

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Rena Pent
**Pere toimetuleku esmase hindamise küsimustiku
SCORE-15 adapteerimine**
Magistritöö

Juhendaja: Astra Schults
Kaasjuhendaja: Jelena Põldsam
Läbiv pealkiri: SCORE-15 adapteerimine

Tartu 2019

Pere toimetuleku esmase hindamise küsimustiku SCORE-15 adapteerimine*Kokkuvõte*

Käesoleva magistritöö eesmärk on pere funktsioneerimise ja muutuste esmase hindamise küsimustiku SCORE-15 adapteerimine, küsimustiku psühhomeetriliste omaduste uurimine ning SCORE-15 tulemuste muutuste uurimine pereteraapia käigus. Normvalim koosnes 80 perest (153 inimest) ja kliinilisse valimisse kuulus 55 peret (92 inimest). SCORE-15 küsimustiku sisereliaablus oli madal (Cronbahi $\alpha = 0,42$), tugev sisereliaablus oli esimeses dimensioonis (tugevused ja kohanemisvõime) (Cronbahi $\alpha = 0,81$). Kliinilise rühma hinnangud toimetulekule paranesid teisel täitmiskorral võrreldes esimese täitmiskorra tulemustega. Kinnitava faktoranalüüsiga leidis kolmefaktoriline struktuuri kinnitust normvalimi andmetes. Et saada selgust, kuivõrd SCORE-15 võib pidada Eesti kontekstis sobivaks küsimustikuks, on vaja täiendavaid andmeid eelkõige kliinilise valimi osas.

Märksõnad: süsteemne pereteraapia, pere toimetulek, pere tugevused ja kohanemine, SCORE-15,

Questionnaire for initial assessment of Family Functioning - adaptation of SCORE-15*Abstract*

The purpose of this Master's thesis is the adaptation of SCORE-15 questionnaire regarding family functioning and initial assessment of changes, study of psychometric characteristics of the questionnaire, and the changes of SCORE-15 results during family therapy. The standard sample consisted of 80 families (153 people) and the clinical sample included 55 families (92 people). The results showed that the internal consistency of SCORE-15 was low (Cronbach $\alpha = 0,42$), a strong internal consistency appeared in the first dimensions (strength and adaptability) (Cronbach $\alpha = 0,81$). The results of the clinical group's functioning improved compared to the initial results. Three-factor structure was confirmed as to the data of the standard sample by confirmatory factor analysis. In order to clarify as to what extent SCORE-15 is a suitable questionnaire in the context of Estonia, additional data is required, especially for the clinical sample.

Keywords: systematic family therapy, family functioning, family strengths and adaptability, SCORE-15

Sissejuhatus

Pere ja toimetulek

Meie kultuuriruumis on traditsiooniliselt pereks peetud eelkõige kahe vanemaga heteroseksuaalset paari koos lastega, kus naine on peamiselt kodulooja ja mees leivateenija ning vanavanemad toetavad vajadusel. Pere mõiste on läbi teinud muutusi nii pere struktuuri, demograafilise koosseisu kui ka sisemiste ja sotsiaalsete rollide osas, olles muutunud nüüdseks mitmekesisemaks ja keerukamaks (Andolfi, 2016). Tänapäeval kuuluvad pere definitsiooni alla näiteks lasteta paarid, lastega üksikvanemad, gei- või lesbipaarid ja vallalised vanemad inimesed (Asen, 2002).

Pered erinevad üksteisest muu hulgas sellegi poolest, milline on nende toimetulek (Fine, 1989). Hästi toimetulevaid perekondi iseloomustab selline ülesehitus ja omavahelised suhted, kus pereliikmed on üksteise suhtes südamlikud ja turvalised ning väljendavad piisavalt hoolt ja armastust ning tekkivad probleemid lahendatakse kahjustamata perekonna ühtsust. Sellistele peredele on omane paindlikkus lahenduste otsimisel ja uute olukordadega kohanemisel ning omavaheline suhtlus säilitab turvalise side pere liikmete vahel (Boylu, Çopur, Öztop, 2013).

Erinevad autorid on välja toonud tunnuseid või dimensioone, millest lähtudes saab hinnata pere toimetulekut. Fine (1989) toob välja kuus tunnust, mis iseloomustavad hästi toime tulevaid peresid: pühendumine, tänulikkus, kommunikatsioon, ühine aeg, vaimne heaolu ja oskus tulla toime stressi ning kriisidega. Orthner, Jones-Sanpei ja Williamson (2004) nimetavad pere tugevustena kuut dimensiooni: majanduslik stabiilsus, suhtlemisoskus, probleemide lahendamise oskused, perekonna ühtekuuluvus, sotsiaalne toetus ning teadlikkus riskifaktoritest ja oskus nendega toime tulla. Stratton koos oma meeskonnaga kirjeldas ja hindas algselt viit pere toimetuleku dimensiooni, kuid koondas need hilisemates töodes kolmeks dimensiooniks: pere tugevused ja kohanemisevõime, toimetulekuraskused ja häiritud kommunikatsioon (Stratton, Bland, Janes, Lask, 2010).

Stratton ja tema meeskond (2010) lähtusid dimensioonide määratlemisel eelnevatest uuringutest ja arvestasid pereelu aspekte, mis võivad põhjustada raskusi või probleeme pere liikmetele ja mida terapeudid ise on välja toonud peamiste terapeutilist sekkumist vajavate valdkondadena. Ühtlasi võimaldavad dimensioonidele antud hinnangud jälgida teraapia käigus toimunud muutusi selles osas, kuidas pere hindab enda toimetulekut nii võimalike raskuste kui omavahelise suhtlemisega (Stratton, Bland, Janes, Lask, 2010).

Pered läbivad oma arengus erinevaid etappe (ilma lasteta abielupaar, väikelastega pere, eelkooli-/kooliealiste lastega pere, teismelistega pere, kodust lahkuvate lastega pere,

keskealine paar, vananevate liikmetega pere (Barker, 2002) ja võivad kogeda erinevaid raskusi. Peamiste raskustena võiks siinkohal nimetada puudujääke suhtlemises ja probleemide lahendamise oskustes, seotuse- ja emotsionaalsed probleemid paarisuhtes, probleemsed käitumismustrid, kohanemiskasutused (Dattilio, 2014). Mitmed perekonnas ilmnevad tegurid võivad muutuda probleemseks, sõltuvalt nende esinemise sagedusest peres, sh. suhtlemine, toetus, ühtekuulumine ja kaasatus sotsiaalsetesse või vaba aja tegevustesse (Stark, Banneyer, Wang, Arora, 2012).

Suhtekriis, rahulolematuse ja konfliktid on suhtes levinud probleemid ja pea 50% abieludest lõpeb lahutusega (Statistikaameti kodulehekülge). Bodenmann (2004) väidab oma artiklis, et häiritud kommunikatsioon peres ennustab stressi ja selle mõjul väheneb üldine toimetulek. Seetõttu peab ta oluliseks aidata paaridel parandada nende omavahelist suhtlust ja probleemide lahendamise oskust, mis aitab vähendada abielulahutuse tõenäosust. Fossa (2016) nendib, et peret, kes oskab kasutada oma ressursse, et leida lahendusi tekkinud konfliktidele ja suudab aktsepteerida hetkel lahendamatuid konflikte, et tegeleda nendega sobivamas kontekstis, võib defineerida kui toimetulevat peret. Schrodt (2009) toob välja, et pere positiivset omavahelist kommunikatsiooni, eriti keerulistes olukordades ja muutustega toimetulemisel, võib pidada nii pere ressursiks kui heaks toimetuleku mehhanismiks. Sellel, kuidas pere tuleb toime häirivate kogemustega, kaitseb end stressi eest, teeb vajadusel tõhusaid ümberkorraldusi ja liigub eluga edasi, on nii kohene kui pikaajaline mõju terve pere kohanemisele. Pere oskus näha enda ressursse, leida lahendusi konfliktidele ning kohaneda võimalikku stressi tekitavate olukordadega aitab ennetada probleeme suhtes ja toime tulla võimalike raskustega (Walsh, 1996).

Suhtega rahulolu mõjutajaks on peetud ka turvalist kiindumussuhet vanema ja lapse vahel ning selle mõju isiksuse väljakujunemisele. Kiindumusteooria kohaselt kestab kiindumussuhe kogu elu ning mõjutab suhtega rahulolu läbi selle, kuidas tajutakse suhtes mõistmist, kiindumust ja lähedust (Bartholomew, Horowitz, 1991). Rygaard (2014) toob oma raamatus välja kiindumushäire ühe tekkepõhjuse stabiilsuse puudumise lapse elus. Samuti näitavad uuringud peresuhete ja pere üldise emotsionaalse kliima mõju lapse emotsionaalsele turvalisusele, kuna konfliktis vanemad ei ole lapse jaoks emotsionaalselt kättesaadavad (Frosch, Mangelsdorf, McHale, 2000). Cook, Dezanre ja De Mol (2018) toovad oma artiklis välja, et vanema ja lapse vahelised suhted mängivad olulist rolli selles, kuidas inimesed tajuvad reageerimist täiskasvanueas ning nendivad, et kuna suhted on kahepoolsed, siis mõjutab ühe inimese reageering teise inimese reageeringut ja vastastikune reageerimine kujuneb käitumist mõjutavaks mustriks. Usalduslik ja positiivne suhe saab tekkida, kui

mõlemad partnerid on veendunud, et tema huvidega on arvestatud ning partneri käitumine on heatahtlik, hooliv ning toetav ja turvaline.

Rahulolematust suhtega on seostatud erinevate tervise ja psühholoogiliste teguritega alates kõrgeenenud vererõhust kuni alkoholi kuritarvitamiseni. Näiteks on leitud, et abielu lahkkelide ilmnemise tõenäosus on suurem kui juba abielu alguses ilmneb mehel või naisel depressiooni. Olenemata soost, on abieluga mitte rahul olevatel kaasadel 2,7 korda suurem tõenäosus 1 aasta jooksul saada raske depressiooni diagnoos. On leitud, et 30% juhtudel on rasket depressioon võimalik ennetada, kui abieluga rahulolematust leiab lahenduse (Atkins, Dimidjian, Bedics, Christensen, 2009).

Pingeline abielu võib olla masendav ja vastupidi, depressiivne partner võib olla pinget tekitav. Mitmed uuringud on leidnud mõlemasuunalise mõju abielu distressi ja depressiooni sümptomite vahel (Lizdek, Woody *et al*, 2016, Whitton & Whisman, 2010; Whisman & Uebelacker, 2009). Seega võivad partnerid leida end depressiooni ja abielu düsfunktsiooni tsüklist, millest võib olla keeruline välja saada (Atkins, Dimidjian, Bedics, Christensen, 2009). Abielu, kus üks partneritest on depressiivne, iseloomustab negatiivsus ja konfliktid. Lisaks sellele näitavad uuringud, et depressiooniga inimeste abikaasadel on nende suhtes negatiivsed hoiakud ja see ennustab patsiendi depressiooni sümptomite püsimist (Benazon, Coyne, 2000).

Pereteraapia pere toimetuleku toetamiseks

Raskustesse sattumisel on võimalus pöörduda paari- või pereterapeudi poole. Antud valdkonna uuringud hoogustusid 70-ndatel ja viimastel aastakümnetel on lisandunud uuringuid paari- ja pereteraapia kasust ning kulutõhususest (Sydow, Behen, Schweizer, Retzlaff, 2010). Vaatamata paari- ja pereteraapia võimalikele kitsaskohtadele ning empiiriliste uuringute läbiviimise mõningasele keerukusele, on näidatud sekkumise kasu (Shadish, Baldwin, 2003; Carr, 2008). Süsteemset teraapiat võib määratleda kui psühhoteraapia vormi, mis kujundab käitumist sotsiaalse süsteemi kontekstis, kus inimesed elavad, keskendudes inimestevahelistele suhetele ja vastastikusele mõjule ning seostele sümptomite ja interaktsiooni vahel (Sydow, Behen, Schweitzer, Retzlaff, 2010).

Süsteemse pereteraapia tõhusust on uuritud erinevate diagnooside kontekstis ja uuringud on näidanud selle efektiivsust näiteks lapsega astma, noorukite käitumisprobleemide ja mitmete teiste laste ja peredega seonduvate probleemide kontekstis (Asen, 2002). Pereteraapia on osutunud tõhusaks psühhoteraapia vormiks mitmete teiste murede ning vaimsete häirete ravis

(Crane, 2008). Näiteks on leitud pereteraapia tõhusust nii alkoholi kuritarvitamise, ärevushäirete, kroonilise valu kui ka skisofreenia puhul (Carr, 2000).

Tulemusena on jõutud järeldusele, et süsteemsed perekonna- ja paaripõhised sekkumised on tõhusad, klientidele vastuvõetavad ja kulutõhusad, mistõttu on leitud, et pereteraapia sekkumisena on kasulik ja õigustatud (Carr, 2009).

Termin 'pereteraapia' tähendab sageli justkui haiguse või häire olemasolu pigem perekonnas kui üksikisikul ja võib seega olla peredele üsnagi mõistmatu ja vastuvõetamatu. Seda eelkõige selle tõttu, et pere näeb tavaliselt ühte enda liikmetest kui patsienti või sümptomikandjat ja neil on keeruline mõista, et terve pere vajab abi. Praktikas kasutatakse mõistet 'süsteemne teraapia', sest tööd hõlmavad sageli tervet süsteemi. Süsteemne lähenemine on sisuliselt kontekstuaalne lähenemine - inimeste nägemine ja ravimine kontekstis (Asen, 2002). Süsteemse teraapia peamine lähtekoht on, et patsiendi sümptomeid säilitavad peamiselt praegused suhted, milles ta osaleb (paar, perekond, sotsiaalsed kontaktid, jne). Keskendudes kommunikatsiooniprotsessidele, mõistab süsteemne pereteraapia düsfunktsiooni kui inimestevahelist sündmus. Terapeutilised sekkumised on suunatud düsfunktsionaalse koostoime lõpetamisele ning samal ajal aktiveerides uusi funktsionaalsemaid interaktsioone (nt vähendada kriitikat) (Montesano, Feixas, Muñoz, Compañ, 2014).

Teraapiasse võib kaasata ka pereliikmeid, kes ei kuulu otseselt tuumpere liikmete hulka (näiteks mehe või naise vanemad või õde/vend), samuti ei ole alati vajalik kõikide pereliikmete samaaegne teraapias osalemine (Griffin, 2002).

Suhteprobleemide käsitlemine suhte kontekstis tähendab üldjuhul töötamist paari, kõigi pereliikmete või kõigi koos elavate inimestega. Sellise lähenemise eeliseks on, et probleemidega tegeletakse nende suhete kontekstis, kus need tekkinud on. Samuti on teised lähedased suhted peres oluline ressurss muutuste tekitamiseks. Kuna terapeutiline muutus saavutatakse koostöös pereliikmetega, siis on selle mõju jätkumine tõenäolisem (Stratton, 2016).

Pere toimetuleku hindamine

Pere toimetuleku hindamiseks on erinevatel kümnenditel loodud mitmeid mõõtevahendeid, mis mõõdavad perede toimimise erinevad aspekte. Näiteks pere APGAR loodi hindamaks rahulolu sotsiaalse toetuse saamisega peres (Smilkstein, Ashworth, Montano, 1982). Kakskümmend aastat pärast küsimustiku loomist tõstatasid Gardner *et al.* (2001) oma uuringus küsimuse, kuivõrd loodud küsimustik mõõdab pere düsfunktsiooni või on hoopis tegemist vanemliku distressi väljendusega või juhusliku mööduva häiritusega pere liikmete

vahelistes suhetes. Autorid nentisid kokkuvõttes, et probleem ei pruugi olla niivõrd küsimustikus, kuivõrd muutunud ja/või erinevas arusaamas pere düsfunktsiooni mõiste määratlusest.

Pere keskkonna skaala (*Family Environment Scale*, FES, 1974) eesmärk oli hinnata perekonna kolme dimensiooni: suhe, isiklik kasv ja süsteemi toetus. Alates selle avaldamisest on see skaala olnud laialdaselt seotud pere- uuringutega. Kuigi küsimustikku on traditsiooniliselt kasutatud peresisese keskkonna hindamiseks, on seda kasutatud ka ühe pereliikme perspektiivist. Kümme aastat hiljem läbiviidud uuringus leiti, et mõõtmisvahend on adekvaatne, kuid leiti ka, et kümme aastat on paras aeg ühe küsimustiku reliaabluse ja valiidsuse uuesti ülevaatamiseks (Boyd, Gullone, Needleman, Burt, 1997). Kuna küsimustik koosneb üheksakümnest väitest, on küsimustiku täitmine ajamahukas (Hamilton, Carr, 2016).

Pere toimetuleku stiili küsimustik (*Family Functioning Style Scale*, FFSS) on 26 väiteline küsimustik, mille koostasid Trivette, Dunst, Deal, Hamby, & Sexton, 1988 (1994) (Early, 2001). Küsimustik mõõdab seda, mil määral pere tervikuna või selle üksikud liikmed usuvad, et nende peret iseloomustavad erinevad tugevused, võimekus ja kompetentsus. Väiteid hinnatakse 5-punktilisel skaalal alates „ei kirjelda üldse meie peret“ kuni „kirjeldab meid väga hästi“. Küsimustikul on viis alaskaalat – suhtlemismustrid, toimetulekuviisid, pere väärtused, pere pühendumine ja ressursside koondamine (Danışman, Tiftik, 2014). Küsimustik võtab arvesse sotsiaalmajanduslikke karakteristikuid ja tuvastab pere tugevusi ning ressursse, millele võivad tugineda edasised sekkumised. Siiski on küsimustik pigem kasutatust leidnud sotsiaaltöö valdkonnas ja mitte kliinilises praktikas (Early, 2001).

Süsteemse teraapia muutuste küsimustik (*The Systemic Therapy Inventory of Change*, STIC, 2009) on esimene *online* versioonis küsimustik, mis käsitleb täiskasvanute ja laste individuaalset toimetulekut, päritoluperekonna ning paari- ja perekonna toimimist, kuid vormide täitmisele kulub tund aega (Stratton, Bland, Janes, Lask, 2010).

Seega võib tõdeda, et perede hindamiseks kasutavad erinevate maade spetsialistid erinevaid vahendeid, mis sageli on ajamahukad, ei anna head ülevaadet pere probleemidest, on liiga subjektiivsed või ei sobi kasutamiseks kliinilises kontekstis (Hamilton, Carr, 2016). Mõõtmisvahendite paljusus viitab sellele, et teraapia muutuse mõõtmine on huvipakkuv ja oluline teema. Kui psühodiagnostika kõrvale jätta, siis täna ei ole autorile teadaolevalt Eesti pereterapeutide kasutuses ühtegi adapteeritud hindamisvahendit, millega hinnata pere toimetulekut ja teraapia käigus toimunud muutusi.

SCORE (*Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation*)

Stratton ja tema meeskond (2010) lähtusid uue mõõtvahendi loomisel vajadusest mõõta paari- ja pereteraapia tulemusi selliselt, et arvesse oleks võetud nii teooria kui ka praktika, et küsimustik oleks täitjatele lihtsalt mõistetav ja täitmine võtaks vähe aega. Eesmärgiks oli luua lühike, usaldusväärne, valideeritud ja kasutajasõbralik vahend terapeutidele igapäevaseks kasutamiseks, et hinnata perede toimimist enne ja pärast teraapiaprotsessi (Stratton *et al.*, 2010). SCORE ülesehitus lähtub süsteemse teraapia uskumusest, et suhted perekonnas on kesksel kohal kõigi pereliikmete heaolu seisukohalt vaadatuna (Stratton, Lask, Bland, Nowotny, Evans, Singh, Janes, Peppiatt, 2014). Meeskond sai inspiratsiooni CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation,) küsimustiku arendamisest ja sealt tuletati ka küsimustiku nimetus – süsteemne CORE (Stratton, *et al.*, 2010; Barkham *et al.*, 1998).

Esmaste katsetamise ja töö tulemusel valmis SCORE-40, mis koosneb 40 väitest selle kohta, kuidas pere funktsioneerib. Väiteid hinnataks kõigi pere liikmete poolt 5-pallisel Likerti skaalal. Nimetatud mõõtevahend töötas küll hästi (Cronbachi $\alpha = 0,78$) kuid osutus igapäevaseks kasutamiseks liiga mahukaks. Skaala head psühhomeetrilised omadused võimaldasid lühendada küsimustikku 15 –väitele (edaspidi SCORE-15), et mõõta kolme dimensiooni: 1) tugevused ja kohanemisevõime, 2) toimetulekuraskused ja 3) häiritud kommunikatsioon (Stratton *et al.*, 2010).

Madal tulemus *tugevuste* skaalal näitab seda, et küsimustiku täitja usub, et inimesed tema peres usaldavad ja toetavad teineteist ja probleeme lahendatakse koos. Kõrge tulemus seevastu viitab sellele, et inimesi peres on keeruline usaldada ja toetada ning probleemide lahendamiseks ei tehta koostööd. Madal tulemus *pere raskuste skaalal* viitab uskumusele, et peres esineb kriise, kuid koos tulla nendega päris hästi toime. Kõrge tulemus sellel skaalal viitab sellele, et inimesed peres on õnnelikud, puutuvad kokku pidevate kriisiolukordadega ja süüdistatakse üksteist raskustest. *Kommunikatsiooni* skaala madal tulemus näitab uskumust, et pereliikmed räägivad üksteisega ausalt ja konstruktiivselt isegi siis, kui nad on eriarvamusel või pahased. Ja kõrge tulemus sellel skaalal viitab sellele, et perre kuuluvatel inimestel on üksteisega keeruline rääkida ausalt ja konstruktiivselt kui nad on eriarvamusel või pahased. Selle asemel kaldutakse üksteisest eemalduma või sõnadega haiget tegema (Fay *et al.*, 2013).

SCORE-15 uuringu andmed saadi 584 osalejalt, kokku 239 perekonda. Kõik paarid ja pered olid pöördunud süsteemsesse paari- ja pereteraapiasse ning täitsid vormi esimese kohtumise alguses ja neljanda kohtumise lõppedes (Stratton *et al.*, 2010). See tähendab, et teise täitmiskorra ajaks olid pered saanud kolm sessiooni teraapiat. Otsus koguda korduvtäitmise andmed neljandal kohtumisel tehti meeskonna poolt järgmistel põhjustel: see jättis piisava

ajavahemiku, et vältida esimesel kohtumisel täidetud küsimustikus antud hinnangute ülekannet; võimaldas koguda rohkem andmeid kuna oli teada, et mõned terapeutid kohtuvad perega neli kuni kuus korda; vähendas riski, et terapeut unustaks läbi viia järelküsitluse ja samas võimaldas juba tekkinud muutustel ilmsiks tulla (Stratton *et al*, 2014). SCORE-15 oli piisava reliaablusega (0,81). Muutuse tekkimine juba kolme sessiooniga oli kõrge statistilise olulisusega. Seega SCORE-15 näitas ka terapeutilist muutust (Stratton *et al.*, 2010).

Tänaseks on meeskond loonud küsimustikust 6 erinevat versiooni: SCORE-40, SCORE-29, SCORE-28, SCORE-15, laste SCORE-15 ja suhete SCORE-15, mis on välja töötatud gei-, lesbi- ja biseksuaalsete täiskasvanute jaoks (Carr, Stratton, 2017).

SCORE-15 on adapteeritud üle 20 erinevasse keelde ja näidanud häid psühhomeetrilisi omadusi. Irimaal viidi läbi uuring nii SCORE-28 kui SCORE-15 psühhomeetriliste omaduste uurimiseks (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, Stratton, 2009). SCORE-28 puhul oli üldtulemuste Cronbachi α 0,93, pere tugevuste skaalal 0,91, kommunikatsiooni skaalal 0,83 ja raskuse skaalal 0,83 (Cahill, *et al* 2009). Mõned aastad hiljem läbiviidud SCORE-15 uuringus oli Cronbachi α üldine koefitsient 0,83, pere tugevuste skaalal 0,76, kommunikatsiooni skaalal 0,58 ja pere raskuste skaalal 0,71 (Fay, *et al*, 2013). Mõlema lühema küsimustiku versiooni (SCORE-15, SCORE-28) psühhomeetriliste näitajate ja terapeutilise muutuse uuringus leiti, et mõlemad mõõtevahendid on heade psühhomeetriliste näitajatega ja näitavad terapeutilist muutust (Hamilton, *et al* 2015). Ka Portugalis läbiviidud uuringus jõuti järeldusele, et nii SCORE-15 kui SCORE-28 psühhomeetrilised omadused sarnanevad eelnevates uuringutes leitule, kinnitati originaalversiooniga kooskõlalist kolmefaktorilist jaotust ning näidati kliinilise ja mittekliinilise valimi poolt antud hinnangute vahel olulisi erinevusi (Vilaça, Relvas, Stratton, 2018). Viimati avaldatud Rootsis läbiviidud uuringusse oli kaasatud 159 peret, kus lastel olid ilmnenu psühhiaatrilised või käitumisprobleemid ja 70 probleemideta peret. Tulemused toetasid SCORE-15 rootsikeelse versiooni kasutuselevõttu kliinilises praktikas (Zetterquist, Hanell, Wadsby, Cocozza, Gustafsson, 2019).

SCORE-15 ei ole veel kättesaadav Eesti spetsialistidele. Seega on magistritöö eesmärgiks adapteerida SCORE-15 eesti keelde, et ka Eesti paaride ja peredega tegelevatel spetsialistidel oleks kergesti ja kiiresti kasutatav usaldusväärne mõõtevahend pere hetkeolukorra ja teraapia käigus toimunud muutuste hindamiseks.

Käesolevas töös uurin SCORE-15 küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi kliinilise valimi ja normgrupi tulemuste põhjal.

Esmalt tõstatan hüpoteesi, et kliiniline ja normgrupp erinevad väidetele antud hinnangute poolest, kusjuures normgrupi toimetulekuoskused on võrreldes kliinilise valimiga paremad juba esimesel täitmiskorral.

Teiseks hüpoteesiks on, et normgrupi poolt esimesel ja teisel täitmiskorral väidetele antud hinnangutes olulisi erinevusi ei ilmne, kuid kliinilise rühma hinnangud kirjeldavad peret rohkem toimetulekut soodustavates hinnangutes ja vähem pere toimetulekut mittesoodustavaid omadusi hinnates.

Kolmandaks uurin, kas eestikeelse SCORE-15 väited jagunevad kolme dimensiooni vahel sarnaselt originaalküsimustikuga ehk kas kehtib kolmefaktoriline jaotus.

Meetod

Valim

Valim koosnes 135st perest (245 inimest, 148 naist ja 97 meest). Kõige noorem vastaja oli 12 aastane ja kõige vanem vastaja 65 aastane ($M = 35,11$, $SD = 11,71$).

Antud töö kontekstis tähendab mõiste 'normvalim' inimesi, kes käesoleval hetkel ei osale pereteraapias ja mõiste 'kliiniline valim' inimesi, kes on pöördunud pereteraapiasse.

Normvalimisse kuulus 80 peret (87 naist, 66 meest, $N = 153$). Vastanute keskmine vanus 35,07 ($SD = 12,58$).

Kliinilisse valimisse kuulus 55 peret (naisi 61, mehi 31, $N = 92$). Keskmine vanus 35,17 ($SD = 10,14$).

Kõige rohkem vastanuid oli Tartumaalt (79,6%) ja Harjumaalt 11% ja ülejäänud 9,4% Valga, Pärnu, Viljandi, Võru ja Jõgeva maakonnast.

Vastanute seas oli 236 eestlast, 8 vene rahvusest inimest ja 1 vastanu oli ukraina päritolu.

Kõik osalejad täitsid küsimustiku eesti keeles.

Protseduur

SCORE-15 on enesekohane pere toimetulekut hindav mõõtevahend. Küsimustik koosneb viieteistkümnest väitest, mida hinnatakse 5-punktilisel Likerti skaalal, alates 1 "kirjeldab meid väga hästi" kuni 5 "ei kirjelda meid üldse".

Skaala tõlkimiseks saadi nõusolek originaali autorilt Peter Strattonilt ja edasises protsessis oli kontaktsikuks SCORE meeskonna liige Judith Lask, kes soovitas täiendava informatsiooni saamiseks *Association for Family Therapy and Systemic Practice* (AFT) kodulehekülge.

Adapteerimise esimeses faasis toimus ingliskeelse versiooni tõlkimine kolme erineva inimese poolt, kelleks olid eelneva tõlkekogemusega inimene, üks süsteemse väljaõppe läbinud

inimene ja üks inglise keelt valdav inimene. Seejärel koostati kolme eestikeelse tõlke põhjal üks, millele tegid tagasitõlke üks kliiniline psühholoog ja üks sõltumatu tõlk, kes kumbki ei olnud kursis originaalküsimustiku väidete sõnastusega. Inglisekeelne tagasitõlge vaadati üle ja kinnitati SCORE meeskonna liikme poolt.

Eestis tegutsevatele pereterapeutidele edastati küsimustik ja küsimustiku läbiviimise juhend. Küsimustiku täitsid paarid ja pered, kes pöördusid süsteemsesse paari- ja pereteraapiasse (kliiniline valim). Küsimustiku täitsid 12-aastased ja vanemad pereliikmed. Küsimustik ei sobi noorematele kui 12-aastastele täitmiseks seetõttu, et küsimustiku keelekasutus ja vormi tuleks nooremate pereliikmete jaoks kohendada (Stratton, *et al*, 2010).

Küsimustiku täitmine toimus kaks korda - esimese kohtumise alguses ja neljanda kohtumise lõpus. Kui pere sai abi varem ja/või ei soovinud teraapiaga jätkata, võis erandkorras teise küsimustiku täita ka varem kui neljandal kohtumisel. Varem kui neljandal kohtumisel täitis küsimustiku üks pere, kes leidis, et on kolme korraga piisavalt abi saanud. Kolm peret loobus nõustamisest pärast paari kohtumist, seega täitsid nad küsimustiku ainult esimesel kohtumisel. Kõik pereliikmed täitsid SCORE individuaalselt terapeudi juuresolekul. Iga küsimustik kodeeriti nii, et säiliks pere konfidentsiaalsus. Kodeerimisel sai pere numbri, et kokku viia esimene ja teine täitmiskord. Perel oli võimalik nii küsimustiku täitmisest keelduda kui küsimustiku täitmise järgselt otsustada, kas nad olid valmis küsimustikus antud hinnanguid teraapiaprotsessis arutama ja kas nende andmeid võis uuringus kasutada. Kõik küsimustiku täitnud pered andsid nõusoleku oma täidetud küsimustike kasutamiseks uuringus.

Andmed koguti ka 80 normvalimi pere kohta (inimesed, kes ei osale käesoleval hetkel teraapias), kasutades mugavusvalimit, mille moodustasid töökaaslased ja tutvusringkond, kellega võeti isiklikult ühendust ja paluti uuringus osaleda. Normvalimis osalema nõustunud peredele anti teada osalemise tingimustest, neile edastati küsimustik ja juhendati küsimustiku täitmise osas. Normvalimi esimese ja teise täitmiskorra vahe oli vastavalt protokollile kaks kuni neli nädalat. Hiljemalt nelja nädala möödumisel esimese küsimustiku täitmisest, paluti normvalimis osalevatel peredel täita küsimustik teist korda. Kõik normvalimis osalevad pered täitsid küsimustiku nii esimesel kui teisel täitmiskorral. Küsimustik kodeeriti sarnaselt kliinilise valimi küsimustikele. Normvalimis osalemisest loobus kaks peret, kus ühel juhul oli pere hiljuti pöördunud teraapiasse ja teisel juhul oli käsil lahutus. Normvalimist eemaldati üks pere, kes pärast küsimustiku esmast täitmist leidsid, et vajavad pereterapeudi abi.

Andmeanalüüs

Andmete töötlemiseks kasutasin andmetöötlusprogrammi STATISTICA 8. Kasutasin kirjeldavat statistikat, reliaablusanalüüsi, korrelatsioonianalüüsi, rühmadevaheliste erinevuste võrdlemiseks t-testi. Täiendavalt kasutasin statistikaprogrammi R (versioon 3.4.3.), sh kinnitava faktoranalüüsi tegemiseks.

Tulemused

Kliinilise ja normgrupi vahelised erinevused

Küsimustiku väidetele antud hinnangute kogusumma jääb vahemikku 15 (kui perel on vähe toimetulekuraskusi) kuni 75 (kui perel on palju toimetulekuraskusi). Üldsumma kujunes vastavalt originaalküsimustiku skoorimisjuhendile järgmiselt: toimetulekuraskusi kirjeldavatele väidetele antud hinnangute summa lahutati 60st ja saadud tulemusele liideti positiivsetele väidetele antud hinnangute summa.

T-testi tulemustest selgus, et normgrupi toimetulek ($M = 26,08$, $SD = 6,36$) oli oluliselt parem võrreldes kliinilise grupi toimetulekuga ($M = 40,72$, $SD = 10,72$) juba esimesel täitmiskorral ($t(1, 225) = -12,85$, Coheni $d = 1,66$, $p < 0,001$). Kliinilise grupi teise täitmiskorra hinnangud ($M = 32,54$, $SD = 7,27$) näitavad pere vähemat toimetulekut normgrupi teise täitmiskorra hinnangutega võrreldes ($M = 24,90$, $SD = 6,20$, $t(1, 225) = -8,22$, $p < 0,001$, Coheni $d = 1,13$). Võrreldes kliinilise ja normgrupi keskmiseid hinnanguid üksikute väidete kaupa, selgus et esimesel täitmiskorral erinesid igale väitele antud hinnangud oluliselt (vt tabel 1). Teisel täitmiskorral puudus oluline erinevus kahe grupi keskmiste hinnangute vahel ühe väite puhul. Nii kliiniline- kui normgrupp hindasid küsimustiku teisel täitmiskorral oma pere kohta hinnangut andes sarnaselt väidet „*Leiame uusi viise, kuidas tulla toime keeruliste asjadega*“ (vt tabel 1).

Esimese dimensiooni (tugevused ja kohanemisvõime) puhul leiti aritmeetiline keskmine väidetele 1, 3, 6, 10 ja 15 antud hinnangute põhjal. Teise dimensiooni (toimetulekuraskused) puhul leiti aritmeetiline keskmine pööratud väidetele 5, 7, 9, 11 ja 14 põhjal. Kolmanda dimensiooni (häiritud kommunikatsioon) keskmine arvutati sarnaselt teise dimensiooniga, väidetele 2, 4, 8, 12 ja 13 antud hinnangute põhjal. Nii esimesel kui ka teisel täitmiskorral oli kliinilise grupi keskmine tulemus erinev võrreldes normgrupi keskmise tulemusega iga dimensiooni lõikes (vt tabel 1).

Tabel 1. Kliinilise ja normgrupi hinnangute keskmiste võrdlus esimesel ja teisel küsimustiku täitmiskorral

Väide	I täitmine		t	d	II täitmine		t	d
	Normvalim Keskmine (SD)	Kliiniline grupp Keskmine (SD)			Normvalim Keskmine (SD)	Kliiniline grupp Keskmine (SD)		
1) Minu peres räägime üksteisega meile olulistest asjadest	1,62 (0,71)	2,57 (1,02)	-8,13**	1,08	1,61 (0,64)	1,99 (0,77)	-3,84**	0,54
2) Minu peres ei räägi inimesed sageli üksteisele tõtt	4,19 (0,85)	3,58 (1,05)	4,68**	0,64	4,27 (0,74)	3,92 (0,90)	3,16*	0,42
3) Meie peres kuulatakse meist igauhte	1,90 (0,82)	2,76 (1,18)	-6,35**	0,85	1,78 (0,82)	2,34 (0,94)	-4,59**	0,63
4) Meie peres tundub riskantne olla eriarvamusel	4,48 (0,73)	3,23 (1,29)	9,31**	1,19	4,44 (0,77)	3,95 (0,92)	4,29**	0,58
5) Meile tundub raske tegeleda igapäevaste probleemidega	4,10 (0,84)	2,91 (1,23)	8,59**	1,13	4,19 (0,84)	3,58 (0,83)	5,14**	0,73
6) Me usaldame üksteist	1,53 (0,73)	2,74 (1,17)	-9,58**	1,24	1,54 (0,73)	2,42 (1,05)	-7,39**	0,97
7) Meie peres on väga õnnetu olla	4,74 (0,64)	3,61 (1,25)	9,05**	1,14	4,84 (0,40)	4,27 (0,80)	7,09**	0,90
8) Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meelega	3,67 (0,94)	2,97 (1,13)	4,87**	0,67	3,86 (0,87)	3,57 (0,89)	2,32*	0,33
9) Paistab, et minu peres järgneb üks kriis teisele	4,41 (0,82)	3,08 (1,24)	9,67**	1,53	4,48 (0,74)	3,84 (0,76)	6,14**	0,85
10) Kui keegi meist on tujust ära, hoolitsetavad pere liikmed tema eest	2,12 (0,81)	2,99 (1,03)	-6,89**	0,94	2,00 (0,84)	2,43 (0,80)	-3,71**	0,52
11) Paistab, et mu perel lähevad asjad alati valesti	4,59 (0,60)	3,38 (1,16)	10,44**	1,31	4,62 (0,58)	3,97 (0,84)	6,73**	0,90
12) Pereliikmed on üksteise vastu vastikud	4,75 (0,57)	3,80 (1,11)	8,52**	1,08	4,78 (0,47)	4,36 (0,75)	5,13**	0,67
13) Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse	4,05 (0,81)	3,50 (1,11)	4,20**	0,57	4,10 (0,72)	3,66 (0,95)	3,82**	0,52
14) Kui mu peres lähevad asjad valesti, süüdistame üksteist	4,14 (0,87)	2,97 (1,22)	8,28**	1,10	4,39 (0,72)	3,68 (0,89)	6,49**	0,88
15) Leiame uusi viise, kuidas tulla toime keeruliste asjadega	2,02 (0,88)	2,69 (1,13)	-4,89**	0,66	1,95 (0,82)	2,16 (0,79)	-1,81	0,26
Dimensioon 1	1,84 (0,53)	2,74 (0,77)	-10,71**	1,36	1,78 (0,55)	2,28 (0,58)	-6,37**	0,88
Dimensioon 2	1,60 (0,51)	2,76 (0,90)	-12,78**	1,59	1,50 (0,45)	2,15 (0,61)	-9,09**	1,21
Dimensioon 3	1,78 (0,47)	2,58 (0,79)	-9,97**	1,23	1,71 (0,44)	2,11 (0,62)	-5,62**	0,74
Koondskoor	26,08 (6,36)	40,72 (10,72)	-12,85**	1,66	24,90 (6,20)	32,54 (7,27)	-8,22**	1,13

Märkus: normgrupp N = 153, kliiniline grupp N = 74, *p < 0,05, **p < 0,001

Esimese ja teise täitmiskorra tulemuste vahelised erinevused kliinilises ja normgrupis

Teiseks oletasin, et normgrupi poolt esimesel ja teisel täitmiskorral väidetele antud hinnangutes olulisi erinevusi ei ilmne, kuid kliinilise rühma hinnangud teisel täitmiskorral kirjeldavad peret rohkem pere toimetulekut soodustavaid omadusi hinnates.

Võrdlesin nii normgrupi kui ka kliinilise grupi esimese täitmiskorra hinnangute keskmisi teise täitmiskorra hinnangute keskmistega (sõltuvate gruppide analüüs). Tulemustest selgus, et kliinilise valimi puhul ilmneb oluline keskmiste erinevus esimese ja teise täitmiskorra hinnangute vahel. Kliinilise grupi hinnangute koondskoor esimesel täitmisel ($M = 40,72$, $SD = 10,72$) erineb oluliselt teisest täitmiskorrast ($M = 32,54$, $SD = 7,27$, $(t(1, 74) = 9,55, p < 0,001, \text{Coheni } d = 0,89, \text{ vt tabel 2})$. Ilmnesid ka muutused kliinilise grupi esimese ja teise täitmiskorra üksikväidetele antud keskmistes hinnangutes (v.a väite „*Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse*“ puhul, vt tabel 2).

Ka normgrupi esimese ja teise täitmiskorra hinnangute keskmiste vahel ilmnemid mõned olulised erinevused. Koondskooride keskmiste erinevus esimesel ja teisel täitmisel ei olnud nii suur kui kliinilises grupis, kuid siiski märkimisväärne ($t(1, 153) = 3,71, p < 0,001, \text{Coheni } d = 0,19$). Normgrupi poolt üksikväidetele antud hinnangute keskmiste osas ilmnevad võrreldes esimese täitmiskorra hinnangute keskmistega muutused teise täitmiskorra hinnangutes kahe väite puhul: „*Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meelega*“ ja „*Kui mu peres lähevad asjad valesti, süüdistame üksteist*“ (vt tabel 2).

Dimensioonide esimese ja teise täitmiskorra võrdluses muutus nii norm- kui kliinilises grupi hinnang teise dimensiooni väidetes (toimetulekuraskused) (vt tabel 2).

Tabel 2. Esimese ja teise täitmiskorra tulemuste vahelised erinevused kliinilises ja normgrupis

Väide	Normgrupp		Kliiniline grupp					
	I täitmine	II täitmine	t	d	I täitmine	II täitmine	t	d
	M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)		
1) Minu peres räägime üksteisega meie olulistest asjadest	1,62 (0,71)	1,61 (0,64)	0,14	0,01	2,57 (1,02)	1,99 (0,77)	5,10**	0,64
2) Minu peres ei räägi inimesed sageli üksteisele tõtt	4,19 (0,85)	4,27 (0,74)	-1,45	0,10	3,58 (1,05)	3,92 (0,90)	-3,14*	0,35
3) Meie peres kuulatakse meist igahühte	1,90 (0,82)	1,78 (0,82)	1,64	0,15	2,76 (1,18)	2,34 (0,94)	3,68**	0,39
4) Meie peres tundub riskantne olla eriarvamusel	4,48 (0,73)	4,44 (0,77)	0,58	0,05	3,23 (1,29)	3,95 (0,92)	-7,23**	0,64
5) Meile tundub raske tegeleda igapäevaste probleemidega	4,10 (0,84)	4,19 (0,84)	-1,21	0,11	2,91 (1,23)	3,58 (0,83)	-5,41**	0,64
6) Me usaldame üksteist	1,53 (0,73)	1,54 (0,73)	-0,12	0,01	2,74 (1,17)	2,42 (1,05)	2,77*	0,29

7) Meie peres on väga õnnetu olla	4,74 (0,64)	4,84 (0,40)	-1,85	0,19	3,61 (1,25)	4,27 (0,80)	-5,00**	0,63
8) Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meelega	3,67 (0,94)	3,86 (0,87)	-2,69*	0,21	2,97 (1,13)	3,57 (0,89)	-4,72**	0,59
9) Paistab, et minu peres järgneb üks kriis teisele	4,41 (0,82)	4,48 (0,74)	-1,15	0,08	3,08 (1,24)	3,84 (0,76)	-5,22**	0,74
10) Kui keegi meist on tujust ära, hoolitsetavad pere liikmed tema eest	2,12 (0,81)	2,00 (0,84)	2,25	0,15	2,30 (1,03)	2,43 (0,80)	4,79**	0,14
11) Paistab, et mu perel lähed asjad alati valesti	4,60 (0,60)	4,62 (0,58)	-0,60	0,03	3,38 (1,16)	3,97 (0,84)	-5,02**	0,58
12) Pereliikmed on üksteise vastu vastikud	4,75 (0,57)	4,78 (0,47)	-0,95	0,06	3,80 (1,11)	4,36 (0,75)	-6,75**	0,59
13) Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse	4,05 (0,81)	4,10 (0,72)	-0,97	0,07	3,50 (1,11)	3,66 (0,95)	-1,49	0,15
14) Kui mu peres lähed asjad valesti, süüdistame üksteist	4,14 (0,87)	4,39 (0,72)	-4,07**	0,31	2,97 (1,22)	3,68 (0,89)	-6,59**	0,66
15) Leiame uusi viise, kuidas tulla toime keeruliste asjadega	2,02 (0,88)	1,95 (0,82)	0,94	0,08	2,69 (1,13)	2,16 (0,79)	2,74**	0,54
Dimensioon 1	1,84 (0,53)	1,78 (0,55)	2,01*	0,11	2,75 (0,80)	2,27 (0,58)	6,98 **	0,69
Dimensioon 2	1,60 (0,51)	1,50 (0,45)	3,49**	0,21	2,81 (0,84)	2,13 (0,60)	8,12 **	0,93
Dimensioon 3	1,78 (0,47)	1,71 (0,44)	2,42*	0,15	2,58 (0,78)	2,11 (0,62)	7,49**	0,67
Koondskoor	26,08 (6,36)	24,90(6,20)	3,71**	0,19	40,72 (10,72)	32,54 (7,27)	9,55**	0,89

Märkus: normgrupp N =153, kliiniline grupp N = 74, *p < 0,05, **p < 0,001

Korrelatsioonianalüüs

Järgmiseks vaatasin küsimustiku esimesel täitmisel üksikväidetele antud hinnangute korrelatsioone koguvahemiku ulatuses. Tulemustest selgus, et kõikidele väidetele antud hinnangud olid omavahel statistiliselt oluliselt korreleeritud. Nõrgem negatiivne seos ilmnes toimetulekut ja sekkumist ($r = -0,17$) kirjeldavatele väidetele antud hinnangute vahel. Rääkimine korreleerus positiivselt kuulamise ($r = 0,50$) ja usaldamisega ($r = 0,59$) ja negatiivselt süüdistamisega ($r = -0,50$). Kõige tugevam positiivne korrelatsioon oli kriisi ja asjade valesõnastamise vahel ($r = 0,69$). Tulemused on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Üksikväidetele antud hinnangute vahelised korrelatsioonid

	rääkimine	tõde	kuulam	eriarv	probleem	usaldus	õnnetu	ignor	kriis	hool	valesti	vastikud	sekkum	süüd
tõde	-0,49													
kuulamine	0,50	-0,37												
eriarvamus	-0,45	0,45	-0,49											
probleem	-0,39	0,38	-0,42	0,58										
usaldus	0,59	-0,56	0,49	-0,60	-0,48									
õnnetu	-0,48	0,43	-0,37	0,55	0,46	-0,53								
ignoreerimine	-0,32	0,27	-0,27	0,32	0,30	-0,25	0,27							
kriis	-0,47	0,45	-0,35	0,54	0,55	-0,53	0,51	0,36						
hoolitsemine	0,46	-0,45	0,47	-0,44	-0,34	0,52	-0,38	-0,21	-0,40					
valesti	-0,50	0,47	-0,42	0,56	0,54	-0,61	0,50	0,28	0,69	-0,42				
vastikud	-0,45	0,43	-0,50	0,60	0,50	-0,56	0,52	0,31	0,46	-0,44	0,63			
sekkumine	-0,25	0,31	-0,29	0,40	0,27	-0,37	0,30	0,20	0,35	-0,31	0,32	0,39		
süüdistamine	-0,50	0,37	-0,50	0,64	0,48	-0,55	0,47	0,34	0,48	-0,45	0,56	0,57	0,46	
toimetulek	0,43	-0,24	0,30	-0,34	-0,35	0,43	-0,42	-0,23	-0,28	0,36	-0,33	-0,35	-0,17	-0,39

Märkus: N = 242, p < 0,001

Faktorstruktuur

SCORE-15 originaalstruktuur on kolmefaktoriline. Oma töös uurisin, kas eestikeelse SCORE-15 väited jagunevad kolme dimensiooni vahel sarnaselt originaalküsimustikuga ehk kas kehtib kolmefaktoriline jaotus. Sisereliaabluse näitajana arvasin Cronbachi alfa.

Faktoranalüüsi tegemisel otsisin kinnitust faktorstruktuurile, kus väited 1, 3, 6, 10 ja 15 kuulusid dimensiooni 1- tugevused ja kohanemisvõime, väited 5,7, 9, 11, 14 dimensiooni 2 - toimetulekuraskused ning väited 2, 4, 8,12 ja 13 dimensiooni 3- häiritud kommunikatsioon. Uurivast faktoranalüüsist (*oblmin*, suurima tõepära meetod (*ml*)) selgus, et väidete laadumine faktoritele ei lange kokku originaalversiooni faktoritega, faktorstruktuur ei ole stabiilne (eri täitmiskordade lõikes) ja ilmnes pigem kahefaktoriline struktuur. Seega ei kinnitanud antud analüüs kolmefaktorilist lahendit. Ka jäi kogu küsimustiku kõikide väidete lõikes sisereliaablus suhteliselt madalaks (Cronbahi $\alpha = 0,42$, standardiseeritud $\alpha = 0,38$).

Faktorstruktuuri lähemal uurimisel ilmnes, et esimese faktori väited kattuvad kogugrupi tulemusi vaadates originaalversiooni esimese dimensiooni väidetega ja dimensiooni sisereliaablus on tugev (Cronbahi $\alpha = 0,81$ ja standardiseeritud $\alpha = 0,81$). Esimese faktori (tugevused ja kohanemisvõime) esimese täitmiskorra sisereliaablus nii normvalimi kui kliinilise valimi puhul oli samuti pigem tugev (normvalimi Cronbahi $\alpha = 0,70$, standardiseeritud $\alpha = 0,71$, kliinilisel valimil $\alpha = 0,73$, standardiseeritud $\alpha = 0,73$). Teisel täitmiskorral oli esimese faktori sisereliaablus tugevam normvalimi puhul (normvalimi

Cronbahi $\alpha = 0,76$, standardiseeritud $\alpha = 0,76$, kliinilisel valimil $\alpha = 0,66$, standardiseeritud $\alpha = 0,66$).

Teist ja kolmandat faktorit koos vaadates oli Cronbahi $\alpha = 0,85$, standardiseeritud $\alpha = 0,86$.

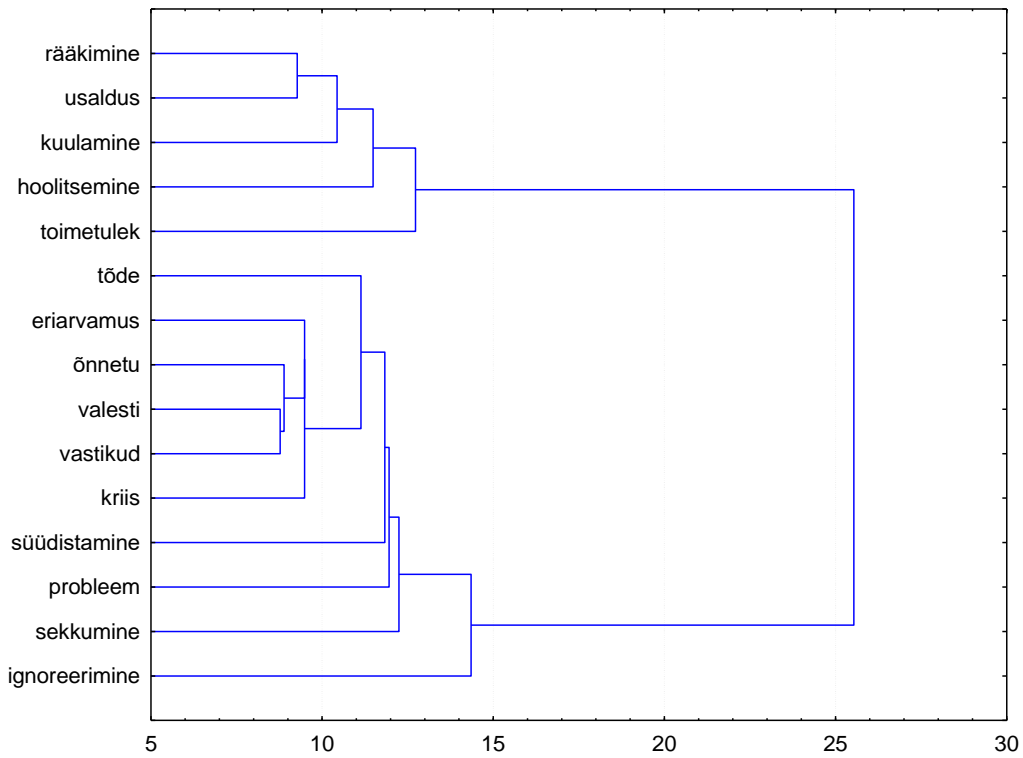
Normvalimi teine ja kolmas faktor koos vaadatuna normvalimis ja kliinilises valimis oli samuti tugeva reliaablusega (normvalimi Cronbahi $\alpha = 0,77$, standardiseeritud $\alpha = 0,78$, kliinilisel valimil $\alpha = 0,85$, standardiseeritud $\alpha = 0,85$).

Tabel 4. SCORE-15 uuriva faktoranalüüsi (oblimin, ml) tulemused

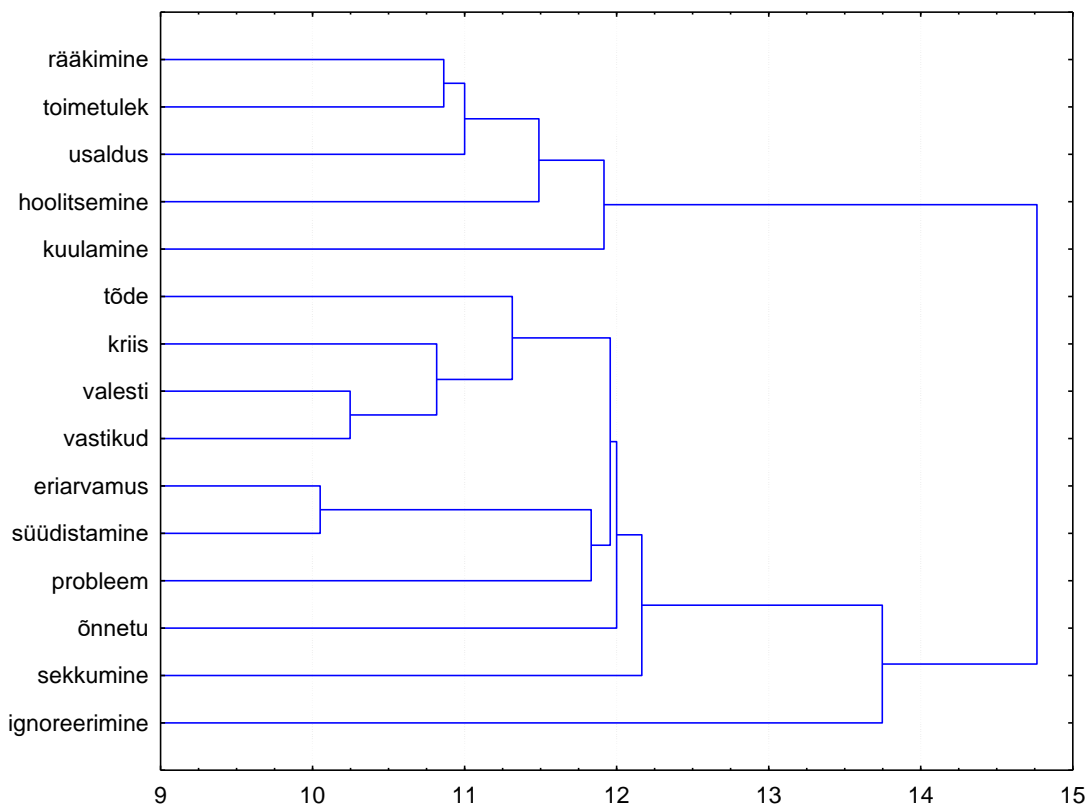
Väide	Tugevused ja kohanemisvõime	Toimetulekuraskused	Häiritud kommunikatsioon
1) Minu peres räägime üksteisega meile olulistest asjadest	0,81		
2) Minu peres ei räägi inimesed sageli üksteisele tõtt	-0,51		
3) Meie peres kuulatakse meist igatühte	0,38		-0,38
4) Meie peres tundub riskantne olla eriarvamusel			0,83
5) Meile tundub raske tegeleda igapäevaste probleemidega			0,53
6) Me usaldame üksteist	0,54		
7) Meie peres on väga õnnetu olla			0,35
8) Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meelega			0,21
9) Paistab, et minu peres järgneb üks kriis teisele		0,98	
10) Kui keegi meist on tujust ära, hoolitsetavad pere liikmed tema eest	0,52		
11) Paistab, et mu perel lähevad asjad alati valesti		0,37	0,36
12) Pereliikmed on üksteise vastu vastikud			0,70
13) Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse			0,50
14) Kui mu peres lähevad asjad valesti, süüdistame üksteist			0,71
15) Leiame uusi viise, kuidas tulla toime keeruliste asjadega	0,48		

Märkus: N = 242, laadungid < 0,20 on peidetud

Seejärel kasutasin klasteranalüüsi, et leida omavahel kõige enam seotud tunnuseid ja moodustada selle põhjal tunnuste grupid. Klasteranalüüsi tulemuste kohaselt kuulusid kokku esimese dimensiooni väited 1, 3, 6, 10 ja 15. Analüüsist ilmnes, et originaalküsimustikus teise ja kolmandasse dimensiooni kuuluvatele väidetele antud hinnangute alusel eristatavaid klastreid ei teki. Selgus, et üks klaster (esimene dimensioon) on küllaltki stabiilne.



Joonis 1. Klasteranalüüs normvalimi hinnangute põhjal (küsimustiku esimese täitmiskorra kohta)



Joonis 2. Klasteranalüüs kliinilise valimi hinnangute põhjal (küsimustiku esimese täitmiskorra kohta)

Selleks, et kontrollida etteantud struktuuriga faktormudeli sobivust, tegin täiendavalt kinnitava faktoranalüüsi.

Kinnitavast faktoranalüüsist selgus, et mudeli seletusjõud on normvalimi puhul soovitud piires ja headuse näitajad piisavad. CFI oli 0,93, mida võib pidada heaks tulemuseks ja RMSEA oli 0,05, mis jääb samuti aktsepteeritavasse vahemikku, TLI (Tucker-Lewis index) väärtus 0,92, mis ületab soovitusliku piiri 0,90. SRMR, mille tulemus soovituslikult on väiksem kui 0,08, oli antud juhul 0,06, ning hii-ruut statistik 119,27 ($p < 0,001$), mis annab kinnitust, et kolmefaktoriline lahend on sobiv. Kliinilise valimi puhul jäid faktoranalüüsi headuse näitajad mõnevõrra madalamaks (vt tabel 4).

Tabel 4. Kinnitava faktoranalüüsi tulemused eraldi normvalimis ja kliinilise valimis

	CFI	TLI	RMSEA (90% CI)	SRMR	df	Hii-ruut
Normvalim	0,93	0,92	0,05	0,06	87	119,27
Kliiniline valim	0,89	0,86	0,09	0,81	87	157,50

Märkused: CFI = võrdlev sobivusindeks, TLI = Tucker-Lewis indeks, RMSEA = lähenduse keskmine ruutviga, CI = usaldusvahemik, SRMR = standardiseeritud keskmine ruutviga, df = vabadusastmete arv.

Arutelu ja järeldused

Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida, kuidas töötab SCORE-15 küsimustik Eesti kontekstis, hinnates sealjuures küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi kliinilise valimi ja normgrupi tulemuste põhjal. Uurimistöö tulenes vajadusest luua Eesti pereterapeutidele pere hetkeolukorra ja teraapia käigus toimunud muutuste hindamise mõõtevahend, mis annaks kiire ülevaate pere toimetulekust.

Tulemustest selgus, et normgrupp hindas oma toimetulekut võrreldes kliinilise grupi hinnangutega oluliselt paremaks juba küsimustiku esimesel täitmiskorral. Tulemus on kooskõlas hästi toimetulevate perede kirjeldustega, mis tõdevad, et toimetulev pere suhtleb viisil, mis toetab ja julgustab arvamuse avaldamist, osatakse ja julgetakse probleemidest avatult rääkida ning ollakse paindlik probleemide lahendamisel ning pere liikmed tunnevad end turvaliselt ning toetatult (Boylu, Çopur, Öztop, 2013). Normgrupi paremad hinnangud enda toimetulekule ilmsid nii esimese dimensiooni (tugevused ja kohanemisvõime), teise dimensiooni (toimetulekuraskused) kui kolmanda dimensiooni (häiritud kommunikatsioon) puhul. Normgrupp kirjeldas võrreldes kliinilise grupiga enda peret rohkem kohanevamaks, suhtlevaks ja üksteist kuulavaks ning keerulistes olukordades vähenes üksteise süüdistamine.

Kliinilise grupi hinnangutes võis teiseks täitmiskorraks märgata erinevust rääkimise ja kuulamisega seotud väidetes. Näiteks olid kliinilise valimi hinnangud peret rohkem kirjeldavaks muutunud väidete „*Minu peres räägime üksteisega meile olulistest asjadest*“ ja „*Meie peres kuulatakse meist igaihte*“ puhul. Samuti leidis kliiniline valim, et igapäevaste probleemidega tegelemine ei olnud enam nii keeruline ja ei nähtud peret jätkuvalt kriisis olevana või et asjad alati valesti lähevad. Kui esimesel täitmiskorral oli kliinilisel valimil keeruline leida uusi viise keeruliste asjadega toimetulekuks, siis teiseks täitmiskorraks on hinnangud selle osas sarnasemad normvalimi hinnangutega. Üheks põhjuseks võis siin olla see, et pereteraapiasse pöördumist nähakse kui viisi ja võimalust keeruliste asjadega toimetulekuks. Kui peres ei räägita ja üksteist ignoreeritakse, on ka keeruline leida uusi viise raskustega toimetulekuks, millele on ka varasemad uuringud tähelepanu juhtinud (Schrodt, 2009). Suuremad erinevused norm ja kliinilise grupi keskmistes teisel täitmiskorral paistsid silma väidetes „*Me usaldame üksteist*“ (dimensioon 1) ja toimetulekut iseloomustavates (teine dimensioon- toimetulekuraskused) väidetes nagu „*Meie peres on väga õnnetu olla*“ (dimensioon 2) ja „*Paistab, et mu perel lähevad asjad alati valesti*“ (dimensioon 2). Ehk siis kui asjad hakkavad minema paremini, ei ole tõenäoliselt ka enam nii õnnetu selles peres olla ja usaldus saab hakata taastuma. Seega leidis kinnitust eeldus, et kliiniline ja normgrupp erinevad väidetele antud hinnangute poolest ja normgrupi toimetulekuoskused on võrreldes kliinilise valimiga paremad juba esimesel täitmiskorral.

Kliinilise rühma hinnangute paranemine teisel täitmiskorral oli ootuspärane. Paranesid hinnangud pere toimetulekut soodustavates väidetes. Tulemuste põhjal võis järeldada, et vähenes üksteise süüdistamine, hakati rohkem rääkima ning julgeti rohkem oma arvamust avaldada ja igapäevaste probleemidega tegelemine ei tundunud enam ülejõukäiv. Väiksem muutus toimus väite „*Me usaldame üksteist*“ (väide 6) puhul, kuid ka seda võis pidada mõnevõrra ootuspäraseks, et kolm kohtumist oli piisavalt lühike aeg usalduse taastamiseks. Olulist muutust ei toimunud „*Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse*“ väite (väide 13) puhul, mis võis tuleneda näiteks sellest, et pere liikmed julgesidki rohkem enda arvamust avaldada ja kuigi rääkimine isenesest kasvas, ei olnud kolme kohtumisega paranenud piisavalt veel suhtlemisioskused. Seetõttu võis rääkimine väljenduda rohkete küsimuste esitamisenä, mis võisid tunduda liigse sekkumisena üksteise ellu. Kuigi pereteraapia eesmärgiks on ka pere düsfunktsionaalse suhtemustri lõpetamine ja omavahelise interaktsiooni parandamine (Montesano *et al*, 2014), ei saa siiski välistada ka mõningaid tagasilangusi pere toimetulekus protsessi käigus. Kliinilise pere liikmed leidsid pärast kolme teraapiaseansi, et nende peres ei ole enam nii õnnetu olla ja pereliikmeid ei nähtud enam

üksteise vastu nii vastikud olevat. Kliinilise valimi hinnangute paranemine pärast kolme sessiooni oli kooskõlas varasemate SCORE-15 uuringutega, mis on viidanud, et SCORE-15 võimaldab terapeutilistel muutustel ilmsiks tulla juba kolme kohtumisega (Stratton *et al.*, 2010).

Üllatusena ilmned erinevused ka normgrupi poolt esimesel ja teisel täitmiskorral väidetele antud hinnangutes. Kuigi erinevus ei olnud suur, siis oli see siiski statistiliselt oluline. Ehk siis ka normvalimi toimetulek paranes teiseks täitmiskorraks ilma, et nad oleksid osalenud teraapias. Normgrupi poolt üksikväidetele antud hinnangute keskmiste osas ilmned võrreldes esimese täitmiskorra hinnangute keskmistega muutused teise täitmiskorra hinnangutes kahe väite puhul: „*Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meiega*“ (väide 3) ja „*Kui mu peres lähevad asjad valesti, süüdistame üksteist*“ (väide 14). Ühelt poolt võis seda selgitada teadlikkuse tõusmisega ning peresuhete parema märkamisega ja sellega kaasneva kriitika kasvuga toimetulekule. Teisalt ilmneb siin ka üks puudus normvalimi moodustamisel mugavusvalimi alusel, kuna ei ole eelnevalt tehtud täiendavat olukorra analüüsi, et välja selgitada kuivõrd pere võis tegelikult kuuluda hoopis kliinilise valimisse, kuid erinevatel põhjustel ei ole teraapiasse jõudnud. Või on tegemist kultuurilise eripäraga. Seega oletus, et normgrupi poolt esimesel ja teisel täitmiskorral väidetele antud hinnangutes olulisi erinevusi ei ilmne, kuid kliinilise rühma hinnangud kirjeldavad peret rohkem toimetulekut soodustavates hinnangutes ja vähem pere toimetulekut mittesoodustavaid omadusi hinnates, leidis kinnitust osaliselt.

Sisereliaabluse erinevused viitavad sellele, et küsimustik ei tööta päris sarnaselt kliinilisel ja mittekliinilisel valimil. Eelkõige võib siin pidada puuduseks kliinilise valimi vähesust ja seetõttu oleks vaja koguda täiendavaid andmeid kliinilise valimi kohta. Teatud mõju võis avaldada ka mugavusvalim normvalimi puhul, eriti korduvtäitmisel. Samas muutused normvalimi esimese ja teise täitmiskorra vahel võivad viidata sellele, et ka normvalim vajaks suurendamist, kuigi protokoll järgi on 80 peret normvalimiks piisav. Teisel täitmiskorral võis mõju avaldada ka esimese küsimustiku täimine ehk siis kaks kuni neli nädalat ei pruukinud olla piisav aeg, et eelnev täitmiskord ei mõjutaks. Lisaks võis normvalimi puhul individuaalsel täitmisel vaatamata eelnevale juhendamisele tekkida mõningane segadus skaalaga pööratud väidete puhul, kuna Likerti skaala 1 on antud juhul „kirjeldab meid väga hästi“ ja 5 „ei kirjelda meid üldse“. Sisereliaablus oli kõrge ja sarnane originaalile esimese dimensiooni puhul. Teist ja kolmandat dimensiooni koos vaadates oli sisereliaablus suhteliselt kõrge, mille põhjal võiks eeldada kahefaktorilist mudelit. Kahefaktorilise mudeli sobivusele on viidatud ka varasemates uuringutes (Hamilton *et al.* 2015). Seevastu kinnitava

faktoranalüüsiga saadud tulemused olid originaalküsimustikule sarnasemad ja kolmefaktorilise mudeli sobivust andmetega võis pidada heaks kogugrupi ja ka normvalimi puhul. Mudeli väga head sobivust ei näidanud siiski kliinilise valimi andmed, mis võis tuleneda kliinilise valimi andmete vähesusest. Viimane eeldus vajab kindlast täiendavat uurimist kliinilise valimi andmete täiendamisel. Seda enam, et protokoll eeldab 200 kliinilise pere andmete kasutamise. Välistada ei saa ka tõlkimisel tekkinud keeleliste nüansside mõju või kultuurilisi eripärasid.

Üldiselt võib nentida, et SCORE pakub praktiseerivatele terapeutidele lühikese kirjelduse erinevatest pere toimetuleku aspektidest, mis senini on olnud paljudel peredel teraapiasse pöördumisel olulisemad väljakutsed. SCORE-15 saab kasutada süsteemses teraapias muutuste jälgimiseks ja see toob välja olulised kitsaskohad pere omavahelises suhtlemises, mistõttu saab seda teraapias kasutada erinevas võtmes (Stratton, Lask, Bland, Nowotny, Evans, Singh, Janes, Peppiatt, 2014). Lähtudes enda kogemusest SCORE kasutamisel, julgen tõdeda, et mõõtevahendite autoritel on selles osas õigus. Küsimustik võimaldab perel välja tuua nende kitsaskohad ja terapeutil käsitleda teemasid, mis on pere jaoks olulised.

SCORE-15 pakub mitmeid võimalusi edasisteks uurimistöodeks. Eelkõige pereteraapia mõju uurimine kui see varieerub pikkuselt või erinevate lähenemisviiside poolest, kuid miks mitte vaadata ka mõju erinevates kliendigruppides (rehabilitatsiooniteenusele tulnud klientide lõikes, sundkliendid), võttes aluseks ka demograafilised andmed ning koosoldud aeg ja vaadata ka erinevaid lähenemisviise. Kuna SCORE-15 on tõlgitud erinevatesse keeltesse, siis oleks võimalus laiendada koostööd eri riikide vahel.

Kasutatud kirjandus

- Andolfi, M. (2016). *Põlvkondadeülene pereteraapia*. Väike Vanker.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230–238.
- Association for Family Therapy and Systemic Practice (AFT).
<https://www.aft.org.uk/view/index.html>. Vaadatud 12.02.2019.
- Atkins, D. C., Dimidjian, S., Bedics, J. D., Christensen, A. (2009). Couple Discord and Depression in Couples During Couple Therapy and in Depressed Individuals During Depression Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, No. 6, 1089–1099.
- Barker, P. (2002). *Perekonnapsühhoterapia alused*. Eesti Pereteraapia Ühing. AS Pakett.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor - Clark, J., Milne, D., Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7:1, 35-47.
- Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Benazon, N.R., Coyne, J. C. (2000). Living With a Depressed Spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, No. 1, 71-79.
- Bodenmann, G., Shantinath S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A New Approach to Prevention of Marital Distress Based Upon Stress and Coping. *Family Relations*, 53, 477–484.
- Boyd, C. P., Gullone, E., Needleman, G. L., Burt, T. (1997). The Family Environment Scale: Reliability and Normative Data for an Adolescent Sample. *Family Process*, 36, 369-373.
- Boylu, A. A., Çopur, Z., Öztop, H. (2013). Investigation of the Factors Influencing Family Functions Style., *International Journal of Research in Business and Social Science*, Vol.2 No.3.
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., Stratton, P. (2009). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210-231.
- Carr, A (2000). Evidence-based practise in family therapy and systemic consultation. II Adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 23-295.

- Carr, A (2008). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*. 31, 46–74.
- Carr, A (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*. 31, 3-45.
- Carr, A., Stratton, P. (2017). The Score Family Assessment Questionnaire: A Decade of Progress. *Family Process*, 56, 285-301.
- Cook, W. L., Dezangré, M., De Mol, J. (2018). Sources of Perceived Responsiveness in Family Relationships. *Journal of Family Psychology*, 32, No. 6, 743–752.
- Crane, D. R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy*, 30, 399–410.
- Danıřman, I. G., Tiftik, N. (2014). Measuring family strengths and capabilities: Reliability and validity of the Turkish version of the Family Functioning Style Scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 346-350.
- Dattilio, F. M. (2014). Paari ja pere kognitiiv-käitumisteraapia. Tänapäev.
- Early, T. J. (2001). Measures for Practice With Families From a Strengths Perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82, 2.
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Cooley, B., Guerin, S., Stratton, P. (2013). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of Family Therapy*, 35, 24-42.
- Fine, M. J. (1989). *The Second Handbook on Parent Education. Contemporary Perspectives*. Academic Press.
- Frosch, C. A., Mangelsdorf, S. C., McHale, J. L. (2000). Marital Behavior and the Security of Preschooler-Parent Attachment Relationships, *Journal of Family Psychology*, 14, 144-161.
- Gardner, W., Nutting, P. A., Kelleher, K. J., Werner, J. J., Farley, T., Stewart, L., Hartsell, M., Orzano, A. J. (2001). Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? *The Journal of Family Practice*, Vol. 50, No. 1.
- Griffin, W. A. (2002) Family Therapy. In M. Hersen, W. Sledge, A. M. Gross *et al.* *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 793-800). USA: Elsevier Science.
- Hamilton, E., Carr, A.(2016). Systematic Review of Self-Report Family Assessment Measures. *Family Process*, 55, 16-30.
- Hamilton, E., Carr, A., Cahill, P., Cassells, C., Hartnett, D. (2015). Psychometrics properties and responsiveness to change of 15 and 28 items versions of SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process*, 54, 454-463.

- Lizdek, I., Woody, E., Sadler, P., Rehman, U. S. (2016). How Do Depressive Symptoms in Husbands and Wives Relate to the Interpersonal Dynamics of Marital Interactions? *Journal of Counseling Psychology*, 63, 721–735.
- McDonnell, L., Stratton, P., Butler, S., Cape, N. (2012). Developing research-informed practitioners - an organisational perspective., *Counselling and Psychotherapy Research*, September, 12, 167-177.
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. (2014). Systemic Couple Therapy for Dysthymia. *Psychotherapy*, 51, 30–40.
- Orthner, D. K., Jones-Sanpei, H., Williamson. S. (2004). The Resilience and Strengths of Low-Income Families. *Family Relations*, 53, 159–167.
- Rygaard, N. P. (2014). *Kiindumushäirega laps*. MTÜ Igale Lapsele Pere.
- Schrodt, P. (2009). Family Strength and Satisfaction as Functions of Family Communication Environments. *Communication Quarterly*, 57, 171–186.
- Shadish, W. R., Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., Montano, D. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of Family Practice*, 15, 303-311.
- Stark, K. D., Banneyer, K.N., Wang, L. A., Arora, P. (2012). Child and Adolescent Depression in the Family. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 161–184.
- Stratton, P (2016) The Evidence Base of Family Therapy and Systemic Practice. Association for Family Therapy, UK.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: validation of the SCORE-15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*, 36, 3–19.
- Vilaça, M., Relvas, A. P., Stratton, P. (2018). A Portuguese translation of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): the psychometric properties of the 15- and 28-item versions. *Journal of Family Therapy*, 40, 537-556.
- Von Sydow, K., Behen, S., Schweizer, J., Retzlaff, R. (2010). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*, 49, No. 4.

- Walsh, R. (1996). Special Section Family Resilience: A Concept and Its Application. *Family Process*, 35, 261-281.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L.A. (2009). Prospective Associations Between Marital Discord and Depressive Symptoms in Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, 24, 184–189.
- Whitton, S.W., Whisman, M.A. (2010). Relationship Satisfaction Instability and Depression. *Journal of Family Psychology*, 24, 791–794.
- Zetterquist, M., Erneroth Hanell, H., Wadsby, M., Coccozza, M., Gustafsson, P. A. (2019). Validation of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) self-report questionnaire: index of family functioning and change in Swedish families. *Journal of Family Therapy*. 0:1-2.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Rena Pent,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Pere toimetuleku esmase hindamise küsimustiku SCORE-15 adapteerimine“, mille juhendaja on Astra Schults ja kaasjuhendaja Jelena Põldsam, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Tartus, 12.04.2019

Lisa 1. Asukoha kood Pere kood Täitmiskord Pereliige

Sinu pere kirjeldus

Kuupäev

Palun kirjelda, kuidas sa praegu oma peret näed. Küsimused puudutavad SINU nägemust sinu perest.

Kui räägitakse „oma perest“ mõeldakse sageli inimesi, kes elavad sinuga koos. **Praegu saad ise valida, keda sa kirjeldatava pere liikmete hulka arvad.**

Palun vali iga väite puhul üks vastusevariant 1st 5ni ja märgi see ära . Kui sulle tundub, et väide „Me alatasa tülitseme üksteisega“ ei kehti päris hästi sinu pere kohta, võiksid sa märkida ära vastusevariandi 4 „Ei kirjelda meid hästi“.

			✓	
--	--	--	---	--

Ära jää ühestki väitest liiga pikalt mõtlema, vaid püüa valida igale väitele üks vastusevariant.

Palun märgi iga väite puhul, kas sa ütleksid, et see kirjeldab sinu peret:	1. kirjeldab meid väga hästi	2. kirjeldab meid hästi	3. kirjeldab meid osaliselt	4. ei kirjelda meid hästi	5. ei kirjelda meid üldse
1) Minu peres räägime üksteisega meile olulistest asjadest					
2) Minu peres ei räägi inimesed sageli üksteisele tõtt					
3) Meie peres kuulatakse meist igapäev					
4) Meie peres tundub riskantne olla eriarvamusel					
5) Meile tundub raske tegeleda igapäevaste probleemidega					
6) Me usaldame üksteist					
7) Meie peres on väga õnnetu olla					
8) Kui meie pere liikmed vihastavad, ignoreerivad nad üksteist meelega					
9) Paistab, et minu peres järgneb üks kriis teisele					
10) Kui keegi meist on tujust ära, hoolitsetavad pere liikmed tema eest					
11) Paistab, et mu perel lähevad asjad alati valesti					
12) Pereliikmed on üksteise vastu vastikud					
13) Minu pere liikmed sekkuvad liiga palju üksteise eludesse					
14) Kui mu peres lähevad asjad valesti, süüdistame üksteist					
15) Leiame uusi viise, kuidas tulla toime keeruliste asjadega					
	1.	2.	3.	4.	5.

Palun keera lehte ja räägi veel natuke oma perest.

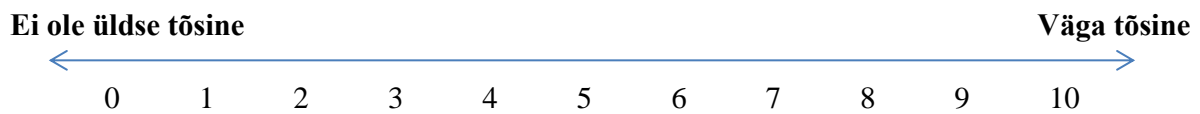
Millised sõnad kirjeldaksid su peret kõige paremini?

.....

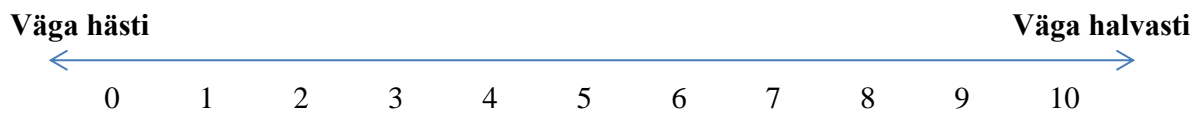
Mis põhjusel tulite teraapiasse?

Peamine probleem/väljakutse on

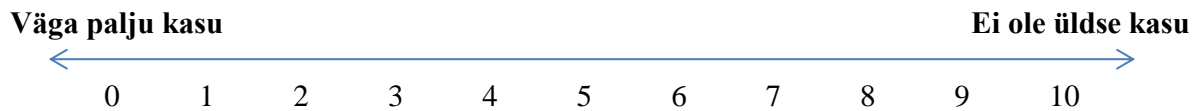
Kui tõsine see on? Palun märgi oma vastus allolevale joonele:



Kuidas te perena toime tulete?



Kas sa arvad, et teraapiast on/on olnud kasu?



Sinu taustainfo:

Vanus

Sugu

Rahvus

Omandatud haridus

Peamine töökoht

Inimesed, kes elavad sinuga koos (suhe, näiteks 'tütar 12aastane', palun ära kirjuta nimesid).

SUUR TÄNU!