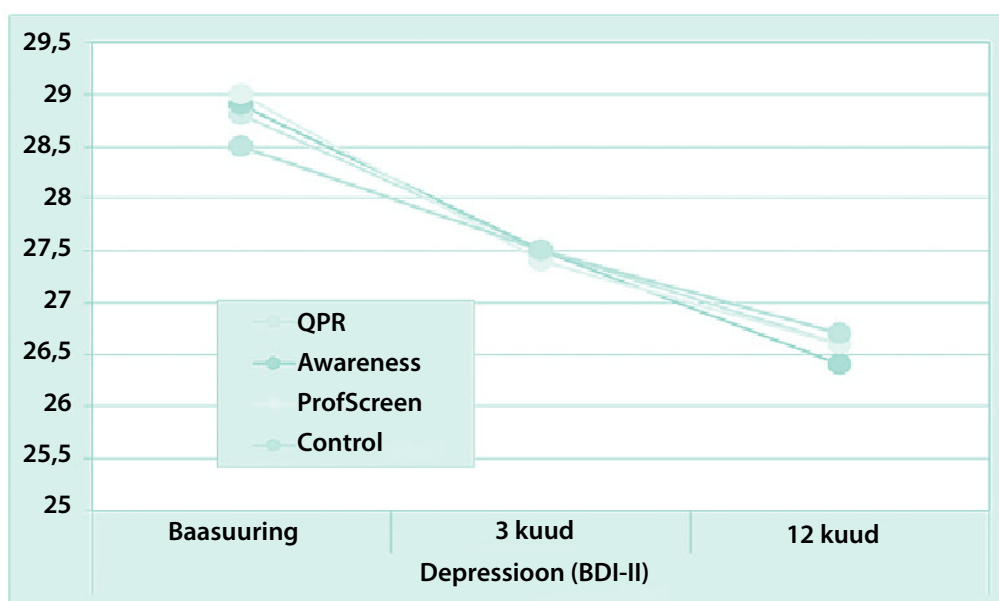
MUDEL III – ProfScreen. Kolmas sekkumismudel oli riskis noorte skriinimine ja vaimse tervise spetsialisti juurde suunamine. Töötati välja metoodika, mille kohaselt selgitati baasuuringu andmete põhjal välja riskis noored, kes seejärel skriiningintervjuule kutsuti. Tunnused, mida riskis noore väljaselgitamisel arvesse võeti, olid järgmised: depressioon, ärevus, suitsidaalne tendents, mittesuitsidaalsed enesevigastused, kehamassiindeks, sensatsiooni otsimine ja delikventne käitumine, ainete kuritarvitamine, meedia mõju, sotsiaalsed suhted, kiusamine, koolipuudumine. Vaimse tervise spetsialist viis väljaskriinitud noortega läbi süvaintervjuud. Kui intervjuu käigus selgus, et olulisi riskitegureid noorel ei ole, anti talle vaid tervisliku eluviisi soovitusi. Kui aga intervjuu käigus selgus, et noorel on olulisi riskitegureid ja ta vajab abi, siis

suunati ta edasi psühhiaatri konsultatsioonile. Eelnevalt oli ravisutusega kokku lepitud, et SEYLE projektis osalenud noored pääsevad psühhiaatri konsultatsioonile 5 tööpäeva jooksul.

MUDEL IV – CONTROL. Neljas sekkumismudel oli kontrollgrupp, mis eetilistel kaalutlustel siiski ei tohtinud olla „puhas“ kontrollgrupp, vaid neile rakendati minimaalset sekkumist – kõik selles osalenud õpilased said infovoldiku, millel oli lühidalt käsitletud neidsamu teemasid, mis AWARENESS sekkumismudeli brožüüris ja plakatitel, ning kus olid kirjas kontaktandmed, kuhu nad võivad soovi korral abi saamiseks pöörduda. Siiski ei toimunud selles grupis aktiivset teavitustööd ega edasisuunamist.

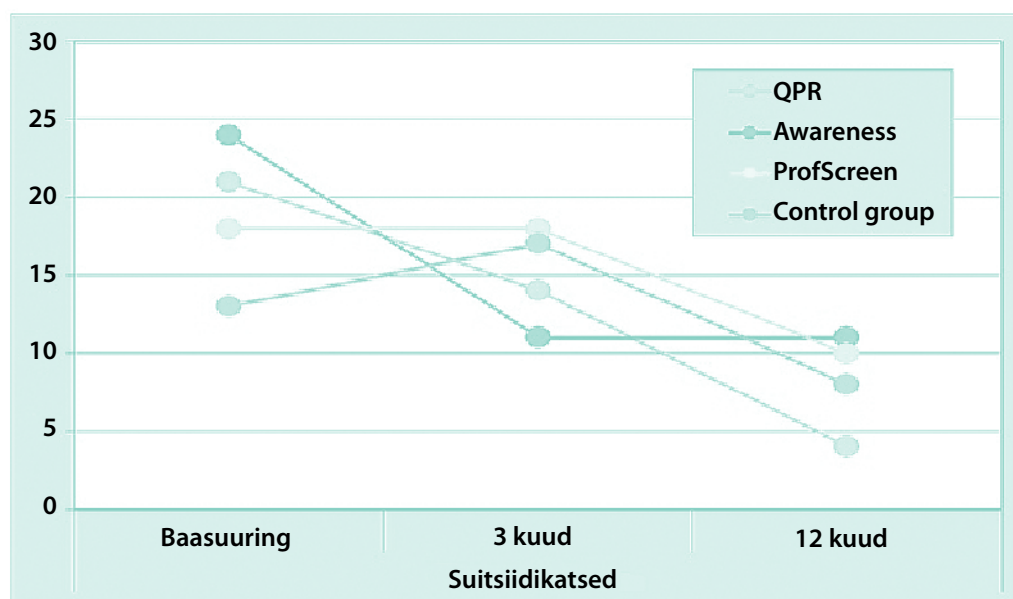
SEYLE sekkumisprogrammi tulemuste mõõdikutena kasutati kolme indikaatorit – depressiivsus, suitsiidikatsed ja subjektiivne psühholoogiline heaolu. Et tulemustel oleks rohkem usaldusväärsust ja võrreldavad grupid ei jääks liiga väikeseks, kasutati analüüsiks kogu Euroopa ühendatud andmebaasi.

Üle-Euroopalise valimi tulemused (vt joonis 2) näitasid, et depressiooni sümptomid mõõdetuna Becki depressiooni skaalal (BDI-II) vähenesid oluliselt kõigis sekkumismudelites 3 kuu järeluurinus ja veel sellele järgnev oluline langus oli jälgitav ka 12 kuu järeluurinus. Depressiooni vähenemine oli oluline nii poistel kui tüdrukutel, kuid märgatavam tüdrukute hulgas. Väiksem, kuid statistiliselt siiski oluline langus oli mõõdetav ka kontrollgrupis, mis ei olnud „puhas“ kontrollgrupp, vaid sisaldas eetilistel kaalutlustel minimaalset sekkumist teadlikkuse tõstmise komponentidega.



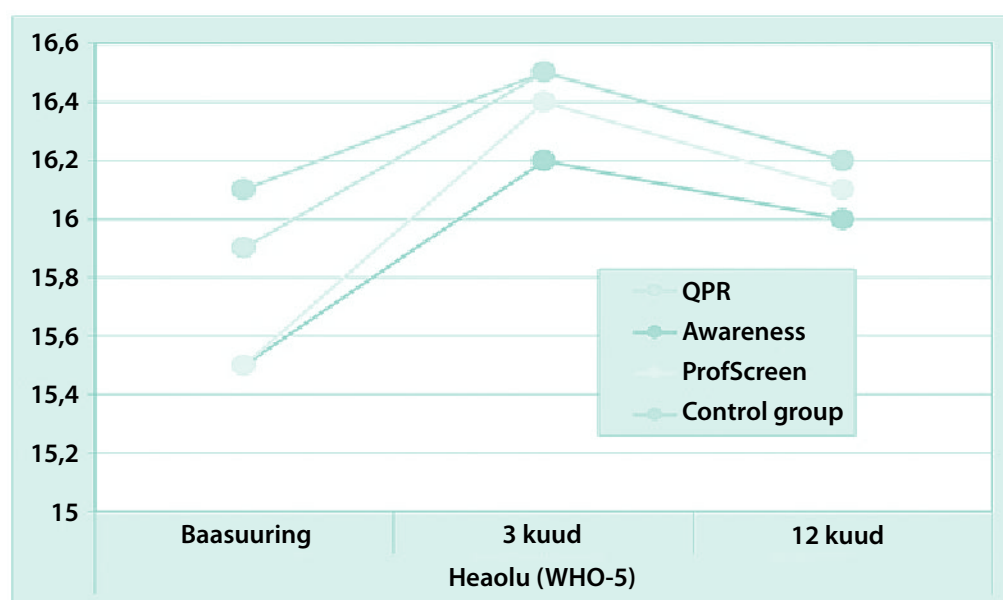
Joonis 2. SEYLE sekkumismudeli efektiivsus mõõdetuna depressiooni vähenemisega

Järeluurinus, kus hindamine toimus 12 kuu möödudes, oli sekkumismudelites (AWARENESS, QPR, ProfScreen) märgata oluline langus nende kooliõpilaste arvus, kes olid teinud suitsiidikatse viimase kahe nädala jooksul (vt joonis 3). Kontrollgrupis olulist langust ei olnud. Järeluurinus, mis viidi läbi 3 kuu möödudes, oli oluline langus suitsiidikatse sooritanute arvus ainult AWARENESS sekkumismudelil, kuid mitte teistes sekkumismudelites (QPR, ProfScreen) ega kontrollgrupis.



Joonis 3. SEYLE sekkumismudeli efektiivsus mõõdetuna suitsiidikatsete vähenemisega

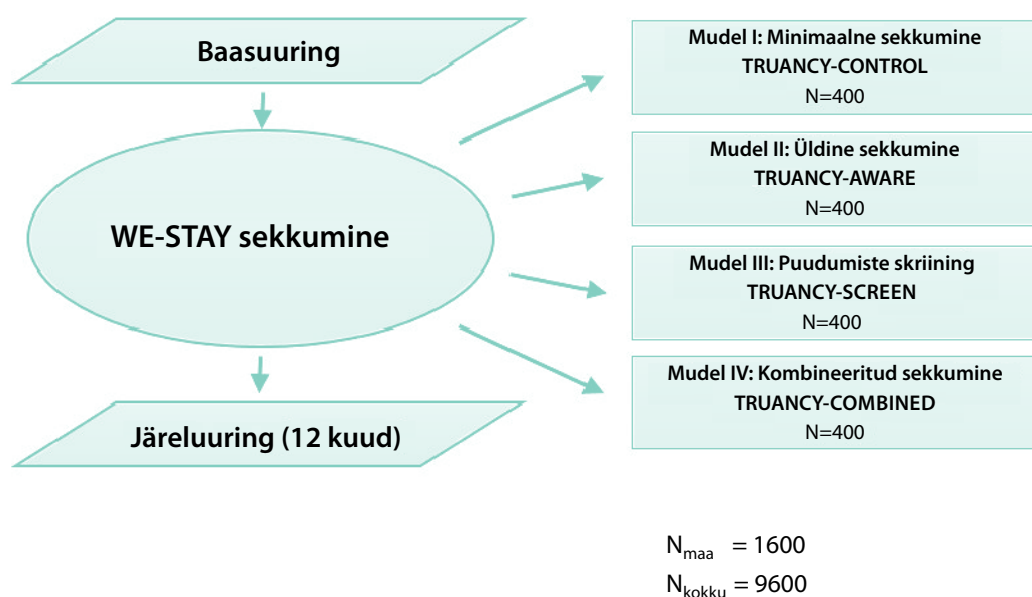
Subjektivne psühholoogiline heaolu mõõdetuna WHO-5 skaalal oli oluliselt kõrgem võrreldes baasuuringu tulemustega AWARENESS ja ProfScreen sekkumismudelites nii 3 kui ka 12 kuu möödudes pärast sekkumiste läbiviimist (vt joonis 4). QPR sekkumismudelis ja kontrollgrupis oli subjektiivse psühholoogilise heaolu statistiliselt oluliselt kõrgem tase võrreldes baasuuringuga mõõdetav 3 kuu järeluurinus, kuid mitte 12 kuu järeluurinus.



Joonis 4. SEYLE sekkumismudeli efektiivsus mõõdetuna subjektiivse psühholoogilise heaolu suurenemisega

WE-STAY sekkumisprogrammi kirjeldus ja tulemused

WE-STAY projekti sekkumisprogrammi rakendamise peamiseks eesmärgiks oli koolist põhjustatud puudumiste vähendamine läbi riski- ja suitsidaalse käitumise ennetamise ning vaimse tervise edendamise. WE-STAY sekkumisprogrammil oli mitmeid sarnasusi SEYLE sekkumisprogrammiga. See oli samuti juht-kontrolluuring, mille käigus rakendati kontrollgrupiga võrdluses kolme sekkumisprogrammi, kuid WE-STAY sekkumismudelitel rakendamisel sai arvesse võtta juba SEYLE projekti käigus saadud õppetunde ning põhifookus oli koolipuudumistel. WE-STAY projektis testiti järgmisi sekkumismudeleid – TRUANCY-AWARE, TRUANCY-SCREEN ja TRUANCY-COMBINED. Sekkumistegevuste tulemuste hindamiseks koguti noorte küsitluse andmed baasuuringu ning 12 kuu järeluuringu käigus (vt joonis 5).



Joonis 5. WE-STAY sekkumismudel

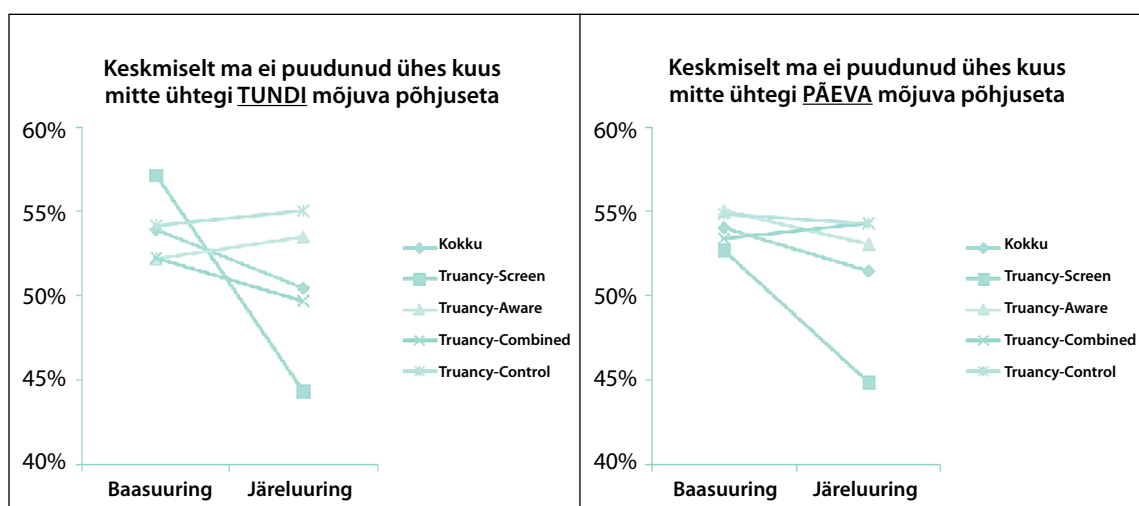
MUDEL I – TRUANCY CONTROL. Kontrollgrupp, mis nagu SEYLE projektiski ei tohtinud eetilistel kaalutlustel olla „puhas“ kontrollgrupp. Neile rakendatud minimaalne sekkumine sisaldas vaimse tervise alase teabega infovoldikut, millel olid kirjas ka kontaktandmed, kuhu vajadusel abi saamiseks pöörduda.

MUDEL II – TRUANCY-AWARE. Üldine vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmine õpilastel, õpetajatel jm koolipersonalil ning lapsevanematel. Sekkumismudeli üldine kompositsioon oli sama mis AWARENESS sekkumismudelil SEYLE projektis, kuid temaatikat oli laiendatud koolipuudumistele. Lisaks olid sekkumisse kaasatud kogu koolipersonal ja lapsevanemad – neile saadeti elektrooniline versioon brošüürist „Sa saad mõjutada ja parandada oma enesetunnet“ ühes soovitusena nendel teemadel noortega rääkida.

MUDEL III – TRUANCY-SCREEN. Riskiga noortega tegelemine vaimse tervise spetsialisti poolt. WE-STAY projektis oli riskiga noore defineerimise ja süvaintervjuule kutsumise kriteeriumiks ülemäärane põhjusteta puudumiste hulk. Süvaintervjuule järgnevad protseduurid olid sarnased SEYLE projekti ProfScreen sekkumismudeliga.

MUDEL IV – TRUANCY-COMBINED. Kahe eelneva sekkumismudeli (TRUANCY-AWARE ja TRUANCY-SCREEN) samaaegne rakendamine.

WE-STAY sekkumisprogrammide mõju hindamise indikaatoriks oli ilma mõjuva põhjuseta või õpetaja/vanema nõusolekuta puudumiste hulk keskmiselt ühes kuus viimase kooliaasta vältel. Tegemist oli noorte endi hinnanguga küsitlustulemuste põhjal. Joonisel 6 on kujutatud nende noorte osakaal, kes väitsid, et nad ei ole ilma mõjuva põhjuseta puudunud. Vasakpool- sel graafikul need, kes pole puudunud mitte ühtegi tundi ilma mõjuva põhjuseta ja parem- pooltel need, kes pole puudunud mitte ühtegi päeva ilma mõjuva põhjuseta. Nagu näha, on kõige suurem muutus ehk põhjuseta puudumiste vähenemine (üle 10 protsendipunkti) toi- munud sekkumismudelil TRUANCY-SCREEN, kus ülemäära palju põhjuseta puudunud noo- red välja skriiniti ning vestlusele kutsuti ja vajadusel täiendava abi saamiseks edasi suunati. Sellest võib järeldada, et põhjuseta puudumiste ennetamisel on üks olulisemaid komponente kontroll ja probleemile tähelepanu pööramine.



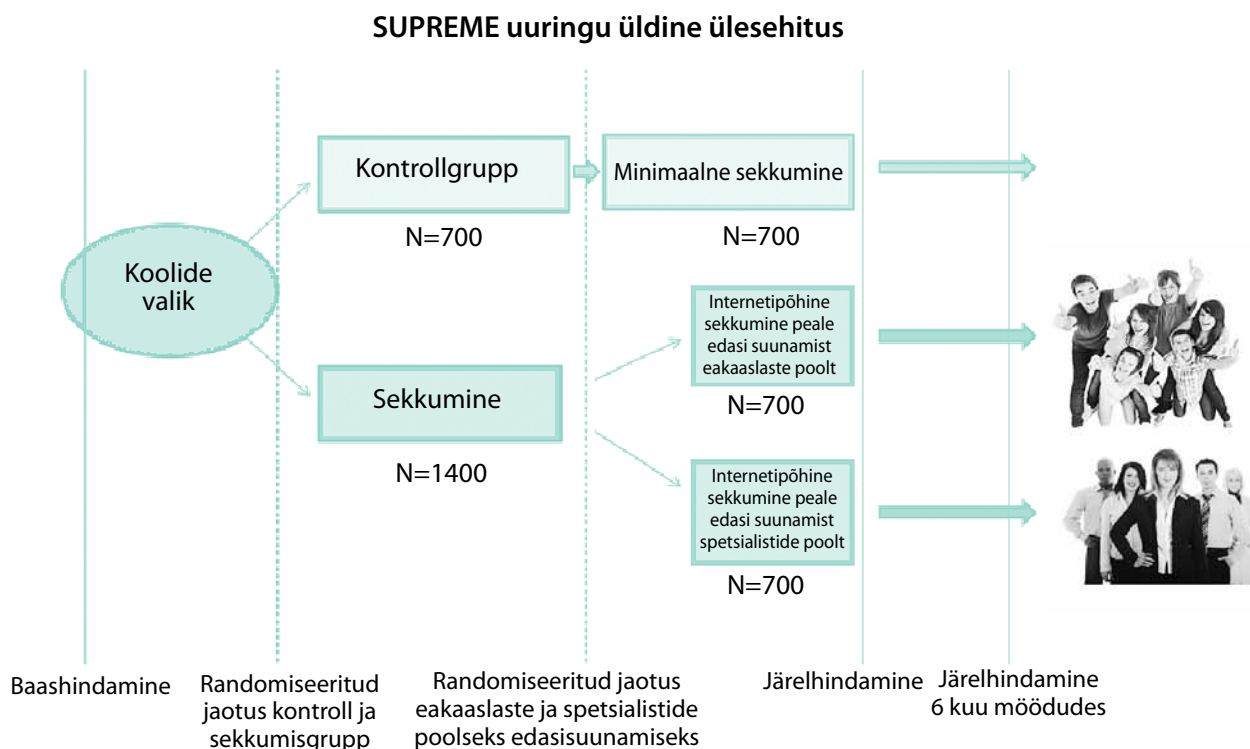
Joonis 6. WE-STAY sekkumismudelite efektiivsus puudumiste ennetamisel (puudunud ilma põhjuseta)

SUPREME sekkumisprogrammi kirjeldus ja tulemused

SUPREME projekti käigus töötati välja veebipõhine sekkumismudel vaimse tervise edendamiseks ja suitsiidide ennetamiseks teismeliste ja noorte hulgas (sihtrühm vanuses 14-24). Projekti tulemuslikkust hinnati kooliõpilaste hulgas lähtuvalt kahest peamisest aspektist:

- Hinnati internetikeskkonna kasutamist propageeriva kahe erineva sekkumismeetodi tõhusust võrdluses kontrollgrupiga – ühel juhul suunasid õpilasi veebikeskkonda kasutama eakaaslased (noorelt-noorele), teisel juhul täiskasvanud (vaimse tervise spetsialistilt-noorele)
- Hinnati veebipõhises sekkumises osalenud õpilaste depressiivsust, ärevust, stressi ja suitsidaalsust võrreldes kontrollgrupiga (kes eetilistest kaalutlustest lähtuvalt sai siiski minimaalset informatsiooni vaimse tervise kohta, kuid keda ei suunatud aktiivselt edasi SUPREME veebikeskkonda)

Sekkumisperioodi jooksul oli veebileht avatud vaid sekkumismudelisse kaasatud noortele, kuid mitte kontrollgrupile ega avalikkusele. Tulemuslikkuse indikaatoreid hinnati küsitlusuuringuga kolmel erineval ajahetkel – enne sekkumiste algust ning 2 kuu ja 4 kuu möödudes sekkumiste algusest (vt joonis 7).



Joonis 7. SUPREME sekkumismudel

SUPREME sekkumistegevusi ehk aktiivset suunamist veebipõhise sekkumismudeli juurde viisid läbi nn SUPREME saadikud. Eestis oli värvatud kaks „noorelt-noorele“ sekkumismudeli saadikut (noormees ja neiu) ning üks „spetsialistilt-noorele“ sekkumismudeli saadik. Saadikutele viidi läbi eelnev treening ja saadikute profiil oli uuringu protokolliga rangelt määratletud:

- „Noorelt-noorele“ saadik – vanuses 18-24, „noortepärase“ välimusega, käitumis- ja suhtlemisviisilt atraktiivne noorte auditooriumile. Nende ülesandeks oli tekitada noores tunne, et ta on „üks omade seast“ ning „kuna ta on minu moodi ja temale meeldib see veebikeskkond, siis küllap meeldib see ka minule“
- „Spetsialistilt-noorele“ saadik – vaimse tervise spetsialist vanuses umbes 40 eluaastat, kes on nii välimuselt kui ka käitumis- ja suhtlemisviisilt formaalne. Tema ülesandeks oli mõjuda oma teadmiste ja autoriteediga ning tekitada noores tunne, et „ta on üks tark inimene, kes teab neid asju, tema soovitus on oluline, ma peaks ilmselt seda veebikeskkonda külastama“
- Kontrollgrupis minimaalse info edastamisel ei olnud saadiku profiil tähtis, kuna veebilehte külastama neid ei suunatud

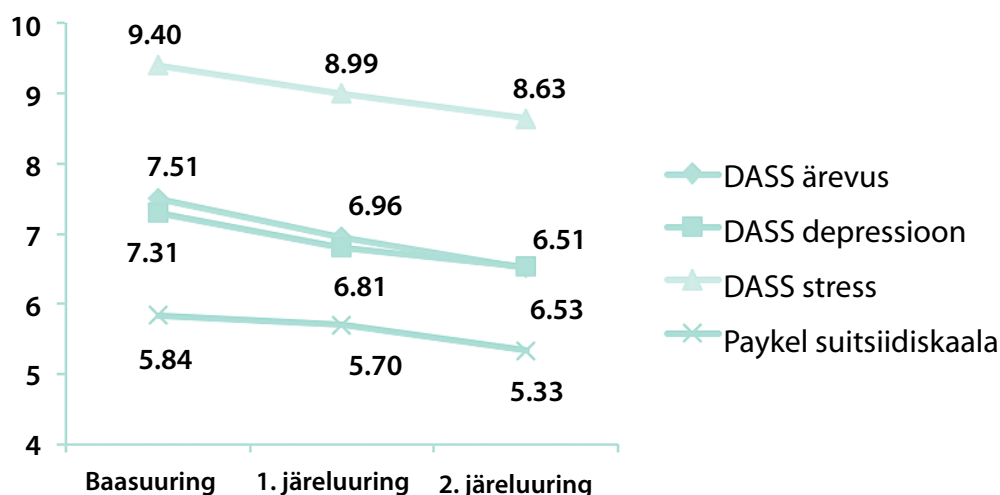
SUPREME sekkumismudel põhines veebilehel (www.supremebook.org), mille peamiseks eesmärgiks on tõsta teadlikkust vaimsest tervisest. Veebileht sisaldab nii staatilisi (tekstilisi) kui interaktiivseid komponente. Veebilehe informatiivne osa oli (ja on praeguseni) avatud kõigile külastajatele, kuid interaktiivsed moodulid olid aktiivsed vaid projekti sekkumisperioodi jooksul ning nende kasutamiseks pidi looma anonüümse kasutajakonto. Veebilehe erinevad komponendid keskendusid järgmistele teemadele:

- ebatervislike käitumisviiside vähendamine
- vaimse tervise teemade tutvustamine
- vaimse tervise ja suitsiidi teemadega seotud suhtumiste muutmine ja märgistatusse vähendamine
- suitsidaalse käitumise ja vaimse tervise probleemide ennetamine, julgustades osalejaid kasutama kohaseid toimetulekustrateegiaid
- vaimse tervise spetsialistide poolt pakutav toetus reaalajas
- vestlusgrupid (foorum)
- ideelaegas (positiivsete mõtete kogu)

Internetikeskkonna kasutamist propageeriva kahe erineva sekkumismeetodi mõju hinnati longituudandmete analüüsi tulemuste põhjal: „noorelt-noorele“ võrdluses „spetsialistilt noorele“ suunamismeetodiga ning veebikeskkonna (online sekkumise) kasutajad võrdluses mittekasutajatega. Analüüsi oli kaasatud kokku 830 Euroopa kooliõpilast.

Tulemused näitasid, et 18,2% kooliõpilastest sekkumismudelisse „noorelt-noorele“ ja 21,6% sekkumismudelisse „spetsialistilt-noorele“ külastasid veebilehte (kokku 19,9%). See erinevus oli statistiliselt mitteoluline.

Peamine huvi hindamisel oli sekkumise mõju hindamine mitmesuguste vaimse tervise indikaatorite alusel (depressiivsus, ärevus, stress ja suitsidaalsus). Pärast sekkumiste läbiviimist toimus oluline langus kõigis vaimset tervist iseloomustavate indikaatorite skoorides, st vaimse tervise näitajad paranesid (vt joonis 8). Langus jätkus ka esimese ja teise järeluuringu vahel. Langus näis olevat märgatavam nendes gruppides, kellele rakendati sekkumisprogramme, kuid ka kontrollgrupis toimus langus, tõenäoliselt seetõttu, et seal siiski rakendati minimaalset sekkumist.



Joonis 8. SUPREME valimi hulgas vaimse tervise näitajate muutus (Eesti andmete põhjal)

Veebipõhiste sekkumisprogrammide kavandamisel ja rakendamisel SUPREME projekti käigus saadi mitmeid vajalikke õppetunde edaspidiseks. Õpilased on valmis veebipõhiseid vaimse tervise infoallikaid ja abivahendeid kasutama sõltumata soovitajast juhul kui:

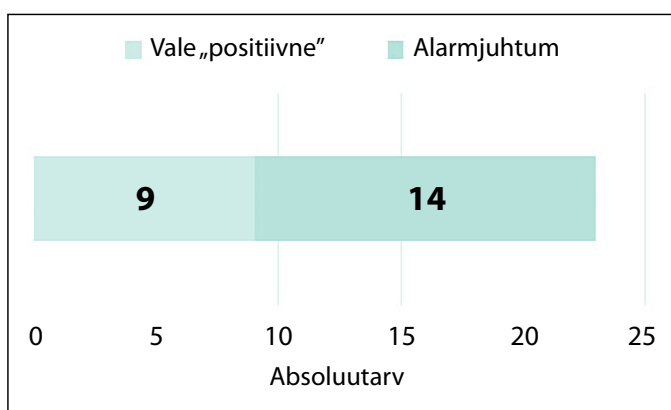
- Veebikeskkonda sisenemine ja kasutajakonto loomine on tehtud noorele võimalikult mugavaks
- Õpilane saab jääda veebikeskkonna teenuseid kasutades anonüümseks
- Informatsioon veebilehel on noore jaoks arusaadavas keelekasutuses, kuid samal ajal professionaalne
- Veebipõhised vaimse tervise teenused (näiteks e-nõustamine) on kättesaadavad ööpäevaringselt

Alarmjuhtumite käsitlemine

Kõigis kolmes projektis – SEYLE, WE-STAY, SUPREME – oli väga oluline välja selgitada alarmjuhtumid ehk need õpilased, kellel oli kõrgeenenud risk toime panna suitsiidikatsed. Kuna kõigi kolme projekti küsimustikud sisaldasid küsimusi sensitiivsete vaimse tervise teemade kohta (näiteks võimalikud suitsidaalsed mõtted ja suitsiidikatsed), siis tuli arvestada võimalusega, et need võivad haavatavates ja teemaga lähedalt kokku puutunud noortes tekitada tugevaid tundeid, millega on raske toime tulla ning mis võivad käivitada seni peidus olnud protsessid. Ehkki varasemad uuringud on näidanud, et küsitlusuuringud otseselt ei kutsu esile suitsidaalsel käitumisel ega tekita suitsiidimõtteid, ei tohi selliseid riskiga noori jätta tähelepanuta, vaid neid peab aktiivselt edasi suunama vaimse tervise spetsialisti (psühhiaatri, psühholoogi) juurde abi saamiseks.

Alarmjuhtumeid ehk kõrgeenenud suitsiidiriskiga noori oli SEYLE baasuuringu küsimustiku andmete põhjal 2.2% (ehk 23 õpilast 1038 hulgast; vt joonis 9). WE-STAY ja SUPREME projektides oli see proportsioon sarnane. Kõik alarmjuhtumid kutsuti vaimse tervise spetsialisti

poolt süvaintervjuule, et vestluse käigus koguda täiendavaid andmeid ja selgitada välja, kui suur on nende suitsiidirisk tegelikult. Vestluse käigus selgus, et 9 õpilast 23-st olid vale „positiivsed“ ehk nad tegelikult akuutselt suitsidaalsed ei olnud. Neile anti tervisliku eluviisi soovitusi ning kontaktandmed, kuhu nad vajaduse tekkimisel saavad abi saamiseks pöörduda. Tõelisi alarmjuhtumeid oli kokku 14 (1.4% kõigist uuringusse kaasatud noortest) ning nemad suunati edasi psühhiaatrilise konsultatsiooni saamiseks. Kahjuks peab tõdema, et kõik alarmjuhtumid psühhiaatri konsultatsioonile ei soostunud minema (või ei soovinud seda lapsevanemad), ehkki see oli neile väga lihtsaks ja kättesaadavaks tehtud: vastuvõtu aja leppis kokku süvaintervjuu teinud vaimse tervise spetsialist ning eelneva kokkuleppe alusel ravisutusega oli võimalus pääseda vastuvõtule 5 tööpäeva jooksul. Seda vastupanu tingib tõenäoliselt vaimse tervise temaatika liigne märgistatuses.



Joonis 9. SEYLE uuringu akuutselt suitsidaalsed alarmjuhtumid

Nagu eelpool kirjeldatud tulemustest näha, oli SEYLE ja WE-STAY projekti sekkumisprogrammide rakendamisel positiivne mõju vaimsele tervisele ja põhjuseta puudumiste vähendamisele. SUPREME projekti sekkumisprogrammi mõju kohta lõplikke järeldusi teha ei saa, kuid arvestades kaasaegseid suundumusi on veebipõhised sekkumisprogrammid vaimse tervise valdkonnas muutunud väga oluliseks ja neile esitatakse suuri ootusi. Seetõttu on SUPREME käigus saadud õppetunnid väärtuslikud edaspidiste veebipõhiste sekkumistegevuste kavandamisel.

Koolipõhiste sekkumisprogrammide puhul tuleb meele pidada seda, et tegemist ei ole laboriekspereimendiga, mille käigus on võimalik segavad asjaolud miinimumini viia. Koolides viiakse programme läbi loomulikus keskkonnas, mistõttu tuleb arvesse võtta ka muid võimalikke „segavaid“ tegureid, näiteks laste loomuliku arenguprotsessi (vanemaks saamise) mõju, peresuhete ja lapsevanemate mõju, üldise koolikeskkonna mõju ning koolis toimuvate muude projektide ja sekkumiste kaasmõju.

Mida me teada saime?

- Psühho-sotsiaalset laadi koolipõhised sekkumisprogrammid mõjuvad vaimsele tervisele positiivselt – paraneb subjektiivne psühholoogiline heaolu, väheneb depressiivsus ja suitsidaalsus
- Lootustandvaim on koolinoortele endile suunatud mitmekesine sekkumisprogramm teadlikkuse tõstmiseks vaimsest tervisest (AWARENESS)
- Mõjuva põhjusega koolist puudumisi aitas kõige tulemuslikumalt ennetada sekkumismudel, kus põhjusega puudumiste hulga põhjal toimusid riskis noortega skriining-intervjuud ja vajadusel edasisuunamine
- Veebipõhiseid sekkumisprogramme on vaja täiendavalt testida ja hinnata

Kuidas teadmist rakendada?

- Eesti koolides võiks rutiinselt rakendada AWARENESS programmi, mis sisaldab intensiivseid rollimänge noortele, kuid ka infomaterjale ja teavitusüritusi noortele endile, koolipersonalile ja lapsevanematele
- AWARENESS programmi laiaulatuslikuks rakendamiseks on vajalik koolitajate võrgustiku loomine ning koolitajate-koolitajate süsteemi sisseviimine, et õpetajad ja tugipersonal saaksid koolides ise seda sekkumisprogrammi rakendada

Koostamisel kasutatud kirjandusallikad

1. Afifi TO, Cox BJ, Katz LY (2007). The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry*, 52, 666-674.
2. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Kassel JD (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104, 1743-1756.
3. Balazs, J.; Miklósi, M.; Keresztény, A.; Hoven, CW.; Carli, V.; Wasserman, C.; Apter, A.; Bobes, J.; Brunner, R.; Cosman, D.; Cotter, P.; Haring, C.; Iosue, M.; Kaess, M.; Kahn, JP.; Keeley, H.; Marusic, D.; Postuvan, V.; Resch, F.; Saiz, PA.; Sisask, M.; Snir, A.; Tubiana, A.; Värnik, A.; Sarchiapone, M.; Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670 - 677.
4. Bannink R, Broeren S, van de Looij PM, et al. (2014). Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. *Plos one*, 9(4), e94026.
5. Berger, Wagner jt 2005 Eichenberg 2008
6. Brener ND, Grunbaum JA, Kann L, et al. (2004). Assessing Health Risk Behaviors among Adolescents: The effect of question wording and Appeals for Honesty. *Journal of Adolescent Health*, 35, 91-100.
7. Brook, JS, Saar N, Zhang C, et al.(2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related of substance use. *American Journal of Public Health*, 99, 563-568.
8. Brunner, Romuald; Kaess, Michael; Parzer, Peter; Fischer, Gloria; Carli, Vladimir; Hoven, Christina W; Wasserman, Camilla; Sarchiapone, Marco; Resch, Franz; Apter, Alan; Balazs, Judith; Barzilay, Shira; Bobes, Julio; Corcoran, Paul; Cosman, Doina; Haring, Christian; Iosuec, Miriam; Kahn, Jean-Pierre; Keeley, Helen; Meszaros, Gergely; Nemes, Bogdan; Podlogar, Tina; Postuvan, Vita; Saiz, Pilar A; Sisask, Merike; Tubiana, Alexandra; Värnik, Airi; Wasserman, Danuta. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337 - 348.
9. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry* 55: 282-288.
10. Bukstein O, Kaminer Y (1994). The nosology of adolescent substance-abuse. *American Journal of Addiction*, 3, 1-13.
11. Carli, V.; Hoven, C.W.; Wasserman, C.; Chiesa, F.; Guffanti, G.; Sarchiapone, M.; Apter, A.; Balazs, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Haring, C.; Iosue, M.; Kaess, M.; Kahn, J.P.; Keeley, H.; Postuvan, V.; Saiz, P.; Värnik, A.; Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78 - 86.
12. Carli, V.; Wasserman, C.; Wasserman, D.; Sarchiapone, M.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Guillemin, F.; Haring, C.; Kaess, M.; Kahn, JP.; Keeley, H.; Keresztény, A.; Iosue, M.; Mars, U.; Musa, G.; Nemes, B.; Postuvan, V.; Reiter-Theil, S.; Saiz, P.; Varnik, P.; Varnik, A.; Hoven, CW. (2013). The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 13(1), 479
13. Carlson, M. J., & Corcoran, M. E. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 779-792.
14. Clapper RL, Buka SL, Goldfield EC, et al. (1995). Adolescent Problem Behaviors as Predictors of Adult Alcohol Diagnoses. *Substance Use Misuse*, 30, 507-523.

15. Coleman C, Wileyto EP, Lenhart CM, et al. (2014). Multiple Health Risk Behaviors in Adolescents: An Examination of Youth Risk Behavior Survey Data. *American Journal of Health Education*, 45(5), 271-278.
16. Cotter, P.; Kaess, M.; Corcoran, P.; Parzer, P.; Brunner, R.; Keeley, H.; Carli, V.; Wasserman, C.; Hoven, C.; Sarchiapone, M.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Cosman, D.; Haring, C.; Kahn, J-P.; Resch, F.; Postuvan, V.; Värnik, A.; Wasserman, D. (2015). Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 973 - 982.
17. Crawford, S.; Caltabiano, N. J. The school professionals' role in identification of youth at risk of suicide. *Australian Journal of Teacher Education* 2009, 34, 28-39.
18. Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, et al. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 2149-60.
19. Dickstein DP, Puzia ME, Cushman GK, Weissman AB, Wegbreit E, Kim KL, Nock MK, Spirito A Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Feb 11. doi: 10.1111/jcpp.12385. [Epub ahead of print]
20. Dreier, M et al (2013) The development of adaptive and maladaptive patterns of Internet use among European adolescents at risk for Internet Addictive Behaviours: A Grounded Theory inquiry. https://www.unime-dizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/verhalten/Dokumente/EU_NET_ADB_Qualitative_Report_final.
21. Drevets WC, Raichle ME (1998). Reciprocal suppression of regional cerebral blood flow during emotional versus higher cognitive processes: Implications for interactions between emotion and cognition. *Cognition and Emotion*, 12, 353-385.
22. Durkee, T.; Kaess, M.; Carli, V.; Parzer, P.; Wasserman, C.; Floderus, B.; Apter, A.; Balazs, J.; Barzilay, S.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Cotter, P.; Despalins, R.; Graber, N.; Guillemain, F.; Haring, C.; Kahn, J.P.; Mandelli, L.; Marusic, D.; Mészáros, G.; Musa, G.J.; Postuvan, V.; Resch, F.; Saiz, P.A.; Sisask, M.; Varnik, A.; Sarchiapone, M.; Hoven, C.W.; Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210 - 22.
23. Galvan A, Hare T, Davidson M, et al. (2005). The role of ventral frontostriatal circuitry in reward-based learning in humans. *Journal of Neuroscience*, 25, 8650-8656.
24. Gatekeepers of adolescents in distress? Suicide Life-Threat. *Behav*. 2002, 32, 67-79.
25. Greggo J, Jones SE, Kann L (2005). Population Density and Alcohol-Related Risk Behaviors among US High School Students. *Journal of Health Education*, 36:148-154.
26. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 2005 Apr 16;330(7496):891-4. Review.
27. Heidmets L, Samm A, Sisask M, et al. (2010). Sexual behavior, depressive feelings, and suicidality among Estonian school children aged 13 to 15 years. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(3), 128-136.
28. Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, et al. (2007). The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries. Stockholm: European Schools Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
29. Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, et al. (2011). Substance Use Among Students in 36 European countries. Stockholm: European Schools Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
30. http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html
31. Iacovou, M., & Skew, A. (2010). Household Structure in the EU
32. Jessor R (2007). Problem behaviour theory: a brief overview.
33. Jorm, A. F. Mental health literacy public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br. J. Psychiatry* 2000, 177, 396-401.

34. Kaess, M.; Brunner, R.; Parzer, P.; Carli, V.; Apter, A.; Balazs, J.A.; Bobes, J.; Coman, H.G.; Cosman, D.; Cotter, P.; Durkee, T.; Farkas, L.; Feldman, D.; Haring, C.; Iosue, M.; Kahn, J.-P.; Keeley, H.; Podlogar, T.; Postuvan, V.; Resch, F.; S?iz, P.A.; Sisask, M.; Tubiana, A.; V?rnik, P.; Sarchiapone, M.; Hoven, C.W.; Wasserman, D. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(7), 611 - 620.
35. Kaess, M.; Durkee, T.; Brunner, R.; Carli, V.; Parzer, P.; Wasserman, C.; Sarchiapone, M.; Hoven, C.; Apte, A.; Balazs, J.; Balint, M.; Bobes, J.; Cohen, R.; Cosman, D.; Cotter, P.; Fischer, G.; Floderus, B.; Iosue, M.; Haring, C.; Kahn, J.-P.; Musa, G.J.; Nemes, B.; Postuvan, V.; Resch, F.; Saiz, P.A.; Sisask, M.; Snir, A.; Varnik, A.; Žiberna, J.; Wasserman, D. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 1093 - 1102.
36. Kaiser Family Foundation. (2004). The role of media in childhood obesity. <http://www.netzwerk-gesundheits-kommunikation.de/texte/The-Role-Of-Media-in-Childhood-Obesity.pdf>.
37. Katon W, Richardson L, Russo J, et al. (2010). Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviours. *General Hospital Psychiatry*, 32, 233–239.
38. Kidger, J.; Gunnell, D.; Biddle, L.; Campbell, R.; Donovan, J. Part and parcel of teaching? Secondary school staff's views on supporting student emotional health and wellbeing. *Brit Educ Res J* 2010, 36, 919-935.
39. King, K. A.; Smith, J. Project SOAR: A training program to increase school counselors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *J Sch Health* 2000, 70, 402-407.
40. Levy N, Cortesi S, Crowley E, et al. (2012) *Bullying in a Networked Era: A Literature Review*. Harvard University: Berkman Center Research Publication.
41. L?hmus L, R?ut?l K, Abel-Ollo K, et al. (2008). HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskik?itumise levimus s?stivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-J?rvel. Uurimuse kokkuv?te. Tervise Arengu Instituut, Tartu ?likooli tervishoiu instituut: Tallinn.
42. MacDonald JM, Piquero AR, Valois RF, et al. (2005). The Relationship between Life Satisfaction, Risk-Taking Behaviors, and Youth Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(11), 1495-1518.
43. Maloney, J.; Pfuhlmann, B.; Arensman, E.; Coffey, C.; Gusm?o, R.; Poštuvan, V.; Scheerder, G.; Sisask, M.; Van der Feltz-Cornelis, C.M.; Hegerl, U. & Schmidtke, A. (2014). How to Adjust Media Recommendations on Reporting Suicidal Behavior to New Media Developments. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 156 - 169.
44. Mark L, Samm A, Tooding L.-M, et al. (2013). Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents: An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 3-12.
45. McCloud A, Barnaby B, Omu N, et al. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population—in-patient prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 439-45.
46. McGue M, Iacono WG, Kruger R (2006). The association of early adolescent problem behaviour and adult psychopathology: a multivariate behavioural genetic perspective. *Behav Genet*, 36, 591-602.
47. Michael Kaess „Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviors“
48. Mitendorf, Airi; Sisask, Merike; Mark, Lauraliisa; V?rnik, Airi (2012). Suitsiiditeema kajastamine internetis: enesetapum?tetega inimeste m?rkamine ja abistamine. *Sotsiaalt?o*, 2, 19 - 24.
49. National Institute on Drug Abuse (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. U.S. Department of Health and Human Services: Maryland.
50. Nelson E, Leibenluft E, McClure E, et al. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163–174.

51. Nelson, F. L. Evaluation of a youth suicide prevention school program. *Adolescence* 1987, 22, 813-825.
52. NHS Information Centre. (2008). *Statistics on Alcohol: England*: London
53. Noorteseire aastaraamat 2009: Noortemonitor
54. Ofori-Adjei D, Casswell S, Drummond DC (2007). World Health Organisation Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Second Report: Geneva.
55. Olweus D (1993) *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, MA: Wiley-Blackwell.
56. Orlando M, Tucker JS, Ellickson PL, et al. (2005). Concurrent use of alcohol and cigarettes from adolescence to young adulthood: an examination of developmental trajectories and outcomes. *Substance Use and Misuse*, 40, 1051-1069.
57. Owens, J., Au, R., Carskadon, M., Millman, R., Wolfson, A., Braverman, P. K., . . . O'Brien, R. F. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), e921-e932. doi:10.1542/peds.2014-1696
58. Pisetsky E M, Chao Y, Dierker LC, et al. (2008). Disordered eating and substance use in high school students: results from the youth risk behavior surveillance system. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 464-470.
59. Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. (2003). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 9, 157-64.
60. Reyna V, Farley F (2006). Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 7, 1–44.
61. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide Life Threat Behav.* 2014 Feb;44(1):6-22. doi: 10.1111/sltb.12046. Epub 2013 Jul 15
62. Rothi, D. M.; Leavey, G.; Best, R. On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teach Educ* 2008, 24, 1217-1231.
63. Rüütel E, Sisask M, Värnik P, et al. (2014). Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: Results from the SEYLE project. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11, 12700-12715; doi:10.3390/ijerph111212700
64. Rüütel, E.; Sisask, M.; Värnik, A.; Värnik, P.; Carli, V.; Wasserman, C.; Hoven, C.W.; Sarchiapone, M.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Haring, C.; Iosue, M.; Kaess, M.; Kahn, J-P.; Poštuvan, V.; S?iz, P.A.; Wasserman, D. (2014). Alcohol Consumption Patterns among Adolescents are Related to Family Structure and Exposure to Drunkenness within the Family: Results from the SEYLE Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 12700 - 12715.
65. Sarchiapone, M.; Mandelli, L.; Carli, V.; Iosue, M.; Wasserman, C.; Hadlaczky, G.; Hoven, C.W.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Haring, C.; Kaess, M.; Keeley, H.; Keresztény, A.; Kahn, J-P.; Postuvan, V.; Mars, U.; Saiz, P.A.; Varnik, P.; Sisask, M.; Wasserman, D. (2014). Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine*, 15(2), 248 - 254.
66. Schneider, B., Atteberry, A., & Owens, A. (2005). *Family matters: Family structure and child outcomes* Alabama Policy Institute
67. Scouller, K. M.; Smith, D. I. Prevention of youth suicide: How well informed are the potential g WHO Preventing Suicide: A Resource for Teachers & Other School Staff.; Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf), 2000.
68. Sidorchuk A, Hemmingsson T, Romelsjo A, et al. (2012). Alcohol use in adolescence and risk of disability pension: a 39 year follow-up of a population-based conscription survey. *PLOS One*, 7, e42083.

69. Sisask, M.; Värnik, P.; Värnik, A.; Apter, A.; Balazs, J.; Balint, M.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Feldman, D.; Haring, C.; Kahn, J.-P.; Poštuvan, V.; Tubiana, A.; Sarchiapone, M.; Wasserman, C.; Carli, V.; Hoven, C.V.; Wasserman, D. (2014). Teacher satisfaction with school and psychological well-being affects their readiness to help children with mental health problems. *Health Education Journal*, 73(4), 382 - 393.
70. Snell S. (2014, 4. det). Ettekanne konverentsil „kui laps saab kodus haiget“ <http://116000.ee/et/konverents>
71. Song E-Y, Smiler AP, Champion H, et al. (2012). Everyone says it's OK: Adolescents' perceptions of peer, parent, and community norms, alcohol consequences, and alcohol-related consequences. *Substance Use & Misuse*, 47, 86–98.
72. Stea TH, Knutsen T, Torstveit MK (2014). Association between short bed time in bed, health-risk behaviors and poor academic achievement among Norwegian adolescents, *Sleep Medicine*, 15(6), 666-672.
73. Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 215.
74. Steinberg L (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51–58.
75. Steinberg L (2007). Risk Taking in Adolescence: New Perspectives From Brain and Behavioral Science, *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
76. Suicide and deliberate self harm in young people.
77. Suzuki K, Asaga R, Sourander A, et al. (2012). Cyberbullying and adolescent mental health. *Int J Adolesc Med Health* 24: 27–35.
78. Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, et al. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40, 23-32
79. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ.
80. Tervise Arengu Instituut. Kasutamise kuupäev: 08.12.2014, allikas narko.ee: <http://www.narko.ee/>
81. Thunstrom M (1988). The alcohol intoxicated child and its prognosis. *Acta Paediatrica Scandinavica* 77, 3-9.
82. Timberlake DS, Haberstick BC, Hopfer CJ, et al. (2007). Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of US adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 272-281.
83. Tucker JS, Ellickson PL, Orlando M, et al. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: a comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 35, 307-332.
84. Van Der Vorst H, Krank M, Engels R, et al. (2012). The mediating role of alcohol-related memory associations on the relation between perceived parental drinking and the onset of adolescents' alcohol use. *Addiction*, 108, 526-533.
85. Van Spijker BA, van Straten A, Kerkhof AJ. Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. *PLoS One*. 2014 Feb 27;9(2):e90118. doi: 10.1371/journal.pone.0090118. eCollection 2014.
86. Wasserman, C.; Hoven, C.; Wasserman, D.; Carli, V.; Al-Halabi, S.; Apter, A.; Bobes, J.; Balazs, J.; Cosman, D.; Farkas, L.; Feldman, L.; Fischer, G.; Graber, N.; Haring, C.; Herta, D.; Iosue, M.; Kahn, JP.; Keeley, H.; Klug, K.; McCarthy, J.; Värnik, A.; Värnik, P.; Tubiana, A.; Ziberna, J.; Sarchiapone, M.; Postuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1), 776
87. Wasserman, D.; Carli, V.; Wasserman, C.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Brakale, R.; Brunner, R.; Bursztein-Lipsicas, C.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Durkee, T.; Feldman, D.; Gadoros, J.; Guillemin, F.; Haring, C.; Kahn, J.P.; Kaess, M.; Keeley, H.; Marusic, D.; Nemes, B.; Postuvan, V.; Reiter-Theil, S.; Resch, F.; Saiz, P.; Sarchiapone, M.; Sisask, M.;

Varnik, A.; Hoven, C.W. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10(1), 192

88. Wasserman, D.; Hoven, CW.; Wasserman, C.; Wall, M.; Eisenberg, R.; Hadlaczky, G.; Kelleher, I.; Sarchiapone, M.; Apter, A.; Balazs, J.; Bobes, J.; Brunner, R.; Corcoran, P.; Cosman, D.; Guillemin, F.; Haring, C.; Iosue, M.; Kaess, M.; Kahn, JP.; Keeley, H.; Musa, GJ.; Nemes, B.; Postuvan, V.; Saiz, P.; Reiter-Theil, S.; Värnik, A.; Värnik, P.; Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536 - 1544.
89. Veronika Kalmus, et al. (2014). Internet and Child Well-Being. In F. C. Asher Ben-Arieh, *Handbook of Child Well-Being. Theories, Methods and Policies in Global Perspective*. (lk. 2093-2133). Springer
90. WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Kasutamise kuupäev 10.12.2014, allikas http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
91. Wilson CJ, Deane FP. Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *J Adolesc.* 2012 Feb;35(1):233-7. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.06.011. Epub 2010 Jul 21.
92. World Life Expectancy (2011). Alcohol Death Rate Per 100 000. Kasutamise kuupäev 10.12.2014, allikas <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/alcohol/by-country/>
93. Wu, Z., Hou, F., & Schimmele, C. M. (2008). Family structure and children's psychosocial outcomes. *Journal of Family Issues*
94. Wyman, P. A.; Brown, C. H.; Inman, J.; Cross, W.; Schmeelk-Cone, K.; Guo, J.; Pena, J. B. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76, 104-115.

